

عنوان

تحولات در نحوه نظارت بیمه مرکزی بر صنعت بیمه، پس از
بحران شرکت بیمه توسعه

مجری گزارش: پژوهشکده بیمه
گروه پژوهشی عمومی بیمه
زمستان ۱۳۹۷

گزارش پژوهشی شماره ۱۰۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



عنوان

تحولات در نحوه نظارت بیمه مرکزی بر صنعت بیمه، پس از بحران
شرکت بیمه توسعه

مجری گزارش: پژوهشکده بیمه

گروه پژوهشی عمومی بیمه

زمستان ۱۳۹۷

گزارش پژوهشی شماره ۱۰۶



کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به پژوهشکده بیمه (وابسته به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران) می‌باشد و هر نوع برداشت از آن با ذکر منبع بلا مانع می‌باشد.

شناسنامه عمومی گزارش پژوهشی	
عنوان طرح	تحولات در نحوه نظارت بیمه مرکزی بر صنعت بیمه، پس از بحران شرکت بیمه توسعه
مستندات و شماره قرارداد	پیرو مصوبه هیئت عامل مورخ ۱۳۹۷/۲/۳۰ شماره جلسه ۹۷/۵/۰۷
کارفرما	بیمه مرکزی ج.ا.ایران
مجری طرح	پژوهشکده بیمه، گروه پژوهشی عمومی بیمه دکتر مهناز منطقی‌پور
ناظر طرح	حبیب میرزایی
همکار اصلی	-
سایر همکاران طرح	سعید سبزه‌علی جماعت
تاریخ شروع اجرای طرح	تابستان ۱۳۹۷
تاریخ اتمام طرح	زمستان ۱۳۹۷

مقدمه

صنعت بیمه بر اعتماد بیمه گذاران استوار است. بحران یک شرکت بیمه نه تنها برای بیمه گذاران و سایر ذینفعان آن شرکت مشکلات عدیده‌ای ایجاد می‌کند؛ بلکه اعتماد عموم مردم را نسبت به خدمات صنعت بیمه تحت تاثیر قرار می‌دهد. به همین دلیل ناظران صنعت بیمه در اغلب کشورهای دنیا سعی می‌کنند با بهره گیری از تجربیات گذشته، بحران شرکت‌های بیمه را با مشاهده اولین نشانه‌ها شناسایی و مانع از گسترش دامنه آن شوند. بیمه مرکزی نیز با اصلاح قوانین و مقررات و ارتقاء نظارت در این مسیر گام برداشته است. در این تحقیق، تحولات اخیر در نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران بر صنعت بیمه برای ممانعت از وقوع بحران‌های مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه و مدیریت بحران در صورت وقوع شناسایی شده است. همچنین راهبردهایی برای تداوم و تقویت نظارت پیشنهاد شده است.

بررسی عملکرد و شناسایی نقاط قوت و ضعف یک سازمان، اقدامی شایسته و شجاعانه است که به خودی خود می‌تواند منجر به تحول گردد و این گزارش پژوهشی در همین راستا و با همکاری مسئولانه مدیران ارشد بیمه مرکزی ج.ا.ایران انجام شده است. از این رو لازم می‌دانم از حسن اعتماد و تفویض انجام این گزارش پژوهشی به پژوهشکده بیمه از سوی جناب آقای دکتر عبدالناصر همتی رئیس کل سابق بیمه مرکزی ج.ا.ایران از ایشان تشکر کنم، همچنین از حسن توجه جناب آقای دکتر غلامرضا سلیمانی امیری رئیس کل بیمه مرکزی ج.ا.ایران به پژوهشکده بیمه و حمایت‌های ایشان برای انجام چنین پژوهش‌هایی سپاسگزاری کنم. از تلاش‌های تمام افرادی که برای انجام این پروژه دلسوزانه زحمت کشیده‌اند، به ویژه سرکار خانم دکتر مهناز منطقی‌پور مجری و جناب آقای حبیب میرزایی معاون نظارت سابق بیمه مرکزی که با نظارت مستقیم خود امکان تکمیل این طرح به بهترین شکل ممکن را فراهم کردند، قدردانی می‌کنم و از همکاری‌ها و راهنمایی‌های بی‌دریغ و دلسوزانه جناب آقای بهروز قزلباش مشاور وقت معاون نظارت بیمه مرکزی که تجربیات ارزنده خود را در اختیار مجری این پژوهش قرار دادند و به غنا و اعتبار نتایج افزودند و از مدیران کل وقت حوزه معاونت نظارت، جناب آقای حق وردیلو، جناب آقای رضایی، جناب آقای گشادرو، جناب آقای تقی‌لو و جناب آقای آقاجری به دلیل ارائه رهنمود، برای انجام این پژوهش سپاسگزارم. همچنین از زحمات صادقانه و صمیمانه جناب آقای سعید سبزعلی جماعت کمال تشکر را دارم.

خلاصه مدیریتی

به دنبال نتایج طرح پژوهشی درس‌های بحران شرکت بیمه توسعه و با این هدف که دریابیم تا چه حد کاستی‌هایی که در ایجاد بحران برای شرکت بیمه توسعه موثر بوده‌اند مرتفع شده‌اند، انجام تحقیق حاضر مفید خواهد بود. در فصل اول این پژوهش، کلیات و روش تحقیق را شرح داده‌ایم. در فصل دوم، به نحوه اجرای پنجمین مصوبه شورای عالی بیمه در مورد شرکت بیمه توسعه پرداخته‌ایم. طبق این مصوبه، شرکت بیمه ایران در ازای تملک اموال و دارایی‌های شرکت بیمه توسعه مکلف به پرداخت خسارت زیان‌دیدگان این شرکت شده است. با همکاری سهامدار شرکت بیمه توسعه با شرکت بیمه ایران تحت نظارت بیمه مرکزی و بازپرس پرونده بیمه توسعه در قوه قضائیه، در راستای احقاق حقوق زیان‌دیدگان اقدام شده است. بخش‌هایی از اقدامات مربوط به پرداخت خسارت‌ها در فصل دوم مطرح گردیده است. تا زمان پایان این گزارش پژوهشی (زمستان ۱۳۹۷)، هنوز تمام خسارت‌ها پرداخت نشده است اما تمام پرونده‌های رسیدگی شده و آماده پرداخت خسارت، نهایی شده است و شرکت بیمه توسعه پرونده خسارت بدون صدور حواله پرداخت ندارد.

با در نظر گرفتن آخرین آمار و ارقام، حاصل عملیات شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ که شرکت به فروش بی رویه بیمه نامه به خصوص در رشته شخص ثالث پرداخته است، ضریب خسارت ۱۱۵٪ و ضریب ترکیبی ۱۵۵٪ بوده است. این مقادیر نشان می‌دهند ارزان‌فروشی، سهامداران شرکت بیمه توسعه را به شدت متضرر ساخته است. به عبارتی شرکت بیمه توسعه به هزینه‌ای گزاف به صنعت بیمه اثبات کرد که فروش بیمه‌نامه‌های ارزان به معنی انتقال سرمایه از سهامداران به بیمه‌گذاران است، انتقال سرمایه‌ای که هیچ یک از طرفین از آن خشنود نخواهند بود. بنابراین سهامداران شرکت‌های بیمه، اگر به دنبال افزایش ثروت خود هستند می‌باید مدیران را به قیمت‌گذاری‌های فنی و مطابق با اصول اکچوئری ترغیب نمایند.

شرکت بیمه ایران در پرداخت خسارت‌ها با چالش کمبود نقدینگی و منابع مالی مواجه بوده است عمده مشکلات مربوط به انتقال قطعی املاک توسط شرکت بیمه توسعه و فروش این املاک برای تامین مالی پرداخت خسارت‌ها بوده است.

در فصل سوم این پژوهش به بررسی اصلاحات انجام شده در قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های جدید پرداخته‌ایم و بررسی کرده‌ایم که تغییرات مجموعه قوانین و مقررات صنعت بیمه تا چه میزان در ممانعت از وقوع بحران‌های مشابه کارآمد هستند. از جمله اصلاحات انجام شده در قانون شخص ثالث، آیین نامه تنظیم امور نمایندگان را بررسی کرده‌ایم و به تحلیل و بررسی ضرورت به کارگیری و کارایی آیین نامه‌های جدید

شامل آیین نامه حاکمیت شرکتی، آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات، آیین نامه تأیید صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی، آیین نامه توانگری مالی و همچنین دستورالعمل‌های ابلاغ شده توسط بیمه مرکزی به شرکت‌های بیمه شامل دستورالعمل بازرسی از محل شرکت‌های بیمه و ضوابط تشکیل کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه پرداخته‌ایم. در تمام این ضوابط در قیاس با قوانین و مقررات سابق صنعت بیمه، ضمانت‌های اجرایی بیشتری در نظر گرفته شده است و قوانین و مقررات مستحکمتری وضع شده است. می‌توان این طور استنباط کرد که رویکرد بیمه مرکزی از توسعه صرف بازار و آزاد سازی به سمت اعمال قوانین و مقررات حرکت کرده است. این استحکام شامل تمام سطوح فعالیت شرکت‌های بیمه از جمله صلاحیت حرفه‌ای مدیران کلیدی و نحوه عملکرد آنان، صلاحیت نمایندگان، نحوه تعیین نرخ حق بیمه، نحوه محاسبه کفایت ذخایر، نحوه گزارش دهی و افشای اطلاعات با وضع آیین نامه‌های جدید و یا اصلاح آیین نامه‌های قبلی کاملاً مشهود است. در این میان، چالش‌هایی نیز وجود دارد، از جمله آن که برای شرایط بحرانی شرکت‌های بیمه‌ای که توان مالی ایفای تعهداتشان را ندارند، به منظور جبران خسارت بیمه‌گذاران به استثنای خسارت‌های رشته شخص ثالث، همچنان برنامه ریزی مشخصی وجود ندارد. البته چنانچه مانده حساب‌های اتکایی اجباری بین شرکت بیمه و بیمه مرکزی به نفع شرکت‌های بیمه باشد، بیمه مرکزی اقدام به پرداخت خسارت‌ها از محل سهمیه اتکایی اجباری می‌نماید.

در فصل چهارم، به تغییر رویکردهای نظارتی در معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران پرداخته‌ایم. می‌توان گفت همان رویکردی که در بازنگری قوانین و مقررات و یا وضع مقررات جدید وجود داشته است، در نحوه نظارت این معاونت نیز وجود داشته است. معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران سعی کرده است تا ساختاری مشخص و منظم برای گزارشات نظارتی طراحی کند. به گونه‌ای که امکان بررسی تخلفات شرکت‌های بیمه در سریع‌ترین زمان ممکن فراهم شود. به علاوه تلاش شده است تا شاخص‌های با اهمیت مانند سهم نگهداری و یا توانگری مالی در سامانه سندهاب محاسبه شوند و حسب نیاز به سهولت در اختیار مدیران بیمه مرکزی قرار گیرند. جدی‌تر شدن عزم مدیران ارشد تحت اصلاحات قوانین و مقررات و افزایش اختیارات بیمه مرکزی به سایر کارکنان سازمان نیز تسری یافته است و این موجب شده تا ایشان با جدیت و دقت نظر بیشتری گزارش‌های نظارتی را تنظیم کنند. این در حالی است که دو اداره کل نیز به ادارات معاونت نظارت افزوده شده است. به ویژه نظارت بر بیمه‌های زندگی به صورت تخصصی و جداگانه انجام می‌شود و با توجه به تفاوت‌های عمده عملیات بیمه‌گری در رشته‌های بیمه زندگی، رویکرد جداسازی کامل حساب‌های رشته‌های بیمه زندگی از حساب‌های سایر رشته‌ها در شرکت‌های بیمه در دستور کار اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی قرار دارد.

سامانه‌های تعبیه شده در سנהاب علاوه بر اهداف نظارتی برای اطلاع رسانی به بیمه‌گذاران نیز از کارایی خوبی برخوردارند. در حال حاضر بیمه‌گذاران با مراجعه به پورتال نظارت بیمه مرکزی می‌توانند اطلاعات مورد نیاز برای عقد قرارداد با بیمه‌گران را اخذ و تصمیمات هوشمندانه‌تری بگیرند. از دیگر تحولاتی که با بهره‌گیری از سامانه سנהاب قابل توجه است، تکمیل پایگاه داده‌های بیمه مرکزی و اتخاذ تصمیم بر مبنای این داده‌ها است. به عنوان مثال در سال‌های قبل پایگاه داده‌های منسجمی از مشخصات نمایندگان فروش شرکت‌های بیمه و کارگزاران و ارزیابان خسارت وجود نداشت؛ یک نماینده متخلف بعد از لغو مجوز در یک شرکت با شرکت دیگری همکاری می‌کرد. اما اکنون سوابق آنها توسط شرکت‌ها قابل بررسی و در دسترس است.

همچنین معاونت نظارت سعی کرده است تا با بهره‌گیری از روش‌های علمی، محاسبات دقیقی برای برآورد ذخایر فنی انجام دهد. از آنجا که برآورد کفایت ذخایر در رشته بیمه شخص ثالث به دلیل طولانی بودن فرآیند رسیدگی به پرونده‌ها در دادگاه‌ها و اعلام حکم نهایی دشوار است، بیمه مرکزی در اجرای ماده ۵۸ قانون شخص ثالث مصوب ۱۳۹۵، علاوه بر آیین نامه ۵۸ از چندین روش اکچوئری متفاوت برای به دست آوردن بهترین برآورد از ذخایر فنی این رشته به خصوص ذخایر خسارت معوق استفاده می‌کند.

تغییر قابل توجه دیگر نحوه انتخاب حسابرسان شرکت‌های بیمه است. اکنون حسابرسان شرکت‌های بیمه تنها از بین حسابرسان معتمد سازمان بورس اوراق بهادار انتخاب می‌شوند. از آنجا که حسابرسان و بازرسان قانونی شرکت‌های بیمه نقش بسیار با اهمیتی در تامین اطلاعات برای بیمه مرکزی دارند، بیمه مرکزی جدیت بیشتر و سخت‌گیری بیشتری در تأیید حسابرسان شرکت‌ها اعمال می‌کند.

علاوه بر آن نمایندگان بیمه مرکزی حضور فعالتری در مجامع عمومی شرکت‌های بیمه دارند و رویه تثبیت شده فعلی آن است که شرکت‌ها قبل از ارسال صورت‌های مالی خود به حسابرس مورد تأیید بیمه مرکزی، صورت‌های مالی مورد تأیید هیئت مدیره را به بیمه مرکزی ارسال می‌کنند. واحد نظارت مالی بیمه مرکزی محاسبات مربوطه را بررسی می‌کند و در صورت مشاهده هر نوع نقص و یا انحرافی موضوع را با شرکت در میان می‌گذارد و در صورت نیاز پیرو برگزاری جلساتی با حضور مسئولین شرکت، آنها را ملزم به انجام اصلاحات می‌نماید.

علاوه بر تمام اقدامات پیش گفته، که شرکت‌ها را در مقایسه با سال‌های قبل منضبط‌تر و شفاف‌تر می‌کند، معاونت نظارت با احصاء چندین شاخص پیش هشدار اقدام به انجام بازرسی‌های در محل از شرکت‌های بیمه می‌نماید. تیم‌های بازرسی در محل با استقرار در محل شرکت و دسترسی به سیستم‌های اطلاعاتی شرکت، شرایط شرکت را به طور جامع مورد بررسی قرار می‌دهند. گزارشات نهایی این بازرسی‌ها بعد از تأیید توسط

معاونت نظارت در صورت لزوم در هیئت عامل مطرح و تصمیمات لازم برای اصلاح امور شرکت بیمه اتخاذ و به شرکت ابلاغ می‌شود. نکته قابل توجه در این مورد آن است که با توجه به آن که اغلب بازرسی‌ها در شرایط حساس شرکت‌ها انجام می‌شوند، بنابراین نیاز است تا تیم‌هایی خبره و متعهد، انجام چنین امر مهمی را عهده دار شوند تا بتوانند در کوتاه مدت مسائل و نکات حائز اهمیت شرکت را شناسایی و با ارائه راهکار و پیشنهاد به بیمه مرکزی و شرکت، رویه‌ها را اصلاح نمایند. بازرسی‌های در محل را می‌توان به یک معاینه پزشکی از یک بیمار تشبیه کرد. چنانچه پزشک تخصص لازم را نداشته و یا اهمیت موضوع را درک نکند و بیماری را به درستی تشخیص ندهد و یا به هر علت بیمار را به انجام درمان مجاب نکند می‌تواند موجبات مرگ بیمار را فراهم آورد. این درحالی است که اغلب بیماری‌ها، حتی خطرناک‌ترین آن‌ها با شناسایی زود هنگام و دریافت به موقع خدمات پزشکی می‌توانند درمان شوند. حتی بحران شرکت بیمه توسعه نهایتاً با استقرار تیم بازرسی، در محل شرکت بیمه توسعه مدیریت شد، چه بهتر بود اگر این بازرسی زودتر و قبل از گسترده‌تر شدن مشکلات شرکت، انجام می‌شد و به جای روش‌های سختی چون جراحی و پیوند عضو از روش تجویز دارو استفاده می‌شد.

اکنون موضوع مطالبات معوق شرکت‌های بیمه نیز در معاونت نظارت با دقت نظر بیشتری بررسی می‌شود در این راستا، گزارشی از مطالبات شرکت‌ها تنظیم شده است و معاونت نظارت وقت بیمه مرکزی، موضوع را به شرکت‌های بیمه منعکس و از ایشان درخواست رسیدگی و وصول مطالبات را نموده است؛ به علاوه مقدار و درصد مطالبات هر شرکت بیمه با متوسط صنعت مقایسه می‌شود تا از روش‌های علمی برای نظارت بر این موضوع نیز بهره برداری شود.

در فصل پنجم این پژوهش، به جمع بندی و نتیجه‌گیری پرداخته‌ایم. با توجه به تغییرات قوانین و مقررات و اصلاحات انجام شده در رویه‌های نظارت انتظار می‌رود؛ در صورتی که بیمه مرکزی همچنان با جدیت سال‌های اخیر نظارت را مورد توجه قرار دهد، در صنعت بیمه بحرانی که یکی از دلایل ایجاد آن ضعف نظارت بیمه مرکزی باشد، رخ ندهد. در عین حال برخی از اقدامات نیازمند تداوم با جدیت بیشتر و برخی نیازمند تکمیل هستند؛ نظر به همه موارد بررسی شده، پیشنهادهایی در این راستا ارائه شده است که شامل تداوم و جدیت بیشتر در انجام بازرسی‌های در محل با بهره‌گیری از شاخص‌های پیش هشدار، افزایش اختیارات بیمه مرکزی جهت حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، تدوین دستورالعمل مشخص جهت احراز صلاحیت حسابرسان و بازرسان قانونی، تدوین ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از صنعت بیمه، تأسیس صندوق حمایت از بیمه‌گذاران، اعمال اقدامات و سیاست‌هایی جهت آگاه‌سازی بیمه‌گذاران، تکمیل سامانه سنبهاب و تحولات مدیریتی در سطح مدیران ارشد شرکت‌های بیمه می‌باشد.

فهرست مطالب

۷	خلاصه مدیریتی.....
۱۱	فهرست مطالب.....
۱۶	فهرست جداول.....
۱۷	فهرست شکل‌ها.....
۱۸	فصل اول: مقدمه و معرفی موضوع.....
۱۹	۱،۱ مقدمه.....
۱۹	۱،۲ بیان مساله.....
۱۹	۱،۳ روش تحقیق.....
۲۰	۱،۴ اهداف.....
۲۱	فصل دوم: اقدامات بیمه مرکزی برای پرداخت خسارت‌های بیمه‌گذاران.....
۲۲	۲،۱ مقدمه.....
۲۳	۲،۲ مصوبه شورایعالی بیمه در خصوص شرکت بیمه توسعه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱.....
۲۵	۲،۳ تصویب ابطال پروانه شرکت بیمه توسعه در رشته خودرو و انواع بیمه‌های زندگی در مجمع عمومی فوق العاده بیمه مرکزی ج.ا. ایران.....
۲۵	۲،۴ اقدامات بیمه مرکزی در راستای اجرای مصوبه ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورایعالی بیمه.....
۲۶	۲،۴،۱ اولین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۲۹	۲،۴،۲ دومین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۰	۲،۴،۳ سومین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۱	۲،۴،۴ چهارمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۴	۲،۴،۵ پنجمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۶	۲،۴،۶ ششمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۶	۲،۵ گزارش آخرین وضعیت اجرای مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....
۳۶	۲،۵،۱ پورتفوی منتقل شده از شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران.....
۳۹	۲،۵،۲ پرداخت علی الحساب سهم بیمه اتکایی توسط بیمه مرکزی به شرکت بیمه توسعه.....
۳۹	۲،۵،۳ انتقال دارایی شرکت بیمه توسعه به شرکت سهامی بیمه ایران در راستای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه.....
۴۲	۲،۵،۴ مبلغ پرداخت شده توسط شرکت بیمه ایران تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰.....
۴۴	۲،۵،۵ خسارت‌های باقی مانده.....
۴۴	۲،۵،۶ بر آورد ضریب خسارت و ضریب ترکیبی عملیات بیمه گری شرکت بیمه توسعه در مجموع رشته‌ها طی سال - های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳.....

۴۶	جمع بندی و نتیجه گیری
۴۹	فصل سوم: تغییرات قوانین و مقررات
۵۰	۳،۱ بازنگری در قوانین
۵۰	۳،۲ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث
۵۰	۳،۲،۱ مقدمه
۵۰	۳،۲،۲ مقایسه قانون جدید با قانون قدیمی، اصلاحات انجام شده در مواد قانونی
۶۳	۳،۲،۳ مواد و تبصره‌های اضافه شده به قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث
۶۷	۳،۲،۴ تحلیل و بررسی الزامات و اصلاحات قانون جدید شخص ثالث در انطباق با مدیریت بحران شرکت بیمه توسعه
۷۳	۳،۳ مقررات جذب و فعالیت نمایندگان فروش شرکت‌های بیمه
۷۳	۳،۳،۱ آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵)
۷۸	۳،۳،۲ تعیین تعداد بهینه نمایندگان فروش برای هر یک از شرکت‌های بیمه توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران
۷۹	۳،۳،۳ راه اندازی سامانه ثبت مدیریت و نظارت نمایندگان بیمه
۷۹	۳،۴ کاهش سهم واگذاری اتکایی اجباری بیمه‌های زندگی و غیر زندگی
۸۰	۳،۵ تدوین و وضع آیین نامه‌های جدید
۸۰	۳،۶ مقررات حاکمیت شرکتی برای شرکت‌های بیمه
۸۱	۳،۶،۱ آیین نامه حاکمیت شرکتی (شماره ۹۳)
۸۴	۳،۷ بررسی و تحلیل سایر الزامات مرتبط با حاکمیت شرکتی در قانون تجارت
۸۴	۳،۷،۱ مسئولیت اعضای هیات مدیره در شرکت‌های سهامی در قانون تجارت
۸۹	۳،۷،۲ مسئولیت صاحبان سهام بر اساس قانون تجارت
۸۹	۳/۸ گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه
۹۰	۳،۸،۱ آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۸۸)
۹۲	۳،۹ صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه
۹۵	۳،۹،۱ آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۹۰)
۹۶	۳،۱۰ توانگری مالی و کفایت سرمایه
۹۷	۳،۱۰،۱ آیین نامه نحوه محاسبه و نظارت بر توانگری مالی مؤسسات بیمه
۹۷	۳،۱۱ واگذاری تعیین حق بیمه به شرکتهای بیمه
۹۸	۳،۱۱،۱ مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای (۹۴)
۹۹	۳،۱۲ آیین نامه «ضوابط مربوط به بیمه مشترک» (۹۵)
۱۰۰	۳،۱۳ دستورالعمل‌های جدید ابلاغی بیمه مرکزی

۳,۱۴	بازرسی در محل.....	۱۰۰
۳,۱۴,۱	مطالعه موردی، بازرسی انجام شده توسط تیم بازرسی بیمه مرکزی در چند شرکت بیمه.....	۱۰۴
۳,۱۴,۲	ضوابط تشکیل کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه.....	۱۱۲
۳,۱۵	تبیین ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از بازار بیمه.....	۱۱۴
چالش‌های انتقال پرتفو.....	۱۱۵	
۳,۱۶	صندوق حمایت از بیمه‌گذاران.....	۱۲۱
۳,۱۷	پیشنهادهای.....	۱۲۲

فصل چهارم: نحوه نظارت..... ۱۲۵

۴,۱	مقدمه.....	۱۲۶
۴,۲	ساختار معاونت نظارت.....	۱۲۶
۴,۳	وظایف معاونت نظارت.....	۱۲۹
۴,۴	اداره کل نظارت مالی.....	۱۳۰
۴,۴,۱	رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت مالی.....	۱۳۰
۴,۵	اداره کل نظارت فنی بر بیمه‌های غیر زندگی.....	۱۴۳
۴,۵,۱	رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت فنی بر بیمه‌های غیر زندگی.....	۱۴۴
۴,۶	اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای.....	۱۴۷
۴,۶,۱	رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای.....	۱۴۸
۴,۷	اداره کل نظارت بر شرکتهای بیمه و هماهنگی امور استان‌ها.....	۱۵۴
شرح وظایف دبیرخانه ارزیابی عملکرد مدیران.....	۱۵۴	
۴,۷,۱	رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر شرکتهای بیمه و هماهنگی امور استان‌ها.....	۱۵۵
۴,۷,۲	شرح وظایف اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی.....	۱۵۷
۴,۷,۳	رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی.....	۱۵۷
۴,۸	جمع‌بندی و پیشنهادات.....	۱۶۰

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات..... ۱۶۳

۵,۱	نحوه پیاده سازی مصوبه ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه.....	۱۶۴
۵,۲	جمع بندی تحولات صنعت بیمه.....	۱۶۵
۵,۲,۱	تحولات نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران.....	۱۶۶
✓	اصلاح ساختار و افزایش نیروی انسانی معاونت نظارت بیمه مرکزی.....	۱۶۶
✓	تحول در روش‌ها و رویکردهای نظارتی بیمه مرکزی.....	۱۶۷
✓	افزایش اختیارات و وضع ضمانت‌های اجرایی قانونی برای نظارت بیمه مرکزی.....	۱۶۸

- ✓ تأیید صلاحیت حرفه‌ای مدیران کلیدی شرکت‌های بیمه ۱۶۸
- ✓ توسعه سامانه سنبهاب برای نظارت بهتر ۱۶۹
- ✓ بهره‌گیری از گزارش‌های حسابرسی شرکت‌های بیمه ۱۶۹
- ✓ کاهش تصدی‌گری بیمه مرکزی با کاهش سهم اتکایی اجباری ۱۶۹
- ۵,۲,۲ تحولات در عملیات شرکت‌های بیمه ۱۷۰
- ✓ تقویت نظارت‌های داخلی در شرکت‌های بیمه ۱۷۰
- ✓ اصلاح نحوه محاسبه حق بیمه و احراز کفایت ذخایر رشته شخص ثالث ۱۷۰
- ✓ اصلاح نحوه محاسبه حق بیمه و ذخایر سایر رشته‌ها ۱۷۱
- ✓ کنترل و نظارت بر واحد جذب و فعالیت نمایندگان بیمه ۱۷۱
- ✓ تسهیل دسترسی به قوانین و مقررات ۱۷۱
- ۵,۲,۳ ارتقاء سطح آگاهی بیمه‌گذاران ۱۷۲
- ✓ اصلاح آیین نامه کارگزاران صنعت بیمه ۱۷۲
- ✓ اصلاح آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات ۱۷۲
- ✓ توسعه استارت آپها و سامانه‌های مقایسه قیمت و خرید بیمه‌نامه ۱۷۲
- ✓ اختصاص کد یکتا به بیمه‌نامه‌ها ۱۷۳
- ✓ تسهیل دریافت خسارت توسط بیمه‌گذاران با توسعه خدمات ارزیابان خسارت ۱۷۳
- ۵,۳ پیشنهادات ۱۷۳
- فصل ششم: پیوستها ۱۷۶**
- ۶,۱ گزارش مربوط به اقدامات انجام شده و آخرین وضعیت انتقال پرتفوی بیمه‌ها زندگی بیمه توسعه به بیمه ایران ۱۷۷
- ۶,۱,۱ تعیین تکلیف بخش فنی بیمه‌های زندگی ۱۷۷
- ۶,۱,۲ محاسبه و پرداخت خسارت انواع بیمه‌نامه‌های صادره ۱۸۰
- ۶,۱,۳ اهم اقدامات صورت گرفته در جلسات بررسی مشکلات موجود در مسیر فرآیند انتقال پرتفو ۱۸۲
- ۶,۱,۴ پیگیری صدور بیمه‌نامه جدید برای متقاضیان ادامه بیمه‌نامه و پرداخت ارزش بازخرید بیمه‌نامه برای متقاضیان بازخرید ۱۸۳
- ۶,۲ نحوه بررسی کفایت ذخایر فنی رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده شرکت‌های بیمه در سال مالی ۱۳۹۶ ۱۸۴
- ۶,۲,۱ مقدمه ۱۸۴
- ۶,۲,۲ روش‌های اکچوئری ۱۸۸
- ۶,۲,۳ روش مثلثی ۱۸۹
- ۶,۲,۴ روش تجزیه خسارت ۱۹۱
- ۶,۲,۵ روش نردبان زنجیرهای (توسعه خسارت یا Chain Ladder) ۱۹۳

۶,۲,۶	روش ضریب خسارت مورد انتظار.....	۱۹۵
۶,۳	گزارشات از نحوه اجرای آیین نامه ۹۴.....	۲۰۱
۶,۴	دستورالعمل نحوه نظارت و بازرسی از شرکت‌های بیمه مصوب هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا. ایران ۱۳۹۴/۲/۸..	۲۰۳
۶,۵	دستورالعمل بازرسی از محل شرکت‌های بیمه مصوب ۱۳۹۶/۷/۲۲.....	۲۰۵
۶,۶	شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت مالی.....	۲۱۰
۶,۶,۱	اداره نظارت بر صورت‌های مالی و توانگری.....	۲۱۰
۶,۶,۲	اداره نظارت بر ذخایر و تعهدات بیمه‌های غیر زندگی.....	۲۱۱
۶,۶,۳	اداره نظارت بر دارایی‌ها و سرمایه گذاری‌ها.....	۲۱۱
۶,۷	شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت فنی بر بیمه‌های غیر زندگی.....	۲۱۲
۶,۷,۱	شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه‌های درمان، حوادث و مسئولیت.....	۲۱۲
۶,۷,۲	شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه‌های اموال.....	۲۱۲
۶,۷,۳	شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه‌های خودرو.....	۲۱۲
۶/۷/۴	شرح وظایف اداره رسیدگی به شکایات بیمه‌ای.....	۲۱۳
۶,۸	شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای.....	۲۱۳
۶,۸,۱	شرح وظایف اداره تنظیم امور نمایندگی بیمه.....	۲۱۳
۶,۸,۲	شرح وظایف اداره نظارت بر کارگزاران و اکچوئران رسمی.....	۲۱۸
۶,۸,۳	شرح وظایف اداره نظارت بر ارزیابان خسارت و دفاتر ارتباطی.....	۲۲۶
۶,۹	شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی.....	۲۳۲
۶,۹,۱	شرح وظایف اداره نظارت مالی بیمه‌های زندگی.....	۲۳۲
۶,۹,۲	شرح وظایف اداره نظارت فنی.....	۲۳۲
۶,۱۰	لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت (هیات مدیره).....	۲۳۳
۲۴۰	فهرست منابع.....	

فهرست جداول

- جدول ۱. پرتفوی اتومبیل شرکت بیمه توسعه، منتقل شده به شرکت بیمه ایران ۳۷
- جدول ۲. املاک منتقل شده از بیمه توسعه به بیمه ایران جهت تأمین مالی پرداخت خسارت‌ها بر اساس صورتمجلس ۱۳۹۷/۳/۷ (ارقام به ریال) ۴۲
- جدول ۳. پرداخت‌های انجام شده توسط شرکت بیمه ایران بابت تعهدات شرکت بیمه توسعه تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰ ۴۳
- جدول ۴. پرداخت‌های شرکت بیمه ایران بابت تعهدات شرکت بیمه توسعه به تفکیک رشته‌های زندگی و غیر زندگی تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰ ۴۳
- جدول ۵. مبادی ورودی شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ ۴۴
- جدول ۶. مبادی خروجی شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ ۴۴
- جدول ۷. خسارت‌های بیمه نامه های صادره طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ شرکت بیمه توسعه ۴۵
- جدول ۸. شاخص ضریب خسارت و ضریب ترکیبی (مقادیر به دست آمده حداقل این شاخص‌ها را نشان میدهند) ۴۶
- جدول ۹. اصلاحات انجام شده در قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث ۵۱
- جدول ۱۰. مقایسه آیین نامه ۷۵ با آیین نامه ۵۷ (مواردی که با علامت + مشخص شده‌اند به آیین نامه قبل اضافه شده‌اند و سایر موارد اصلاح شده‌اند). ۷۴
- جدول ۱۱. کاهش تدریجی سهم بیمه اتکایی طی سال‌های ۱۳۹۷ الی ۱۴۰۰ ۸۰
- جدول ۱۲. ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی، نمرات منفی و مقام مجاز ابلاغ تخلف ۱۱۳
- جدول ۱۳. ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی، نمرات مثبت و مقام مجاز ابلاغ تشویق ۱۱۳
- جدول ۱۴. ذخایر فنی و بدهی‌های شرکت‌های بیمه در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۶ ۱۸۵
- جدول ۱۵. جمع بندی عملکرد، نحوه اجرای آیین نامه ۹۴ ۲۰۱

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱ پرتفوی منتقل شده به بیمه ایران مجموع تعداد بیمه نامه خودرو ۳۷
- شکل ۲ ذخیره ریاضی بیمه نامه منتقل شده به شرکت بیمه ایران، (ارقام به میلیون تومان) ۳۸
- شکل ۳ اصول اساسی ناظران بین المللی بیمه، صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی موسسات بیمه ۹۳
- شکل ۴ اصول اساسی انجمن بین المللی ناظران بیمه، بازرسی در محل ۱۰۲
- شکل ۵ اصول اساسی ناظران بین المللی بیمه، ساز و کار خروج شرکت‌ها از صنعت بیمه ۱۱۴
- شکل ۶ نمودار سازمانی بیمه مرکزی مصوب ۱۳۹۶/۱۱/۱ هیئت عامل ۱۲۷
- شکل ۷ نمودار سازمانی معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا. ایران ۱۲۸
- شکل ۸ فرآیند اجرایی بررسی کفایت ذخایر شرکت‌های بیمه ۱۹۷

فصل اول: مقدمه و معرفی موضوع

۱,۱ مقدمه

جلد اول طرح پژوهشی درس‌های بحران شرکت بیمه توسعه (دلایل و علت‌ها) با هدف بررسی تمام عوامل موثر در ایجاد بحران برای شرکت بیمه توسعه انجام شده است. در این طرح علاوه بر بررسی مکاتبات بیمه مرکزی با شرکت بیمه توسعه و بررسی شرایط اقتصادی کشور بالغ بر ۹۰ مصاحبه انجام شده است. تحلیل گویه‌های این مصاحبه‌ها و اسناد موجود نشان می‌دهد که بعد از مدیریت ناکارآمد و غیر حرفه‌ای شرکت بیمه توسعه، بیمه مرکزی نیز نظارت جامع و قاطعی که بتواند رویه شرکت را اصلاح کند، نداشته است. به عبارتی چنانچه بیمه مرکزی به عنوان نهاد ناظر صنعت بیمه در دوره‌ای که توسعه بازار و خصوصی سازی را در اولویت قرار داده بود، به موازات افزایش تعداد شرکت‌های بیمه رویه‌ها و ابزارهای نظارتی خود را نیز تقویت کرده بود و پیش از ورود شرکت‌های خصوصی برای برخورد‌های نظارتی، پیش بینی‌های لازم را انجام داده بود، می‌توانست بحران شرکت بیمه توسعه را سریعتر شناسایی کند و با هزینه کمتری آن را مدیریت کند. در این پژوهش، که به دنبال نتایج حاصل شده از جلد اول درس‌های بحران شرکت بیمه توسعه انجام شده است به دنبال آن هستیم تا دریابیم که آیا بیمه مرکزی ج. ا. ایران با بهره‌گیری از تجربیات بحران شرکت بیمه توسعه توانسته است از بعد نظارت خود را تقویت کند و مانع از بروز بحران‌های مشابه گردد.

۱,۲ بیان مساله

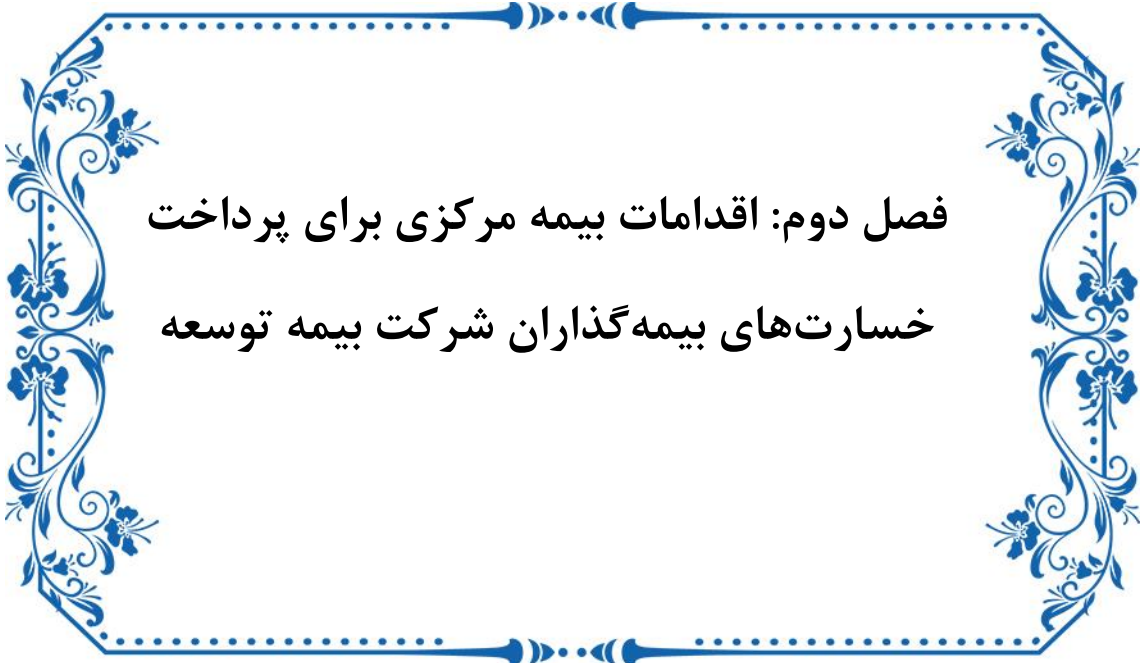
یکی از مهمترین مسئولیت‌های بیمه مرکزی ج. ا. ایران حمایت از منافع بیمه‌گذاران است. افزایش ضریب نفوذ بیمه نیز می‌باید در راستای همین هدف باشد. صنعت بیمه بر اعتماد بیمه‌گذاران استوار است. کوچکترین لطمه به این رکن اساسی، منجر به عدم موفقیت صنعت بیمه خواهد شد. در این پژوهش، با بررسی تغییرات قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها و رویه‌های داخلی بیمه مرکزی در بعد نظارت، درصدد آن هستیم تا بررسی کنیم که آیا این تغییرات می‌تواند مانع از وقوع بحران‌های مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه شود. برای نیل به این هدف چه مسیری طی شده و چه دستاوردهایی حاصل شده است و در ادامه راه چه مواردی باقی مانده است.

۱,۳ روش تحقیق

در این تحقیق، پژوهشگر علاوه بر بررسی تغییرات قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها و رویه‌های واحد نظارت بیمه مرکزی، با حضور در این معاونت در حین انجام پژوهش، رویه‌ها را از نزدیک مورد مطالعه قرار داده است. با مدیران و کارکنان این معاونت مصاحبه انجام داده است و مکاتبات و نامه‌های ابلاغ شده به شرکت‌های بیمه را تحلیل کرده است. علاوه بر آن، این تغییرات را با قوانین بین المللی مقایسه نموده است و ضرورت رویه‌های فعلی را بررسی کرده است. در پایان برای تکمیل رویه موجود پیشنهادهایی ارائه نموده است.

۱,۴ اهداف

در این پژوهش تصویری کلی از ساختار و عملکرد معاونت نظارت بیمه مرکزی ارائه شده است و میزان توانایی و قابلیت‌های این معاونت برای سوق دادن شرکت‌های بیمه به رویه‌های حرفه‌ای و قانونی با هدف حفظ حقوق بیمه گذاران مورد بررسی قرار گرفته است. ابزارهایی که این معاونت با بهره‌گیری از قوانین و مقررات جدید (بعد از بحران شرکت بیمه توسعه) در اختیار دارد بررسی شده است. علاوه بر این موارد، رویه‌های تثبیت شده در این معاونت تجزیه و تحلیل شده است. هدف این پژوهش آن است که بررسی نماید دستاوردهای بحران شرکت بیمه توسعه برای بیمه مرکزی در جهت اعمال نظارت دقیق‌تر و جامع‌تر چه بوده است. در عین حال موارد و اقداماتی که هنوز به نتیجه نهایی نرسیده‌اند و نیازمند اقدامات آتی هستند نیز احصا و مطرح شده‌اند.



فصل دوم: اقدامات بیمه مرکزی برای پرداخت خسارت‌های بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه

۲,۱ مقدمه

شورای عالی بیمه بر اساس گزارش‌های نظارتی بیمه مرکزی، به صورت تدریجی تصمیم‌های لازم را در خصوص بیمه توسعه اتخاذ کرده است. اهم مصوبات شورای عالی بیمه را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

۱. بر اساس مصوبه ۱۳۹۲/۱۰/۲۴ شورای عالی بیمه، فعالیت شرکت بیمه توسعه در رشته بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث تعلیق شده است.

در این جلسه شورای عالی بیمه، شرکت بیمه توسعه را ملزم به انجام اقداماتی کرد که عبارتند از:

۱- تأمین منابع مالی لازم و پرداخت خسارات،

۲- واریز عوارض قانونی مصوب قانون برنامه، قوانین بودجه سنواتی و قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث پرداخت نشده شرکت به حساب مربوطه،

۳- ارائه برنامه ترمیم وضعیت مالی بر اساس آیین نامه ۶۹ به بیمه مرکزی ظرف دو هفته،

۴- تأمین نقدی مبلغ افزایش سرمایه مصوب شورای عالی بیمه حداکثر تا پایان سال ۱۳۹۲،

۵- معرفی افراد واجد شرایط برای تصدی پش‌های مدیران فنی به بیمه مرکزی،

۶- عدم پذیرش نماینده بیمه‌ای جدید تا اطلاع ثانوی توسط شرکت بیمه توسعه.

۲. با توجه به عدم احراز اجرای مصوبات جلسه قبلی، شورای عالی بیمه بر اساس مصوبه ۱۳۹۲/۱۲/۲۱ ضمن تأکید بر اجرای کامل بندهای مصوبه قبلی به‌ویژه پرداخت کامل و نقدی خسارات بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان و عوارض قانونی در اسرع وقت، موارد زیر را مقرر نمود:

۱- تعلیق فعالیت شرکت در صدور بیمه‌نامه جدید و خودداری از تمدید بیمه‌نامه‌های صادره قبل مندرج در مصوبه قبلی تا تاریخ ۱۳۹۳/۰۳/۰۱ تمدید گردد.

۲- در صورت عدم اجرای مصوبات شورای عالی بیمه تا پایان مهلت تعیین‌شده براساس گزارش بیمه مرکزی، موضوع ابطال پروانه شرکت بیمه توسعه برای رشته بیمه مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث در دستور کار شورا قرار خواهد گرفت.

۳. با عنایت به عدم اجرای تکالیف مقرر، شورای عالی بیمه در تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۳۰ بر اساس گزارش بیمه مرکزی مصوب نمود، علاوه بر تمدید تعلیق پروانه فعالیت شرکت در رشته بیمه شخص ثالث تا اطلاع ثانوی:

۱- به منظور جلوگیری از ایجاد تعهدات جدید و بلندمدت و با اهداف حمایت از بیمه‌گذاران خرد، پروانه فعالیت شرکت در مجموع رشته‌های بیمه عمر (زندگی) نیز تا زمان ارائه گزارش بیمه مرکزی مبنی بر اجرای تکالیف مقرر در مصوبه مورخ ۱۳۹۲/۱۰/۲۴ شورای عالی بیمه تعلیق گردد.

۲- با عنایت به عدم اجرای تکالیف مقرر، شورای عالی بیمه مقرر نمود بیمه مرکزی گزارش نحوه اعمال ماده ۴۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری را به شورا ارائه نماید.

۴. شورای عالی بیمه در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۰۱ به استناد گزارش بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران فعالیت شرکت مذکور را در کلیه رشته‌های بیمه‌ای تعلیق نمود. به این ترتیب به دلیل عدم رعایت مصوبات قبلی شورا و عدم تصفیه کامل خسارات و رفع تخلفات و مغایرات موجود، محدودیت‌های قبلی شرکت مذکور که منحصر به دو رشته بیمه شخص ثالث و زندگی بود گسترش یافته و درنهایت در کلیه رشته‌های بیمه‌ای تعلیق شد.

۲,۲ مصوبه شورای عالی بیمه در خصوص شرکت بیمه توسعه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

با عنایت به تداوم تخلفات و عدم تمکین از مقررات و ضرورت جبران خسارت قطعی زیان‌دیدگان بیمه‌های اتومبیل شرکت مذکور و به منظور تعیین تکلیف مطالبات بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ موافقت خود را با ابطال پروانه فعالیت شرکت در رشته‌های بیمه اتومبیل (شخص ثالث، حوادث راننده و بدنه اتومبیل) و زندگی (عمر اعلام و به استناد ماده ۴۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری شرکت سهامی بیمه ایران را مکلف نمود در ازای تملک اموال و دارایی‌های آن شرکت بیمه کلیه خسارات رسیدگی شده و آماده پرداخت و تمامی خسارات معوق در رشته‌های مذکور را رسیدگی و در چارچوب قوانین و مقررات بیمه پرداخت نماید.

همچنین پرتفوی (حقوق و تعهدات) کلیه بیمه‌نامه‌های معتبر در رشته‌های بیمه اتومبیل و زندگی (عمر) به شرکت سهامی بیمه ایران منتقل و بیمه مرکزی ج.ا.ا مجاز شد مبلغی را بابت سهمیه اتکایی اجباری به صورت علی‌الحساب در اختیار بیمه ایران قرار دهد. لذا بیمه مرکزی ج.ا.ا به منظور تأمین سریع نقدینگی مورد نیاز بیمه ایران برای پرداخت خسارات قطعی شده موجود نسبت به تخصیص مبلغ دو هزار میلیارد ریال به صورت علی‌الحساب از محل سهمیه اتکایی اجباری اقدام و مبالغ مذکور سریعاً جهت پرداخت خسارات بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان بیمه‌های ثالث کارسازی گردید، ضمن آن‌که در روزهای پایانی سال ۱۳۹۳ بیمه‌گذارانی (بیش از ۱۳۳ نفر) که به دلیل تعلل بیمه توسعه در پرداخت خسارات متعلقه با شکایت زیان‌دیدگان به زندان افتاده بودند نیز آزاد گردیدند.

سیصد و هشتاد و هفتمین جلسه شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ در بیمه مرکزی ج.ا.ا ایران تشکیل شد و پس از بحث و تبادل نظر پیرامون دستورهای جلسه، تصمیماتی به شرح ذیل اتخاذ نمود:

۱- شورای عالی بیمه به استناد بند ۱ ماده ۱۷ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، به دلیل عدم تمکین شرکت بیمه توسعه نسبت به مصوبات شورای عالی بیمه و عدم رعایت قوانین و مقررات بیمه‌ای و در اجرای بند ۳ ماده ۴۰ و ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری و ماده ۲۸ قانون اصلاح قانون بیمه شخص ثالث و به منظور حمایت از زیاندیدگان و بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه و با توجه به پیشنهادات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران تصمیماتی به شرح ذیل اتخاذ نمود:

الف) شورای عالی بیمه موافقت خود را با ابطال پروانه فعالیت شرکت بیمه توسعه در رشته‌های بیمه خودرو (شخص ثالث، بدنه اتومبیل و حوادث راننده) و انواع بیمه‌های زندگی به استناد بند ۳ ماده ۴۰ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری اعلام و مقرر گردید مراتب برای تصویب به مجمع عمومی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال گردد.

ب) در اجرای ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، ابطال پروانه رشته‌های بیمه خودرو (شخص ثالث، بدنه اتومبیل و حوادث راننده) و انواع بیمه‌های زندگی و انقضای مهلت مقرر در ماده ۴۲ قانون تاسیس، ترتیبات خاص زیر صورت خواهد گرفت:

کلیه اسناد و سوابق مربوط به حقوق و تعهدات (پرتفوی) شرکت بیمه توسعه در رشته‌های بیمه خودرو (شخص ثالث، بدنه اتومبیل و حوادث راننده) و انواع بیمه‌های زندگی به شرکت سهامی بیمه ایران انتقال داده شود. شرکت بیمه توسعه موظف است علاوه بر پرداخت حق بیمه بیمه‌نامه‌های معتبر و عواید حاصل از آن به شرکت بیمه ایران، تمام اطلاعات بیمه‌نامه‌های منقضی نشده و معتبر خود و نیز تمام پرونده‌های خسارت مربوط به رشته‌های مذکور را احصاء و در اختیار شرکت بیمه ایران قرار دهد. پرداخت تعهدات ناشی از بیمه‌نامه‌های مذکور معادل حقوق در اختیار گرفته شده توسط شرکت سهامی بیمه ایران به عهده شرکت مذکور خواهد بود.

شرکت سهامی بیمه ایران با رعایت بند ۱ کلیه خسارت‌های رسیدگی شده و آماده پرداخت و خسارت‌های معوق شرکت بیمه توسعه در رشته‌های مذکور را رسیدگی و در چارچوب قوانین و مقررات بیمه پرداخت می‌نماید.

شرکت بیمه توسعه موظف است مالکیت اموال و دارایی‌های منقول و غیر منقول خود را معادل تعهدات پس از تقویم توسط هیئت کارشناسان رسمی داد گستری منتخب شرکت سهامی بیمه ایران و بیمه توسعه (مرضی الطرفین) بابت پرداخت تعهدات به شرکت بیمه ایران منتقل نماید.

هزینه کارشناسی، هزینه انتقال اموال و دارایی و سایر هزینه‌های اجرای انتقال پرتفوی این مصوبه تماماً به عهده شرکت بیمه توسعه است.

بیمه مرکزی مبالغ مربوط به سهم خسارات خود از بیمه‌های اتکایی اجباری رشته‌های مذکور شرکت بیمه توسعه را به صورت علی الحساب برای تسویه خسارت در اختیار شرکت سهامی بیمه ایران قرار دهد و بیمه ایران پس از پرداخت خسارت نسبت به ارسال بدروه‌های مربوط به بیمه مرکزی اقدام خواهد نمود.

شرکت سهامی بیمه ایران موظف است پس از رسیدگی و پرداخت خسارت‌های شرکت بیمه توسعه گزارش آن را تهیه و برای بیمه مرکزی ارسال نماید. بیمه مرکزی موضوع را در شورای عالی بیمه مطرح خواهد نمود.

۲,۳ تصویب ابطال پروانه شرکت بیمه توسعه در رشته خودرو و انواع بیمه‌های زندگی در مجمع عمومی فوق العاده بیمه مرکزی ج.ا. ایران

در مجمع عمومی فوق العاده بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۷، به استناد بند ۳ ماده ۴۰ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و ماده ۲۸ قانون شخص ثالث، با ابطال پروانه فعالیت شرکت بیمه توسعه در رشته خودرو و انواع بیمه‌های زندگی موافقت خود را اعلام نمود. این صورت جلسه به امضای وزیر امور اقتصاد و دارایی، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزیر صنعت معدن و تجارت رسیده است.

مصوبه مجمع عمومی فوق العاده بیمه مرکزی، در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۸، به شرکت بیمه توسعه و مدیرعامل شرکت سهامی بیمه ایران توسط رئیس کل وقت بیمه مرکزی، ابلاغ شده است. در این نامه ضمن تأکید بر اجرای کامل مفاد صورت جلسه‌ها، گزارش مستمر اقدامات به عمل آمده به بیمه مرکزی لازم شمرده شده است.

۲,۴ اقدامات بیمه مرکزی در راستای اجرای مصوبه ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به منظور بررسی راهکارهای اجرایی نمودن مصوبه شورای عالی بیمه کارگروهی را با حضور نمایندگان شرکت سهامی بیمه ایران و بیمه توسعه تشکیل و ضمن بررسی اسناد، اقدامات اجرایی لازم را در چارچوب شش صورت جلسه تدوین و به طرفین ابلاغ نموده است.

علاوه بر آن، برای ساماندهی امور شرکت بیمه توسعه، چهار کارگروه فرعی شامل "کارگروه فرعی رسیدگی و تعیین میزان خسارت‌های پرداختی و معوق"، "کارگروه فرعی رسیدگی و تعیین تکلیف میزان عوارض قانونی، مالیات و ارزش اموال انتقالی از بیمه توسعه به بیمه ایران"، "کارگروه فرعی رسیدگی به مشکلات و تعیین تکلیف شبکه فروش"، "کمیته مشترک بیمه‌های زندگی" به موازات کارگروه اصلی تشکیل شد

که وضعیت عملکرد شرکت بیمه توسعه را بررسی و گزارش‌های لازم را تنظیم می‌نمودند. در ادامه به تصمیمات اخذ شده در جلسات مربوطه خواهیم پرداخت.

۲,۴,۱ اولین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

شورای عالی بیمه

در تاریخ‌های ۱۳۹۳/۱۲/۴ و ۱۳۹۳/۱۲/۶ اولین جلسه با موضوع بررسی راهکارهای پیاده‌سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه در خصوص پرداخت خسارات قطعی بیمه‌های اتومبیل (شخص ثالث، حوادث راننده و بدنه اتومبیل) شرکت بیمه توسعه توسط شرکت سهامی بیمه ایران در ازای تملک اموال و دارائی‌ها، در بیمه مرکزی با حضور مدیرعامل محترم شرکت بیمه ایران و رئیس محترم هیئت مدیره شرکت بیمه توسعه در محل دفتر معاونت نظارت برگزار شد. مطابق نامه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۱۳ جهت ارسال صورت جلسه، اهم وظایف مندرج در صورت جلسه به نگارش معاون نظارت بیمه مرکزی به شرح زیر است:

۱- شرکت بیمه توسعه با آگاهی و اختیار کامل به منظور تسریع در تعیین تکلیف، رسیدگی و پرداخت خسارت زیاندیدگان و بیمه گذارانی که تاکنون موفق به دریافت خسارات متعلقه از این شرکت نشده‌اند و نیز پیاده سازی کامل مصوبه شورای عالی بیمه، حق هر گونه اعتراض و شکایت نسبت به مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ مجمع عمومی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران از جمله حق مراجعه به هیئت وزیران و ارائه درخواست لغو مصوبه مذکور، موضوع ماده ۴۲ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری را به طور کامل از خود سلب نمود.

۲- بیمه توسعه بدون اخذ هزینه، ساختمان شعبه مرکزی خود واقع در خیابان حقانی نرسیده به خیابان دیدار شمالی پلاک ۱۹ و شعبه جنوب غرب واقع در بزرگراه اشرفی اصفهانی بلوار مرزداران بعد از تقاطع خیابان ایثار پلاک ۱۵۰ را در اختیار گروه رسیدگی کننده متشکل از کارشناسان بیمه ایران و بیمه توسعه قرار داده و رسیدگی خسارات موضوع مصوبه شورای عالی بیمه در تهران و در محل ساختمان‌های مذکور متمرکز و تشکیل پرونده و پرداخت خسارت به صورت غیر متمرکز و در سراسر کشور انجام خواهد شد. کارشناسان بیمه ایران و بیمه توسعه در ساختمان‌های مذکور، اجرای تصمیمات کارگروه را بر عهده خواهند داشت.

۳- بیمه توسعه کلیه امکانات مورد نیاز بیمه ایران برای رسیدگی و پرداخت خسارت به شرح پیوست (۱) شامل نیروی انسانی، ساختمان‌های اداری، سیستم‌های رایانه‌ای و دسترسی لازم به نرم افزارهای بیمه‌ای و مالی را به هزینه خود فراهم و بلافاصله در اختیار بیمه ایران قرار خواهد داد.

۴- بیمه توسعه مکلف است با قید فوریت اصل کلیه پرونده‌های خسارت به همراه ریز مشخصات آنها را طی صورتجلسه‌ای مشترک به بیمه ایران تحویل دهد.

۵- بیمه ایران بلافاصله نسبت به افتتاح حساب نزد یکی از بانک‌ها اقدام و کلیه خسارات پرونده‌های بیمه توسعه را از محل همین حساب پرداخت خواهد کرد. بیمه ایران موظف است ریز گردش حساب را به صورت هفتگی در اختیار نماینده بیمه مرکزی قرار دهد.

۶- بیمه مرکزی مبالغ مربوط به سهم خسارات خود از بیمه‌های اتکایی اجباری رشته‌های بیمه اتومبیل بیمه توسعه را به صورت علی الحساب برای تسویه خسارت در اختیار بیمه ایران قرار دهد.

۷- هر گونه اطلاع رسانی عمومی در خصوص نحوه پیاده سازی مصوبه شورا با هماهنگی بیمه مرکزی توسط بیمه ایران انجام خواهد شد.

۸- با هدف تسریع در روند پرداخت خسارت زیاندیدگان، بیمه توسعه ضمن قبول مسئولیت کلیه رسیدگی‌های انجام شده قبلی موافقت نمود:

۸/۱ - بیمه ایران بدون الزام به رسیدگی مجدد نسبت به تأمین و پرداخت خسارت پرونده‌های ثالث جانی که روند رسیدگی به آنها کامل و سند دستور پرداخت (عهدہ مؤسسه مالی و اعتباری توسعه) و سند دستور پرداخت در وجه زیاندیدگان صادر و تحویل شده، طبق مستندات لازم تأیید شده توسط شرکت بیمه توسعه در وجه زیاندیدگان اقدام نماید.

(پیوست صورت جلسه ۲: ریز مشخصات تعداد ۴۶۲۰ فقره پرونده خسارت تکمیل شده دارای اسناد دستور پرداخت خسارت به مبلغ ۱۳۲۰ میلیارد ریال که تماماً به تأیید و مهر و امضای بیمه توسعه رسیده است).

۸/۲ - تمامی پرونده‌های خسارت جانی ثالث که تکمیل شده است اما تاکنون اسناد دستور پرداخت خسارات آنها به زیاندیدگان تسلیم نگردیده است نیز طبق مستندات لازم تأیید شده توسط بیمه توسعه، بدون الزام به رسیدگی مجدد توسط بیمه ایران، خسارات آنها تأمین و پرداخت خواهد شد.

(پیوست ۳ صورت جلسه: ریز مشخصات تعداد ۵۸۵۰ فقره پرونده خسارت تکمیل شده فاقد اسناد دستور پرداخت به مبلغ ۱۶۳۰ میلیارد ریال که تماماً به تأیید و مهر و امضای بیمه توسعه رسیده است).

۹ - اولویت پرداخت خسارت‌های جانی و مالی اتومبیل به شرح زیر تعیین و بر همین اساس اقدام خواهد شد:

۹/۱ - پرونده‌هایی که راننده مقصر حادثه در زندان به سر می‌برد و یا حکم جلب آنها توسط داد سرای اجرای حکم در سراسر کشور صادر شده است. (پیوست ۴ صورت جلسه: تعداد ۸۸ مدد جو که توسط

ستاد دیه کشور شناسایی و اعلام شده است. در صورت شناسایی و معرفی افرادی دیگر، مشخصات آنها در اختیار بیمه ایران قرار خواهد گرفت.

۹/۲ - پرونده‌هایی که اسناد دستور پرداخت مدت دار خسارت برای آنها قبلاً صادر و در سررسید به هر دلیل منجر به پرداخت نشده با اولویت مدت زمان سپری شده از تاریخ سررسید حواله خسارت پرداخت خواهد شد. (مطابق پیوست ۲ صورت جلسه)

۹/۳ - پرونده‌های خسارت افرادی که در سامانه شکایت بیمه مرکزی شکایت خود را ثبت و قبلاً به بیمه توسعه اعلام گردیده است. (پیوست صورت جلسه ۵: ریز مشخصات پرونده‌های موجود در اداره رسیدگی به شکایات بیمه مرکزی)

۹/۴ - خسارات مالی (ثالث و بدنه) پرونده‌هایی که مدارک آنها تکمیل و رسیدگی به آنها کامل شده است و سند دستور پرداخت خسارت به هر شکل (جمعاً ۹۶۹۴ فقره به مبلغ ۱۳۱ میلیارد ریال شامل ۷۳۹۹ فقره کارت بانکی موسسه مالی اعتباری توسعه - دریافت شماره شبای حساب از ۲۳۵۵ نفر زیان‌دیده و ... برای آنها صادر و یا در محله صدور حواله خسارت قرار دارند. (پیوست ۶ صورت جلسه)

۱۰ - بیمه ایران پس از پرداخت خسارات به صورت مستقل نسبت به ارسال بردروهای مربوطه به بیمه مرکزی ج.ا. ایران اقدام خواهد نمود.

۱۱ - بیمه ایران پس از رسیدگی و پرداخت خسارت‌های بیمه توسعه گزارش آن را تهیه و برای طرح در شورای عالی بیمه به بیمه مرکزی ارائه خواهد نمود.

۱۲ - بیمه توسعه آقای م. ک کارشناس رسمی داد گستری را به بیمه ایران معرفی نمود تا به اتفاق آقای ق. ش کارشناس داد گستری مورد تأیید بیمه ایران نسبت به تقویم و ارزیابی اموال و دارایی‌های منقول متعلق به بیمه توسعه به شرح پیوست (۷) اقدام و بیمه توسعه نیز مکلف است مالکیت اموال مورد توافق را به بیمه ایران منتقل نماید.

۱۳ - کارگروهی مرکب از نماینده تام‌الاختیار بیمه مرکزی ج.ا. ایران (عضو هیئت عامل و معاون نظارت)، شرکت سهامی بیمه ایران (عضو هیئت مدیره و معاون فنی) و شرکت بیمه توسعه (عضو و نایب رئیس هیئت مدیره) تشکیل و کلیه اختیارات مرتبط با اجرای بندهای فوق‌الذکر و سایر اقدامات مرتبط با آنها در آینده بر عهده خواهند داشت.

۱۴- بیمه ایران منوط و مشروط به تأمین مالی وفق مصوبه شورای عالی بیمه (مصوبه سیصد و هشتاد و هفتمین جلسه مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۲۱) نسبت به پرداخت خسارت اقدام خواهد نمود.

۱۵- بیمه توسعه به منظور رعایت حقوق بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها و با همکاری و هماهنگی بیمه ایران اقدامات و تمهیدات لازم جهت اعلام خسارت و تشکیل پرونده در کلیه مراکز استان های کشور را به عمل می آورد.

۲،۴،۲ دومین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

شورای عالی بیمه

در ادامه جلسه قبلی در خصوص بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه، در تاریخ ۱۳۹۳/۱۲/۲۰، دومین جلسه با حضور نمایندگان تام الاختیار شرکت بیمه توسعه و شرکت بیمه ایران و بیمه مرکزی تشکیل شد. در این جلسه تصمیماتی به شرح زیر اتخاذ شد:

۱- بیمه ایران بدون الزام به رسیدگی مجدد پرونده های مربوط به ۲۱۴۰ نفر از زیان دیدگان جانی بیمه شخص ثالث بیمه توسعه، نسبت به پرداخت مبلغ ۱۷۸،۱۵۵،۶۷۳،۲۱۶ ریال خسارت جانی مربوطه به شرح پیوستهای ۱ و ۲ که سررسید حواله های مدت دار آنها (چک های عهده موسسه اعتباری توسعه) قبل از ۱۳۹۳/۱۱/۱ بوده و مشخصات دارندگان حساب و شماره شبای آنها توسط بیمه توسعه ارائه گردیده است، اقدام خواهد نمود.

۲- بیمه ایران بلافاصله نسبت به فراخوان سایر زیان دیدگان جانی ثالث که سررسید حواله های مدت دار خسارت آنها قبل از ۱۳۹۳/۱۱/۱ بوده و اصل آن نزد خود زیان دیده باقیمانده است اقدام و پس از دریافت حواله های مذکور، بدون الزام به رسیدگی مجدد پرونده ها، چک های جدید از حساب موضوع بند پنج صورت جلسه شماره یک صادر و به زیان دیده و یا وراث قانونی وی تحویل خواهد نمود.

۳- با توجه به افزایش سنواتی دیات در سال های گذشته و احتمال افزایش مجدد آن در سال ۱۳۹۴ و الزام شرکت بیمه توسعه به جبران خسارت جانی زیان دیدگان بر مبنای قیمت سوقیه در روز پرداخت (یوم الاداء) طبق مقررات بیمه ای، شرکت بیمه توسعه مسئولیت ناشی از افزایش مبالغ خسارت کلیه پرونده های جانی ثالث موضوع مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه که رأی قطعی آن صادر گردیده و علیرغم مراجعه زیان دیده و یا وراث حسب مورد و تکمیل مدارک، شرکت از پرداخت خسارت امتناع نموده است را می پذیرد و از این رو مکلف است معادل خسارت های قابل پرداخت (غیر از سهم بیمه اتکایی اجباری بیمه مرکزی) از اموال و دارایی های شرکت به تملک شرکت سهامی بیمه ایران در آورد تا بیمه ایران خسارت را پرداخت نماید.

۴- با توجه به عدم همکاری کارکنان بیمه توسعه به دلیل عدم دریافت حقوق و مزایای هشت ماه گذشته که مانع تحویل بخشی از پرونده‌ها برای رسیدگی به بیمه ایران شده است و نیز در خواست بیمه توسعه مورخ ۱۳۹۳/۱۲/۲۰، مقرر شد حقوق و مزایای معوق پرسنل بیمه توسعه به مبلغ ۳۳،۵۸۷،۰۳۲،۸۲۷ ریال توسط بیمه ایران در ازای تملک اموال و دارائی‌ها و منابع شرکت بیمه توسعه پرداخت گردد.

۲،۴،۳ سومین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

شورای عالی بیمه

پیرو توافقات جلسات قبلی در اجرای مصوبه ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه در خصوص انتقال مالکیت اموال و دارایی‌های غیر منقول و همچنین انتقال تعهدات قطعی و تعهدات ناشی از بیمه‌نامه‌های معتبر شرکت بیمه توسعه به شرکت سهامی بیمه ایران راهکارهای تأمین مالی خسارات و اجرای مصوبه صدر الاشعار با شرکت نمایندگان تام الاختیار موسسات بیمه مذکور و بیمه مرکزی ج. ا. ا. در محل دادسرای رسیدگی به جرایم پولی و بانکی بررسی و تصمیماتی به شرح زیر اتخاذ گردید.

۱- شرکت بیمه توسعه وفق مصوبه شورای عالی بیمه به منظور تسویه تعهدات و انتقال حقوق ناشی از بیمه نامه‌های معتبر آن شرکت به شرکت سهامی بیمه ایران نسبت به تملیک املاک مذکور در بندهای (الف)، (ب)، (ج)، (د) و (ه) به شرکت سهامی بیمه ایران اقدام خواهد نمود. مالکیت اموال مندرج در بندهای مورد اشاره به جز بند ب که ترتیب دیگری برای آن معین گردیده است ظرف مدت یک هفته یعنی تا تاریخ ۱۳۹۴/۶/۲۶ روز پنج شنبه در دفتر خانه رسمی به شرکت سهامی بیمه ایران انتقال قطعی می‌یابد. در صورت عدم انتقال مالکیت در مدت مذکور، مراتب از سوی شرکت سهامی بیمه ایران برای اتخاذ تصمیم به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران منعکس می‌گردد.

(بندهای (الف) تا (ه) شامل مشخصات املاک منتقل شده می باشد که به ذکر نام و مشخصات آنها نمی‌پردازیم.)

۲- شرکت بیمه توسعه و مدیران آن اقرار می‌نمایند که هیچگونه مانع قانونی برای انتقال یا تملیک املاک به شرح بندهای (الف) تا (ه) وجود نداشته و در صورت کشف فساد و هرگونه معارض در املاک تملیکی به شرکت سهامی بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و مدیران آن شرکت متضامناً مسئول جبران اصل خسارت پرداختی به علاوه دو برابر شاخص نرخ تورم هستند.

۳- شرکت بیمه توسعه موظف است مدارک مربوط به پرونده‌های خسارات رسیدگی شده و آماده پرداخت در رشته‌های بیمه اتومبیل و زندگی را تا زمان اتمام کامل آنها به طور منظم و مرتب به شرکت سهامی بیمه

ایران ارسال نماید. بیمه ایران کلیه پرونده‌های خسارت واصله را بر اساس زمان تکمیل پرونده در اولویت رسیدگی و تسویه قرار می‌دهد.

۴- به منظور تسریع در امور و با هدف نظارت بر حسن تبادل آمار، اطلاعات و مدارک و مستندات مورد نیاز شرکت سهامی بیمه ایران، برای تسویه کامل پرونده‌های خسارت بیمه توسعه و انتقال پرتفوی بیمه نامه‌های معتبر شرکت مذکور به بیمه ایران، کمیته اجرایی متشکل از معاون فنی شرکت سهامی بیمه ایران (مسئول پروژه در شرکت انتقال گیرنده)، مدیر عامل شرکت بیمه توسعه (مسئول پروژه در شرکت انتقال دهنده) و معاون نظارت بیمه مرکزی یا نماینده وی ایجاد و کلیه امور به صورت مکتوب انجام و ثبت خواهد شد.

۵- شرکت بیمه توسعه مکلف است ظرف مدت ده روز از تاریخ امضای این صورتجلسه فهرست بیمه‌نامه‌های معتبر در رشته بیمه زندگی به همراه حقوق و تعهدات مترتب بر آنها (حق بیمه و عواید حاصل از سرمایه- گذاری آن) را تهیه و به شرکت سهامی بیمه ایران اعلام و رونوشت به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران ارسال نماید.

۶- خسارات بر اساس تاریخ تکمیل پرونده و یا تاریخ حواله خسارت (چک یا هر ابزار پرداخت دیگر) اولویت بندی شده و بر اساس تقدم تاریخی تسویه خواهند شد.

۷- مسئولیت ایفای کلیه تعهدات قطعی و تعهدات ناشی از بیمه‌نامه‌های معتبر شرکت بیمه توسعه موضوع مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه از تاریخ انتقال اموال به همان میزان با شرکت سهامی بیمه ایران خواهد بود. به این منظور شرکت سهامی بیمه ایران کلیه مدارک پرونده‌های خسارت دریافتی از شرکت بیمه توسعه را بررسی و نسبت به محاسبه و تعیین میزان واقعی بدهی بیمه توسعه در مقابل زیان دیدگان و بیمه‌گذاران اقدام نموده و در صورت وجود هر گونه کسری، ما به التفاوت خسارات پرداخت شده قبلی تا میزان واقعی را از محل ارزش اموال تملیکی به صاحبان حقوق پرداخت خواهد نمود.

۸- ظرف دو سال از تاریخ انتقال اموال شرکت بیمه توسعه به شرکت سهامی بیمه ایران، طرفین با نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ا نسبت به تسویه حساب اقدام می‌نمایند.

۲،۴،۴ چهارمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

شورای عالی بیمه

حسب دستور ریاست کل بیمه مرکزی مورخ ۱۳۹۵/۱۱/۹ در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۳ و ۱۳۹۵/۱۱/۲۵ جلسه‌ای با موضوع "رسیدگی و تعیین تکلیف خسارتهای معوق رشته‌های بیمه ای لغو و تعلیق شده، عوارض قانونی، مالیات و اموال انتقالی از بیمه توسعه به بیمه ایران و وضعیت شبکه فروش شرکت بیمه توسعه" توسط

کارگروهی در بیمه مرکزی با مسئولیت معاونت نظارت تشکیل گردید که تصمیمات اتخاذ شده آن به شرح زیر است:

به منظور رسیدگی و تعیین میزان دقیق خسارت‌های پرداختی و برآورد خسارات معوق رشته‌های بیمه‌ای لغو و تعلیق شده، میزان عوارض قانونی، مالیات معوق بیمه توسعه و ارزش اموال انتقالی از بیمه توسعه به بیمه ایران و وضعیت شبکه فروش شرکت بیمه توسعه، موارد مذکور در قالب سه کارگروه فرعی به شرح زیر بررسی و گزارش گردید:

۱- کارگروه فرعی رسیدگی و تعیین میزان خسارت‌های پرداختی و معوق

این کارگروه با مسئولیت مدیر کل نظارت فنی وقت تشکیل و به منظور تعیین میزان دقیق خسارت‌های پرداختی و معوق کلیه رشته‌های بیمه‌ای، با مراجعه همکاران اداره کل نظارت فنی بیمه مرکزی به بیمه توسعه و با بررسی نمونه‌ای مدارک و مستندات ذی‌ربط و نیز برگزاری جلسات کارشناسی مشترک با مسئولین شرکت، مبلغ خسارات پرداختی و میزان خسارات معوق برآوردی کلیه رشته‌های بیمه‌ای به تفکیک به شرح زیر تعیین و مشخص گردید:

الف) وضعیت خسارت‌های رشته‌های لغو پروانه شده تا تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۵:

کل خسارت‌های پرداختی بیمه‌های اتومبیل ۶۳۹/۵ میلیارد تومان.

مجموع خسارت‌های آماده پرداخت بیمه‌های اتومبیل ۱۵۸ میلیارد تومان و خسارت‌های در حال رسیدگی ۲۵۴ میلیارد تومان.

تعهدات شرکت در بخش بیمه‌های زندگی ۲۱ میلیارد تومان.

ب) وضعیت خسارت‌های رشته‌های تعلیق پروانه شده تا تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۲۵:

مجموع خسارت‌های معوق سایر رشته‌ها و بیمه‌های مسئولیت ۳۵/۶ میلیارد تومان.

۲- کارگروه فرعی رسیدگی و تعیین تکلیف میزان عوارض قانونی، مالیات و ارزش اموال انتقالی از بیمه توسعه به بیمه ایران

این کارگروه با مسئولیت مدیر کل نظارت مالی به منظور نهایی کردن مبلغ عوارض قانونی معوق ثالث و مالیات و همچنین جهت تعیین و میزان دقیق ارزش اموال انتقال یافته از بیمه توسعه به صورت قطعی و

وکالتی تشکیل گردید که پس از برگزاری جلسه با نمایندگان تام الاختیار شرکت بیمه توسعه و شرکت بیمه ایران، اعداد و ارقام زیر جمع‌بند و نهایی گردید:

عوارض وزارت بهداشت ۵۸ میلیارد تومان.

مالیات ۲/۴ میلیارد تومان (طبق صورت‌های مالی حسابرسی شده سال ۱۳۹۲)

ارزش اموال منتقل شده از بیمه توسعه به بیمه ایران ۴۳۵/۴ میلیارد تومان.

۳- کارگروه فرعی رسیدگی به مشکلات و تعیین تکلیف شبکه فروش

مقرر گردید این کارگروه با مسئولیت مدیر کل نظارت بر صلاحیت‌های حرفه‌ای وقت، نتایج بررسی موارد زیر را پس از ارائه از سوی شرکت بیمه توسعه، تدوین و راهکارهای لازم به منظور اتخاذ تصمیم لازم در جلسات آتی کارگروه مطرح گردد:

جمع بندی آخرین وضعیت نمایندگان موجود از حیث فعال، تعلیق و لغو

اعلام میزان نهایی بدهی هر یک از نمایندگان بیمه به همراه ریز مطالبات و به تفکیک سال

نتیجه نهایی رسیدگی به موضوعات مطروحه در هیئت حل اختلاف بیمه مرکزی

تعیین تکلیف نهایی موضوع مالیات ارزش افزوده کارمزد نمایندگان

تعیین تکلیف نهایی کلیه نمایندگان متقاضی لغو پروانه فاقد بدهی به شرکت بیمه و لغو پروانه آنها

جدول زمانی و برنامه نحوه تسویه حساب و تعیین تکلیف نمایندگان بدهکار

۴- کلیه اطلاعات چک‌های موسسه اعتباری توسعه که توسط بانک ملت پرداخت شده و نیز سایر مغایرت‌های مربوط به پرداخت‌های خسارت برای آزادی زندانیان دیه، به منظور رفع مغایرات و حل و فصل اختلافات فی مابین، تا پایان سال ۱۳۹۵ از سوی بیمه ایران در اختیار بیمه توسعه قرار گیرد.

۵- از ابتدای سال ۱۳۹۶ تمامی چک‌های خسارت موسسه اعتباری توسعه که در اختیار زیاندیدگان قرار دارد، توسط بیمه توسعه جمع‌آوری و اسامی زیاندیدگان به صورت لیست تجمیع و برای پرداخت خسارت به بیمه ایران اعلام می‌گردد.

۲,۴,۵ پنجمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱

شورای عالی بیمه

در تاریخ ۱۳۹۶/۳/۲۹ جلسه‌ای با موضوع "رسیدگی و تعیین تکلیف خسارت‌های معوق رشته‌های بیمه‌ای لغو و تعلیق شده، اموال انتقالی از بیمه توسعه به بیمه ایران و وضعیت شبکه فروش شرکت بیمه توسعه" با حضور نمایندگان از شرکت بیمه توسعه و شرکت بیمه ایران و مسئولین بیمه مرکزی تشکیل شد که موارد مطرح شده و تصمیمات اتخاذ شده در این جلسه به شرح زیر است:

۱- کارگروه فرعی رسیدگی و تعیین میزان خسارت‌های پرداختی و معوق

مبلغ خسارت پرداختی و میزان خسارت معوق برآوردی کلیه رشته‌های بیمه‌ای به تفکیک به شرح زیر تعیین و مشخص گردید:

الف) وضعیت خسارت‌های رشته‌های لغو پروانه شده تا تاریخ ۱۳۹۶/۳/۲۹:

- کل خسارت‌های پرداختی بیمه‌های اتومبیل ۷۱۰ میلیارد تومان.
 - مجموع مبالغ پرداختی بابت بازخرید بیمه‌های زندگی (عمر و پس‌انداز+عمر ذخیره دار) و خسارت بیمه عمر گروهی تاکنون بیش از ۶/۹ میلیارد تومان است.
 - مجموع خسارت‌های قطعی آماده پرداخت بیمه‌های اتومبیل ۶۵ میلیارد تومان است.
 - تعهدات قطعی باقی مانده شرکت بیمه توسعه در بخش بیمه‌های زندگی بالغ بر ۱۸ میلیارد تومان.
- ب) وضعیت خسارت‌های رشته‌های تعلیق پروانه شده تا تاریخ ۱۳۹۶/۳/۲۹:

- مجموع خسارت‌های معوق سایر رشته‌ها و بیمه‌های مسئولیت ۳۴ میلیارد تومان.

ج) ارزش اموال منتقل شده از بیمه توسعه به بیمه ایران ۵۳۳ میلیارد تومان

د) حسب توافقات صورت گرفته در جلسه مقرر گردید:

۱- با توجه به مجموع تعهدات قطعی بیمه‌های زندگی و خسارت‌های قطعی آماده پرداخت بالغ بر ۸۳ میلیارد تومان و سایر پرونده‌های در حال رسیدگی، شرکت بیمه توسعه در اسرع وقت نسبت به انتقال یک ملک به ارزش ۱۰۰ میلیارد تومان اقدام نماید.

۲- گزارش آن دسته از پرونده‌های مختومه‌ای که خسارت آنها پرداخت شده، لیکن مبلغ خسارت آنها در سیستم نرم افزاری شرکت و سامانه سנהاب ثبت نشده‌اند، ظرف شش ماه آینده از سوی بیمه توسعه به بیمه مرکزی ارسال گردد.

۳- رکورد پرونده‌های تکراری خسارت اتومبیل در قالب فایل اکسل جهت راست آزمایی به بیمه مرکزی ارسال شود تا از سوی اداره نظارت بر بیمه‌های خودرو مورد رسیدگی و کنترل قرار گرفته و در صورت تأیید نهایی آن اداره، مجوز حذف رکورد های اضافی (تکراری) از سوی بیمه مرکزی صادر گردد.

۴- با توجه به مجموع مبالغ پرداختی بیمه ایران (۷۱۰ میلیارد تومان) و ارزش املاک منتقل شده تا کنون (۵۳۳ میلیارد تومان) و (۲۰۰ میلیارد تومان سهمیه اتکایی اجباری بیمه مرکزی)، معرفی املاک جدید جهت انتقال به بیمه ایران از سوی بیمه توسعه ضروری است.

۵- مقرر گردید کلیه پرونده‌های خسارت اتومبیل واصله از استان‌های مختلف و پرونده‌های در اختیار بیمه ایران تحویل بیمه توسعه گردد و بیمه توسعه ظرف مدت حداکثر ۴ هفته آمار خسارت معوق قابل پرداخت را مشخص و به بیمه مرکزی اعلام نماید.

۶- پس از اخذ آنالیز طبقه‌بندی شده ذخایر بازخریدی ۳۲۰۰۰ فقره بیمه‌نامه های زندگی از سوی بیمه توسعه، با عنایت به مراجعه بیش از ۹۰۰۰ نفر به بیمه ایران، اداره نظارت فنی با برگزاری جلسه‌ای با مسئولین ذیربط بیمه ایران و بیمه توسعه، موضوع را بررسی نموده و راهکار لازم برای اطلاع رسانی به حدود ۲۳۰۰۰ فقره بیمه‌نامه‌ای که بیمه‌گذاران آنها تاکنون مراجعه‌ای نداشته‌اند را پیشنهاد دهد.

۷- شرکت بیمه توسعه اطلاعات کامل مربوط به بیمه‌نامه‌های آن دسته از بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی آن شرکت (حدود ۱۵۰۰۰ فقره بیمه نامه تاکنون) که درخواست ادامه بیمه‌نامه نزد بیمه ایران را دارند، از جمله نام و نام خانوادگی بیمه گذار و بیمه شده، کد ملی، سن بیمه شده، شماره بیمه‌نامه، نوع و میزان پوشش‌های ابتیاع شده، ذخایر ریاضی، حق بیمه و ... را به بیمه ایران و رونوشت آن را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

۸- کلیه اطلاعات چک‌های موسسه اعتباری توسعه که توسط بانک ملت پرداخت شده و نیز سایر مغایرت‌های مربوط به پرداخت‌های خسارت برای آزادی زندانیان دیه، به منظور رفع مغایرات و حل و فصل اختلافات فی مابین، تا پایان ۱۳۹۶/۴/۳۱ از سوی بیمه ایران در اختیار بیمه توسعه قرار گیرد.

۲- کارگروه فرعی رسیدگی به مشکلات و تعیین تکلیف شبکه فروش:

ضمن تأکید بر اجرای مفاد بند ۳ صورتجلسه شماره ۴ و با عنایت به فعال بودن کد نمایندگی تعداد قابل توجهی از نمایندگان شرکت- علی رغم تعلیق فعالیت شرکت بیمه توسعه- و با توجه به احتمال ایجاد تخلفاتی از سوی نمایندگان فعال مقرر گردید شرکت بیمه توسعه بر اساس آیین نامه ۷۵/اقدامات لازم را در خصوص تعیین تکلیف این گروه از نمایندگان را اعمال نماید.

۲,۴,۶ ششمین صورت جلسه بررسی راهکارهای پیاده سازی مصوبه مورخ ۱۱/۲۱/

۱۳۹۳ شورای عالی بیمه

در اجرای مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه مبنی بر لغو پروانه فعالیت بیمه توسعه در رشته‌های بیمه اتومبیل و زندگی و انتقال تعهدات معوق شرکت مذکور به شرکت سهامی بیمه ایران در ازای انتقال اموال و داراییهای شرکت مذکور، جلسه‌ای در محل دفتر معاون دادستان عمومی و انقلاب تهران برگزار و ضمن تنظیم صورت جلسه مقرر شد بیمه مرکزی ج.ا. ایران با بررسی حساب‌های فی مابین، نسبت به بررسی میزان طلب یا بدهی شرکت مذکور اقدام و در صورت وجود مطالبات از سوی بیمه توسعه به منظور مساعدت در حل و فصل پرونده‌های باقی مانده نسبت به پرداخت علی الحساب به بیمه ایران اقدام نماید. لذا در تاریخ ۱۳۹۷/۷/۲۳ جلسه‌ای با حضور امضاکنندگان ذیل برگزار و تصمیمات زیر اتخاذ گردید.

۱- بیمه توسعه با همکاری معاونت اتکایی و مرکز فلوای بیمه مرکزی ظرف مدت یک ماه نسبت به رسیدگی و تعیین تکلیف حق بیمه‌ها و خسارت‌های رشته بیمه اتومبیل و عمر (واکشی نشده) اقدام و نسبت به رفع مغایرت اقدام خواهد نمود.

۲- بیمه توسعه در اسرع وقت گزارش خسارت‌های آماده پرداخت خود را به تفکیک مشخصات پرونده‌ها و زیاندیدگان به معاونت نظارت ارسال نماید.

۳- معاونت اتکایی و نظارت بیمه مرکزی پس از دریافت اطلاعات مندرج در بند دوم از بیمه توسعه نسبت به رسیدگی و تعیین میزان طلب یا بدهی (مانده حساب‌های فی مابین) بر مبنای میزان خسارت آماده پرداخت اقدام و در اجرای مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه میزان علی الحساب قابل پرداخت سهمیه اتکایی اجباری به بیمه توسعه را تعیین و به هیئت محترم عامل گزارش نماید.

۲,۵ گزارش آخرین وضعیت اجرای مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه

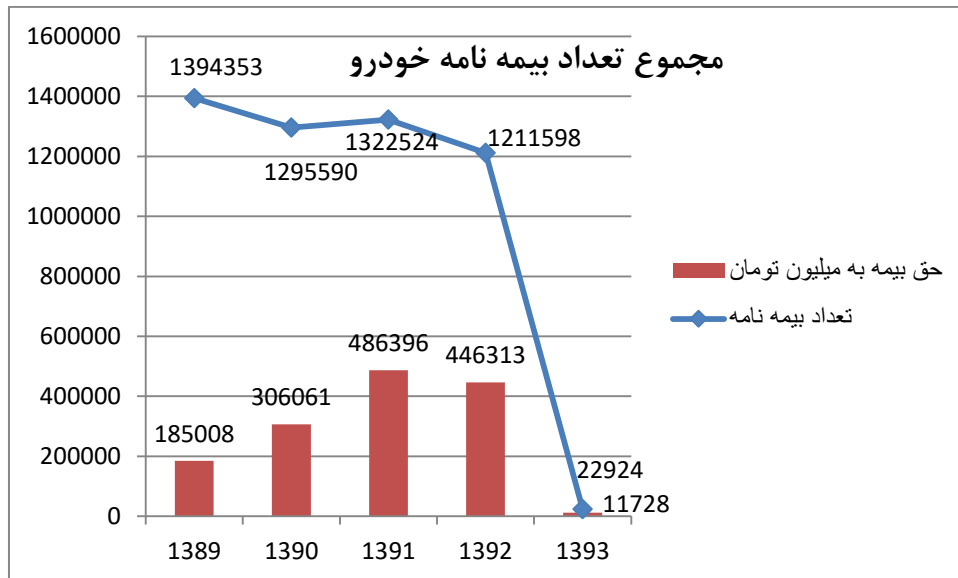
در این بخش، میزان خسارت پرداختی بابت پرتفوی انتقال یافته از شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران و مسائل و مشکلات این انتقال، پرداخت علی الحساب بیمه مرکزی از محل بیمه‌های اتکایی و مانده خسارت‌ها مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۲,۵,۱ پورتفوی منتقل شده از شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران

در اجرای مصوبه شورای عالی بیمه تا تاریخ ۱۳۹۷/۳/۷ در بخش بیمه‌های اتومبیل، تعداد کل بیمه نامه‌های صادره و حق بیمه آنها در سال‌های ۹۳-۱۳۸۹ در بیمه‌های اتومبیل در نمودارهای زیر قابل مشاهده است. طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ تعداد کل بیمه نامه‌های منتقل شده و مبلغ کل حق بیمه‌ها است. (منبع این ارقام صورتجلسه‌ای است که توسط شعبه ۶ بازپرسی ناحیه ۲۸ تهران تنظیم شده است).

الف - بخش بیمه‌های اتومبیل:

تعداد و مبلغ حق بیمه‌های منتقل شده به شرکت بیمه ایران در رشته‌های بیمه خودرو به تفکیک سال در نمودار شکل ۱، آورده شده است. این مبالغ به گزارش معاونت نظارت بیمه مرکزی بر اساس دفاتر مالی شرکت در سال ۱۳۹۳ محاسبه شده است.



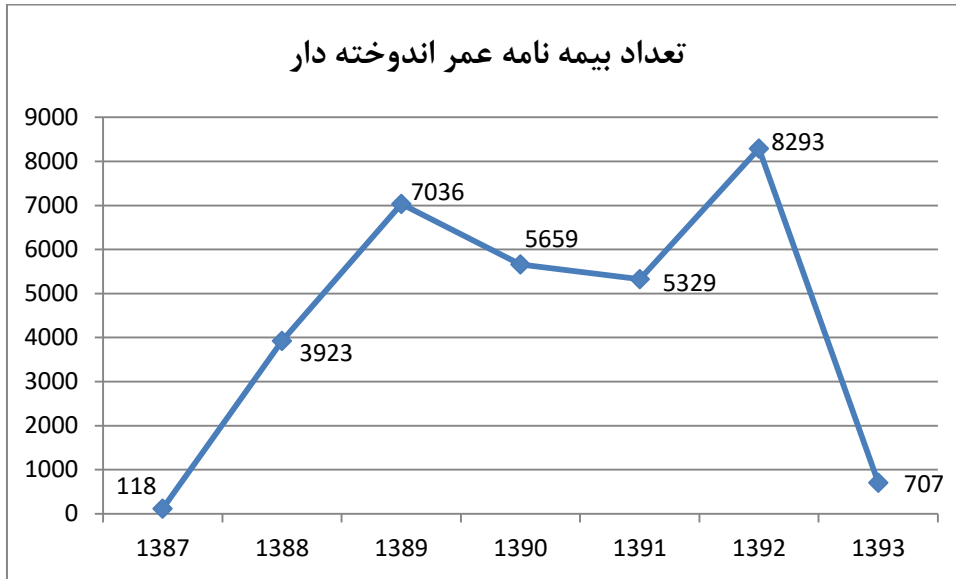
شکل ۱. پرتفوی منتقل شده به بیمه ایران مجموع تعداد بیمه نامه خودرو

جدول ۱. پرتفوی اتومبیل شرکت بیمه توسعه، منتقل شده به شرکت بیمه ایران

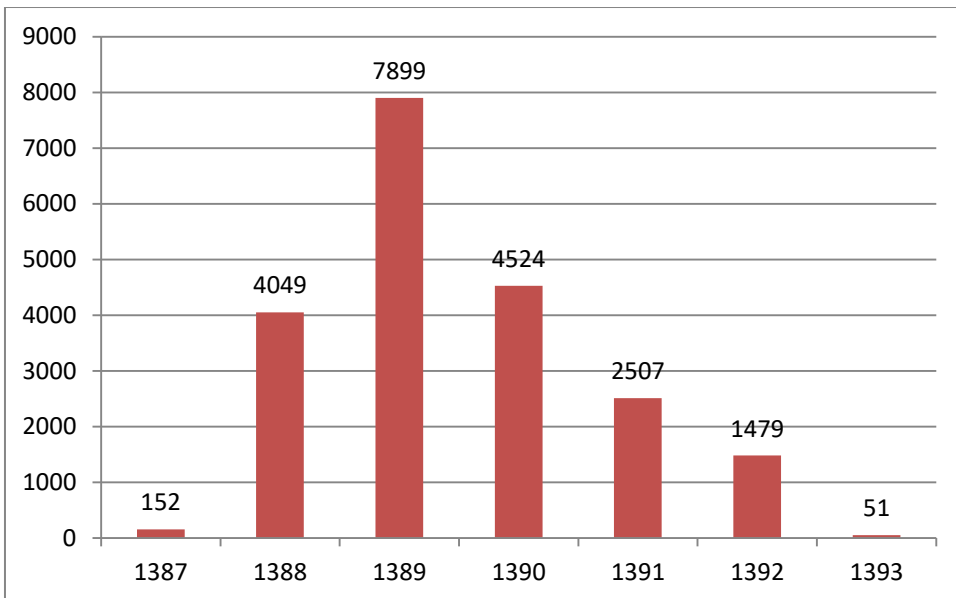
جمع کل اتومبیل	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	جمع
تعداد بیمه نامه	۱۳۹۴۳۵۳	۱۲۹۵۵۹۰	۱۳۲۲۵۲۴	۱۲۱۱۵۹۸	۲۲۹۲۴	۵۲۴۶۹۸۹
حق بیمه (میلیون تومان)	۱۸۵۰۰۸	۳۰۶۰۶۱	۴۸۶۳۹۶	۴۴۶۳۱۳	۱۱۷۲۸	۱۴۳۵۵۰۶

ب - بخش بیمه‌های زندگی:

در اجرای مصوبه شورای عالی بیمه تعداد بیمه‌نامه‌ها و ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی که در تاریخ ۱۳۹۵/۲/۳۱ از شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران منتقل شده‌اند به شرح نمودارهای زیر می‌باشد:



شکل ۴. تعداد بیمه نامه عمر اندوخته دار منتقل شده به شرکت بیمه ایران



شکل ۲. ذخیره ریاضی بیمه نامه منتقل شده به شرکت بیمه ایران، (ارقام به میلیون تومان)

با توجه به ابلاغ صورتجلسه مصوبات مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه مبنی بر انتقال پرتفوی شرکت بیمه توسعه در رشته‌های بیمه خودرو و انواع بیمه‌های زندگی، کمیته مشترک بیمه‌های زندگی با حضور نمایندگان بیمه ایران، بیمه توسعه و بیمه مرکزی تشکیل و مفاد دستورالعمل نحوه انتقال این رشته، تدوین شد. در این ارتباط تعداد ۱۵ جلسه به منظور تعیین تکلیف بخش فنی بیمه‌های زندگی و محاسبه و پرداخت خسارت انواع بیمه‌نامه‌های صادره توسط آن شرکت (جامع آتیه، پیشاهنگ، سنوات و عمر و پس‌انداز) در طول سال ۱۳۹۴ و ابتدای سال ۱۳۹۵ برگزار گردید. مشروح گزارش تصمیمات اخذ شده در این رابطه که

توسط اداره کل نظارت بر بیمه های زندگی تهیه شده و به معاون نظارت وقت ارسال شده است، در بخش پیوست ها (۶،۱) آمده است.

موضوع	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	جمع
تعداد عمر اندوخته دار	۱۱۸	۳۹۲۳	۷۰۳۶	۵۶۵۹	۵۳۲۹	۸۲۹۳	۷۰۷	۳۱۰۶۵
ذخیره ریاضی بیمه نامه	۱۵۲	۴۰۴۹	۷۸۹۹	۴۵۲۴	۲۵۰۷	۱۴۷۹	۵۱	۲۰۶۶۱
وام تسویه نشده	۱۵	۲۰۹	۲۸۹	۱۳۵	۱۵	۰	۰	۶۶۳
ذخیره ریاضی با کسر وام	۱۳۷	۳۸۴۰	۷۶۱۰	۴۳۸۹	۲۴۹۲	۱۴۷۹	۵۱	۱۹۹۹۸

۲،۵،۲ پرداخت علی الحساب سهم بیمه اتکایی توسط بیمه مرکزی به شرکت بیمه توسعه

در پنجمین جلسه شورای عالی بیمه پیرامون موضوع رسیدگی به تخلفات شرکت بیمه توسعه، پرداخت علی الحساب از محل بیمه اتکایی اجباری توسط بیمه مرکزی برای حل مشکل زیاندیدگان شرکت بیمه توسعه تصویب شد. بیمه مرکزی ج.ا.ایران، به منظور تامین سریع نقدینگی مورد نیاز شرکت بیمه ایران برای پرداخت خسارات قطعی شده موجود، نسبت به تخصیص مبلغ ۲ هزار میلیارد ریال به صورت علی الحساب از محل سهمیه اتکایی اجباری اقدام و مبالغ مذکور سریعاً جهت پرداخت خسارات بیمه گذاران و زیاندیدگان بیمه های ثالث کارسازی گردید، ضمن آنکه در روزهای پایانی سال ۱۳۹۳ بیمه گذارانی (۱۳۳ نفر) که به دلیل تعلل شرکت بیمه توسعه در پرداخت خسارات متعلقه با شکایت زیاندیدگان به زندان افتاده بودند نیز آزاد شدند.

با بررسی های انجام شده توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی، (مدیر کل وقت اداره فنی بیمه مرکزی) در تاریخ ۱۳۹۷/۳/۲۷، با توجه به سهم ۲۵ درصدی اتکایی اجباری در رشته های بیمه غیر زندگی و ۵۰ درصدی در رشته بیمه زندگی، بیمه مرکزی در تابستان ۱۳۹۷، مبلغ ۳۰۰ میلیارد ریال را به عنوان علی الحساب دوم به حساب شرکت بیمه ایران برای پرداخت خسارات بیمه گذاران شرکت بیمه توسعه واریز کرد.

در مجموع بیمه مرکزی تا تاریخ تهیه این پژوهش مبلغ ۲۳۰۰ میلیارد ریال از محل سهم اتکایی بیمه مرکزی به صورت علی الحساب پرداخت کرده است.

۲،۵،۳ انتقال دارایی شرکت بیمه توسعه به شرکت سهامی بیمه ایران در راستای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه

مکاتبات بسیاری بین شرکت بیمه ایران، بیمه مرکزی ج.ا.ایران و معاون دادستان تهران (بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه) جهت اجرای مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه انجام شده است. این

مکاتبات حاکی از آن است که انتقال املاک از شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران فرآیند طولانی و دشواری داشته است و مسئولین شرکت بیمه ایران مکرراً از ایجاد وقفه در پرداخت خسارت زیاندیدگان شرکت بیمه توسعه به دلیل تاخیر در انتقال قطعی املاک ابراز نگرانی کرده‌اند. از جمله در مکاتبات مذکور موارد زیر قابل توجه هستند:

- ۱- اعطای وکالت نامه از سوی شرکت بیمه توسعه با تاریخ موجل جهت انتقال اموال به شرکت بیمه ایران،
- ۲- اعتراضات مکرر مدیران بیمه توسعه بعد از دو سال یا بیشتر از تاریخ انتقال املاک، به قیمت گذاری املاک کارشناسی شده (بسیاری از املاک تملک شده توسط شرکت بیمه ایران با رعایت قوانین فروخته شده است) و خدشه وارد شدن به مالکیت شرکت بیمه ایران و معاملات انجام شده و زیان شرکت دولتی بیمه ایران،
- ۳- عدم انجام اقدامات اجرایی توسط شرکت بیمه توسعه، جهت انتقال املاک وکالت داده شده،
- ۴- انقضای مدت وکالت و امتناع از تمدید آن و یا اعطای وکالت جدید توسط شرکت بیمه توسعه و بدون عوض شدن خسارت پرداخت شده توسط شرکت بیمه ایران،
- ۵- تنظیم قرارداد اجاره توسط شرکت بیمه توسعه پس از انتقال رسمی ملک به شرکت بیمه ایران بر خلاف قوانین و مقررات و ایجاد مشکلات حقوقی متعدد برای شرکت بیمه ایران،
- ۶- عدم همکاری موثر شرکت بیمه توسعه برای رفع موانع قانونی املاک از جمله موارد بازداشتی، اخذ مدرک ثبتی و شهرداری، دارایی و غیره و به سختی افتادن شرکت بیمه ایران برای انتقال املاک،
- ۷- عدم امکان اخذ سند به نام شرکت بیمه ایران علیرغم اعطای وکالت و تنظیم صلح نامه در دفتر اسناد رسمی بعد از گذشت ۲ سال، عدم ارائه سند با ادعای مفقودی توسط شرکت بیمه توسعه،
- ۸- عدم تخلیه و تحویل برخی املاک توسط شرکت بیمه توسعه علیرغم انتقال قطعی به شرکت بیمه ایران،
- ۹- تشکیک در خصوص خسارت پرداختی توسط شرکت بیمه توسعه و تاخیر در پاسخ به مکاتبات توسط این شرکت،
- ۱۰- عدم فروش املاک تملک شده به علت رکود حاکم بر بازار و ایجاد مشکل کمبود نقدینگی برای شرکت بیمه ایران،
- ۱۱- صرف قسمت زیادی از وقت و انرژی کارشناسی و مدیریتی در بخش‌های مالی و حقوقی و اداری و ایجاد هزینه‌های بسیار در این حوزه‌ها برای شرکت بیمه ایران،
- ۱۲- تاخیر در معرفی املاک جدید از سوی شرکت بیمه توسعه و ایجاد وقفه در پرداخت خسارت‌ها توسط شرکت بیمه ایران.

علاوه بر چالش‌هایی که برای انتقال املاک شرکت بیمه ایران با آن مواجه بوده است در برخی از مکاتبات شرکت بیمه ایران با بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه، عباراتی با مضمون زیر از سوی مدیران شرکت بیمه ایران آورده شده است:

"مراتب به استحضار بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران رسیده است. به نظر می‌رسد صرفاً دستور قضایی موجبات گشایش در پرونده را می‌تواند فراهم آورد."

این موضوع نشان می‌دهد که بیمه مرکزی ج.ا. ایران جهت حمایت از بیمه‌گذاران و زیاندیدگان نیاز به اختیارات قانونی بیشتری دارد.

لیست دارایی‌های منتقل شده توسط شرکت بیمه توسعه و سهامدار این شرکت برای پرداخت خسارت‌ها به شرح جدول زیر است (طبق صورت مجلس مورخ ۱۳۹۷/۳/۷ شعبه ۶ بازپرسی ناحیه ۲۸ تهران). لازم به ذکر است شرکت بیمه توسعه نسبت به ارزیابی برخی از املاک ارزیابی شده، اعتراض کرده‌اند و بنابراین ممکن است بعد از این تاریخ با ارزیابی مجدد برخی از این املاک، ارزش ارزیابی شده آنها تغییر کند. اسامی املاکی که نسبت به ارزیابی آنها اعتراض شده است، شامل ۱- ملک اتوبان ستاری ۲- پروژه بلوار کشاورز (دنیای آرزو) ۳- سجاد مشهد ۴- ملک میر داماد می باشند. همچنین در پاییز ۱۳۹۷ ملک ولنجک توسط شرکت بیمه توسعه برای انتقال به شرکت بیمه ایران و پرداخت مابقی خسارت‌ها معرفی شده است. این ملک هنوز ارزیابی نشده است.

جدول ۲. املاک منتقل شده از بیمه توسعه به بیمه ایران جهت تأمین مالی پرداخت خسارت‌ها بر اساس صورتمجلس ۱۳۹۷/۳/۷ (ارقام به ریال)

مشخصات ملک	ارزش ارزیابی شده (به ریال)
پروژه اداری و تجاری میرداماد	۱,۳۱۶,۶۶۶,۶۶۶,۶۶۶
اتوبان ستاری	۲۲۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
اشرفی اصفهانی	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ساختمان مرکزی چهارراه جهان کودک	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
پارکینگ مهر جهان کودک	۸۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک صحرا	۸۷۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
زمین مشهد	۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک تجاری و اداری تبریز	۳۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک تجاری و اداری اردبیل	۴۷,۸۰۱,۰۰۰,۰۰۰
ملک شعبه ارومیه	۱۵,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
پروژه بلوار کشاورز (دنیای آرزو)	۱,۳۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک سنندج	۲۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک زاهدان	۱۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک اهواز	۲۵,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک اصفهان	۱۷,۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک شیراز	۸,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک کرمانشاه	۳۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک ساری	۲۸,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک زنجان	۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک قزوین	۳۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک خرم آباد	۲۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
سجاد مشهد (در مرحله کارشناسی)	۶۷۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک میر داماد (در مرحله کارشناسی)	۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ملک کرمان	۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع	۶,۱۰۲,۱۶۷,۶۶۶,۶۶۶

۲,۵,۴ مبلغ پرداخت شده توسط شرکت بیمه ایران تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰

در جدول ۳، میزان پرداخت‌های انجام شده و تعداد بیمه‌نامه‌ها توسط شرکت بیمه ایران به زیان‌دیدگان شرکت بیمه توسعه تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰ (گزارش شرکت بیمه ایران به شعبه ۶)، آورده شده است.

بر اساس آخرین مکاتبات شرکت بیمه ایران با بیمه مرکزی تا تاریخ ۱۳۹۷/۹/۱۰ خسارت بیش از ۵۲۰۰۰ زیان‌دیده به مبلغ ۹۰۳ میلیارد تومان پرداخت شده است.

جدول ۳. پرداخت‌های انجام شده توسط شرکت بیمه ایران بابت تعهدات شرکت بیمه توسعه تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰

عنوان	تعداد پرداخت‌ها	مبلغ (ریال)
پرداخت گروهی و مستقیم (ثالث جانی و مالی، حوادث راننده و بدنه از ابتدای پروژه)	۳۲۵۷۲	۶۰۱۵۰۶۰۲۰۸۱۸۰۳۹۶
آزادی زندانیان (مقصرین حوادث رانندگی بیمه توسعه) از ابتدای پروژه	۸۵۳	۱۰۱۹۰۷۰۴۰۵۰۲۰۴۳۸
وصول لاشه چک و پرداخت (بانکداری شرکتی) از ابتدای پروژه	۷۹۷۵	۱۰۷۷۸۰۱۷۵۰۲۰۷۰۵۶۰
خسارت و بازخرید عمر و پس انداز (واریز گروهی به حساب شبا)	۹۰۷۴	۱۲۷۰۰۹۱۰۷۹۵۰۱۶۳
پرداخت عمر جمعی از ابتدای پروژه	۱۵۰	۱۷۰۷۹۶۰۷۳۷۰۳۹۲
حقوق پرسنل بیمه توسعه	۴۸۲	۱۳۰۷۵۵۰۵۸۵۰۸۵۷
کارشناسی عمر و پس انداز	۳	۳۳۰۸۷۵۰۰۰۰
بابت اجرائیه دادگاه (عمر و حوادث گروهی)	۱	۱۰۴۸۷۰۰۶۲۰۵۰۰
کارشناسی و آنالیز پرونده های جانی	۲	۹۵۰۴۲۰۰۰۰۰
پرداخت به کارمند بیمه توسعه (رفع توقیف مشهد)	۱۳	۴۱۷۰۶۶۸۰۷۳۸
پرداخت به پیمانکار ساختمان تبریز (حقوقی)	۱	۱۰۳۹۶۰۳۱۲۰۰۰۰
تهاتر بدهی بیمه توسعه به صندوق تأمین خسارت بدنی	۵	۱۶۰۵۶۷۰۸۰۶۰۶۱۴
تمدید قرار داد عمر بیمه گذاران	۱۰۰۸	۱۷۰۸۸۵۰۹۲۲۰۴۶۰
مجموع	۵۲۱۳۹	۹۰۰۱۰۰۱۰۰۷۱۴۰۱۱۸

جدول ۴. پرداخت‌های شرکت بیمه ایران بابت تعهدات شرکت بیمه توسعه به تفکیک رشته‌های زندگی و غیر زندگی تا تاریخ ۱۳۹۷/۸/۳۰

موضوع پرداخت ها	مبلغ (ریال)
پرداخت های مرتبط با بیمه‌های اتومبیل	۸۰۸۳۰۰۱۴۵۰۷۵۵۰۰۰۸
پرداخت های مرتبط با بیمه‌های زندگی	۱۶۴۰۲۹۵۰۳۹۲۰۵۱۵
سایر هزینه‌ها	۱۵۰۵۶۹۰۵۶۶۰۵۹۵
مجموع	۹۰۰۱۰۰۱۰۰۷۱۴۰۱۱۸

۲,۵,۵ خسارت‌های باقی مانده

شرکت بیمه ایران در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۱ مجموع مبلغ خسارت‌های معوق بیمه توسعه را برابر با ۲,۹۱۶,۵۸۳,۰۹۲,۹۱۳ ریال اعلام کرده است (طی نامه‌ای به معاون محترم دادستان تهران و بازپرس شعبه ششم دادرسی کارکنان دولت).

۲,۵,۶ بر آورد ضریب خسارت و ضریب ترکیبی عملیات بیمه‌گری شرکت بیمه

توسعه در مجموع رشته‌ها طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳

مبادی ورودی و خروجی شرکت بیمه توسعه (طبق گزارشات بیمه مرکزی به سازمان بازررسی بر اساس صورت‌های مالی) به شرح جدول ۵ بوده است.

جدول ۵. مبادی ورودی شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳

موضوع	مبلغ (ریال)
حق بیمه دریافتی	۱۵,۸۹۳,۸۷۷,۹۳۹,۱۲۸
سود سرمایه‌گذاری‌ها	۴۴۷,۰۶۱,۲۵۱,۱۴۵
آورده نقدی سهامداران	۱۹۱,۴۴۹,۳۷۴,۴۲۱
وصول از بدهکاران غیر بیمه‌ای	۱۹۴,۲۳۲,۹۷۲,۰۰۰
مجموع	۱۶,۷۲۶,۶۲۱,۵۳۶,۶۹۴

همچنین در دوره مورد بررسی مبلغ پرداختی شرکت بیمه توسعه بابت اقلام مندرج در جدول ۶ حدود ۱۶,۶۵۷ میلیارد ریال بوده است.

جدول ۶. مبادی خروجی شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳

موضوع	مبلغ (ریال)
خسارت پرداختی	۸,۶۹۰,۵۵۷,۷۹۸,۵۲۴
صندوق تامین خسارتهای بدنی	۱,۰۰۷,۲۱۲,۵۵۲,۳۷۳
بیمه مرکزی	۸۹۶,۱۹۸,۷۸۲,۷۵۸
پرداخت کارمزد نمایندگان	۱,۱۲۶,۸۲۰,۹۸۳,۰۵۲
عوارض قانونی و مالیات بر ارزش افزوده و مالیات تکلیفی	۲,۳۱۳,۲۶۴,۴۴۹,۵۹۳
هزینه‌های اداری، عمومی و پرسنلی	۹۶۲,۱۸۳,۰۷۴,۶۶۸
افزایش دارائی ثابت، ساختمان و سرمایه‌گذاری‌ها و سایر دارائی‌ها	۱,۶۶۰,۳۸۲,۸۶۰,۸۵۳
جمع مصارف نقدی	۱۶,۶۵۶,۶۲۰,۵۰۱,۸۲۱

طی آخرین مکاتبات بیمه ایران، تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۱، مجموع کل پرداخت‌های این شرکت بابت بدهی‌های شرکت بیمه توسعه حدود ۹۰۳۰ میلیارد ریال بوده است. با توجه به آمار اقلام جدول ۴ و با احتساب آخرین مبالغ پرداختی تا این تاریخ، مجموع پرداخت‌های شرکت بیمه ایران بابت خالص خسارت‌های شرکت بیمه توسعه حدود مبلغ ۹۰۱۴ میلیارد ریال بوده است. مطابق جدول ۷، مجموع خسارت‌های شرکت بیمه توسعه که مربوط به بیمه‌نامه‌های صادره طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ هستند، حدود ۲۰،۶۲۲ میلیارد ریال است. با کسر سهم اتکایی اجباری بیمه مرکزی ج.ا.ایران، به مبلغ ۲،۳۰۷ میلیارد ریال ضریب خسارت و ضریب ترکیبی شرکت بیمه توسعه برابر با ۱۱۵ و ۱۵۵ درصد است.

جدول ۷. خسارت‌های بیمه نامه‌های صادره طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ شرکت بیمه توسعه

موضوع	مبلغ به ریال
پرداخت بیمه ایران بابت خسارتهای شرکت بیمه توسعه، تا تاریخ ۱۳۹۷/۹/۱۰	۹۰،۱۴،۴۳۰،۴۳۳،۴۰۵
مانده خسارت‌های شرکت بیمه توسعه در رشته‌های اتومبیل و زندگی در تاریخ ۱۳۹۷/۱۰/۱۱	۲،۹۱۶،۵۸۳،۰۹۲،۹۱۳
پرداخت خسارت طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ توسط شرکت بیمه توسعه	۸،۶۹۰،۵۵۷،۷۹۸،۵۲۴
مجموع خسارت‌ها	۲۰،۶۲۱،۵۷۱،۳۲۴،۸۴۲

با لحاظ این آمار ضریب خسارت عملیات شرکت بیمه توسعه طی سالهای ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ برابر با ۱۱۵٪ است.

$$\text{ضریب خسارت} = \frac{۲۰،۶۲۱،۵۷۱،۳۲۴،۸۴۲ - ۲،۳۰۷،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰}{۱۵،۸۹۳،۸۷۷،۹۳۹،۱۲۸} = ۱۱۵\%$$

همچنین ضریب ترکیبی با توجه به اعداد جدول ۳ و جدول ۶ برابر با ۱۵۵٪ است.

$$\text{ضریب ترکیبی} = \frac{۶،۳۰۵،۶۷۹،۸۴۲،۴۴۴ + ۱۵،۵۶۹،۵۶۶،۵۹۵ + ۲۰،۶۲۱،۵۷۱،۳۲۴،۸۴۲ - ۲،۳۰۷،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰}{۱۵،۸۹۳،۸۷۷،۹۳۹،۱۲۸} = ۱۵۵\%$$

حتی اگر سود سرمایه‌گذاری‌های شرکت را نیز به مبالغ حق بیمه اضافه کنیم، مقدار ضریب ترکیبی برابر با ۱۵۱٪ خواهد شد.

$$\begin{aligned} \text{ضریب ترکیبی با سرمایه‌گذاری‌ها} &= \frac{۶،۳۰۵،۶۷۹،۸۴۲،۴۴۴ + ۱۵،۵۶۹،۵۶۶،۵۹۵ + ۲۰،۶۲۱،۵۷۱،۳۲۴،۸۴۱ - ۲،۳۰۷،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰}{۴۴۷،۰۶۱،۲۵ + ۱۵،۸۹۳،۸۷۷،۹۳۹،۱۲۸} \\ &= ۱۵۱\% \end{aligned}$$

از آنجا که شرکت بیمه ایران تنها هزینه‌های مرتبط با رشته‌های بیمه اتومبیل و رشته‌های بیمه زندگی را پرداخت کرده است، بنابراین شاخص ضریب خسارت و ضریب ترکیبی محاسبه شده فوق الذکر، مقادیر حداقلی هستند و برای برآورد دقیق این شاخص‌ها، خسارت‌های مربوط به سایر رشته‌ها نیز باید اضافه شود. در عین حال، با توجه به سهم بالای این دو رشته از پرتفوی شرکت بیمه توسعه انتظار می‌رود، اعداد به دست آمده به اعداد دقیق بسیار نزدیک باشند.

جدول ۸. شاخص ضریب خسارت و ضریب ترکیبی شرکت بیمه توسعه طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ (این مقادیر برآوردهای حداقلی هستند)

شاخص	درصد
ضریب خسارت	۱۱۵٪
ضریب ترکیبی	۱۵۵٪
ضریب ترکیبی با احتساب سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها	۱۵۱٪

۲.۶ جمع بندی و نتیجه گیری

پس از تصویب مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه با همکاری دادستان عمومی و انقلاب تهران، شرکت بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی ج.ا. ایران مصوبه مذکور شد و تقسیم کاری به شرح زیر شکل گرفت:

- ۱- شرکت بیمه توسعه پرونده خسارت‌های خود را رسیدگی و طی لیست‌های جداگانه برای شرکت بیمه ایران ارسال می‌نمود.
- ۲- شرکت بیمه ایران پس از رسیدگی و احراز انطباق میزان خسارت با قانون و مقررات، خسارت قطعی را در وجه زیاندیدگان شرکت بیمه توسعه پرداخت می‌نمود.
- ۳- بیمه مرکزی بر فرآیند مذکور (بندهای ۱ و ۲) نظارت کلان می‌نمود و هماهنگی لازم را بین شرکت بیمه توسعه و شرکت بیمه ایران برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه به انجام می‌رسانید.
- ۴- بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه در دادستان تهران وظیفه شناسایی اموال بیمه توسعه، انجام کارشناسی و قیمت گذاری املاک معرفی شده توسط شرکت بیمه توسعه را عهده دار بود تا پس از انتقال وکالتی و قطعی اموال به شرکت بیمه ایران، منابع مالی لازم برای پرداخت خسارت‌های زیاندیدگان و بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه در اختیار شرکت بیمه ایران قرار گیرد.
- لازم به ذکر است برگزاری جلسات منظم برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه در دفتر بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه با مشارکت مدیران بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی تجربه جدیدی را در فرآیند رسیدگی به درخواست ورشکستگی شرکت بیمه توسعه از سوی بیمه مرکزی رقم زد که در جای خود قابل مطالعه و بررسی است. در واقع بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه به جای رسیدگی قضائی به شکایت بیمه

مرکزی با ریل گذاری بر بستر مصوبه شورای عالی بیمه، به دلیل اعلام آمادگی سهامدار شرکت بیمه توسعه برای پرداخت حق و حقوق بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه، رویه حقوقی جدیدی را برای موارد مشابه بعدی پایه گذاری کرده است.

اقدامات انجام شده در راستای حمایت از حقوق بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه در بندهای زیر قابل خلاصه- سازی است:

✓ بین شرکت بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی ج. ایران و قوه قضائیه برای تسهیل و اجرای مصوبه شورای عالی بیمه همکاری و هماهنگی خوبی صورت گرفته است.

✓ تقسیم کار انجام شده بین معاونت نظارت بیمه مرکزی و قوه قضائیه برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه از یک سو و تعریف کمیته‌های کاری متعدد برای رسیدگی و پرداخت خسارت‌ها، تعیین تکلیف نمایندگان بیمه توسعه و نیز تأمین مالی و پرداخت خسارت‌های بیمه توسعه از سویی دیگر شرایط اجرای مصوبه شورای عالی بیمه را تسهیل کرده است.

✓ معرفی و ارزیابی اموال شرکت بیمه توسعه همواره با تأخیر زمانی زیادی مواجه شده است و میزان خسارت‌های پرداختی شرکت بیمه ایران در مواردی از ارزش اموال معرفی شده توسط بیمه توسعه سبقت گرفته است. این موضوع منجر به مکاتبات متعدد شرکت بیمه ایران با بیمه مرکزی و بازپرس پرونده برای معرفی دارایی‌های جدید از سوی شرکت بیمه توسعه شده است.

تجربه بحران بیمه توسعه نشان می‌دهد که باید ساز و کار خروج شرکت‌ها از صنعت بیمه به صورت مدون و شفاف تعیین شود. رویه به کار گرفته شده، زمانبر بوده است و مشکلات متعدد در فرآیند انتقال اموال موجب تأخیر در پرداخت خسارت‌ها شده است.

علاوه بر موارد فوق، ضریب خسارت ۱۱۵٪ و ضریب ترکیبی ۱۵۵٪ شرکت بیمه توسعه نشان می‌دهد ارزان فروشی، سهامداران شرکت بیمه توسعه را به شدت متضرر ساخته است؛ ایشان بخشی از بدهی‌ها و خسارت‌های شرکت بیمه توسعه را از منابع مالی خود (و نه اموال شرکت بیمه توسعه) تأمین و پرداخت کرده‌اند. به عبارتی، شرکت بیمه توسعه به هزینه‌ای گزاف به صنعت بیمه اثبات کرد که فروش بیمه‌نامه‌های ارزان به معنی انتقال سرمایه از سهامداران به بیمه‌گذاران است، انتقال سرمایه‌ای که هیچ یک از طرفین از آن خشنود نخواهند بود. بنابراین سهامداران شرکت‌های بیمه اگر به دنبال افزایش ثروت خود هستند می‌باید مدیران واجد صلاحیت و حرفه‌ای را به کار گمارند و از ایشان برای قیمت‌گذاری‌های فنی و مطابق با اصول اکچوئری حمایت نمایند. علاوه بر آن رویکرد سهامدار این شرکت برای تمرکز سرمایه گذاری‌ها در بخش املاک و مستغلات نیز فارغ از این که خلاف مقررات بوده است، مقرون به صرفه نیز نبوده است و نتوانسته زیان ناشی

از فروش بیمه‌نامه‌های ارزان را جبران کند. سند این موضوع ضریب ترکیبی ۱۵۱ درصدی طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ است که در محاسبه آن سود حاصل از سرمایه گذاری‌ها نیز به مبالغ حق بیمه اضافه گردیده است.

فصل سوم: تغییر قوانین و مقررات

۳،۱ بازنگری در قوانین

قوانین و مقررات از جمله ابزارهای نظارتی هستند که طراحی هر چه دقیق تر آنها به بیمه مرکزی ج.ا. ایران کمک می کند تا بتواند رویه های شرکت های بیمه را تحت نظر قرار دهد و با توجه به ضمانت های اجرایی تعبیه شده در این قوانین و مقررات، با تخلفات برخورد قانونی و از پیش طراحی شده، اعمال نماید. با توجه به اهمیت این موضوع، در این فصل تغییرات قوانین و مقررات مربوط به صنعت بیمه را در سال های اخیر بررسی می کنیم. هدف این بررسی ها آن است که آیا قوانین و مقررات فعلی قابلیت آن را دارد که مانع از بروز بحران های مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه در صنعت بیمه شود.

۳،۲ قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث

۳،۲،۱ مقدمه

در تاریخ ۱۳۹۵/۰۲/۲۰ قانون «بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه» به تصویب نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی رسید و از تاریخ ۱۳۹۵/۰۳/۲۹ برای تمامی شرکت های بیمه لازم الاجرا شد.

۳،۲،۲ مقایسه قانون جدید با قانون قدیمی، اصلاحات انجام شده در مواد قانونی

قانون جدید شامل هفت بخش و ۶۶ ماده می باشد. بخش اول کلیات (۷ ماده)، بخش دوم حقوق و تعهدات بیمه گذار (۱۳ ماده)، بخش سوم حقوق و تعهدات صندوق (۱۰ ماده)، بخش چهارم پرداخت خسارت (۱۰ ماده) بخش پنجم تکالیف سایر نهادها (۱۸ ماده)، بخش ششم مقررات کیفری (۵ ماده) است. در جدول زیر به اصلاحات انجام شده در برخی از مواد این قانون اشاره شده است. در ستون اول جدول زیر ماده قانونی که به موضوع پرداخته و در ستون دوم ماده قانون جدید آورده شده است و ستون سوم تغییر مهم و قابل توجه در قانون ذکر شده است.

جدول ۹. اصلاحات انجام شده در قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث

قانون قدیم ۱۳۸۷	قانون جدید ۱۳۹۵	توضیحات
ماده ۲ (قانون قدیم): شرکت‌های بیمه مکلفند طبق مقررات این قانون و آئین‌نامه‌های مربوط به آن، با دارندگان وسایل نقلیه موضوع ماده (۱) این قانون قرارداد بیمه منعقد نمایند.	بخش اول، کلیات، ماده ۵ (قانون جدید): شرکت سهامی بیمه ایران مکلف است طبق مقررات این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن، با دارندگان وسایل نقلیه موضوع این قانون قرارداد بیمه منعقد کند. سایر شرکت‌های بیمه متقاضی فعالیت در رشته بیمه شخص ثالث می‌توانند پس از اخذ مجوز از بیمه مرکزی اقدام به فروش بیمه‌نامه شخص ثالث کنند. بیمه مرکزی موظف است براساس آیین‌نامه اجرائی که به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، برای شرکت‌های متقاضی، مجوز فعالیت در رشته شخص ثالث صادر کند. در آیین‌نامه اجرائی موضوع این ماده مواردی از قبیل حداقل توانگری مالی شرکت بیمه، سابقه مناسب پرداخت خسارت، داشتن نیروی انسانی و ظرفیت‌های لازم برای صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت باید مد نظر قرار گیرد. شرکت‌هایی که مجوز فعالیت در این رشته بیمه‌ای را از بیمه مرکزی دریافت می‌کنند، موظفند طبق مقررات این قانون و آیین‌نامه‌های مربوط به آن، با کلیه دارندگان وسایل نقلیه موضوع این قانون قرارداد بیمه منعقد کنند. ادامه فعالیت در رشته شخص ثالث برای شرکت‌هایی که در زمان تصویب این قانون در رشته بیمه شخص ثالث فعال هستند، منوط به اخذ مجوز از بیمه مرکزی ظرف مدت دو سال از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون می‌باشد.	هیئت وزیران در جلسه ۱۶/۲/۱۳۹۷ به پیشنهاد بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تأیید شورای عالی بیمه آیین‌نامه اجرائی ماده ۵ را تصویب کرد. از جمله نکات طرح شده در این آیین‌نامه شامل موارد زیر است: - داشتن حداقل سرمایه پرداخت شده مطابق با آخرین مصوبه هیئت وزیران - کفایت ذخایر بیمه‌ای رشته شخص ثالث موضوع ماده ۵۸ - دارا بودن حداقل توانگری مالی در سطح ۲ - داشتن امکانات سخت افزاری و نرم افزاری و سامانه‌های اطلاعاتی - داشتن نیروی انسانی مورد نیاز - داشتن سابقه مناسب برای پرداخت خسارت سه مورد آخر بر اساس دستورالعمل ابلاغی بیمه مرکزی خواهد بود.
ماده ۳	ماده ۶	تخفیفات مربوط به نداشتن خسارت متعلق به انتقال

دهنده وسیله نقلیه به انتقال گیرنده انتقال نمی‌یابد.	از تاریخ انتقال مالکیت وسیله نقلیه، کلیه حقوق و تعهدات ناشی از قرارداد بیمه موضوع این قانون به انتقال گیرنده منتقل می‌شود و انتقال گیرنده تا پایان مدت قرارداد بیمه، بیمه گذار محسوب می‌شود. تبصره ماده ۶ قانون جدید - کلیه تخفیفاتی که به واسطه «نداشتن حوادث منجر به خسارت» در قرارداد بیمه موضوع این قانون اعمال شده باشد، متعلق به انتقال دهنده است. انتقال دهنده می‌تواند تخفیفات مذکور را به وسیله نقلیه دیگر از همان نوع، که متعلق به او یا متعلق به همسر، والدین یا اولاد بلاواسطه وی باشد، منتقل کند. آیین نامه اجرائی این تبصره به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.	از تاریخ انتقال مالکیت وسیله نقلیه، کلیه حقوق و تعهدات ناشی از قرارداد بیمه موضوع این قانون به انتقال گیرنده منتقل می‌شود و انتقال گیرنده تا پایان مدت قرارداد بیمه، بیمه گذار محسوب می‌شود.
	تبصره ۴ ماده ۱۸: شرکت‌های بیمه می‌توانند تا دو و نیم درصد (۲,۵٪) کمتر از نرخ‌های مصوب شورای عالی بیمه را ملاک عمل خود قرار دهند. اعمال تخفیف بیشتر از دو و نیم درصد (۲,۵٪) توسط شرکت‌های بیمه، منوط به کسب مجوز از بیمه مرکزی است. بیمه مرکزی در اعطای این مجوز باید توانگری مالی شرکت و شرایط عمومی بازار و حفظ رقابت پذیری شرکت‌های بیمه را مدنظر قرار دهد. همچنین شرکت‌های بیمه می‌توانند در صورت ارائه خدمات ویژه به مشتریان، با تأیید بیمه مرکزی تا دو و نیم درصد (۲,۵٪) بیش از قیمت‌های تعیین شده توسط بیمه مرکزی، از بیمه گذار دریافت کنند.	ماده ۱۷: تعرفه حق بیمه و نحوه تقسیط و تخفیف در حق بیمه شخص ثالث: تعرفه‌های موضوع این آیین‌نامه حداکثر نرخ‌های مجاز می‌باشد و بیمه‌گر می‌تواند بیمه شخص ثالث با نرخ‌های کمتر ارائه نماید. در هر حال مبنای ایفای تعهدات بیمه‌گر در مقابل زیان دیده قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی آن می‌باشد.

مواد ۱۰ الی ۱۴ این قانون به حقوق و تعهدات صندوق تأمین خسارت-های بدنی اختصاص دارند: قسمتی از (ماده ۱۰) - به منظور حمایت از زیان‌دیده‌گان حوادث رانندگی، خسارت‌های بدنی وارد به اشخاص ثالث که به علت فقدان یا انقضای بیمه‌نامه، بطلان قرارداد بیمه، تعلیق تأمین بیمه‌گر، فرار کردن و یا شناخته نشدن مسؤول حادثه و یا ورشکستگی بیمه‌گر قابل پرداخت نباشد یا به طور کلی خسارت‌های بدنی خارج از شرایط بیمه‌نامه (به استثناء موارد مصرح در ماده ۷) توسط صندوق مستقلی به نام صندوق تأمین خسارت‌های بدنی پرداخت خواهد شد.	بخش سوم، مواد ۲۱ الی ۳۰ این قانون ساز و کار و محدوده وظایف صندوق تأمین خسارت‌های بدنی را تعیین می‌کند: ماده ۲۲ در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه در رشته بیمه شخص ثالث و ناتوانی آن از پرداخت خسارت به زیان‌دیدگان، به تشخیص بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه، یا صدور حکم توقف یا ورشکستگی آن به وسیله دادگاه صالح، صندوق، خسارت بدنی که به موجب صدور بیمه‌نامه‌های موضوع این قانون به عهده بیمه‌گر است را پرداخته، پس از آن به قائم مقامی زیان‌دیدگان به بیمه‌گر مراجعه می‌کند. تبصره ۱ - دادگاه مکلف است نسبت به صدور حکم انتقال اموال و دارایی‌های بیمه‌گر مذکور تا میزان مبالغ پرداختی و خسارات وارده به صندوق اقدام کند. تبصره ۲ - در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه، پرداخت خسارات مالی که برعهده شرکت بیمه مذکور است مشمول ماده (۴۴) قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب ۳۰/۳/۱۳۵۰ خواهد بود.	
ماده ۱۶- در حوادث رانندگی منجر به صدمات بدنی غیر از فوت، بیمه‌گر وسیله نقلیه مسبب حادثه و یا صندوق تأمین خسارت‌های بدنی حسب مورد موظفند پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و در صورت لزوم گزارش سایر مقامات انتظامی و پزشکی قانونی بلافاصله حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) از دیه تقریبی را به اشخاص ثالث زیان‌دیده پرداخت نموده و	بخش چهارم، پرداخت خسارت، ماده ۳۴ - در حوادث رانندگی منجر به خسارت بدنی غیر از فوت، در صورت مطالبه زیان‌دیده، پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و یا کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی مصوب ۶/۷/۱۳۸۴ (در خصوص حوادث مربوط به قطارهای شهری و بین شهری) ، به عنوان مرجع دارای صلاحیت برای ارائه گزارش در حوادث رانندگی منجر به	تنها تغییر در این ماده اضافه شدن کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی مصوب ۶/۷/۱۳۸۴ (در خصوص حوادث مربوط به قطارهای شهری و بین شهری) ، به عنوان مرجع دارای صلاحیت برای ارائه گزارش در حوادث رانندگی منجر به

خسارت بدنی غیر از فوت می- باشد.	حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) از دیه تقریبی را به اشخاص ثالث زیان دیده پرداخت کرده و باقی مانده آن را پس از معین شدن میزان قطعی دیه با رعایت مواد (۳۱) و (۳۲) این قانون بپردازند.	باقی مانده آن را پس از معین شدن میزان قطعی دیه بپردازند.
	ماده ۳۶ - در حوادث منجر به فوت، در صورت مطالبه اولیای دم یا قائم مقام متوفی یا درخواست مسبب حادثه بدون نیاز به رأی مراجع قضائی، پس از دریافت گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی، کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی (در خصوص حوادث مربوط به قطارهای شهری و بین شهری) یا پلیس راه و در صورت لزوم گزارش سایر مقامات انتظامی و پزشکی قانونی بیمه گر وسیله نقلیه مسبب حادثه و یا صندوق حسب مورد می توانند خسارت بدنی را به ورثه قانونی متوفی با رعایت ماده (۳۱) این قانون بپردازند. در صورت عدم مطالبه نیز، بیمه گر می تواند بدون نیاز به رأی مرجع قضائی خسارت بدنی را مطابق ماده (۳۲) این قانون به صندوق تودیع کند. تبصره - چنانچه علی رغم وجود گزارش کارشناس راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه و یا کمیسیون جلوگیری از سوانح راه آهن (موضوع تبصره (۲) ماده (۲) قانون دسترسی آزاد به شبکه حمل و نقل ریلی) و نظر نهائی پزشکی قانونی، شرکت بیمه پرداخت خسارات بدنی را موکول به رأی دادگاه کند، پس از صدور رأی مکلف به پرداخت خسارات بدنی به قیمت یوم الاداء بوده و نمی تواند بابت مابه التفاوت خسارت پرداختی و میزان تعهد وی (موضوع ماده (۱۳) این قانون) به صندوق رجوع کند.	تبصره ماده ۱۶- در حوادث رانندگی منجر به فوت، شرکت های بیمه می توانند در صورت توافق با راننده مسبب حادثه و ورثه متوفی، بدون نیاز به رأی مراجع قضائی، دیه و دیگر خسارت های بدنی وارده را پرداخت نمایند.

ماده ۱۷- در حوادث رانندگی منجر به خسارت مالی، پرداخت خسارت به صورت نقدی و با توافق زیان دیده و شرکت بیمه مربوط صورت می گیرد. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص میزان خسارت قابل پرداخت، شرکت بیمه موظف است در صورت تقاضای زیان دیده، وسیله نقلیه خسارت دیده را در تعمیرگاه مجاز و یا تعمیرگاهی که مورد قبول زیان دیده باشد تعمیر نموده و هزینه های تعمیر را تا سقف تعهدات مالی مندرج در بیمه نامه مذکور پرداخت کند. تبصره - در صورتی که اختلاف از طریق مذکور حل و فصل نشود، موضوع به یک ارزیاب خسارت (دارای مجوز ارزیابی خسارت از بیمه مرکزی) به انتخاب و هزینه زیان دیده ارجاع می شود. هریک از طرفین ظرف مدت بیست روز از تاریخ اعلام نظر کتبی ارزیاب می توانند در مرجع صالح، اقامه دعوی کنند. در صورت عدم طرح دعوی توسط طرفین در مهلت مقرر نظر ارزیاب خسارت، قطعی و لازم الاجراء است. هزینه ارزیابی خسارت براساس تعرفه ای است که در ابتدای هر سال توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و به تصویب شورای عالی بیمه می رسد. بیمه مرکزی موظف است در صدور مجوز ارزیابی خسارت به گونه ای عمل کند که در تمام شهرستان ها متناسب با نیاز آن شهرستان، ارزیاب خسارت وجود داشته باشد.	ماده ۳۹ - در حوادث رانندگی منجر به خسارت مالی، پرداخت خسارت به صورت نقدی و با توافق زیان دیده و شرکت بیمه مربوط صورت می گیرد. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص میزان خسارت قابل پرداخت، شرکت بیمه موظف است در صورت تقاضای زیان دیده، وسیله نقلیه خسارت دیده را در تعمیرگاه مجاز و یا تعمیرگاهی که مورد قبول زیان دیده باشد تعمیر نموده و هزینه های تعمیر را تا سقف تعهدات مالی مندرج در بیمه نامه مذکور پرداخت کند. تبصره - در صورتی که اختلاف از طریق مذکور حل و فصل نشود، موضوع به یک ارزیاب خسارت (دارای مجوز ارزیابی خسارت از بیمه مرکزی) به انتخاب و هزینه زیان دیده ارجاع می شود. هریک از طرفین ظرف مدت بیست روز از تاریخ اعلام نظر کتبی ارزیاب می توانند در مرجع صالح، اقامه دعوی کنند. در صورت عدم طرح دعوی توسط طرفین در مهلت مقرر نظر ارزیاب خسارت، قطعی و لازم الاجراء است. هزینه ارزیابی خسارت براساس تعرفه ای است که در ابتدای هر سال توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و به تصویب شورای عالی بیمه می رسد. بیمه مرکزی موظف است در صدور مجوز ارزیابی خسارت به گونه ای عمل کند که در تمام شهرستان ها متناسب با نیاز آن شهرستان، ارزیاب خسارت وجود داشته باشد.	ماده ۱۷- در حوادث رانندگی منجر به خسارت مالی، پرداخت خسارت به صورت نقدی و با توافق زیان دیده و شرکت بیمه مربوط صورت می گیرد. در صورت عدم توافق طرفین در خصوص میزان خسارت قابل پرداخت، شرکت بیمه موظف است در صورت تقاضای زیان دیده، وسیله نقلیه خسارت دیده را در تعمیرگاه مجاز و یا تعمیرگاهی که مورد قبول زیان دیده باشد تعمیر نموده و هزینه های تعمیر را تا سقف تعهدات مالی مندرج در بیمه نامه مذکور پرداخت نماید. تبصره- در صورتی که اختلاف از طرق مذکور حل و فصل نشود موضوع بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی در کمیسیون حل اختلاف تخصصی مرکب از یک نفر قاضی با معرفی رئیس دادگستری محل یک نفر کارشناس بیمه با معرفی اتحادیه (سندیکای) بیمه گران ایران و تأیید بیمه مرکزی ایران و یک نفر کارشناس رسیدگی به تصادفات با معرفی پلیس راهنمایی و رانندگی نیروی انتظامی مورد رسیدگی قرار می گیرد و رأی این کمیسیون قطعی و ظرف بیست (۲۰) روز قابل اعتراض در دادگاههای عمومی است. ضوابط مربوط به نحوه تشکیل این کمیسیونها توسط وزارت دادگستری و با همکاری بیمه مرکزی ایران و نیروی انتظامی تهیه و به تصویب رئیس قوه قضائیه خواهد رسید
ماده ۳۲ - در حوادث منجر به خسارت بدنی، زیان دیده، اولیای دم یا وراث قانونی	ماده ۳۲ - در حوادث منجر به خسارت بدنی، زیان دیده، اولیای دم یا وراث قانونی	ماده ۱۵- بیمه گر موظف است حداکثر پانزده روز پس از دریافت

	موظفند پس از قطعی شدن مبلغ خسارت برای تکمیل مدارک به منظور دریافت خسارت، به بیمه گر مراجعه کنند. بیمه گر مکلف است حداکثر ظرف مدت بیست روز از تاریخ قطعی شدن مبلغ خسارت، مبلغ خسارت را به زیان دیده پرداخت و در صورت عدم مراجعه وی در مهلت مذکور نزد صندوق تودیع و قبض واریز را به مرجع قضائی مربوط تحویل دهد. در این صورت تعهد بیمه گر و مسبب حادثه، ایفاء شده تلقی می شود. صندوق مکلف است بلافاصله پس از درخواست زیان دیده مبلغ مذکور را عیناً به وی پرداخت نماید. تبصره ۱ - در مواردی که صندوق مطابق مقررات این قانون رأساً مکلف به پرداخت خسارت بدنی است، پس از قطعی شدن مبلغ خسارت چنانچه زیان دیده یا قائم مقام وی، تا بیست روز پس از ابلاغ اظهارنامه رسمی به وی برای دریافت خسارت به صندوق مراجعه نکند، مبلغ مذکور به عنوان امانت نزد صندوق باقی مانده و در زمان مراجعه زیان دیده یا قائم مقام قانونی وی عیناً پرداخت می شود. تبصره ۲ - در مواردی که رأی صادر شده از دادگاه بدوی، صرفاً از جنبه عمومی مورد تجدیدنظرخواهی قرار گرفته باشد، زیان دیده یا وراث قانونی و بیمه گر یا صندوق باید طبق مفاد این ماده اقدام کنند. تبصره ۳ - ملاک قطعی شدن میزان خسارت موضوع این ماده، قطعیت حکم دادگاه است.	مدارک لازم، خسارت متعلقه را پرداخت نماید.
تبصره ارائه گزارش توسط نیروی انتظامی به برخی سازمانها از جمله بیمه مرکزی به این ماده اضافه شده است.	بخش پنجم، تکالیف سایر نهادها، ماده ۴۲ - حرکت وسایل نقلیه موتوری زمینی بدون داشتن بیمه نامه موضوع این قانون ممنوع است. کلیه دارندگان وسایل مزبور مکلفند	ماده ۱۹

	سند حاکی از انعقاد قرارداد بیمه را هنگام رانندگی همراه داشته باشند و در صورت درخواست مأموران راهنمایی و رانندگی و یا پلیس راه ارائه کنند. مأموران راهنمایی و رانندگی و پلیس راه موظفند از طرق مقتضی مانند دوربین های نظارت ترافیکی ضمن شناسایی وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه نسبت به اعمال جریمه های مربوط اقدام کنند. همچنین مأموران راهنمایی و رانندگی و پلیس راه موظفند در صورت احراز فقدان بیمه نامه، وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه موضوع این قانون را تا هنگام ارائه بیمه نامه مربوط در محل مطمئنی متوقف کنند. آیین نامه مربوط به نحوه توقیف وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه شخص ثالث ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون توسط وزارت کشور با همکاری دادگستری و بیمه مرکزی تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد. تبصره - نیروی انتظامی مکلف است هر شش ماه یک بار گزارش اجرای این ماده را به دادستانی کل کشور، بیمه مرکزی و کمیسیون های قضائی و حقوقی، اقتصادی، اجتماعی و امنیت ملی و سیاست خارجی مجلس شورای اسلامی ارسال کند.	
	ماده ۴۴ - دادن بار یا مسافر و یا ارائه هرگونه خدمات به دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه نامه شخص ثالث معتبر، از سوی شرکتها و مؤسسات حمل و نقل بار و مسافر درون شهری و برون شهری ممنوع است. نظارت بر حسن اجرای این ماده برعهده وزارتخانه های کشور و راه و شهرسازی می باشد تا حسب مورد، شرکتها و مؤسسات متخلف را به مراجع مذکور در تبصره (۱) ماده (۳۱)	تبصره ۲ ماده ۱۹، دادن بار یا مسافر و یا ارائه هرگونه خدمات به دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه نامه شخص ثالث معتبر، از سوی شرکتها و مؤسسات حمل و نقل بار و مسافر درون شهری و برون شهری ممنوع است. نظارت بر حسن اجراء این تبصره بر عهده وزارتخانه های کشور و راه و ترابری می باشد تا حسب مورد

	قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی معرفی نمایند. در صورت احراز تخلف شرکتها و مؤسسات مذکور توسط مراجع یادشده، پروانه فعالیت آنان از یک ماه تا یک سال معلق و در صورت تکرار تخلف یادشده برای بار چهارم به صورت دائم لغو می شود. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است امکان احراز اصالت بیمه نامه از طریق سامانه های الکترونیکی را به صورت برخط برای وزارتخانه های راه و شهرسازی و کشور فراهم کند. تبصره - اعتراض به هر نوع تصمیمات مراجع دولتی موضوع تبصره (۱) ماده (۳۱) قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی در دیوان عدالت اداری رسیدگی می شود.	شرکتها و مؤسسات متخلف را به مراجع ذی صلاح معرفی و تا زمان صدور رأی از ادامه فعالیت آنها جلوگیری به عمل آورند.
عبارت " عدم اجرای تکالیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می شود." اضافه شده است و این ماده را از ضمانت اجرایی برخوردار کرده است. همچنین یک تبصره برای تکمیل ماده قانونی به آن اضافه شده است.	ماده ۴۵ - ارائه هرگونه خدمات به وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه و رفع توقیف از آنها، توسط راهنمایی و رانندگی، دفاتر اسناد رسمی و سازمان ها و نهادهای مرتبط با امر حمل و نقل از قبیل تعویض پلاک وسیله نقلیه، تنظیم اسناد رسمی معاملات وسایل مذکور ممنوع می باشد. عدم اجرای تکالیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می شود. تبصره - انتقال وسایل نقلیه اسقاطی به مراجع و نهادهای ذی ربط و نیز انتقال وسایل نقلیه مشمول خسارت بیمه بدنه به بیمه گر مربوط، از حکم این ماده مستثنی است.	ماده ۱۹، تبصره ۳- ارائه هر گونه خدمات به دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه نامه شخص ثالث معتبر، توسط راهنمایی و رانندگی، دفاتر اسناد رسمی و سازمانها و نهادهای مرتبط با امر حمل و نقل ممنوع می باشد. دفاتر اسناد رسمی مکلفند هنگام تنظیم هرگونه سند در مورد وسایل نقلیه موتوری زمینی موضوع این قانون، مشخصات بیمه نامه شخص ثالث آنها را در اسناد تنظیمی درج نمایند.
عبارت " عدم اجرای تکالیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می شود." اضافه شده است و این ماده را	ماده ۴۶ - عقد هرگونه قرارداد حمل و نقل بار یا مسافر از سوی دستگاههای اجرائی و مؤسسات دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی و مراکز آموزشی و کلیه اشخاص حقوقی در مواردی که به موجب قوانین و	ماده ۱۹ ، تبصره ۲- دادن بار یا مسافر و یا ارائه هرگونه خدمات به دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه نامه شخص ثالث معتبر، از سوی شرکتها و مؤسسات

از ضمانت اجرایی برخوردار کرده است.	مقررات مربوطه مجاز می باشد با دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی فاقد بیمه نامه شخص ثالث معتبر، ممنوع است. <u>عدم اجرای تکلیف فوق، حسب مورد تخلف اداری یا انتظامی محسوب می شود.</u>	حمل و نقل بار و مسافر درون شهری و برون شهری ممنوع است. نظارت بر حسن اجراء این تبصره بر عهده وزارتخانه های کشور و راه و ترابری می باشد تا حسب مورد شرکتها و مؤسسات متخلف را به مراجع ذی صلاح معرفی و تا زمان صدور رأی از ادامه فعالیت آنها جلوگیری به عمل آورند.
	ماده ۴۹ - مراجع قضائی مکلفند در دعاوی مربوط به حوادث رانندگی، در صورت وجود بیمه نامه معتبر و مکفی و احراز اصالت آن، صرفاً متناسب با جنبه عمومی جرم برای راننده مسبب حادثه قرار تأمین صادر کنند. تبصره - عدم اجرای این ماده مستوجب مجازات انتظامی درجه سه موضوع ماده (۱۳) قانون نظارت بر رفتار قضات مصوب ۱۳۹۰/۷/۱۷ برای متخلف است. بیمه مرکزی مکلف است با رعایت مفاد ماده (۵۶) این قانون اطلاعات مربوط به بیمه نامه و بیمه گذاران را به نحوی در اختیار قوه قضائیه قرار دهد که امکان دسترسی مراجع قضائی برای بررسی اصالت بیمه نامه وجود داشته باشد.	ماده ۲۱- محاکم قضائی موظفند در حوادث رانندگی منجر به خسارت بدنی، بیمه نامه شخص ثالثی را که اصالت آن از سوی شرکت بیمه ذی ربط کتباً مورد تأیید قرار گرفته است تا میزان مندرج در بیمه نامه به عنوان وثیقه قبول نمایند.
با اضافه شدن ضمانت اجرایی برای عدم ابلاغ رای دادگاه به بیمه گر یا صندوق، به اجرای این ماده کمک کرده است.	ماده ۵۰ - کلیه مراجع قانونی رسیدگی به دعاوی مرتبط با حوادث رانندگی از قبیل دادسرا و دادگاههای رسیدگی کننده به دعاوی ناشی از حوادث موضوع این قانون مکلفند صندوق یا شرکت بیمه مربوط را در مواردی که صندوق یا شرکت بیمه، طرف دعوی نباشند از طرح دعوی علیه مسبب حادثه مطلع نموده، زمان تشکیل جلسات دادگاه را رسماً به آنان اطلاع	ماده ۲۲ محاکم قضائی مکلفند در جلسات رسیدگی به دعاوی مربوط به حوادث رانندگی، حسب مورد شرکت بیمه ذی ربط و یا صندوق تأمین خسارت های بدنی را جهت ارائه نظرات و مستندات خود دعوت نمایند و پس از ختم دادرسی یک نسخه از رأی صادره را به آنها ابلاغ کنند.

دهند. همچنین دادگاه مکلف است پس از صدور رأی، نسخه ای از رأی صادرشده را به آنها ابلاغ کند. در این موارد، بیمه گر یا صندوق می تواند با رعایت مقررات قانون آیین دادرسی مدنی نسبت به خسارات بدنی و مالی در دعوی واردشده یا پس از صدور رأی قطعی مطابق مقررات آیین دادرسی مدنی اعتراض ثالث کنند.

تبصره ۱ - اعتراض ثالث شرکت بیمه یا صندوق مانع از اجرای حکم نیست.

تبصره ۲ - عدم اعلام مراتب طرح دعاوی مرتبط با حوادث رانندگی موضوع این قانون حسب مورد به بیمه گر مربوط یا صندوق یا عدم ابلاغ رأی به آنها مستوجب مجازات انتظامی درجه سه موضوع ماده (۱۳) قانون نظارت بر رفتار قضات است.

ماده ۵۱ - طرح دعاوی واهی موضوع تبصره ماده (۱۰۹) قانون آیین دادرسی دادگاههای عمومی و انقلاب (در امور مدنی) در دعاوی راجع به حوادث رانندگی توسط صندوق یا بیمه گر - اعم از اینکه به صورت ورود ثالث یا اعتراض ثالث یا تجدیدنظرخواهی باشد - در صورتی که منجر به تأخیر در پرداخت خسارت شود، مشمول ماده (۳۳) این قانون می شود.

ماده ۵۲ - قوه قضائیه مکلف است تا پایان پانزدهم اسفند هر سال میزان ریالی دیه موضوع ماده (۵۴۹) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ را تعیین و برای اجراء از ابتدای سال بعد اعلام کند.

ماده ۵۳ - ادارات راهنمایی و رانندگی و پلیس راه حسب مورد مکلفند علاوه بر ثبت جزئیات حادثه در «سامانه جامع حوادث رانندگی»، نسخه ای از آن را به زیان دیده و مسبب حادثه تسلیم نموده، رسید دریافت نمایند.

عدم اجرای تکلیف مذکور مستوجب مجازات مقرر برای لغو دستور موضوع ماده

	(۳۸) قانون جرائم نیروهای مسلح مصوب ۱۳۸۲/۱۰/۹ است.	
عبارت "به صورت مستمر" با عبارت "از طریق سامانه‌های الکترونیکی به صورت بر خط" جایگزین شده است.	ماده ۵۴ - نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مکلف است ظرف مدت سه ماه از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون ترتیبی اتخاذ کند که امکان دسترسی به بانکهای اطلاعاتی آن نیرو در ارتباط با موضوعات مورد نیاز از قبیل مشخصات وسایل نقلیه و دارندگان آنها و گواهینامه های صادرشده و همچنین سوابق تخلفات و تصادفات رانندگان، از طریق سامانه های الکترونیکی به صورت برخط برای مراجع قضائی، صندوق و بیمه مرکزی فراهم شود. اخذ گواهینامه نیازمند کارت پایان خدمت و معافیت سربازی نیست.	ماده ۲۵- شرکتهای بیمه مجاز به فعالیت در رشته بیمه موضوع این قانون موظفند با استفاده از تجهیزات و سیستم های رایانه ای مناسب، کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه مرکزی ایران در رابطه با بیمه نامه های صادر شده و خسارتهای مربوط به آنها را به صورت مستمر به بیمه مرکزی ایران منتقل نمایند.
در این ماده اختیارات بیمه مرکزی برای برخورد با تخلفات شرکتهای بیمه اضافه شده است. در قانون قبل تنها به تعلیق و یا لغو پروانه فعالیت در یک یا چند رشته و پرداخت جریمه نقدی اشاره شده است.	ماده ۵۷ - بیمه مرکزی بر حسن اجرای این قانون نظارت نموده و در صورت قصور یا تخلف هر یک از شرکتهای بیمه در اجرای قانون، اقدامات زیر را به عمل می- آورد. اعمال موارد زیر متناسب با نوع قصور یا تخلف و تعدد و تکرار آن به موجب آیین نامه‌ای است که به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد: الف - توبیخ کتبی مدیران شرکت بیمه ب - سلب صلاحیت حرفه‌ای مسؤول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیأت مدیره شرکت بیمه، برای حداکثر پنج سال با تأیید شورای عالی بیمه پ - سلب صلاحیت افراد موضوع بند (ب) به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه ت - محکوم نمودن شرکت بیمه به پرداخت جریمه نقدی حداکثر تا مبلغ بیست برابر حداقل تعهدات بدنی موضوع ماده (۸) این قانون در زمان پرداخت	ماده ۲۸- بیمه مرکزی ایران موظف است بر حسن اجراء این قانون نظارت نماید و در صورت عدم اجراء مفاد آن از سوی هریک از شرکتهای بیمه، حسب مورد متخلف را به پرداخت جریمه نقدی حداکثر تا مبلغ ده برابر حداقل تعهدات بدنی موضوع ماده (۴) این قانون ملزم نموده و یا با تأیید شورای عالی بیمه پروانه فعالیت شرکت مذکور را در یک یا چند رشته بیمه برای مدت حداکثر یک سال تعلیق نماید و یا با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ایران پروانه فعالیت آن شرکت را در یک یا چند رشته بیمه به طور دائم لغو کند. جریمه موضوع این ماده به حساب صندوق تأمین خسارتهای بدنی واریز خواهد شد.

ث - تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای حداکثر یک سال با تأیید شورای عالی بیمه

ج - لغو پروانه فعالیت در یک یا چند رشته بیمه به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه

تبصره ۲ - در صورت سلب صلاحیت اکثریت هیأت مدیره شرکت بیمه حسب اعلام بیمه مرکزی، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی بیمه می تواند برای اداره امور شرکت، فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست شرکت بیمه تا زمان تعیین و تأیید اعضای جدید هیأت مدیره منصوب کند. صاحبان سهام شرکت بیمه (مجمع) موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه اعضای هیأت مدیره جدید خود را معرفی کنند تا پس از تأیید توسط بیمه مرکزی جایگزین اعضای قبلی سلب صلاحیت شده شوند و بر اساس قانون تجارت شرکت را اداره کنند. سرپرست جدید منصوب تا زمان جایگزینی اعضای هیأت مدیره جدید دارای اختیارات هیأت مدیره شرکت است و مسئولیت کلیه اقدامات او برعهده بیمه مرکزی است. حقوق و مزایای سرپرست منصوب تا تعیین مدیرعامل که حداکثر سه ماه می باشد توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و پس از تصویب مجمع شرکت به سرپرست منصوب پرداخت می شود.

تبصره ۳ - جریمه موضوع بند (ت) این ماده به حساب اختصاصی صندوق نزد خزانه داری کل واریز و با پیش بینی در بودجه های سنواتی به صندوق مذکور تخصیص داده می شود. عدم پرداخت جریمه از سوی شرکت بیمه در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی است.

تبصره ۴ - نحوه وصول، تخفیف و یا بخشودگی جریمه موضوع بند (ت) این ماده به موجب آیین نامه ای است که ظرف مدت شش ماه از تاریخ ابلاغ این قانون به

پیشنهاد بیمه مرکزی پس از تأیید شورای عالی بیمه به تصویب وزیر امور اقتصادی و دارایی می‌رسد. تبصره ۵ - رسیدگی به اعتراض شرکتهای بیمه در خصوص تصمیم بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه مبنی بر اعمال مجازات های مندرج در این ماده (به جز بند «الف») برعهده کمیسیونی متشکل از یک نفر قاضی دادگستری با انتخاب رئیس قوه قضائیه (به عنوان رئیس کمیسیون)، نماینده بیمه مرکزی و یک نفر نماینده اتحادیه (سندیکای) بیمه گران می باشد. تصمیم گیری کمیسیون مذکور با اکثریت آرای اعضاء، لازم الاجراء و ظرف مدت بیست روز از تاریخ ابلاغ حسب مورد قابل اعتراض در مرجع قضائی ذی صلاح است. دبیرخانه این کمیسیون در بیمه مرکزی مستقر می باشد.	
---	--

۳،۲،۳ مواد و تبصره‌های اضافه شده به قانون بیمه اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث

بخش چهارم، پرداخت خسارت
ماده ۳۳ - چنانچه بیمه گر یا صندوق به رغم کامل بودن مدارک، تکلیف مقرر در ماده (۳۱) این قانون را انجام ندهند و در پرداخت خسارت تأخیر کنند و یا بیمه گر تکلیف مقرر در ماده (۳۲) این قانون را انجام ندهد، به پرداخت جریمه ای معادل نیم در هزار به ازای هر روز تأخیر در حق زیان دیده یا قائم مقام وی محکوم می شود. ماده ۳۵ - هزینه های معالجه اشخاص ثالث زیان دیده و راننده مسبب حادثه در صورتی که مشمول قانون دیگری نباشد، با لحاظ ماده (۳۰) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) حسب مورد برعهده بیمه گر مربوط یا صندوق است. ماده ۳۷ - بیمه گر، صندوق یا مسبب حادثه به میزان درصد دیه‌ای که به زیان دیده پرداخت شده یا مطابق ماده (۳۲) این قانون و تبصره آن به صندوق تودیع شده است، بری‌الذمه هستند. ماده ۳۸ - هرگاه پس از اینکه بیمه گر یا صندوق به موجب این قانون خسارتی را پرداخت کند و به موجب حکم قطعی، برای پرداخت تمام یا بخشی از خسارت مسؤول شناخته نشوند، بیمه گر یا صندوق می‌تواند به همان میزان به محکوم علیه حکم قطعی، رجوع کند.

بخش پنجم، تکالیف سایر نهادها:

ماده ۴۱ - به منظور ساماندهی امور مربوط به حوادث رانندگی، دولت مکلف است «سامانه جامع حوادث رانندگی» را مطابق مقررات این قانون با مشارکت همه دستگاههای ذی ربط ایجاد و نسبت به روزآمد کردن و تحلیل مستمر داده های آن اقدام کند.

نیروی انتظامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مراکز فوریت های پزشکی (اورژانس) و بیمارستان ها)، سازمان پزشکی قانونی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران موظفند اطلاعات مربوط به سوانح رانندگی را فوراً در سامانه مذکور ثبت کنند.

قوه قضائیه نیز مکلف است اطلاعات مربوط به آرای قضائی راجع به حوادث رانندگی را در سامانه مذکور قرار دهد.

دولت موظف است حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از لازم الاجراء شدن این قانون، سامانه مزبور را راه اندازی و دسترسی برخط (آنلاین) به آن را برای کلیه واحدهای نیروی انتظامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرکتهای بیمه، صندوق و واحدهای قضائی فراهم کند.

تبصره - نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران موظف است همزمان با تعویض پلاک وسیله نقلیه، مشخصات مالک جدید را در «سامانه جامع حوادث رانندگی» درج کند. همچنین سازمان ثبت اسناد و املاک کشور نیز مکلف است اسناد تنظیم شده در خصوص وسایل نقلیه مانند نقل و انتقال، وکالت و رهن را در سامانه مذکور درج کند.

ماده ۴۸ - ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت مکلف است از صدور هرگونه کارت سوخت و تخصیص اولیه سهمیه یا ادامه آن برای وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه خودداری کند.

تبصره - بیمه مرکزی و نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران مکلفند اطلاعات مربوط به وسایل نقلیه مذکور را به صورت برخط در اختیار ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت قرار دهند.

ماده ۴۹ - مراجع قضائی مکلفند در دعاوی مربوط به حوادث رانندگی، در صورت وجود بیمه نامه معتبر و مکفی و احراز اصالت آن، صرفاً متناسب با جنبه عمومی جرم برای راننده مسبب حادثه قرار تأمین صادر کنند.

تبصره - عدم اجرای این ماده مستوجب مجازات انتظامی درجه سه موضوع ماده (۱۳) قانون نظارت بر رفتار قضات مصوب ۱۳۹۰/۷/۱۷ برای متخلف است. بیمه مرکزی مکلف است با رعایت مفاد ماده (۵۶) این قانون اطلاعات مربوط به بیمه نامه و بیمه گذاران را به نحوی در اختیار قوه قضائیه قرار دهد که امکان دسترسی مراجع قضائی برای بررسی اصالت بیمه نامه وجود داشته باشد.

ماده ۵۰ - کلیه مراجع قانونی رسیدگی به دعاوی مرتبط با حوادث رانندگی از قبیل دادسرا و دادگاههای رسیدگی کننده به دعاوی ناشی از حوادث موضوع این قانون مکلفند صندوق یا شرکت بیمه مربوط را در مواردی که صندوق یا شرکت بیمه، طرف دعوی نباشند از طرح دعوی علیه مسبب حادثه مطلع نموده، زمان تشکیل جلسات دادگاه را رسماً به آنان اطلاع دهند. همچنین دادگاه مکلف است پس از صدور رأی، نسخه ای از رأی صادرشده را به آنها ابلاغ کند. در این موارد، بیمه گر یا صندوق می تواند با رعایت

مقررات قانون آیین دادرسی مدنی نسبت به خسارات بدنی و مالی در دعوی وارد شده یا پس از صدور رأی قطعی مطابق مقررات آیین دادرسی مدنی اعتراض ثالث کنند.

ماده ۵۷ - بیمه مرکزی بر حسن اجرای این قانون نظارت نموده و در صورت قصور یا تخلف هر یک از شرکتهای بیمه در اجرای قانون، اقدامات زیر را به عمل می آورد. اعمال موارد زیر متناسب با نوع قصور یا تخلف و تعدد و تکرار آن به موجب آیین نامه ای است که به پیشنهاد بیمه مرکزی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیأت وزیران می رسد:

الف - توبیخ کتبی مدیران شرکت بیمه

ب - سلب صلاحیت حرفه ای مسؤول فنی یا مدیر یا معاون فنی یا مدیرعامل یا هیأت مدیره شرکت بیمه، برای حداکثر پنج سال با تأیید شورای عالی بیمه

پ - سلب صلاحیت افراد موضوع بند(ب) به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه

ت - محکوم نمودن شرکت بیمه به پرداخت جریمه نقدی حداکثر تا مبلغ بیست برابر حداقل تعهدات بدنی موضوع ماده (۸) این قانون در زمان پرداخت

ث - تعلیق فعالیت شرکت بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای حداکثر یک سال با تأیید شورای عالی بیمه

ج - لغو پروانه فعالیت در یک یا چند رشته بیمه به طور دائم با تأیید شورای عالی بیمه

تبصره ۱ - در مورد بندهای (ت)، (ث) و (ج) این ماده، بیمه مرکزی نظر مشورتی و تخصصی اتحادیه بیمه گران ایران را قبل از اتخاذ تصمیم، اخذ می کند. چنانچه اتحادیه ظرف مدت پانزده روز از تاریخ دریافت نامه بیمه مرکزی، کتباً نظر خود را اعلام نکند بیمه مرکزی رأساً اقدام می کند.

تبصره ۲ - در صورت سلب صلاحیت اکثریت هیأت مدیره شرکت بیمه حسب اعلام بیمه مرکزی، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی بیمه می تواند برای اداره امور شرکت فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست شرکت بیمه تا زمان تعیین و تأیید اعضای جدید هیأت مدیره منصوب کند. صاحبان سهام شرکت بیمه (مجمع) موظفند حداکثر ظرف مدت یک ماه اعضای هیأت مدیره جدید خود را معرفی کنند تا پس از تأیید توسط بیمه مرکزی جایگزین اعضای قبلی سلب صلاحیت شده شوند و براساس قانون تجارت شرکت را اداره کنند. سرپرست جدید منصوب تا زمان جایگزینی اعضای هیأت مدیره جدید دارای اختیارات هیأت مدیره شرکت است و مسئولیت کلیه اقدامات او برعهده بیمه مرکزی است. حقوق و مزایای سرپرست منصوب تا تعیین مدیرعامل که حداکثر سه ماه می باشد توسط بیمه مرکزی پیشنهاد و پس از تصویب مجمع شرکت به سرپرست منصوب پرداخت می شود.

تبصره ۳ - جریمه موضوع بند (ت) این ماده به حساب اختصاصی صندوق نزد خزانه داری کل واریز و با پیش بینی در بودجه های سنواتی به صندوق مذکور تخصیص داده می شود. عدم پرداخت جریمه از سوی شرکت بیمه در حکم تصرف غیرقانونی در وجوه عمومی است.

تبصره ۴ - نحوه وصول، تخفیف و یا بخشودگی جرمه موضوع بند (ت) این ماده به موجب آیین نامه ای است که ظرف مدت شش ماه از تاریخ ابلاغ این قانون به پیشنهاد بیمه مرکزی پس از تأیید شورای عالی بیمه به تصویب وزیر امور اقتصادی و دارایی می رسد.

تبصره ۵ - رسیدگی به اعتراض شرکتهای بیمه در خصوص تصمیم بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه مبنی بر اعمال مجازاتهای مندرج در این ماده (به جز بند «الف») برعهده کمیسیونی متشکل از یک نفر قاضی دادگستری با انتخاب رئیس قوه قضائیه (به عنوان رئیس کمیسیون)، نماینده بیمه مرکزی و یک نفر نماینده اتحادیه (سندیکای) بیمه گران می باشد. تصمیم گیری کمیسیون مذکور با اکثریت آرای اعضاء، لازم الاجراء و ظرف مدت بیست روز از تاریخ ابلاغ حسب مورد قابل اعتراض در مرجع قضائی ذی صلاح است. دبیرخانه این کمیسیون در بیمه مرکزی مستقر می باشد.

ماده ۵۸ - بیمه مرکزی مکلف است مطابق مقررات مربوط بر اجرای تعهدات شرکتهای بیمه و نحوه محاسبه ذخایر آنها در رشته بیمه شخص ثالث نظارت نموده و از کفایت ذخایر مذکور جهت ایفای تعهدات آتی شرکتهای بیمه اطمینان حاصل کند.

شرکتهای بیمه مکلفند ذخایر تأییدشده از سوی بیمه مرکزی را در دفاتر و صورتهای مالی خود، مطابق دستورالعمل بیمه مرکزی ثبت کنند.

بخش ششم - مقررات کیفری

ماده ۵۹ - عدم پرداخت حقوق قانونی صندوق از سوی بیمه گر یا نمایندگی آنان، مصرف درآمدهای صندوق در غیر از موارد مصرح قانونی و همچنین عدم اجرای تکالیف مقرر در مواد (۴۵) و (۴۶) و (۴۸) این قانون علاوه بر تخلف اداری یا انتظامی در حکم دخل و تصرف در وجوه عمومی است.

ماده ۶۰ - فروش هر نوع بیمه نامه یا مبادرت به عملیات بیمه گری یا نمایندگی بیمه بدون مجوز قانونی، در حکم کلاهبرداری است و مرتکب علاوه بر مجازات کلاهبرداری، ضامن جبران خسارت وارده حسب مورد به زیان دیده یا صندوق به نرخ روز جبران می باشد.

ماده ۶۱ - هرکس با انجام اعمال متقلبانه مانند سازی صوری تصادف، تعویض خودرو یا ایجاد خسارت عمدی، وجوهی را بابت خسارت دریافت کند، به حبس تعزیری درجه شش و جزای نقدی معادل دو برابر وجوه دریافتی محکوم می شود. شروع به جرم مندرج در این ماده علاوه بر مجازات مقرر برای شروع به جرم در قانون مجازات اسلامی، مستوجب جزای نقدی درجه پنج می باشد.

ماده ۶۲ - هرگاه شخصی برخلاف واقع خود را به عنوان راننده وسیله نقلیه مسبب حادثه معرفی کند به مجازات حبس درجه هفت محکوم می شود؛ راننده نیز چنانچه در این امر تبانی کرده باشد به مجازات مذکور محکوم می شود.

ماده ۶۳ - در صورتی که مسؤولیت مسبب حادثه مشمول تعهدات بیمه گر باشد، جز در موارد مصرح در ماده (۱۵) این قانون، مقررات مربوط به نحوه اجرای محکومیت های مالی در خصوص وی قابل اجراء نیست.

بخش هفتم - مقررات نهائی

ماده ۶۴ - کلیه آیین نامه های اجرائی این قانون جز در مواردی که به نحو دیگری مقرر شده است، ظرف مدت یک سال از تاریخ ابلاغ آن توسط بیمه مرکزی و شورای عالی بیمه تهیه می شود و پس از تأیید وزیر امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیأت وزیران می رسد. مادامی که آیین نامه های مذکور، تهیه و تصویب نشده است، آیین نامه های اجرائی موجود، در حدودی که مغایر این قانون نباشد معتبر است.

ماده ۶۵ - بیمه نامه های صادره پیش از لازم الاجراء شدن این قانون مشمول قانون زمان صدور خود هستند لکن در هر حال احکام بندهای (الف) و (ب) ماده (۴) ، مواد (۱۱) ، (۱۹) ، (۲۲) ، (۲۵) ، (۳۰) و ماده (۳۲) و تبصره های آن، مواد (۳۶) ، (۳۷) ، (۳۸) ، (۴۹) ، (۵۰) و (۶۰) در مورد بیمه نامه هایی که هنوز خسارات تحت پوشش آنها پرداخت نشده نیز لازم الرعایه است.

ماده ۶۶ - از تاریخ لازم الاجراء شدن این قانون، «قانون اصلاح قانون بیمه مسؤولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب ۱۳۸۷» نسخ می شود. هرگونه نسخ یا اصلاح مواد این قانون باید صریحاً در قوانین بعدی قید شود.

۳،۲،۴ تحلیل و بررسی الزامات و اصلاحات قانون جدید شخص ثالث در انطباق با مدیریت بحران شرکت بیمه توسعه

در این بخش به بررسی تغییرات قانون جدید و ارتباط این تغییرات با بحران شرکت بیمه توسعه خواهیم پرداخت. همچنین بررسی می کنیم، تجربه بیمه توسعه در قانون جدید منجر به چه اصلاحات و پیش بینی هایی شده است، تا از وقوع مجدد چنین اتفاقی جلوگیری کند و در صورت وقوع شرایط مشابه چه ابزارها و ضمانت هایی برای برخورد قانونی در اختیار نهاد نظارتی قرار گرفته است.

✓ شرایط اعطای مجوز فعالیت در رشته شخص ثالث به شرکت های بیمه خصوصی

مهمترین ماده این بخش، ماده ۵ قانون است. این ماده که منجر به آیین نامه مصوب ۱۳۹۷/۲/۱۶ هیئت وزیران، مورد تایید شورای عالی بیمه و به پیشنهاد بیمه مرکزی گردید، شرایط اعطای مجوز فعالیت در رشته شخص ثالث را تعیین نمود. بر اساس این آیین نامه هر شرکتی نمی تواند در این رشته فعالیت کند، شرایطی خاص و دشوارتر از سایر رشته ها برای این رشته در نظر گرفته شده است. از جمله این شرایط داشتن توانگری مالی حداقل سطح ۲، داشتن حداقل سرمایه ثبت شده، داشتن نیروی انسانی واجد صلاحیت، داشتن حسن سابقه در پرداخت خسارت می باشد.

در همین آیین نامه فرصت حداکثر یک ساله به منظور انطباق با شرایط آیین نامه، برای شرکت‌هایی که شرایط خود را از دست بدهند در نظر گرفته شده است. در غیر این صورت بیمه مرکزی مطابق با ماده ۵۷ قانون فوق الذکر و آیین نامه آن عمل خواهد کرد. لازم به ذکر است قبل از این در قانون شخص ثالث قبلی، هر یک از شرکت‌های بیمه، در صورت اخذ مجوز فعالیت از بیمه مرکزی می‌توانستند در بیمه شخص ثالث بدون محدودیت زمان فعالیت کنند.

نتیجه:

- با وجود ماده ۵ در قانون و آیین نامه مربوطه، شرکتی با شرایط شرکت بیمه توسعه به دلیل قرار گرفتن در سطح توانگری ۴، نداشتن حداقل سرمایه ثبت شده و حتی نداشتن نیروی انسانی واجد صلاحیت و حسن سابقه در پرداخت خسارت مشمول اجرای ماده ۵۷ قانون فوق‌الذکر می‌گردید. بنابراین تنها همین ماده قانونی می‌تواند از ایجاد بحران و یا تداوم و بسط آن برای یک شرکت بیمه مانند شرکت بیمه توسعه جلوگیری کند.

✓ تعیین دامنه ۲/۵ درصد برای اعطای تخفیف کلی به بیمه گذاران

۱- تبصره ۴ ماده ۱۸ قانون، بر خلاف قانون قدیمی که برای حق بیمه‌ها حداکثر نرخ تعیین شده بود و امکان فروش بیمه نامه با حق بیمه کمتر از نرخ‌های مصوب مجاز بود، به شرکت‌های بیمه اجازه اعمال تخفیف‌های غیر فنی را نمی‌دهد. آنها تنها ۲,۵٪ از حق بیمه‌های مصوب شورای عالی بیمه را می‌توانند تخفیف دهند. تخفیف‌های بیشتر منوط به کسب مجوز از بیمه مرکزی است. همچنین در قانون جدید شرکت‌های بیمه در صورت ارائه خدمات ویژه با تائید بیمه مرکزی می‌توانند تا ۲,۵٪ بیش از قیمت مصوب حق بیمه دریافت کنند.

موضوع ماده ۱۸ قانون، آیین‌نامه تعیین سقف حق بیمه شخص ثالث و نحوه تخفیف، افزایش یا تقسیط آن در تاریخ ۱۳۹۶/۷/۲۶، به تصویب هیات وزیران رسیده است. در این آیین نامه برای تعیین حق بیمه پایه به نوع کاربری وسیله نقلیه و سوابق مالک و سوابق حادثه ساز وسیله نقلیه نیز توجه شده است و وسایل نقلیه ای که دارای ریسک بالاتری هستند، حق بیمه پایه بیشتری اختصاص داده شده است. همچنین وسایل نقلیه نو، یا دارای کاربری عمومی و یا وسیله نقلیه‌ای که مالک آن دارای گواهینامه رانندگی ایمن و کم خطر باشد مشمول تخفیف در حق بیمه پایه می‌شوند. همچنین سوابق خسارتی دارندگان خودرور در تعیین حق بیمه پایه تاثیر گذار است.

در آیین نامه ماده ۱۸ قانون، مبانی محاسبه قیمت تمام شده نرخ‌های بیمه شخص ثالث مبنی بر مطالعات اکچوئری به درستی تبیین شده است و عملکرد شرکت‌های بیمه در سال‌های گذشته می‌تواند معیار و مبنا برای تعیین نرخ‌های بیمه قرار گیرد. این تحول امکان وضع نرخ‌های منصفانه و کافی را برای رشته شخص ثالث با توجه به ضریب خسارت سالانه آن فراهم می‌نماید.

- یکی از اشتباهات بارز مدیران شرکت بیمه توسعه ارائه تخفیف های بسیار در مواردی تا ۷۰٪ به مشتریان در این رشته بوده است. این ماده قانونی با اعمال محدودیت امکان ارائه چنین تخفیفاتی را از تمام شرکتها سلب نموده و ساز و کار ارائه نرخهای این رشته را تعیین کرده است.

✓ صندوق تأمین خسارت بدنی، ضامن پرداخت خسارت های بدنی در صورت لغو و یا تعلیق

پروانه فعالیت شرکتهای بیمه است

ماده ۲۲ قانون جدید، پرداخت خسارت های این رشته در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت بیمه در رشته بیمه شخص ثالث و ناتوانی آن از پرداخت خسارت به زیان دیدگان، به تشخیص بیمه مرکزی یا شورای عالی بیمه، یا صدور حکم توقف یا ورشکستگی شرکت به صندوق تأمین خسارت های بدنی واگذار کرده است. سپس صندوق به قائم مقامی زیان دیدگان به بیمه گر مراجعه می کند. دادگاه مکلف به انتقال اموال و دارائی های بیمه گر به صندوق تا میزان مبلغ پرداختی و خسارت وارده به صندوق می باشد. در صورت تعلیق یا لغو پروانه فعالیت شرکت، پرداخت خسارت مالی آن را مشمول اجرای ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه گری می کند که در این شرایط تحت تدابیری که شورای عالی بیمه اتخاذ می کند، پرداخت خسارت ها را تعیین تکلیف می نماید.

- یکی از مسائل بحث برانگیز در بحران شرکت بیمه توسعه آن بود که آیا بر اساس ماده ۱۰ قانون اصلاح قانون مسئولیت مدنی دارندگان وسیله نقلیه موتوری زمینی در برابر شخص ثالث، صندوق تأمین خسارت بدنی متولی پرداخت خسارتهای جانی است و یا بر اساس ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه گری می باید این مسئولیت به شرکت بیمه ایران محول شود. قانون جدید با ایجاد شفافیت این مسئولیت را در رشته شخص ثالث برای خسارت های جانی به صندوق و برای سایر خسارت های مالی تحت تدابیر اتخاذ شده توسط شورای عالی بیمه تعیین تکلیف می گردد.

✓ تسهیل در پرداخت خسارت ها

۲- مواد ۳۳ الی ۳۷ قانون جهت حفظ منافع بیمه گذاران مواردی در نظر گرفته شده است، از جمله با در نظر گرفتن جریمه در صورت تعلل غیر قانونی در پرداخت خسارت توسط بیمه گر یا صندوق، ضمانت اجرایی برای پرداخت های با تاخیر فراهم شده است.

- در این بخش، به منظور حفظ منافع بیمه گذاران، رویه های پرداخت خسارت تسهیل، شفاف سازی و کاملتر شده اند. شرکت بیمه توسعه در آخرین سالهای فعالیت با ارائه حواله های مدت دار در پرداخت خسارت ها تعلل می کرد. بر اساس قانون جدید چنین اقداماتی منجر به پرداخت جریمه توسط بیمه گر متخلف خواهد شد.

✓ جامع نگری در اجرای قانون با مشارکت همه دستگاه ها

۳- در ماده ۴۱ قانون به منظور ساماندهی امور مربوط به حوادث رانندگی، دولت با مشارکت همه دستگاه های ذیربط به ایجاد، به روز کردن و تحلیل مستمر داده ها مکلف به راه اندازی سامانه ای به نام "سامانه حوادث رانندگی" شده است. از جمله سازمان های مکلف به مشارکت برای ثبت اطلاعات در این سامانه نیروی

انتظامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مراکز فوریت های پزشکی (اورژانس) و بیمارستان ها)، سازمان پزشکی قانونی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و همچنین قوه قضائیه برای ثبت آرای قضایی هستند. همچنین مقرر شده که دسترسی بر خط به این سامانه برای شرکتهای بیمه نیز فراهم شود. علاوه بر آن در این سامانه نقل و انتقالات، توسط سازمان ثبت اسناد و مدارک کشور درج خواهد شد.

- سامانه های اطلاعاتی نقش بسیار مهمی در صنعت بیمه ایفا می کنند. از جمله مهمترین کاربرد سامانه مذکور، کمک به شرکتهای بیمه برای بر آورد دقیقتر خسارتهای معوق است. یکی از معضلات شرکت بیمه توسعه بر آورد ناقص از خسارتهای معوق و در نظر نگرفتن ذخایر کافی در این رشته بوده است. در مواردی نیز شعب شرکت برای آنکه عملکرد بهتری از خود نشان دهند خسارتهایی که هنوز حکم نهایی برای آنها صادر نشده بود را در خسارتهای معوق شرکت درج نمی کردند.

✓ لزوم برخورد قانونی و ایجاد محدودیت برای خودروهای فاقد بیمه نامه

در ماده ۴۲ قانون نیروی انتظامی مکلف به ارائه گزارش از میزان جریمه و برخورد با وسایل نقلیه بدون بیمه نامه موضوع این قانون شده است. در ماده ۴۴ قانون برای احراز تخلف شرکتهای بیمه در همکاری با وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه موضوع این قانون ضمانت اجرایی گذاشته شده است و علاوه بر آن بیمه مرکزی موظف به احراز اصالت بیمه نامه از طریق سامانه های الکترونیکی برای وزارتخانه های راه و شهر سازی و کشور شده است. همچنین در ماده ۴۵ قانون سازمانهای ارائه دهنده خدمات به وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه را متخلف دانسته و نوع تخلف را حسب مورد اداری یا انتظامی محسوب کرده است. در ماده ۴۶ قانون عقد قرارداد حمل و نقل با وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه موضوع این قانون توسط دستگاههای اجرایی، موسسات دولتی و غیر دولتی را ممنوع کرده و عدم اجرای این ماده را حسب مورد تخلف اداری و انتظامی اعلام کرده است. ماده ۴۸ قانون نیز ستاد مدیریت حمل و نقل را مکلف به عدم تخصیص سهمیه سوخت به وسایل نقلیه فاقد بیمه نامه نموده است.

- در بازار بیمه این قاعده وجود دارد که ریسکهای با احتمال خسارت بالاتر تمایل بیشتری به خرید بیمه نامه نشان می دهند. در این بخش مواد قانونی به شکلی اصلاح شده است که تعداد وسایل نقلیه بدون بیمه نامه شخص ثالث تا سرحد امکان کاهش یابد. چنین قوانینی علاوه بر کاهش معضلات اجتماعی ناشی از حوادث رانندگی، بازار این رشته را برای شرکتهای بیمه وسیع تر می کنند و برای شرکتهای بیمه تنوع ریسک ایجاد می کنند. بنابراین نه فقط ریسکهای با احتمال خسارت بالا که تمامی ریسکها متقاضی بیمه نامه خواهند شد و این به کاهش ضریب خسارت این رشته کمک خواهد کرد.

✓ لزوم صدور قرار تأمین متناسب با جنبه عمومی جرم برای حوادث رانندگی

ماده ۴۹ قانون برای حفظ منافع بیمه گذاران مراجع قضایی را مکلف کرده است که در دعاوی مربوط به حوادث رانندگی صرفاً متناسب با جنبه عمومی جرم برای راننده مسبب حادثه قرار تأمین صادر کنند در حالی که در قانون قبلی صرفاً میزان مندرج در بیمه نامه را به عنوان وثیقه قبول می کردند. در ماده ۵۰ قانون مراجع قضایی مکلف به ابلاغ رای به بیمه گر یا صندوق تأمین خسارت بدنی شده اند و برای اجرای این ماده قانونی، عدم ابلاغ رای بر اساس قانون نظارت بر قضات مستوجب مجازات شده است.

- این ماده قانونی به بیمه‌گذاران این اطمینان را می‌دهد که صرفاً بابت جنبه عمومی جرم برای آنها قرار تامین صادر می‌شود و آزادی مسببین حادثه دارای بیمه نامه را تسهیل می‌کند. یکی از معضلات اساسی در بحران بیمه توسعه تعداد قابل توجه زندانیانی بود که علیرغم داشتن بیمه نامه راهی زندان شده بودند و این موضوع علاوه بر آنکه اعتماد به صنعت بیمه را کاهش می‌داد می‌توانست مسبب مشکلات اجتماعی فراوان باشد.

✓ لزوم دعوت از شرکت بیمه و صندوق توسط مراجع قضایی

- ۴- در ماده ۵۰ قانون مراجع قانونی مکلف هستند حسب مورد، شرکت بیمه یا صندوق را از طرح دعوی علیه مسبب حادثه مطلع نمایند و علاوه بر اطلاع رسانی به آنان در مورد جلسات دادگاه، رای صادر شده را به آنها ابلاغ کنند.

- این ماده قانونی به شرکت‌های بیمه کمک می‌کند تا ضمن امکان دفاع در دادگاه قبل از صدور رأی در جریان نوع، میزان و علت خسارت قرار گیرند و همچنین برآورد بهتری از خسارتهای واقع شده خود داشته باشند و ذخایر کافی برای آنها در نظر بگیرند. علاوه بر آن، در فرآیند رسیدگی به پرونده امکان دفاع از حقوق بیمه‌گر فراهم شده و از صدور حکم در موارد تخلف و کلاهبرداری بیمه‌ای جلوگیری می‌نماید.

✓ لزوم تبادل اطلاعات بین صنعت بیمه و نیروی انتظامی

- در ماده ۵۳ قانون، ادارات راهنمایی رانندگی پلیس راه حسب مورد مکلف به ثبت جریات حادثه در سامانه جامع حوادث رانندگی و ارائه آن به زیان دیده و مسبب حادثه شده‌اند. در ماده ۵۴ قانون نیروی انتظامی موظف به فراهم کردن امکان دسترسی به بانکهای اطلاعاتی خود از طریق سامانه‌های الکترونیکی به صورت بر خط برای مراجع قضایی، صندوق و بیمه مرکزی شده است. دسترسی به این بانک اطلاعاتی برای بیمه مرکزی به بررسی و نظارت بر نحوه ریسک‌گزینی شرکت‌های بیمه کمک شایانی خواهد کرد.

- تکمیل بانکهای اطلاعاتی به شرکت‌های بیمه برای تصمیمات فنی و به بیمه مرکزی برای نظارت مستدل‌تر کمک شایانی می‌کند و این تصمیمات منجر به توانگری متعادل‌تر شرکت‌ها و بنابراین توان مالی بیشتر آنها برای ایفای تعهدات خواهد شد.

✓ پیش بینی ضمانت‌های اجرایی لازم برای بیمه مرکزی

- در ماده ۵۷ این قانون، نظارت بر حسن اجرا به بیمه مرکزی محول شده است و به بیمه مرکزی در صورت تخلف و یا قصور شرکت‌های بیمه اختیاراتی داده شده است که شامل توییح کتبی، سلب صلاحیت مدیران، جریمه نقدی، تعلیق حداکثر یکساله یا لغو دائم فعالیت در یک یا چند رشته می‌باشد. حتی در صورت سلب صلاحیت اکثریت هیات مدیره، بیمه مرکزی می‌تواند فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست شرکت بیمه تا زمان تعیین و تأیید اعضای جدید هیات مدیره منصوب کند. این ماده بیمه مرکزی را به پیشنهاد دو آیین‌نامه، با موضوعات ۱- نحوه وصول، تخفیف و یا بخشودگی جریمه و ۲- اعمال موارد متناسب با نوع قصور یا تخلف و تعدد و تکرار آن مکلف کرده است.

- یکی از معضلات در بحران بیمه توسعه عدم همکاری مدیران و بی توجهی آنان به اجرای دستورات و مصوبات و موارد درخواستی بیمه مرکزی و عدم انجام اقدامات اصلاحی بوده است. این ماده قانونی با فراهم کردن اختیارات قانونی در سلب صلاحیت مدیران و امکان استقرار مدیران جدید، بیمه مرکزی را به طور قانونی قادر می‌سازد تا بتواند در شرایط بحرانی اداره شرکت را بر عهده گیرد و آن را حتی الامکان به مسیر درست هدایت کند. به گونه‌ای که کمترین آسیب به بیمه گذاران وارد شود.

✓ لزوم احراز کفایت ذخایر بیمه شخص ثالث توسط بیمه مرکزی

ماده ۵۸ قانون اهمیت ویژه‌ای برای رسیدگی به وضعیت ذخایر رشته شخص ثالث قائل شده است. بیمه مرکزی مکلف به نظارت بر کفایت ذخایر این رشته جهت ایفای تعهدات آتی شده است و شرکت‌های بیمه مکلف به ثبت ذخایر تأیید شده در دفاتر و صورتهای مالی خود هستند. بررسی و نحوه احراز کیفیت ذخایر این رشته بر اساس این ماده در بخش ۶،۲ به تفصیل تبیین شده است.

✓ پیش بینی یک نهاد شبه قضایی درون صنعت بیمه برای رسیدگی به اعتراضات شرکت-های بیمه

در تبصره ۵ ماده ۵۸، مرجع رسیدگی به اعتراض شرکت نسبت به تصمیم اتخاذ شده توسط بیمه مرکزی مطابق ماده ۵۷ به عهده کمیسیونی متشکل از یک نفر قاضی، یک نفر نماینده بیمه مرکزی، یک نفر نماینده سندیکا می‌باشد. در بحران شرکت بیمه توسعه، این شرکت دو مرتبه نسبت به تصمیم شورای عالی بیمه برای تعلیق و لغو مجوز صدور در رشته بیمه شخص ثالث و رشته بیمه عمر به دیوان عدالت اداری شکایت کرده است. این کمیسیون امکان رسیدگی به اعتراضات شرکت‌های بیمه را در یک نهاد شبه قضایی در درون صنعت بیمه با مشارکت قوه قضائیه فراهم کرده است.

✓ مقررات کیفری برای فروش بیمه بدون مجوز

مواد ۵۹ الی ۶۳ قانون، برای اشخاصی که اقدامات متقلبانه انجام می‌دهند و یا اشخاصی که بدون مجوز اقدام به فروش بیمه نامه می‌کنند، مجازات در نظر گرفته‌اند و بنابراین از شرکت‌های بیمه در برابر متخلفان حمایت می‌کند.

- در دوره‌ای شرکت بیمه توسعه طی قراردادی با دفاتر پیشخوان دولت، از طریق این دفاتر اقدام به فروش بیمه نامه شخص ثالث می‌کرد. که طبق ماده ۶۰ این آیین‌نامه چنین اقداماتی مستوجب مجازات می‌گردد.
- اقدامات متقلبانه برای اخذ خسارت، یکی از چالش‌های صنعت بیمه است که در صورت عدم شناسایی به تضعیف توان مالی شرکتها منجر می‌شود. در قانون جدید، با در نظر گرفتن مجازات های کیفری سعی شده تا از حقوق بیمه‌گران در برابر چنین چالش‌هایی در این رشته بیمه‌ای حمایت شود.

۳,۳ مقررات جذب و فعالیت نمایندگان فروش شرکت‌های بیمه

شرکت‌های بیمه برای عرضه خدمات به جای فروش مستقیم می‌توانند از واسطه‌های فروش استفاده کنند که به نوعی برون سپاری وظایف فروش بیمه محسوب می‌شود. پیچیدگی خدمات بیمه، تئوری هزینه مبادله و جستجو برای خرید بیمه، ضرورت بازار سازی برای فروش بیمه و کاهش مشکل اطلاعات نامتقارن در بازار بیمه از عمده دلایل استفاده از خدمات واسطه گری در چرخه عرضه بیمه است.

کانال توزیع مطلوب کانالی است که هم نیاز مشتریان را تامین کند و هم قدرت رقابت داشته باشد. هر چه تنوع محصول و پیچیدگی‌های آن بیشتر باشد، حضور واسطه ها بر کارایی بازار اثر بیشتری دارد. در رشته شخص ثالث، نرخ و شرایط شرکت‌های بیمه همسان است. بنابراین حضور واسطه‌ها به کارایی بازار کمک چندانی نمی‌کند. (معاونت نظارت بیمه مرکزی، ۱۳۹۳)

فصل ۲۴ از اصول اساسی ۲۸ گانه انجمن بین المللی ناظران بیمه‌ای IAIS، به واسطه‌ها اختصاص دارد؛ این اصل به شرح زیر است:

نهاد ناظر الزامات مربوط به نحوه عمل واسطه‌ها در بازار را مستقیماً یا از طریق نظارت بر دفاتر مرکزی موسسات بیمه تعیین می‌کند.

با همین رویکرد، بیمه مرکزی همواره برای تعیین نحوه فعالیت و احراز صلاحیت واسطه‌های بیمه، شرایط مورد تأیید خود را در قالب آیین نامه به تصویب شورای عالی بیمه رسانده و به شرکتها ابلاغ نموده است. در ادامه، آیین نامه ۷۵ تحت عنوان آیین نامه تنظیم امور نمایندگی و تغییراتی که نسبت به آیین نامه قبل از خود (آیین نامه ۵۷) داشته است را بررسی خواهیم کرد.

۳,۳,۱ آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵)

آیین نامه شماره ۷۵ شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۶/۶ "آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه" را مشتمل بر ۳۰ ماده و ۳۰ تبصره و تصویب نمود. قبل از این آیین نامه نمایندگان بیمه تحت ضوابط آیین نامه شماره ۵۷ فعالیت می‌کردند. از این رو در این بخش با در نظر داشتن بحران شرکت بیمه توسعه به مقایسه این دو آیین نامه خواهیم پرداخت.

آیین نامه های ۵۷ و ۷۵ هردو مشتمل بر چهار فصل هستند: ۱- تعریف و شرایط اعطای نمایندگی ۲- حقوق و تکالیف شرکت بیمه و نماینده ۳- رسیدگی به اختلاف نماینده و شرکت بیمه و رسیدگی به تخلفات نماینده ۴- نظارت. در ادامه تفاوت مواد آیین نامه ۷۵ را با آیین نامه قبل از آن آیین نامه ۵۷ آورده ایم.

جدول ۱۰. مقایسه آیین نامه ۷۵ با آیین نامه ۵۷ (مواردی که با علامت + مشخص شده اند به آیین نامه قبل اضافه شده اند و سایر موارد اصلاح شده اند).

آیین نامه ۷۵	آیین نامه ۵۷	نکات																				
تبصره ۱ و ۲ ماده ۱: شرکت بیمه می‌تواند بخشی از اختیارات و وظایف خود در صدور و پرداخت خسارت را بر اساس رتبه نمایندگان بیمه به نماینده تفویض کند و رتبه بندی نمایندگان حقوقی و حقیقی طبق دستورالعمل ابلاغی از سوی بیمه مرکزی توسط شرکت‌های بیمه و یا موسسات رتبه بندی که مورد تأیید بیمه مرکزی می‌باشند انجام خواهد شد.	تبصره ماده ۲: شرکت بیمه می‌تواند بخشی از اختیارات و وظایف خود در صدور بیمه‌نامه و در صورت لزوم در پرداخت خسارت را در رشته‌های مختلف بیمه به نماینده تفویض نماید.	در آیین نامه جدید تفویض اختیارات بر اساس رتبه نمایندگان می‌تواند انجام شود. برای رتبه بندی دستورالعمل خاصی از طرف بیمه مرکزی ابلاغ نشده است.																				
ماده ۵: از جمله شرایط شخص حقیقی متقاضی موارد زیر است: + عدم حجر <table><tr><th>مدرک</th><th>تجربه</th></tr><tr><td>کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه</td><td>-</td></tr><tr><td>کارشناسی رشته های مرتبط اقتصاد، امور مالی، حسابداری، امار، مدیریت و حقوق</td><td>۱ سال</td></tr><tr><td>کارشناسی سایر رشته‌ها</td><td>۲ سال</td></tr><tr><td>دیپلم</td><td>۳ سال</td></tr></table> حداقل سوابق بیمه‌ای فنی و تخصصی و شرایط مدرک تحصیلی به صورت زیر است:	مدرک	تجربه	کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه	-	کارشناسی رشته های مرتبط اقتصاد، امور مالی، حسابداری، امار، مدیریت و حقوق	۱ سال	کارشناسی سایر رشته‌ها	۲ سال	دیپلم	۳ سال	ماده ۴: از جمله شرایط شخص حقیقی متقاضی اخذ پروانه نمایندگی حداقل سوابق بیمه‌ای فنی و تخصصی و شرایط مدرک تحصیلی به صورت زیر است: <table><tr><th>مدرک</th><th>تجربه</th></tr><tr><td>کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه</td><td>۶ ماه</td></tr><tr><td>کارشناسی رشته های مرتبط</td><td>۶ ماه</td></tr><tr><td>کارشناسی سایر رشته‌ها</td><td>۱ سال</td></tr><tr><td>دیپلم</td><td>۲ سال</td></tr></table>	مدرک	تجربه	کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه	۶ ماه	کارشناسی رشته های مرتبط	۶ ماه	کارشناسی سایر رشته‌ها	۱ سال	دیپلم	۲ سال	به سوابق فنی و تخصصی در آیین نامه جدید اهمیت بیشتری داده شده است. ساعات‌های دوره آموزشی برای متقاضیان فاقد سابقه افزایش یافته است. در آیین نامه جدید حداقل ۱۵ روز اداری کار آموزی برای تمام متقاضیان در نظر گرفته شده است.
مدرک	تجربه																					
کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه	-																					
کارشناسی رشته های مرتبط اقتصاد، امور مالی، حسابداری، امار، مدیریت و حقوق	۱ سال																					
کارشناسی سایر رشته‌ها	۲ سال																					
دیپلم	۳ سال																					
مدرک	تجربه																					
کارشناسی بیمه یا سایر رشته با گرایش بیمه	۶ ماه																					
کارشناسی رشته های مرتبط	۶ ماه																					
کارشناسی سایر رشته‌ها	۱ سال																					
دیپلم	۲ سال																					

	متقاضیان فاقد سابقه ملزم به گذراندن و ارائه گواهی ۸۰ ساعت دوره آموزشی هستند. همچنین باید دوره کار آموزی را در شرکت بیمه مربوطه بگذرانند. متقاضیان فاقد سابقه دارای مدرک کارشناسی فقط دوره کار آموزی را در شرکت بیمه می- گذرانند.	- متقاضیان فاقد سابقه ملزم به گذراندن و ارائه گواهی ۱۲۰ ساعت دوره آموزشی هستند. + اعطای پروانه به دارندگان مدرک دیپلم یا فوق دیپلم منوط به موافقت کتبی مدیر عامل شرکت بیمه ذی ربط خواهد بود. + موفقیت در آزمون نمایندگی بیمه مرکزی + گذراندن دوره کارآموزی به مدت ۱۵ روز اداری در شرکت بیمه مربوطه + مطابق مکمل آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه، اشخاصی که به تشخیص بیمه مرکزی حداقل ۱۰ سال سابقه کار مفید بیمه‌ای داشته باشند از آزمون کتبی آیین نامه ۷۵ معاف هستند.
نظارت بیمه مرکزی بر نمایندگان حقوقی افزایش یافته است. همچنین حداقل سرمایه آن دو برابر شده است. همچنین محدودیت سهامداران نمایندگان حقوقی بیشتر شده است.	از جمله شرایط اعطای نمایندگی حقوقی: - تأیید اساسنامه توسط شرکت بیمه - حداقل سرمایه ۵۰۰ میلیون ریال	ماده ۶: از جمله شرایط اعطای نمایندگی حقوقی: - تهیه اساسنامه طبق نمونه ابلاغی بیمه مرکزی - حداقل سرمایه یک میلیارد ریال + تبصره ۱ و ۲ ماده ۶: سهامداران نمایندگی حقوقی باید صرفاً اشخاص حقیقی باشند و مکلفند ظرف مدت حداکثر دو سال مبلغ تعهدی سرمایه را تادیه نمایند. مشارکت اشخاص حقوقی پس از تأیید بیمه مرکزی امکان پذیر است.

محدودیت بیشتری برای مدیران سهامداران و مسئول شعب در نظر گرفته شده است.	ماده ۱۰ - نماینده حقیقی و مدیر عامل، اعضای هیئت مدیره و سهامداران نمایندگی حقوقی نمی توانند در وزارتخانه ها، مؤسسات و شرکت های دولتی و نهادهای عمومی غیر دولتی شاغل باشند یا به عنوان نماینده دیگری یا کارگزار حقیقی فعالیت کنند. علاوه بر این، اشخاص مذکور نمی توانند در شرکت های بیمه غیردولتی و سایر نمایندگی ها یا کارگزاری های حقوقی بیمه شاغل بوده و یا بیش از ۱۰ درصد، سهام داشته باشند. تبصره: مدیر عامل و اعضای هیئت مدیره و کارکنان شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) شرکت های بیمه و بیمه مرکزی ایران، نمی توانند به عنوان نماینده حقیقی فعالیت نمایند و یا در نمایندگی های حقوقی، سمت یا سهم داشته باشند.	ماده ۹: نماینده حقیقی و مدیر عامل، اعضای هیئت مدیره، مسئول شعبه و سهامداران نمایندگی حقوقی نمی توانند در وزارتخانه ها، مؤسسات، شرکت های دولتی و غیردولتی، نهادهای عمومی غیر دولتی، نیروهای نظامی و انتظامی و کلیه دستگاه هایی که به نحوی از بودجه عمومی استفاده می نمایند شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) باشند یا به عنوان نماینده شرکت بیمه دیگر یا کارگزار بیمه فعالیت کنند. علاوه بر این، اشخاص مذکور نمی توانند در سایر نمایندگی های حقوقی یا کارگزاری های حقوقی بیمه شاغل بوده و یا سمت و سهم داشته باشند. تبصره- مدیر عامل و اعضای هیئت مدیره و کارکنان شاغل (اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی و ساعتی) شرکت های بیمه و بیمه مرکزی ج.ا.ایران نمی توانند به عنوان نماینده حقیقی فعالیت نمایند و یا در نمایندگی های حقوقی، سمت یا سهم داشته باشند.
	تبصره ۲ ماده ۸: نماینده حقوقی موظف است در هر سال مالی حداقل ۱۰ درصد از سود سالانه خود را به عنوان اندوخته سرمایه ای در حساب های خود منظور نماید.	تبصره ۲ ماده ۸- نماینده حقوقی موظف است در هر سال مالی حداقل ۱۰ درصد از سود سالانه خود را تا سقف سرمایه به عنوان اندوخته سرمایه ای در حساب های خود منظور نماید.

	ماده ۱۱ - نمایندگی حقوقی با موافقت قبلی شرکت بیمه طرف قرارداد و اجازه بیمه مرکزی می تواند دفتر فرعی دایر نماید، مشروط بر آن که مسئول دفتر فرعی، شرایط نماینده حقیقی را داشته باشد.	ماده ۱۰- شرکت بیمه می تواند بر اساس ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران به نمایندگی حقوقی خود اجازه تأسیس شعبه بدهد مشروط بر آنکه مسئول شعبه حائز شرایط نماینده حقیقی باشد.
	ماده ۲۵ - اگر پروانه فعالیت نماینده ای با تصمیم کمیته لغو شود این شخص نمی تواند حداقل تا مدت یک سال پس از لغو پروانه، به عنوان نماینده بیمه در هر یک از شرکت های بیمه فعالیت نماید.	ماده ۲۴- اگر پروانه فعالیت نماینده ای در صورت تخلف و با اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ایران، یا تصمیم هیئت و یا کمیته لغو شود این شخص نمی تواند پس از لغو پروانه، به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت نماید.
با در نظر گرفتن امکان سلب صلاحیت مدیران شرکت برای بیمه مرکزی در صورت عدم رعایت مقررات آیین نامه جدید ، ضمانت اجرایی آیین نامه افزایش یافته است.	ماده ۲۷- بیمه مرکزی ایران موظف است بر حسن اجرای مفاد این آیین نامه، نظارت نماید. در صورت عدم رعایت مقررات این آیین نامه توسط هر یک از شرکت های بیمه، بیمه مرکزی ایران می تواند متناسب با هر مورد، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید: ۱- اخطار کتبی به شرکت بیمه مبنی بر ضرورت رعایت مقررات مربوط. ۲- ایجاد محدودیت برای شرکت بیمه در زمینه پذیرش نماینده.	ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا.ایران بر حسن اجرای مفاد این آیین نامه نظارت می نماید. در صورت عدم رعایت مقررات این آیین نامه توسط هر یک از شرکت های بیمه و نقص یا عدم نظارت آنها بر نمایندگان بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.ایران می تواند متناسب با هر مورد، تصمیمات زیر را اتخاذ نماید: ۱- اخطار کتبی به شرکت بیمه مبنی بر ضرورت رعایت مقررات مربوط. ۲- اعلام عدم صلاحیت حرفه ای مدیر ذیربط شرکت بیمه.

	۳- ارائه پیشنهاد ممنوعیت شرکت بیمه از قبول بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای مدت مشخص، به شورای عالی بیمه.	۳- سلب صلاحیت مدیر عامل یا اعضای هیئت مدیره یا معاون فنی و یا مسئولین فنی شرکت بیمه. ۴- ایجاد محدودیت برای شرکت بیمه در زمینه پذیرش نماینده. ۵- رایه پیشنهاد ممنوعیت شرکت بیمه از قبول بیمه در یک یا چند رشته بیمه برای مدت مشخص به شورای عالی بیمه.
--	--	---

توسعه شبکه فروش بدون امکان نظارت کافی و دقیق در شرکت بیمه توسعه

- شبکه فروش گسترده در شرکت بیمه توسعه یکی از نقاط ضعف عمده آن به حساب می آمده است. اختیاراتی که تحت آیین نامه ۵۷ به شرکتهای بیمه داده شده بود تا بتوانند با صلاحدید خود اقدام به جذب نماینده کنند زمینه را برای جذب تعداد بسیاری نماینده در مدت کوتاه توسط شرکت بیمه توسعه مهیا کرده بود. از آنجا که این رشد ناگهانی شبکه فروش بدون در نظر گرفتن بسیاری از ملاحظات حرفه ای صورت گرفته بود مدیریت کنترل و نظارت آن و وصول مطالبات شرکت را از این شبکه فروش متورم دشوار کرده بود. از طرفی این نمایندگان صلاحیت حرفه ای لازم را نداشتند و بدون هیچ ملاحظه ای به فروش بیمه نامه در رشته شخص ثالث اقدام می کردند. برآیند این رویه موجب عملکرد نامناسب شبکه فروش شد. آیین نامه شماره ۷۵ بیمه مرکزی با نظارت و دخالت بیشتر بر ساختار شبکه فروش و نحوه جذب نمایندگان فروش و وضع شرایط سختگیرانه تر در احراز صلاحیت ها مانع از شکل گیری شبکه های فروش مشابه با شبکه فروش این شرکت می شود. در همین راستا مجدداً طی فرآیند آزمون نمایندگی و قبولی در آن به عنوان یکی از شرایط احراز صلاحیت در آیین نامه ۷۵ اضافه گردید.

۳,۳,۲ تعیین تعداد بهینه نمایندگان فروش برای هر یک از شرکتهای بیمه توسط بیمه

مرکزی ج. ا. ایران

بیمه مرکزی به استناد آیین نامه تنظیم امور نمایندگی برای جذب نمایندگی توسط هر یک از شرکتهای بیمه با معیارهای لازم نظیر توانگری، توانمندی نظارت بر عملکرد نمایندگان توسط شعب و ... سقف تعداد نمایندگان شرکتهای بیمه را به صورت سالانه تعیین و به شرکتهای بیمه ابلاغ می کند.

معاونت نظارت بیمه مرکزی طرحی مطالعاتی و تحقیقاتی انجام داده است که در آن تعداد بهینه نمایندگان شرکتهای بیمه به تفکیک در استانهای مختلف محاسبه شده است. در این مدل بهینه سازی، تابع هدف

بیشینه سازی سود شرکت است و با لحاظ کردن تابع تقاضا، تابع خسارت و توان تولید حق بیمه و هزینه تولید حق بیمه در هر شرکت که هریک به عوامل گوناگونی وابسته هستند، تعداد بهینه نمایندگان هر شرکت را به تفکیک هر استان محاسبه کرده است. نتایج این محاسبات نشان می‌دهد بین تعداد نمایندگان شرکتهای بیمه و تعداد بهینه آن انحرافات قابل توجهی وجود دارد. هدف این طرح پژوهشی تنظیم کمیت و نحوه پراکندگی جغرافیایی شبکه فروش شرکت‌ها به صورت بهینه است. در این محاسبات تعداد بهینه نمایندگان شرکت بیمه دانا ۲۰۳۵ و تعداد بهینه نمایندگان شرکت بیمه آسیا ۲۲۱۲ نماینده محاسبه شده است (معاونت نظارت، ۱۳۹۳). شرکت بیمه توسعه که نسبت به این دو شرکت بر اساس سابقه فعالیت و توانمندی در نظارت و... به وضوح به تعداد کمتری نماینده نیاز داشته است، در دوره فعالیت خود بالغ بر ۲۰۰۰ نماینده داشته است. در عین حال تمرکز این شرکت بر رشته بیمه شخص ثالث بوده است و این شرکت از تنوع محصول بالایی نیز برخوردار نبوده است. این موارد گواه بر گسترش بی‌رویه شبکه فروش توسط شرکت مذکور بوده است. چنانچه شرکتهای بیمه برای توزیع شبکه فروش خود از مدل‌های مشابهی استفاده کنند می‌توانند هزینه‌های فروش را به صورت بهینه و با صرفه اقتصادی مدیریت کنند.

۳,۳,۳ راه اندازی سامانه ثبت مدیریت و نظارت نمایندگان بیمه

بیمه مرکزی، طرح ساماندهی شبکه نمایندگی فروش بیمه و یا ثبت اطلاعات مدیریت و نظارت بر نمایندگان را در سنها راه اندازی کرده است. علاوه بر آن با پالایش نمایندگان، شناسایی نمایندگان دو شغله و نمایندگی‌های دارای مجوز از دو شرکت بیمه، وصول شکایات و اعتراضات از عملکرد نمایندگان، نظارت بر نمایندگان فروش را به صورت سیستمی نهادینه نموده است و در مرحله بعد از امکان جذب نمایندگان متخلف توسط شرکتهای بیمه جلوگیری شده است. همچنین با ایجاد لیست سیاه برای نمایندگان متخلفی که توسط کمیته‌های رسیدگی به تخلفات نمایندگان هر یک از شرکتهای بیمه محکوم می‌شوند، نیز از جذب نمایندگان متخلف توسط سایر شرکتهای بیمه جلوگیری به عمل آمده است.

۳,۴ کاهش سهم واگذاری اتکایی اجباری بیمه‌های زندگی و غیر زندگی

بیمه مرکزی در اجرای قانون برنامه پنجم و بند «ب» ماده (۲۱) قانون برنامه ششم توسعه در خصوص «کاهش تدریجی سهم اتکایی اجباری بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران» درصد واگذاری اتکایی اجباری را در بیمه‌های زندگی و غیرزندگی به شرح جدول زیر به شرکت‌های بیمه ابلاغ کرد.

جدول ۱۱. کاهش تدریجی سهم بیمه اتکایی طی سالهای ۱۳۹۷ الی ۱۴۰۰

سال	درصد واگذاری اتکایی اجباری	
	بیمه های غیرزندگی	بیمه های زندگی
۱۳۹۷	۱۳	۲۳
۱۳۹۸	۱۲	۲۲
۱۳۹۹	۱۱	۲۱
۱۴۰۰	۱۰	۲۰

۳,۵ تدوین و وضع آیین نامه های جدید

در این بخش تدابیر بیمه مرکزی برای نظارت بهتر و دقیقتر بر فعالیت شرکت های بیمه که منجر به تصویب آیین نامه های جدید شده است و آیین نامه هایی که می توانند از وقوع بحران های مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه موثر واقع شوند، را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

۳,۶ مقررات حاکمیت شرکتی برای شرکت های بیمه

تحقیقات نشان داده است که حاکمیت شرکتی قوی و حکمرانی مناسب در شرکت بیمه، به عنوان یکی از عوامل اصلی موفقیت شرکت بیمه محسوب می شود. حاکمیت شرکتی مؤثر می تواند به ناظر کمک کند و اعتماد او را جلب کند. قضاوت هیأت مدیره شرکت بیمه، مدیریت ارشد و واحدهای کنترلی را امکان پذیر کند. به همین دلیل توانایی ناظر را در نظارت مؤثر بر شرکت بیمه و حمایت از منافع بیمه گذاران ارتقاء می بخشد (اعلای، ۱۳۹۵، et al.).

فصل نهم از اصول ۲۸ گانه اساسی انجمن ناظران بین المللی بیمه به حاکمیت شرکتی اختصاص دارد که به شرح زیر است :

چارچوب حاکمیت شرکتی، حقوق تمامی گروه های ذینفع را به رسمیت شناخته و از آن حمایت می کند. نهاد ناظر الزام می دارد تمام استانداردهای مربوط به حاکمیت شرکتی رعایت گردد.

در بحران شرکت بیمه توسعه، ضعف مدیران ارشد و عدم استقرار حاکمیت شرکتی به عنوان یکی از مهمترین دلایل ایجاد بحران شناسایی شده است.

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۲/۱۰ به استناد بند ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری، «آیین نامه حاکمیت شرکتی در مؤسسات بیمه» را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۳ تبصره تصویب نمود.

۳,۶,۱ آیین نامه حاکمیت شرکتی (شماره ۹۳)

برخی موارد آیین نامه مذکور که می تواند مانع از ایجاد بحران هایی مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه شود، را ذکر خواهیم کرد.

✓ تفکیک سیاست گذاری در شرکت بیمه از اجرا

"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 می شود و وظایف و حدود اختیارات هیئت عامل توسط هیئت مدیره تعیین خواهد شد." (آیین نامه ۹۳/۱، مکمل آیین نامه ۹۳)

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.

بر اساس قانون تجارت شرکت های سهامی عام حداقل ۵ عضو هیئت مدیره باید داشته باشند و بنابر آیین نامه حاکمیت شرکتی حداقل ۳ عضو نباید دارای مشاغل اجرایی در شرکت باشند.

- در سال های پایانی فعالیت شرکت بیمه توسعه، یکی از بستگان سهامدار عمده شرکت، به عنوان قائم مقام مدیر عامل در شرکت حضور داشتند. ایشان همچنین از سال ۱۳۹۰ عضو هیات مدیره نیز بودند. حضور ایشان در شرکت موجب شده بود، شرکت بیمه توسعه فاقد وحدت فرماندهی شود و مدیریت شرکت تضعیف شود. گروهی به پیروی از ایشان که پشتیبانی سهامدار عمده را داشتند و گروهی به پیروی از مدیر عامل عمل می کردند. این رویه به سردرگمی شرکت برای تصمیم گیری و اصلاح امور، دامن زده بود. علاوه بر اینکه این عضو هیات مدیره، تخصص و تجربه ای در صنعت بیمه نداشتند.

✓ امکان انتصاب سرپرست برای شرکت بیمه در شرایط خاص توسط بیمه مرکزی

ماده ۷- در صورت اعلام بیمه مرکزی مبنی بر سلب صلاحیت حرفه ای اکثریت اعضای هیئت مدیره مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی بیمه می تواند تا زمان تأیید صلاحیت حرفه ای 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 تأیید صلاحیت حرفه ای آنها توسط بیمه مرکزی جایگزین اعضای قبلی سلب صلاحیت شده 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.

• امکان عزل اعضای هیئت مدیره و نصب افراد واجد شرایط به عنوان سرپرست مؤسسه بیمه که در این ماده آیین نامه لحاظ شده است به بیمه مرکزی این اجازه را می‌دهد، تا در شرایط بحرانی کنترل شرکت را برای اصلاح امور بر عهده بگیرد. در زمان بحران شرکت بیمه توسعه، بیمه مرکزی اختیار تعیین سرپرست برای شرکت را نداشت و این موجب شده بود تا بیمه مرکزی نتواند برای حل بحران و کنترل آن، شرکت را هدایت کند.

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 می‌شود.

• در این ماده قانونی صراحتاً عنوان شده است که مدیر عامل بالاترین مقام اجرایی موسسه بیمه است. یکی از مشکلات شرکت بیمه توسعه این بوده است که مدیران عامل شرکت اختیار کامل نداشتند و سهامدار شرکت و یا مشاوران غیر متخصص ایشان در تصمیمات اجرائی دخالت می‌کرده‌اند. تا آنجا که مدیر عاملان شرکت استعفا می‌دادند. برخی مدیرعامل‌ها نیز نداشتن اختیار در تصمیم‌گیری را علت رویه‌های اشتباه شرکت می‌دانستند. این ماده قانونی چنین دلایلی را از مدیران عامل نخواهد پذیرفت.

✓ ایجاد کمیته‌های تخصصی به عنوان بازوهای هیأت مدیره

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 (آیین‌نامه شماره ۹۰) محسوب می‌شوند و صلاحیت حرفه‌ای آنان باید طبق ضوابط آیین‌نامه مذکور احراز شود.

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

شرکت بیمه توسعه از هر سه منظر "حسابرسی و کنترل داخلی"، "مدیریت ریسک" و "تطبیق مقررات" عملکرد مناسبی نداشته است. این ماده قانونی با ایجاد واحدهایی در شرکت‌ها برای رعایت این موارد، که عملکرد نامناسب در هریک به تنهایی، می‌تواند شرایط شرکت را به بحران و شکست منجر کنند؛ سعی بر اصلاح ساز و کارهای داخلی شرکت‌های بیمه دارد. همچنین صلاحیت مسئولین این واحدها، توسط بیمه مرکزی طبق آیین‌نامه ۹۰ باید احراز شود.

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.

"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." (آیین‌نامه ۹۳/۱، مکمل ۹۳)

✓ الزام به تغییر حسابرس پس از ۴ سال

"ماده ۱۴- مؤسسه بیمه نمی‌تواند شخصی را که برای چهار 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 یا موسساتی که مطابق دستورالعمل سازمان بورس و اوراق بهادار و بیمه مرکزی از رعایت الزام به تغییر پس از ۴ سال معاف هستند، به عنوان حسابرس مستقل و بازرس قانونی مؤسسه بیمه انتخاب شده باشد از شمول این ماده مستثنی خواهد بود." (مکمل ۹۳/۲)

سختگیری در تأیید صلاحیت حسابرسان و بازرسان قانونی شرکت‌های بیمه منجر به دریافت اطلاعات شفاف‌تر و دقیق‌تر از حسابرسان و بازرسان قانونی می‌گردد.

✓ لزوم افشای معاملات و قراردادهای شرکت بیمه با سهامداران شرکت

ماده ۱۵- مؤسسه بیمه موظف است قراردادهای 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 قراردادهای و معاملات بیمه‌ای توسط مؤسسه بیمه تابع مقررات مربوط خواهد بود.

ماده ۱۶- مؤسسه بیمه موظف است قراردادهای یا معاملات بیمه‌ای و غیربیمه‌ای با اهمیت خود با اشخاص مرتبط را افشا نماید و اطلاعات قراردادهای 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 قراردادهای و معاملات بیمه‌ای و غیربیمه‌ای با اهمیت توسط بیمه مرکزی تعیین می‌شود. (آیین‌نامه ۹۳/۱)

- عدم شفافیت در افشای اطلاعات از دیگر مسائل شرکت بیمه توسعه بوده است. در مواد ۱۲ الی ۱۶ این آیین‌نامه، موسسات بیمه ملزم به افشای اطلاعات و گزارش معاملات عمده به بیمه مرکزی شده‌اند. همچنین

شرکت بیمه توسعه، معاملات بسیاری با شرکتهای وابسته به سهامدار شرکت انجام داده است که در مواردی منجر به شناسایی سود غیر واقعی شده است. این ماده قانونی شرکتهای بیمه را موظف به ارائه گزارش از چنین معاملاتی به بیمه مرکزی کرده است.

✓ تمهید ضمانت اجرایی لازم در آیین نامه حاکمیت شرکتی

ماده ۱۷- مسئولیت حسن اجرای این آیین نامه به عهده هیئت مدیره مؤسسه بیمه است.
ماده ۱۸- در صورت عدم رعایت مفاد این آیین نامه و دستورالعملهای مربوط یا ارائه گزارشها و اطلاعات ناقص، غیر واقعی و غیر معتبر توسط مؤسسه بیمه، اعضای هیئت مدیره، مدیرعامل و یا مسئولان امور کنترلی، بیمه مرکزی می تواند 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 بیمه ای 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 مؤسسين و سهامداران، ضوابط تملک سهام، گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه و نحوه احراز صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی مؤسسات بیمه تابع مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه خواهد بود.

۳،۷ بررسی و تحلیل سایر الزامات مرتبط با حاکمیت شرکتی در قانون تجارت

۳،۷،۱ مسئولیت اعضای هیات مدیره در شرکت های سهامی در قانون تجارت

بر اساس لایحه اصلاح قانون تجارت مصوب ۱۳۴۷، شرکت سهامی توسط هیات مدیره منتخب مجمع عمومی اداره می شود و هیات مدیره با رعایت قوانین و مقررات جاری کشور، اساسنامه شرکت و مصوبات مجمع عمومی صاحبان سهام، شرکت را اداره می کند. طبق مواد ۱۴۲ و ۱۴۳ اصلاحیه مزبور، اعضاء هیات مدیره در برابر هرگونه قصور و سهل انگاری خویش و دیگر اعضاء، که منجر به ورود خسارت به شرکت شود، بصورت فردی و گروهی در مقابل سهامداران و اشخاص ثالث مسئول هستند (ساجدی، ۱۳۸۵).

شرکت‌های سهامی توسط هیات‌مدیره اداره می‌شوند که معمولاً از بین سهام‌داران عمده انتخاب می‌شوند. شرکت سهامی، نقش عمده‌ای را در جلب سرمایه‌های مردم دارند، لذا دولت‌ها هرگز در این مورد بی تفاوت نمانده و با وضع قوانین و مقررات در جهت حفظ منافع جامعه اقدامات لازم را معمول داشته‌اند و ضرورت دارد در خصوص انتخاب مدیران از بین افراد کارآزموده و کارا؛ همچنین در خصوص مسئولیت مدیران - ضمن انجام وظایفشان - مقررات لازم تدوین شود.

رابطه حقوقی مدیران و شرکت

شرکت سهامی دارای شخصیت حقوقی مستقل از سهام‌داران است و توسط هیات‌مدیره منتخب سهام‌داران اداره می‌شود. قبل از ورود به بحث اصلی، دیدگاه‌های مطروحه در باره رابطه حقوقی هیات‌مدیره و شرکت مورد بررسی قرار گرفته است. طبق ماده ۵۱ قانون تجارت مصوب ۱۳۱۱، رابطه مدیران و شرکت رابطه وکیل و موکل توصیف شده است. از خصوصیات عقد وکالت این است که با فوت و حجر هر یک، از وکیل و موکل باطل می‌شود (ماده ۶۷۸ قانون مدنی) و حدود اختیار در حوزه تفویضی به او می‌باشد. در حالی که هیات‌مدیره یک شرکت چنین وضعیتی ندارد. چون مدیران توسط اکثریت سهام‌داران حاضر در جلسه انتخاب می‌شوند نه تمام سهام‌داران و همچنین مدیران با فوت و حجر شرکاء و یا سهام‌داران، عزل نمی‌شوند. برخی از صاحب‌نظران معتقدند که رابطه مدیران و شرکت رابطه نمایندگی است، چون نماینده قانونی (مانند ولی قهری) در رابطه با شرکت، نیازی به اراده مستقل کلیه سهام‌داران برای اعطای نیابت برای نمایندگی خویش ندارد. بر اساس نظریه نمایندگی و رابطه قراردادی بین مدیر و شرکت، مدیر حق دارد که به نام و به حساب شرکت در حدود موضوع آن و در حیطه مقررات اساسنامه و مجمع عمومی فعالیت کند و اعمال وی شرکت را متعهد سازد نه شرکاء را. البته به نظریه نمایندگی و وکالت اعضاء هیات‌مدیره انتقاداتی وارد است و نظریه غالب این است که هیات‌مدیره جزء ساختمان شرکت است زیرا اعلام اراده شخص حقوقی با اوست و وقتی اعضاء هیات‌مدیره معرفی شد، همان حالت نمایندگی است که مردم به نمایندگان مجلس اعطاء می‌کنند و این نمایندگی مظهر اراده عمومی و نماد تصمیم‌گیری است. در عین حال که اراده شخص حقوقی و هیات‌مدیره یکی است، اما اگر مدیران مرتکب تقصیرهای شخصی شوند و برای حفظ منافع شخصی گام بردارند، اراده مدیر بیان‌گر تصمیم شرکت نخواهد بود و باید بین تقصیرات شخصی و اداری مدیران تفاوت قائل شویم.

حدود اختیارات مدیران

طبق ماده ۱۰۷ لایحه اصلاح قانون تجارت ۱۳۴۷ (از این به بعد، ل.ا.ق.ت)، اداره شرکت به عهده هیات‌مدیره منتخب سهام‌داران است و همچنین بر اساس ماده ۱۱۸ این قانون، در حدود موضوع شرکت به جز موضوعاتی که به موجب قانون تجارت اخذ تصمیم و اقدام درباره آنها در صلاحیت خاص مجمع عمومی است، مدیران

شرکت دارای کلیه اختیارات لازم برای اداره شرکت می‌باشند. بنابراین می‌بینیم که اعضای هیات‌مدیره در انجام وظایف خود می‌بایست موضوع فعالیت شرکت و صلاحیت‌های مجامع عمومی صاحبان سهام را رعایت کنند. مضافاً اینکه، با ملاحظه ماده ۱۲۵ این قانون مبنی بر اینکه؛ «مدیرعامل شرکت در حدود اختیاراتی که توسط هیات‌مدیره به او تفویض شده است نماینده شرکت محسوب و از طرف شرکت حق امضاء دارد»، به نظر می‌رسد هیات‌مدیره فقط حق دارد قرارداد را تصویب کنند و انعقاد و امضاء آن به عهده مدیرعامل است. لذا مدیرعامل نماینده شرکت است و از طرف شرکت حق امضا دارد و رعایت حدود صلاحیت ایشان نیز ضرورت دارد.

محدودیت‌های قراردادی

علاوه بر محدودیت‌هایی که در قوانین وجود دارد، صاحبان سهام نمی‌توانند در فرآیند تدوین اساسنامه و یا ضمن مصوبات مجمع عمومی صاحبان سهام، محدودیت‌های غیرمعارفی را برای هیات‌مدیره و یا مدیرعامل قائل شوند چنین محدودیت‌هایی در مقابل اشخاص ثالث معتبر نیست. قسمت آخر ماده ۱۱۸ مقرر می‌دارد؛ «محدود کردن اختیارات مدیران در اساسنامه یا به موجب تصمیمات مجامع عمومی فقط از لحاظ روابط بین مدیران و صاحبان سهام معتبر بوده و در مقابل اشخاص ثالث باطل و کان‌لم‌یکن است».

هیات‌مدیره برای اداره کردن و رسیدگی امور عادی شرکت، خرید و فروش، اجاره محل، استخدام کارمند جدید، طرح دعوی، دفاع از حقوق شرکت، امضاء اوراق و اسناد و امثال اینها دارای اختیارات لازم هستند ولی گاهی ممکن است هیات‌مدیره، در اساسنامه از خرید و فروش و رهن گذاشتن اموال غیر منقول شرکت منع شده باشند، این محدودیت در مقابل اشخاص ثالث اعتباری ندارد، چون اشخاص خارج و طرف معامله را نمی‌توان ملزم به مطالعه اساسنامه و مصوبات مجمع عمومی شرکت کرد. یعنی در مواردی که در قانون برای مدیران محدودیتی تعریف نشده است، ایشان جهت اداره شرکت اختیارات و وظایف نامحدود دارند. از طرفی برای حفظ حقوق سهام‌داران، در قانون تجارت و دیگر قوانین موضوعه برای مدیران مسوولیت‌هایی مقرر شده است که این مسوولیت را حتی از طریق درج در روزنامه کثیرالانتشار و اعلام عمومی نیز نمی‌توان محدود کرد. برخی از صاحب‌نظران معتقدند، مفاد ماده ۱۱۸ مذکور خاص هیات‌مدیره است و در مورد مدیرعامل مصداق ندارد. چون اختیارات مدیرعامل محدود به موضوع شرکت، مصوبات مجمع عمومی و مصوبات هیات‌مدیره است. محدودیت‌های خاص مدیران رکن قانونگذاری کشورهای مختلف برای حفظ منافع سهام‌داران، برای معاملات مدیران با شرکت محدودیت‌هایی قائل شده است که اساساً، به عواملی از قبیل تقلب و سوءنیت آنها ارتباط ندارد و اینگونه معاملات را قابل ابطال دانسته و هدف قانونگذار این است که در چنین معاملاتی، شرکت و مدیران را درگیر اثبات حسن‌نیت و سوءنیت مدیران نکند و تصمیم را یک جانبه در اختیار شرکت قرار داده تا در صورت لزوم، چنین معاملاتی بدون درگیری با مراجع قضایی قابل

ابطال باشد. در مواد ۱۲۹ الی ۱۳۳ ل.ا.ق.ت، نیز برای مدیران محدودیت‌هایی پیش‌بینی شده است که این محدودیت‌ها ضمن اساسنامه یا مصوبات یا به هر طریق دیگر از مدیران زایل نمی‌شود:

اعضای هیات‌مدیره و مدیرعامل نمی‌توانند به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم، بدون مجوز هیات‌مدیره، با شرکت یا به حساب شرکت معاملاتی را انجام دهند. (ماده ۱۲۹ ل.ا.ق.ت) اعضای هیات‌مدیره (به استثناء اشخاص حقوقی) و مدیرعامل شرکت نمی‌توانند از شرکت وام و یا اعتبار دریافت نمایند یا شرکت بدهی‌های آنها را تضمین نمایند. (ماده ۱۳۲ ل.ا.ق.ت)

مدیران شرکت حق ندارند، معاملاتی نظیر معاملات شرکت و معاملاتی که متضمن رقابت با شرکت است، انجام دهند. در صورت تخلف، مسوول جبران خسارات وارده اعم از ورود خسارت یا تفویت منفعت خواهند بود. (ماده ۱۳۳ ل.ا.ق.ت)

مسئولیت اشتراکی مدیران

بر اساس قواعد مسئولیت مدنی هر کس به دیگری زیان برساند بایستی آن را جبران کند (اشتری، ۱۳۷۶، ۲۹ به بعد) و این یک اصل کلی است. ولی به دلیل وضعیت خاص مدیران و وظایف و اختیارات وسیعی که در زمینه اداره شرکت دارند و همچنین به منظور حفظ منافع و حقوق اشخاص ثالث طرف معامله با شرکت، قانونگذار برای مسئولیت مدیران از محدوده قواعد عمومی فراتر رفته و به مقتضای اهمیت اعمال ایشان مسئولیت وسیع‌تری را برای مدیران قائل شده است. اقدامات زیانبار یا خودداری از اقدامات لازم در مواردی که شاهد ورود خسارت به شرکت باشد (فعل و ترک فعل)، می‌تواند برای مدیران مسئولیت حقوقی در پی داشته باشد. ماده ۱۱۸ ل.ا.ق.ت مقرر می‌دارد (... مدیران شرکت در حدود موضوع شرکت دارای کلیه اختیارات لازم برای اداره امور شرکت هستند) و از طرفی طبق ماده ۱۴۲ این قانون، در مقابل شرکت و اشخاص ثالث نسبت به تخلف از مقررات قانونی یا اساسنامه شرکت یا مصوبات مجمع عمومی بر حسب مورد منفرداً یا مشترکاً مسئولیت دارند و دادگاه حدود مسئولیت هر یک را برای جبران خسارت تعیین می‌کند.

همچنین طبق ماده ۱۴۳ این قانون، «در صورتی که شرکت ورشکسته شود یا پس از انحلال معلوم شود که دارایی شرکت برای تادیه دیون آن کافی نیست دادگاه صلاحیت‌دار می‌تواند به تقاضای هر ذینفع، مدیرعامل و هر یک از مدیران را که ورشکستگی شرکت یا کافی نبودن دارایی شرکت به نحوی از انحاء معلول تخلفات او بوده منفرداً یا متضامناً به تادیه آن قسمت از دیونی که پرداخت آن از دارایی شرکت ممکن نیست محکوم کند.» برخی از صاحب‌نظران معتقدند مسئولیت فردی و گروهی، وقتی مطرح است که عده‌ای از هیات‌مدیره به علت مسافرت، ماموریت و یا هر دلیلی غیبت داشته و از اقدامات دیگر اعضا اطلاع نداشته باشند. ولی به نظر می‌رسد این نظریه خیلی زیر بنا ندارد کما اینکه در حال حاضر با وجود امکانات مخابراتی و اینترنتی حتی در سراسر جهان نیز امکان تماس اعضا فراهم است و امروزه در کشورهای صنعتی مدیران شرکت از

افرادی خارج از سهام‌داران و حتی از خارجیان انتخاب می‌شوند. لذا به نظر می‌رسد، یک مدیر از مسوولیت در مقابل تخلفات اعضای دیگر مصون نخواهد ماند مگر آن که در موقع تصمیم‌گیری نظر مخالف خود را در موقع تنظیم صورت جلسه کتباً اعلام و در صورت ضرورت به مجمع عمومی اطلاع داده و حتی در صورت لزوم به مراجع قضایی نیز اعلام نماید. در برخی از کشورهای صنعتی؛ در مواقعی که یک عضو هیات‌مدیره در اعمال اقتدار خود عاجز می‌شود می‌تواند شخصاً استعفا دهد. مدیران علاوه بر آنکه موظفند در اداره امور شرکت نهایت امانت‌داری را مراعات کنند؛ می‌بایست با بهره‌گیری از روش‌های مدیریتی جدید، استفاده از نظر کارشناسان مجرب و برقراری سیستم‌های کنترل داخلی، از سوءاستفاده از اموال و موقعیت شرکت جلوگیری کرده و برای افزایش بهره‌وری و کارایی تلاش نمایند. (همان منبع)

تخلف مدیران از قانون، اساسنامه و مصوبات مجمع عمومی

طبق ماده ۱۴۲ ل.ا.ق.ت به شرحی که در مبحث قبل بیان شد، مدیران در صورت تخلف از قانون، اساسنامه و مصوبات مجمع عمومی مسوول هستند. در ادامه ی متن برخی از تخلفات مدیران به طور اجمال بیان شده است:

- صدور ورقه سهام قبل از ثبت شرکت (ماده ۲۸).
- عدم تشکیل جلسات هیات‌مدیره طبق اساسنامه (مواد ۱۱۹-۱۲۰-۱۲۱).
- اخذ وام و اعتبار و انجام معاملات نظیر معاملات شرکت (مواد ۱۳۲-۱۳۶).
- تخلف از طرز اداره شرکت (مواد ۱۲۳-۱۳۸).
- عدم تعیین مدیرعامل (مواد ۱۲۴-۱۲۶).
- اندوخته نکردن یک سهم از سود خالص شرکت (ماده ۱۴۰).
- عدم دعوت از مجامع عمومی (مواد ۱۳۸-۱۴۱).
- عدم ارائه گزارش به بازرسان (ماده ۱۳۷).

اما این سوال مطرح است که، نظر قانونگذار منحصراً تخلف از قانون تجارت است و یا سایر قوانین از جمله قانون مجازات اسلامی، قانون چک و ... نیز مورد نظر است؟ طبعاً قوانین و مقررات دیگری از جمله؛ مواد ۵ و ۹ قانون نظام صنفی مبنی بر مجازات متخلفین از مقررات این قانون، ماده ۱۵۴ قانون مالیات مستقیم در خصوص وصول مالیات‌های اشخاص ثالث و مواد ۱۷۱ الی ۱۸۶ قانون کار، که مدیران در اداره شرکت ملزم به رعایت آنها هستند و در صورت عدم رعایت تحت تعقیب قرار خواهند گرفت. هم‌چنین در قانون مجازات اسلامی، قانون چک برای صدور چک بلامحل و هرگونه سوء استفاده از چک، مقرراتی وضع شده است.

هم‌چنین رعایت قوانین دیگری چون، قانون تامین اجتماعی، قانون بازار اوراق بهادار، سرمایه‌گذاری خارجی، ثبت شرکت‌ها و آئین نامه اجرایی آنها و مقررات ثبت دفاتر قانونی الزامی است.

برخی موارد که طبق ل.ا.ق.ت باید جزئیات آن در اساسنامه ذکر شود و در فرآیند اداره رعایت شود، بشرح زیر است:

- نحوه صدور مجوز انتشار اوراق قرضه (ماده ۵۶).
- مدت مأموریت مدیران و انتصاب اعضا جدید (مواد ۱۰۹-۱۱۲).
- حد نصاب رسمیت اعضای هیات مدیره (ماده ۱۲۱).
- تعداد حداقل سهام مدیران و وثیقه قرار دادن آن نزد شرکت (مواد ۱۱۴-۱۱۵).
- مقررات پرداخت پاداش به اعضای هیات مدیره (ماده ۱۳۴).
- نحوه دعوت از مجمع عمومی صاحبان سهام (ماده ۱۳۸).

تخلف از مصوبات مجمع عمومی صاحبان سهام

علاوه بر قوانین و اساسنامه؛ در مصوبات مجمع از جمله مجمع عمومی مؤسس (در بدو تاسیس شرکت، مواد ۷۴ الی ۸۲) مجمع عمومی فوق العاده (مواد ۸۳، ۸۴ و ۸۵)، مجمع عمومی عادی سالیانه (مواد ۸۶ الی ۹۱) و مجمع عمومی عادی به طور فوق العاده (ماده ۹۲)، [۵] اختیارات و تکالیفی را برای مدیران مقرر می‌دارد که رعایت آنها الزامی است.

۳،۷،۲ مسئولیت صاحبان سهام بر اساس قانون تجارت

عبارت "مسئولیت صاحبان سهام محدود به مبلغ اسمی سهام آنان است" در ماده یک لایحه اصلاح قسمتی از قانون تجارت و تمامی اساسنامه‌های شرکت‌های سهامی عام و خاص ذکر می‌شود بدون آنکه اکثر سهام داران به معنای واقعی آن آگاه باشند.

در شرکت سهامی، شرکاء تا میزانی که سهم قبول نموده‌اند مسئول هستند و اضافه بر آن مسئولیتی ندارند و اگر شرکت به نحوی متضرر گردید که علاوه بر استهلاک سرمایه، مبلغی هم بدهکار شد، صاحبان سهام ملزم به پرداخت دیون شرکت نخواهند بود.

مثلاً شرکتی که سرمایه آن دو میلیون ریال است اگر ورشکست شود به نحوی که پانصد هزار ریال پس از استهلاک سرمایه کسر بیاورد، طلبکاران حق مطالبه از شرکاء را نخواهند داشت زیرا شخصیت و اعتبار شرکاء به هیچ وجه در شرکت دخالتی ندارد.

۳،۸ گزارشگری و افشای اطلاعات موسسات بیمه

فصل ۲۶ از اصول ۲۸ گانه انجمن بین المللی ناظران بیمه با عنوان اطلاعات، افشای آن در بازار و شفافیت در قبال بازار به صورت زیر طرح شده است:

نهاد ناظر موسسات بیمه را ملزم می‌نماید که اطلاعات مرتبط را به موقع افشا نمایند تا ذینفع‌ها دید روشنی نسبت به فعالیت‌های اقتصادی موسسه بیمه وضعیت مالی آن کسب نموده و امکان درک ریسک‌هایی را که در معرض آن قرار دارند، فراهم آید.

آنچه برای نهاد ناظر اهمیت زیادی دارد عبارت از حفظ کارایی، انصاف، قابلیت اطمینان و ثبات بازار به نفع بیمه‌گذاران و حمایت از آنان است. افشای منظم اطلاعات، مکانیسم بازار بیمه را هموار و کارایی آن را تسهیل می‌کند. برای مثال، در صورتی که اطلاعات به موقع در اختیار عموم قرار گیرد، احتمال اینکه بازیگران بازار به اطلاعات منفی در مورد موسسه بیمه بیش از حد واکنش نشان دهند، کاهش می‌یابد. افشای اطلاعات در حجم بالا افزایش مستقیم یا غیر مستقیم هزینه را به دنبال دارد. برای مثال در نتیجه افشای بیش از حد اطلاعات خصوصی ممکن است شرکت با عدم مزیت رقابتی رو به رو شود. چنین هزینه‌هایی را بایستی با منافع بالقوه ناشی از افشای اطلاعات الزامی سنجید. نهاد ناظر در صورت لزوم و هماهنگ با سایر نهادهای ذی‌ربط اقدام لازم را جهت کسب اطمینان از افشای موثر اطلاعات مرتبط به عمل می‌آورد. از این رو آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات موسسات بیمه به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است. (معاونت نظارت، ۱۳۹۳)

۳،۸،۱ آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۸۸)

شورای عالی بیمه به استناد ماده ۱۷ و در اجرای مواد ۵، ۴۳، ۵۵، ۵۹ و ۶۳ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، قانون تجارت، قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات و آیین نامه اجرایی آن و مقررات مربوط در آیین‌نامه‌های مصوب شورای عالی بیمه و به منظور استقرار نظام حاکمیت شرکتی در صنعت بیمه، «آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات مؤسسات بیمه» را مشتمل بر ۱۲ ماده در تاریخ ۱۳۹۳/۹/۲۵ تصویب نمود. مفاد این آیین نامه به اختصار به شرح زیر است:

در این آیین‌نامه شرکتهای بیمه موظف هستند اطلاعات موضوع این آیین نامه را حسب مورد از طریق سنبهاب به بیمه مرکزی ارسال یا در پایگاه اطلاع‌رسانی خود افشاء نماید. حوزه‌های مربوط به گزارشگری اطلاعات شامل ۱- معرفی موسسه بیمه، برنامه کسب و کار و عملکرد آن ۲- راهبری شرکتی در موسسه بیمه ۳- مدیریت ریسک و توانگری مالی موسسه بیمه ۴- وضعیت و عملکرد مالی موسسه بیمه (مستند به صورت‌های مالی حسابرسی شده) می‌باشد.

در بخش "معرفی موسسه بیمه، برنامه کسب و کار و عملکرد آن" موسسه بیمه موظف به ارائه اطلاعاتی از جمله ترکیب سهامداران بیش از یک درصد، ساختار سازمانی، مشخصات کارکنان، اطلاعاتی در مورد نمایندگان، شعب و برنامه‌های آتی شرکت شده است.

• از جمله مشکلات شرکت بیمه توسعه تک سهامدار شدن این شرکت طی افزایش سرمایه‌های آن بوده است. این موضوع تا آنجا ادامه پیدا کرده که بین سهامداران اختلاف ایجاد شده است و این اختلافات موجب شده تا سازمان بورس و اوراق بهادار اجازه افزایش سرمایه که یکی از مهمترین راههای تامین منابع مالی از منابع داخلی بنگاه است را از شرکت سلب نموده است. این در حالی است که بر اساس ماده ۳۳ قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری هر شخص حقیقی یا حقوقی نباید بیش از ۲۰٪ سهام یک شرکت بیمه ایرانی را دارا باشد. این بخش از آیین نامه ۸۸ چنین مواردی را سریعتر برای بیمه مرکزی آشکار خواهد کرد. از دیگر موضوعات مهم، برنامه‌های آتی شرکت است. بر اساس مطالعات انجام شده، ترکیب اعضای هیات مدیره که از سهامداران و یا نماینده آنها هستند (ماده ۱۰۷ قانون اصلاحیه قانون تجارت)، می‌باید از تنوع و استقلال برخوردار باشند. تنوع در ترکیب اعضای هیات مدیره موجب می‌شود آنان در پذیرش پروژه‌های با ریسک بالا و یا ریسک‌های بزرگ به سختی هم نظر و همگرا شوند (Venuti & Alfiero, 2016).

در بخش "راهبری شرکتی در موسسه بیمه"، اطلاعاتی در ارتباط با نحوه فعالیت و ساز و کارهای داخلی شرکت از جمله حدود و اختیارات واحدهای مختلف، برنامه‌های موسسه برای کاهش هزینه‌ها و افزایش بازده عملیات بیمه‌گری، ساز و کار همکاری با نمایندگان و وضعیت موسسه در بورس از شرکت خواسته شده است.

• افشای اطلاعات راهبری شرکتی، ساز و کار اداره شرکت را برای نهاد ناظر تشریح می‌کند. پرتفوی شرکت بیمه توسعه از سال ۱۳۸۷ به شدت بر رشته بیمه شخص ثالث متمرکز شده است در حالیکه در برنامه جامع عملیاتی، سهم رشته‌های بیمه اتومبیل از پرتفوی شرکت تنها ۱۵٪ بوده است این سهم در سال ۱۳۹۲ به حدود ۹۰٪ رسیده است. چنین رویه‌ای این سوال را مطرح می‌کند که برنامه‌های آتی شرکت برای چنین تغییر رویه‌ای چیست؟ آیا برای ضریب خسارت بالای رشته شخص ثالث که شرکت بر آن تمرکز کرده برنامه قابل دفاعی دارد؟ شرکت بیمه توسعه در یک مقطع زمانی تعداد نمایندگان خود را ۴۰۰ برابر کرده است، آیا شرکت سیستم و نیرو انسانی لازم برای مدیریت چنین شبکه فروشی را دارد؟ پاسخ این قبیل سوالات اکنون در واحد نظارت بیمه مرکزی از شرکتها خواسته می‌شود و آنان تحت این آیین‌نامه موظف به پاسخ-گویی و ارائه گزارش هستند.

در بخش سوم با عنوان "وضعیت و عملکرد مالی شرکت"، شرکت موظف است صورتهای مالی موسسه به همراه یادداشتهای توضیحی و صورتهای مالی اشخاص حقوقی که بیش از ۲۰٪ سرمایه آن به موسسه بیمه تعلق دارد، تراز دارایی و بدهی ارزی، انواع ذخایر موسسه بیمه و نحوه محاسبه و نحوه اطمینان از

هریک، عملکرد سرمایه‌گذاری‌های موسسه بیمه، مطالبات موسسه با تجزیه سنی مطالبات مذکور را به بیمه مرکزی گزارش دهد.

- در حال حاضر علاوه بر حضور نماینده بیمه مرکزی در جلسات مجامع عمومی شرکتها، معاونت نظارت بیمه مرکزی با جمع‌آوری چنین اطلاعاتی وضعیت مالی شرکت را به دقت رصد می‌کند و در نقطه شروع انحرافات شرکت را به اصلاح رویه ملزم می‌نماید.

علاوه بر الزام شرکت‌های بیمه به گزارشگری به بیمه مرکزی، آنها موظفند تحت فصل سوم این آیین‌نامه اطلاعاتی را در پایگاه اطلاع‌رسانی خود افشا نمایند. که شامل بخش‌های ۱- معرفی موسسه بیمه، برنامه کسب و کار و عملکرد آن، ۲- مدیریت ریسک و توانگری مالی ۳- راهبری شرکتی در موسسه بیمه ۴- وضعیت و عملکرد مالی موسسه، صورتهای مالی، نسبتهای عملیاتی و مالی (۱۶ نسبت) است. افشای اطلاعات مالی عدم تقارن اطلاعاتی را بین ذینفعان یک شرکت بیمه کاهش داده و اعتماد عمومی به صنعت بیمه را افزایش خواهد داد.

در ماده ۶ این آیین‌نامه مسئولیت صحت اطلاعات بخش افشای اطلاعات و گزارشگری با هیئت مدیره و مدیر عامل و مسئولیت گزارشگری و افشا با مدیر عامل موسسه است. در ماده ۹ ضمانت اجرای آیین‌نامه لحاظ شده است که در صورت قصور مدیران موسسه بیمه مرکزی حسب مورد می‌تواند اقدام کند از جمله این اقدامات سلب صلاحیت مدیران و پیشنهاد تعلیق و یا لغو پروانه شرکت است.

۳.۹ صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه

شایستگی را می‌توان دانش و مهارتی تعریف کرد که افراد می‌بایست به منظور انجام مؤثر کارشان از آن برخوردار باشند. بنابراین یک چارچوب شایستگی، ساختاری است که شایستگی‌هایی مانند شناخت از محصولات و یا مهارت‌های افراد را که در طی نقش‌های کاری در یک سازمان از افراد طلب می‌کند، مطرح و تعریف می‌کند. از این دیدگاه، یک چارچوب شایستگی در باره تلاش برای طرح هدفی عینی از کارایی‌هاست که دارای حداقل معیار اجرای قابل قبول باشد. همین که چارچوب شایستگی تعیین و ایجاد شد، از آن می‌توان برای تشخیص شکاف شناخت و مهارت‌ها، چه برای کارکنان و چه برای مدیران استفاده کرد. (انستیتو چارتر بیمه & ترجمه معاونت نظارت، ۱۳۹۳)

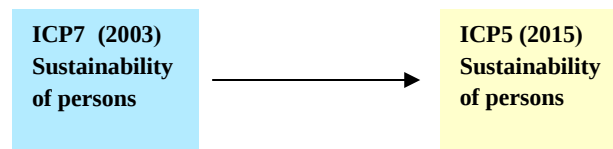
فصل هفتم از اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه انجمن ناظران بین‌المللی بیمه (IAIS)، به شرح زیر است:

صاحبان اصلی شرکت، اعضای هیئت مدیره، مدیریت ارشد، حساب‌رسان و اکچوئرهای شرکت بیمه تا حدی که بتوانند نقش خویش را ایفاء نمایند، شایسته و مناسب‌اند. این امر مستلزم آن است

که افراد فوق از راستی و درستی، صلاحیت، تجربه کاری و لیاقت لازم برخوردار باشند (معاونت نظارت، ۱۳۹۳)، (IAIS, 2003).

همچنین فصل پنجم از نسخه به روز شده اصول اساسی بیمه در سال ۲۰۱۱ و اصلاحات برخی اصول آن در سال‌های ۲۰۱۲، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵ انجمن ناظران بین‌المللی بیمه IAIS نیز به صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی به شرح زیر اختصاص یافته است:

ناظر نیاز دارد که اعضای هیات مدیره، مدیران ارشد، افراد مسئول کنترل عملگرها و صاحبان اصلی بیمه‌گران دارای صلاحیت باشند و واجد شرایط بمانند تا بتوانند نقش خود را به درستی ایفا کنند (IAIS, 2015).



شکل ۳ اصول اساسی ناظران بین‌المللی بیمه، صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی موسسات بیمه

از جمله مشکلاتی که بسیاری از صاحب‌نظران آن را در ایجاد بحران برای شرکت بیمه توسعه موثر دانسته‌اند، حضور افراد ناکارآمد در پست‌های کلیدی این شرکت است. افرادی که از تجربه و دانش کافی در حوزه بیمه‌های بازرگانی بی‌بهره بودند اما در تصمیم‌گیری‌های این شرکت نقش اساس داشتند (منطقی پور، ۱۳۹۵، al.). آیین نامه ۹۰ مصوب شورای عالی بیمه، با بهره‌گیری از تجربیات بین‌المللی و تجربیات صنعت بیمه، از جمله تجربه شرکت بیمه توسعه سعی دارد تا حدود و شرایط افرادی که در پست‌های کلیدی شرکت‌های بیمه قرار می‌گیرند را تعریف نماید.

۱- مبانی قانونی آیین نامه صلاحیت مدیران کلیدی

لزوم برخورداری موسسات بیمه از افراد واجد صلاحیت در قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مورد تاکید قرار دارد به نحوی که بر اساس ماده ۳۸ قانون مذکور، تحصیل پروانه فعالیت بیمه توسط موسسات بیمه منوط به ارائه اسناد، مدارک و اطلاعاتی است که برای احراز صلاحیت مالی و فنی موسسه و حسن شهرت مدیران لازم است. به علاوه در ماده ۶۴ این قانون نیز آمده است که اشخاصی که در ایران یا در خارجه به علت ارتکاب جنایت یا دزدی یا خیانت در امانت یا کلاهبرداری یا صدور چک بی محل یا

اختلاس یا معاونت در یکی از جرایم فوق محکوم شده باشند و ورشکستگان به تقصیر نمی‌توانند جزو مؤسسين یا مدیران مؤسسات بیمه باشند. این مهم در قانون تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی- مصوب ۱۳۸۰- و همچنین مقررات تاسیس و فعالیت مؤسسات بیمه فعال در مناطق آزاد تجاری-صنعتی ج.ا.ایران نیز مورد تاکید قرار گرفته است.

۲- دلایل و فلسفه وجودی آیین نامه:

انجمن جهانی ناظران بیمه‌ای (IAIS) در اصول اساسی بیمه ۱ شماره پنج خود با عنوان شایستگی افراد ۲ تصریح دارد که نهاد ناظر بیمه باید از صلاحیت حرفه‌ای 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 حرفه‌ای و سلامت مالی جهت احراز صلاحیت مدیران و افراد کلیدی در وظایف کنترلی موسسه بیمه تاکید دارد. همچنین قوانین و مقررات بیمه‌ای مورد بررسی در کشورهای منتخب (مالزی، پاکستان، استرالیا و انگلیس) نیز بر احراز صلاحیت حرفه‌ای افراد کلیدی مؤسسات بیمه تاکید دارند. رویه مرسوم در این قوانین و مقررات تعریف افراد کلیدی موسسه بیمه بر اساس وظایفی است که انجام آنها می‌تواند بر عملکرد فعلی و آتی موسسه بیمه در حوزه‌هایی از قبیل عملیات بیمه‌گری، مالی، مدیریت ریسک و سرمایه گذاری تاثیر گذار باشد. به علاوه در قوانین و مقررات مذکور رویه مشابهی برای تعریف معیارهای صلاحیت و شایستگی حرفه‌ای افراد کلیدی موسسه بیمه وجود دارد که با معیارهای مدنظر در اصل پنجم انجمن (IAIS) تشابه دارد.

در ایران نیز متعاقب تصویب قانون تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی-مصوب ۱۳۸۰- ضوابط تاسیس مؤسسات بیمه غیر دولتی (آیین نامه شماره ۴۰) به تصویب رسید که در این ضوابط موضوع لزوم احراز صلاحیت حرفه‌ای برخی از افراد کلیدی مؤسسات بیمه مدنظر قرار گرفته است، لکن با توجه به تغییر و تحولات بازار بیمه کشور در سالیان اخیر نظیر اجرای سیاست‌های آزادسازی نرخ و استقرار نظام نظارت مالی و همچنین برنامه‌ها و سیاست‌های آتی بیمه مرکزی ج.ا.ایران نظیر اجرای پروژه توسعه نظام بیمه‌ای کشور، تعمیق و گسترش نظام نظارت مالی و استقرار نظام حاکمیت شرکتی در صنعت بیمه، لازم است ضمن باز تعریف سمت‌ها و مسئولیت‌های مشمول مقررات احراز صلاحیت حرفه‌ای در صنعت بیمه، افراد کلیدی مؤسسات بیمه به نحوی تعریف شوند تا ضمن تطبیق با تغییر و تحولات مورد اشاره، زمینه اجرای برنامه‌های توسعه‌ای بیمه مرکزی ج.ا.ایران در آینده نیز فراهم آید.

۳,۹,۱ آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه (آیین نامه شماره ۹۰)

سیصد و نود و دومین جلسه شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۴/۳/۲۶ 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 حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی مؤسسات بیمه» را مشتمل بر ۱۵ ماده و ۶ تبصره تصویب نمود. همچنین مکمل‌های این آیین نامه در تاریخ‌های ۹۴/۹/۳۰ و ۹۴/۱۲/۲۲ تصویب شدند.

این آیین نامه، مشتمل بر چهار فصل شامل کلیات، شرایط تایید صلاحیت، نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای و نظارت می‌باشد.

در ماده ۲ آیین نامه، شرایط صلاحیت‌های عمومی و حرفه‌ای تعیین شده است، از جمله این شرایط، نداشتن سوء سابقه، نداشتن سابقه نقض فاحش قوانین و مقررات بیمه‌ای به تشخیص هیات عامل بیمه مرکزی و شرایط مدرک تحصیلی و تجربه مفید حرفه‌ای مفید به تشخیص بیمه مرکزی (بر اساس مکمل ۹۰/۲) تعیین شده است. سوابق مورد نیاز بیمه‌ای و تجربه حرفه‌ای مفید به تفکیک کارکنان کلیدی و عملیاتی مشخص شده است.

تجربه حرفه‌ای مفید به تفکیک کارکنان کلیدی و عملیاتی در جدولی ذکر شده است. کارکنان کلیدی در این آیین نامه شامل مدیران ارشد (سمت‌های اعضای هیات مدیره، مدیر عامل، قائم مقام مدیر عامل و معاون فنی مدیر عامل)، مسئول فنی (سمت‌های هریک از رشته‌های بیمه مستقیم، بیمه اتکایی، اکچوئر داخلی) مسئول امور مالی یا کنترلی (سمت‌های سرمایه‌گذاری، مالی، مدیریت ریسک شرکتی) می‌باشد و کارکنان عملیاتی نیز شامل (سمت‌های سرپرست منطقه، رئیس مجتمع، رئیس شعبه) می‌باشد. این افراد می‌باید در مصاحبه بیمه مرکزی قبول شوند.

احراز صلاحیت عمومی کارکنان توسط موسسه بیمه و احراز صلاحیت حرفه‌ای توسط بیمه مرکزی بررسی و در صورت احراز شرایط مقرر در این آیین نامه تاییدیه صادر خواهد شد.

در فصل نظارت این آیین‌نامه شرایط لغو تائید صلاحیت‌های کارکنان کلیدی آورده شده است که از جمله این شرایط، تخلف از قوانین و مقررات بیمه‌ای که سلب صلاحیت حرفه‌ای را شامل می‌شوند، از دست دادن شرایط احراز صلاحیت و یا کشف مستندات مبنی بر عدم احراز شرایط از ابتدای درخواست تاییدیه، ارائه اطلاعات کذب و خلاف واقع و یا گمراه کننده توسط کارکنان کلیدی به بیمه مرکزی یا اکچوئر رسمی بیمه می‌باشد.

مسئولیت حسن اجرای تکالیف موسسه بیمه در این آیین نامه در خصوص کارکنان کلیدی و کارکنان عملیاتی با مدیر عامل و در خصوص مدیر عامل با هیئت مدیره موسسه بیمه است.

بیمه مرکزی بر حسن اجرای این آیین نامه نظارت می کند و در صورت قصور یا تخلف موسسه بیمه در اجرای این آیین نامه بیمه مرکزی می تواند متناسب با نوع، سابقه، تکرار و تعدد قصور یا تخلف صورت گرفته به موجب تصمیم هیئت عامل، هر یک از اقدامات آخطار کتبی، لغو تأیید صلاحیت حرفه ای مدیر عامل یا هیئت مدیره، محدودیت در جذب نماینده، تعلیق فعالیت موسسه و لغو پروانه فعالیت را اعمال کند.

بیمه مرکزی به منظور نظارت بر آیین نامه ۹۰ و نیز رعایت سایر قوانین و مقررات بیمه ضوابط تشکیل کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه را تدوین و در چارچوب آن گزارش های واحدهای مختلف را در خصوص تخلف مدیران شرکت های بیمه در کمیته مذکور طرح می نماید و با درج نمرات منفی و یا مثبت نظارت بر عملکرد مدیران کلیدی را انجام می دهد. جزئیات این ضوابط در بخش ۳،۱۴،۲ آورده شده است.

۳،۱۰ توانگری مالی و کفایت سرمایه

فصل ۲۳ از اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه انجمن بین المللی ناظران بیمه ای به کفایت سرمایه و توانگری مالی اختصاص دارد. این اصل عبارت است از:

نهاد ناظر موسسات بیمه را ملزم می نماید از سیستم و رژیم توانگری مالی که وی تجویز نموده است، پیروی نمایند. این سیستم حاوی الزامات کفایت سرمایه بوده و موسسات بیمه را ملزم می دارد شکل و میزان مناسبی از سرمایه که موسسه بیمه را قادر به تحمل خساراتی عمده و غیر قابل پیش بینی می کند نگهداری کنند.

وجود سیستم توانگری مالی سالم جهت نظارت بر شرکت های بیمه و حمایت از بیمه گذار امری ضروری است. الزامات مربوط به کفایت سرمایه، بخشی از سیستم توانگری مالی است. در سیستم توانگری مالی نه تنها باید کفایت ذخایر فنی جهت پوشش تمامی خسارات و هزینه های منتظره و برخی از خسارات و هزینه های غیر منتظره را در نظر بگیرد، بلکه بایستی کفایت سرمایه جهت تحمل و جذب خسارات عمده و غیر منتظره مربوط به ریسک هایی که صراحتاً مستلزم وجود سرمایه اند، را نیز منظور نماید. این سیستم همچنین باید موسسات بیمه را ملزم به تامین سرمایه اضافی علاوه بر موارد فوق جهت جذب و تحمل خسارات ناشی از ریسک هایی که به وضوح قابل شناسایی نیستند، نماید.

۳,۱۰,۱ آیین نامه نحوه محاسبه و نظارت بر توانگری مالی موسسات بیمه

شورای عالی بیمه در اجرای بند ۵ ماده ۱۷ و با توجه به مواد ۴۰ و ۵۹ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و در اجرای ماده ۱۱۴ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰)، در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۲۶ آیین نامه نحوه محاسبه و نظارت بر توانگری مالی موسسات بیمه را در ۱۵ ماده و دو تبصره تصویب نمود.

این آیین نامه از سال ۱۳۹۱ اجرایی شده است و شرکتهای بیمه بر اساس مقررات این آیین نامه برای اولین بار در سال ۱۳۹۱ نسبت توانگری خود را محاسبه و به بیمه مرکزی اعلام کردند. بر اساس محاسبات این آیین نامه نسبت توانگری شرکت بیمه توسعه در سال ۱۳۹۱ برابر با ۳۵٪ محاسبه شد و این عدد به این معنی بود که شرکت بیمه توسعه در سطح ۴ توانگری قرار داشت. شرکتهای با سطح توانگری ۴ مطابق ماده ۱۰ این آیین نامه موظف هستند برنامه ترمیم وضعیت مالی و برنامه افزایش سرمایه خود را برای سال مالی آتی تهیه و جهت رسیدگی به بیمه مرکزی ارائه دهند. در این برنامه‌ها موسسه بیمه باید نشان دهد که چگونه نسبت توانگری مالی خود را ظرف ۱ سال حداقل تا سطح ۳ ارتقاء خواهد داد. چنانچه این نسبت در سالهای قبل از ۱۳۹۱ برای شرکت بیمه توسعه محاسبه شده بود با توجه به ضمانت اجرایی لحاظ شده در این آیین نامه امکان برخورد با شرکت بیمه توسعه در سالهای قبل فراهم می‌شد. در حال حاضر تمام شرکتهای بیمه به طور سالانه این نسبت را محاسبه و بعد از تأیید توسط بیمه مرکزی، اعلام می‌شود. بر اساس آیین نامه شماره ۸۸ شرکتهای بیمه موظفاند این نسبت را در پایگاه اطلاع رسانی خود، اطلاع رسانی کنند.

۳,۱۱ واگذاری تعیین حق بیمه به شرکتهای بیمه

به گفته متخصصان صنعت بیمه، عدم محاسبه حق بیمه کافی، عادلانه و مناسب که همان ارائه نرخ‌های غیر اصولی و بدون رعایت موازین اکچوئری است، یکی از مشکلات اصلی صنعت بیمه است که در صورت تداوم در بلند مدت می‌تواند به عدم توانگری شرکتهای بیمه منجر شود. ارائه نرخ‌های پایین یکی از مهمترین رویه‌های اشتباه شرکت بیمه توسعه به ویژه در رشته شخص ثالث بوده است که اکنون مطابق قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه نرخ‌های آن تعیین می‌شود. در تجربیات سایر کشورها نیز نرخ‌های پایین یکی از دلایل شکست شرکتهای بیمه است (منطقی پور، ۱۳۹۵، et al.).

فصل ۹ از اصول ۲۸ گانه اساسی انجمن ناظران بین المللی بیمه به صورت زیر است:

از آنجا که بیمه فعالیت پوشش ریسک است، نهاد ناظر موسسه بیمه را ملزم می‌نماید که ریسک‌های تحت پوشش خویش را ارزیابی و به ویژه از طریق بیمه اتکایی مدیریت نموده و ابزارهای لازم برای تعیین نرخ حق بیمه مکفی را در اختیار داشته باشند.

نظر به اهمیت تعیین نرخ حق بیمه، بیمه مرکزی ج.ا. ایران برای حصول اطمینان از نحوه نرخ‌گذاری‌ها آیین نامه ۹۴ را به تصویب شورای عالی بیمه رسانده است.

۳،۱۱،۱ مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای (۹۴)

آیین نامه شماره ۹۴ "مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای" در جلسه مورخ ۲۹/۰۵/۱۳۹۶ شورای عالی بیمه به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است.

مطابق ماده ۲ این آیین‌نامه مؤسسه بیمه موظف است ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه مدت و روز شمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ انواع رشته‌های بیمه‌ای و هر گونه تغییر در آنها را در کمیته‌ای متشکل از اکچوئر داخلی، مسئول فنی رشته ذی ربط و معاون فنی تعیین و پس از تایید مدیر عامل (یا قائم مقام وی) به تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال نماید.

مطابق ماده ۳ این آیین نامه، در تعیین نرخ حق بیمه رشته‌هایی از قبیل بیمه‌های مهندسی که امکان تعیین تعرفه یکسان وجود ندارد مؤسسه بیمه موظف است بجای تعیین تعرفه، مبانی تعیین نرخ را با توجه به مقررات این آیین‌نامه تعیین و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نمایند.

در ماده ۶، محدودیت‌هایی بر ضریب خسارت در نظر گرفته شده است. چنانچه بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی شده مؤسسه بیمه ضریب خسارت شش ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد و ضریب خسارت یکساله در سایر رشته‌های موضوع این آیین نامه بیشتر از ۷۵ درصد باشد، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز مصوبه موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه (نحوه تعیین نرخ) را در خصوص آن رشته اصلاح و به تایید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) و تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

در بخش موازین فنی تعیین نرخ‌های حق بیمه این آیین‌نامه، مؤسسه بیمه موظف است در تعیین حق بیمه کلیه رشته‌های بیمه معیارهای عمومی مندرج در ماده ۱۱ قسمت الف) و حسب مورد معیارهای اختصاصی همین ماده مندرج در قسمت ب) رشته ذیربط را رعایت نماید. یکی از معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه آن است که موازین فنی و اصول اکچوئری رعایت شود و با لحاظ ماهیت رشته‌های بیمه‌ای، نرخ حق بیمه به

نحوی تعیین گردد که حق بیمه حداقل معادل مجموع هزینه‌های خسارت، هزینه‌های اداری، بیمه‌گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه‌گذاری باشد.

مطابق ماده ۹ بیمه مرکزی هر سال یکبار گزارشی از نتیجه اجرای این آیین‌نامه توسط هریک از موسسات بیمه را تهیه و به شورای عالی بیمه ارائه خواهد نمود.

ضمانت اجرای این آیین‌نامه در ماده ۸ گنجانده شده است. در صورت احراز تخلف موسسه بیمه از اجرای مفاد این آیین‌نامه بیمه مرکزی متناسب با تخلف و تکرار آن می‌تواند اقدام به هر یک از موارد اخطار کتبی به مسئول فنی، الزام شرکت به استعلام نرخ از بیمه مرکزی قبل از صدور بیمه‌نامه در یک یا چند رشته، کاهش کارمزد اتکایی اجباری سهم بیمه مرکزی حداکثر تا ۹۰٪ مبلغ کارمزد مصوب، سلب صلاحیت مسئول فنی، معاون فنی و یا مدیر عامل موسسه بیمه، تعلیق پروانه فعالیت در یک یا چند رشته بیمه با تصویب شورای عالی بیمه، لغو پروانه فعالیت موسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی ج.ا. ایران کند.

تحت رویکرد گذار از نظارت تعرفه‌ای به نظارت مالی، آیین‌نامه ۹۴، به منظور الزام شرکت‌های بیمه بر رعایت اصول فنی در تعیین حق بیمه کلیاتی را تعیین نموده است و شرکتها را ملزم به رعایت اصول و موازین حق بیمه با حفظ محدوده ضریب خسارت نموده است. چنانچه شرکتها این مقررات را رعایت نکنند بیمه مرکزی می‌تواند آنها را ملزم به استعلام نرخ از این سازمان کند. بنابراین شرکت‌هایی که اصول نرخ گذاری را رعایت نکنند به صلاحدید بیمه مرکزی به دوره نظارت تعرفه‌ای عقب رانده خواهند شد. از طرفی دیگر ارائه نرخ‌های غیر اصولی می‌تواند ناشی از بی بهره بودن شرکتها از نیروهای کارآمد باشد. از این رو در آیین‌نامه ۹۴ مسئولین فنی شرکت به صورت روشن مسئول چنین رویه‌هایی هستند و حسب مورد بیمه مرکزی می‌تواند از آنان سلب صلاحیت کند. در صورت اجرای کامل این آیین‌نامه انتظار می‌رود صنعت بیمه کمتر با نرخ شکنی‌های غیر حرفه‌ای مواجه شود. بنابراین امید آن می‌رود تا از بروز مشکلات مالی برای شرکتها به دلیل ارائه نرخ‌های غیر فنی ممانعت شود و صنعت بیمه بتواند به راهکار قیمت‌گذاری کافی، عادلانه و مناسب دست یابد.

۳،۱۲ آیین‌نامه «ضوابط مربوط به بیمه مشترک» (۹۵)

شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۲۶/۰۶/۱۳۹۶ آیین‌نامه «ضوابط مربوط به بیمه مشترک» را تصویب نمود.

در این آیین‌نامه، بیمه مشترک به صورت زیر تعریف شده است:

تحت پوشش قرار دادن مورد بیمه به نفع یک شخص یا اشخاص معین در مقابل خطرات یکسان توسط بیش از یک مؤسسه بیمه مستقیم به نحوی که هر یک از مؤسسات بیمه مستقیم درصدی از ریسک را بر عهده می‌گیرد.

بیمه‌گذاران می‌توانند تحت مقررات این آیین‌نامه قراردادهای بیمه مشترک را که معمولاً برای ریسک‌های بزرگ پیشنهاد می‌شود با حفظ منافع همه ذینفعان تنظیم کرده و از مزایای آن بهره‌مند گردند. شرکت بیمه توسعه کشتی به نام پرلا را بیمه کرده است و کشتی در تاریخ ۹۲/۳/۱۶ با خسارت مواجه شده است. بیمه‌گذار مربوطه جهت جبران هزینه‌های نجات محموله کشتی حامل روغن سویا (کشتی پرلا) به شرکت بیمه توسعه مراجعه کرده است و شرکت از پرداخت غرامت استنکاف نموده است. در مکاتبات بیان شده که در مورد خسارت سایر رشته‌های بیمه‌ای (به جز اتومبیل) بیمه‌گذار یا زیان دیده باید از طریق دستگاه قضایی اقدام کند. چنانچه این خسارت مورد تأیید و قابل پرداخت اعلام می‌شد، شرکت بیمه توسعه نظر به شرایط ایجاد شده قادر به پرداخت خسارت بیمه‌گذار نبود. چنانچه در چنین مواردی بیمه‌گذاران پوشش ریسک را تحت قرارداد بیمه مشترک انجام دهند، می‌توانند نسبت به جبران خسارت‌های خود اطمینان بیشتری داشته باشند. اطمینان بیشتر بیمه‌گذاران به معنای افزایش ظرفیت بازار برای بیمه‌گران نیز خواهد بود.

۳،۱۳ دستورالعمل‌های جدید ابلاغی بیمه مرکزی

بیمه مرکزی، در دوره جدید با بهره‌گیری از تجارب بحران بیمه توسعه علاوه بر اصلاح قوانین و مقررات که به آن اشاره شد توجه و تمرکز بیشتری را بر نظارت اعمال نموده است و در این راستا بعضاً دستورالعمل، رویه‌ها و رویکردهای نظارتی را در ساختار نظارت خود پیش‌بینی کرده است. در ادامه به برخی از دستورالعمل‌ها و ضوابط که در راستای تقویت نظارت، نظارت بهتر و دقیق‌تر تدوین، ابلاغ و اجرایی شده است، اشاره می‌شود.

۳،۱۴ بازرسی در محل

بازرسی‌های در محل و خارج از محل شرکت‌های بیمه، هسته اصلی فرآیند نظارت بر شرکت‌های بیمه را تشکیل می‌دهند. نهاد ناظر بیمه با انجام فرآیند بازرسی در محل، می‌تواند ضمن ارزیابی کسب و کار شرکت‌های بیمه، از میزان تامین الزامات نظارتی و قانونی و همچنین وضعیت ریسک‌های پذیرفته شده اطلاع کسب نماید. (معاونت نظارت، ۱۳۹۶)،

فصل سیزدهم از اصول اساسی ۲۸ گانه بیمه انجمن بین المللی ناظران بیمه‌ای، به نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه به صورت بازرسی در محل اختصاص یافته است:

نهاد ناظر بازرسی در محل را به عمل می‌آورد تا فعالیت‌های موسسه بیمه را مورد بررسی قرار داده و میزان رعایت قوانین و مقررات و الزامات نظارتی را مورد رسیدگی قرار دهد (IAIS, 2003).

بازرسی در محل، چه توسط کارکنان نهاد ناظر انجام شود، چه توسط سایر متخصصین ذی‌صلاح، بخش مهمی از فرآیند نظارت به شمار می‌رود و ارتباط نزدیکی با فرآیند نظارت خارج از محل دارد. بازرسی در محل اطلاعاتی را فراهم می‌آورد که تحلیل‌های مربوط به گزارش‌های ارائه شده توسط موسسات بیمه به نهاد نظارت را تکمیل می‌نماید. با این حال، بازرسی در محل نیازمند اطلاعات و آمار بازار که از حساب‌ها و گزارش‌های سالانه استخراج شده نیز است (نظارت، ۱۳۹۳) (IAIS, 2003).

نهاد ناظر از طریق بازرسی در محل قادر خواهد بود داده‌ها و اطلاعات مطمئن را جهت ارزیابی و تحلیل توانگری مالی فعلی و آتی موسسه بیمه مورد تأیید قرار دهد. بازرسی در محل نهاد نظارت را قادر می‌نماید اطلاعاتی کسب نموده و مسائل و مشکلاتی را کشف نماید که به سادگی از طریق نظارت غیر حضوری بر جریان فعالیت‌ها قابل کشف نیستند. به خصوص، بازرسی در محل این امکان را برای نهاد ناظر فراهم می‌آورد که مسائل و مشکلات بی‌نظمی‌ها و اختلالات در زمینه‌های مختلف از قبیل کیفیت دارایی‌ها، عملیات حسابداری و اکچوئری، کنترل‌های داخلی (از جمله آن‌هایی که مربوط به فناوری اطلاعات و برون سپاری هستند)، کیفیت صدور بیمه نامه (هم از لحاظ احتیاط در صدور بیمه نامه و هم از لحاظ اثر بخشی روال صدور)، تعیین و ارزش‌گذاری ذخایر فنی، بیمه اتکایی، مدیریت ریسک و مدیریت استراتژیک و عملیاتی را تشخیص داده و نمایان سازد.

بازرسی در محل، توان نهاد ناظر را در ارزیابی میزان صلاحیت و شایستگی مدیران موسسه بیمه افزایش می‌دهد. بازرسی در محل روشی موثر جهت ارزیابی فرآیندهای تصمیم‌گیری مدیریت و کنترل‌های داخلی است. بازرسی در محل فرصت تحلیل آثار مقررات را فراهم می‌آورد و به طور کلی اطلاعاتی را برای مقایسه در اختیار قرار می‌دهد.

بازرسی در محل ممکن است یا به شیوه تمام عیار و یا به شیوه مبتنی بر تمرکز بر موارد خاص انجام گیرد. انجام بازرسی به هر دو شیوه مستلزم کارکنانی ماهر است که بتوانند اطلاعات دریافتی در جریان بازرسی را به خوبی تحلیل نمایند. نهاد ناظر معمولاً دستورالعمل لازم در مورد روال و حیطه بازرسی در محل را تهیه می‌نماید. با این حال کارکنان مجری بازرسی بایستی در حین جمع‌آوری اطلاعات مهارت‌های فنی خود را به کار گیرند.

معیارهای ضروری:

الف- طبق قانون، نهاد ناظر از اختیارات گسترده ای برای بازرسی در محل و جمع‌آوری اطلاعاتی که وی به منظور انجام وظیفه خویش ضروری تشخیص می‌دهد، برخوردار است.

ب- نهاد ناظر، حساب‌رسان خارجی یا سایر گروه‌ها و اشخاص ذی صلاح اطلاعات مندرج در گزارش منظم را از طریق بازرسی در محل تأیید می‌نمایند. در مواردی که سایر گروه‌ها یا سایر اشخاص غیر از نهاد ناظر اطلاعات را تأیید می‌کنند، تدابیر لازم برای برقراری ارتباط با نهاد ناظر باید فراهم شود.

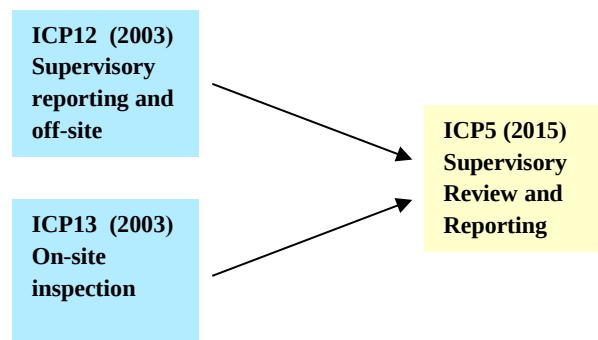
پ- نهاد ناظر می‌تواند از شیوه بازرسی تمام عیار یا شیوه بازرسی مبتنی بر تمرکز بر موارد خاص در حوزه های معین و مورد نظر استفاده نماید.

ت- نهاد ناظر فوراً یافته‌ها، نتایج و اقدامات اصلاحی مورد نیاز را با موسسه بیمه به بحث گذاشته و بازخورد لازم را از موسسه بیمه دریافت می‌کند.

ث- نهاد ناظر این موضوع را پیگیری می‌کند که آیا موسسه بیمه اقدامات اصلاحی را به اجرا گذاشته است یا خیر.

ج- نهاد ناظر می‌تواند بازرسی در محل را به واسطه‌های بیمه و شرکتهای عرضه کننده خدمات برون‌سپاری به موسسات بیمه تحت نظارت جهت کسب اطلاعات نیز تعمیم و تسری دهد. (همان منبع)

همچنین فصل نهم از نسخه به روز شده اصول اساسی بیمه در سال ۲۰۱۱ (IAIS, 2011) و اصلاحات آن در سال‌های ۲۰۱۲، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵ انجمن ناظران بین المللی بیمه IAIS نیز به صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی اختصاص یافته است. یادداشتهای نسخه ۲۰۱۱ و اصلاحات بعدی آن نیز به نظارتهای بازرسی در محل را در اصل ۹ آورده است. در واقع اصل ۹ در نسخه ۲۰۱۱ و اصلاحات بعدی آن از ادغام اصل ۱۲ و ۱۳ نسخه ۲۰۰۳ حاصل شده است:



شکل ۴ اصول اساسی انجمن بین المللی ناظران بیمه، بازرسی در محل

ناظر از راهکار مبتنی بر ریسک، جهت نظارت استفاده می‌کند که در این راهکار، از پایش خارج از محل و بازرسی‌های در محل برای بررسی کسب و کار هر بیمه‌گر، ارزیابی شرایط او، پروفایل ریسک و نحوه اداره، کیفیت و اثر بخشی حاکمیت شرکتی و میزان رعایت قوانین و الزامات نظارتی استفاده می‌شود. ناظر اطلاعات لازم برای انجام نظارت اثر بخش بر بیمه‌گران را اخذ کرده و به ارزیابی بازار بیمه می‌پردازد (IAIS, 2015)، (مهدی زاده & حائری، ۱۳۹۶).

این اصل اساسی نظارت مبتنی بر ریسک را در واقع به دو بخش مجزای پایش خارج از محل و بازرسی‌های در محل تقسیم کرده است.

استاندارد دیگری از این اصل به بازخورد و پیگیری نظارتی اختصاص داده شده است:

ناظر، یافته‌های مربوط به بررسی نظارتی و نیاز به هر گونه اقدام پیشگیرانه و یا اصلاحی را با بیمه‌گر مورد بحث قرار می‌دهد. ناظر پیگیری لازم به منظور کنترل اینکه اقدامات لازم توسط شرکت بیمه صورت گرفته است یا خیر را انجام می‌دهد.

ناظر باید در نتیجه‌گیری بررسی، به صورت بسیار خلاصه باز خورد مناسب را به بیمه‌گر ارائه دهد. ناظر باید یافته‌های این بررسی و اقدامات لازم را به صورت مکتوب منتشر کند.

بازرسی در محل در اغلب کشورهای دنیا توسط نهاد ناظر صنعت بیمه انجام می‌شود. در کمتر کشوری این بازرسی‌ها در دوره‌های زمانی معین انجام می‌شود و دفعات بازرسی تغییر می‌کند. استثنائات این موضوع استرالیا (هر سه سال) کانادا (هر دو سال) جمهوری چک (هر سال) فنلاند (یک الی سه بار در سال)، مجارستان (حداقل هر پنج سال یکبار) کره (دو بار در سال یا یکبار هر دو سال) لوکزامبورگ (هر پنج سال یکبار به طور میانگین) مکزیک (هر سال یکبار) نروژ (هر سه تا چهار سال) آمریکا (هر پنج سال) هستند. در اغلب کشورهای آسیایی به جز برونئی و سریلانکا نظارت در محل با دوره‌های متفاوت انجام می‌شود، یکبار در سال در چین تایپه و فیلیپین حداقل هر سه سال یکبار در هنگ کنگ، اندونزی و مالزی؛ هر پنج تا هفت سال در سنگاپور و گه گاه در ویتنام. تعداد دفعات بازرسی در محل همچنین به شدت موقعیت بستگی دارد از جمله در ماکائو. در اغلب اقتصادهای در حال گذار نیز بازرسی در محل انجام می‌شود. از جمله این موارد بلاروس، کرواسی، استونی، لتونی (حداقل هر سه سال یکبار) رومانی روسیه و اسلونی هستند.

بنا به اهمیت موضوع، هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا دستورالعملی برای انجام بازرسی‌های در محل را در تاریخ ۹۴/۲/۸ تصویب و در تاریخ ۱۳۹۶/۴/۱۳ به تمام شرکت‌های بیمه ابلاغ نمود. بخش‌هایی از این دستورالعمل‌ها در فصل پیوست‌ها در بخش ۶،۵۶،۴ و ۶،۵ آورده شده است.

۳،۱۴،۱ مطالعه موردی، بازرسی انجام شده توسط تیم بازرسی بیمه مرکزی در چند شرکت بیمه

تاکنون معاونت نظارت بیمه مرکزی، برای پنج شرکت بیمه گزارش بازرسی در محل تهیه کرده است. برای آشنایی بیشتر با روال کار تیم‌های بازرسی در محل، در محل استقرار یکی از این تیم‌ها حاضر شدیم و با سرتیم آن، جناب آقای قزلباش، مشاور معاون نظارت وقت، که گزارشات موفقی تحت دستورالعمل مربوطه ارائه کرده است، مصاحبه‌ای انجام دادیم که در ادامه مشروح آن را آورده‌ایم:

قبل از انجام بازرسی‌های در محل گزارشاتی که توسط اداره‌های مختلف تهیه می‌شد کاملاً مجزا بودند و برای ارزیابی شرکت‌های بیمه کافی نبودند. بنابراین نیاز بود تا تمام گزارشات جمع آوری و گزارشی جامع از وضعیت عملکرد شرکت‌های بیمه تهیه شود. از طرفی خوراک اطلاعاتی اغلب گزارشات بیمه مرکزی توسط خود شرکتها تامین می‌شد. این در حالی است که اطلاعات ارسالی در مواردی ناکافی هستند و بنابراین گزارشات حاصل نیز در مواردی گویای واقعیت نبودند. از این رو موضوع بازرسی‌های در محل به منظور ارزیابی دقیق‌تر و از نزدیک شرکت‌های بیمه ضروری به نظر رسید و این موضوع یکی از تجربیات بررسی وضعیت عملکرد بیمه توسعه بود.

بر اساس مطالعات صورت گرفته توسط معاونت نظارت بحث بازرسی‌های در محل در اغلب کشورهای دنیا علی‌رغم توسعه سیستم‌های نرم افزاری نیز مورد توجه است به این ترتیب که بازرسی‌های میدانی و به صورت دوره‌ای باید انجام شود. با بررسی دستورالعمل‌های سایر کشورها، دستورالعمل بازرسی در محل در معاونت نظارت تهیه و به تصویب هیأت عامل بیمه مرکزی رسید.

از طرفی شرکت‌ها با یکدیگر متفاوت هستند، زیرا اندازه پرتفو، ترکیب ریسک‌های آنها و ... متفاوت است. در یکی از شرکت‌های بیمه که تحت بازرسی قرار دادیم، مدل نظارت مبتنی بر ریسک پیاده شد. به این ترتیب که ۳ الی ۴ ماه در شرکت مستقر شدیم و وضعیت شرکت را به طور کامل برای بیمه مرکزی ترسیم کردیم. در پایان نمره‌ای برای شرکت تعیین می‌شود، این نمره با توجه به سهم بازار و میزان خطر سنجیده می‌شود. البته سطح این نمره برای دو شرکت متفاوت قابل قیاس نیست. وضعیت شرکت می‌تواند در هر یک از شرایط سبز، زرد، نارنجی و قرمز باشد که به ترتیب به معنی شرایط مطلوب، نامطلوب، هشدار و خطر می‌باشد. بر این اساس بیمه مرکزی با توجه به امکانات، نیروی انسانی متخصص و محدودیت زمانی شرکتها را تحت بازرسی در محل قرار می‌دهد و امکان بازرسی در محل از تمام شرکتها به طور همزمان فراهم نیست. بر اساس نتایج این بازرسی‌ها با الگو برداری از آیین‌نامه‌های توانگری در سطوح مختلف وضعیت شرکت، برخوردهای نظارتی انجام می‌شود و بر اساس وضعیت توانگری شرکت‌هایی که از سطح مطلوب پایین‌تر هستند، از مدیران برنامه اصلاحی می‌خواهیم.

مراحل انجام کار بازرسی

تیم بازرسی در محل در شرکت مستقر می‌شود. برای انجام کار دو الگو در دسترس است، دستورالعمل بازرسی در محل و برنامه بازرسی که سرپرست تیم بازرسی در چارچوب دستورالعمل تهیه می‌کند. برنامه بازرسی تهیه شده توسط سر تیم به معاونت نظارت ارائه می‌گردد. این برنامه شامل زمانبندی، نیروی مورد نیاز متخصص و بخش‌های حائز اهمیت برای رسیدگی و ... است. بنابر این نقش سرپرست تیم بازرسی بسیار پررنگ است. سرپرست تیم می‌باید بتواند حجم پرتفوی حق بیمه‌ها و خسارات شرکت، سیستم‌های شرکت و حجم عملیات مالی و فنی شرکت را شناسایی و اندازه‌گیری کرده و بر اساس آن برنامه بازرسی را تنظیم کند.

شاید بهتر باشد که بیمه مرکزی نیز مانند حسابرس‌ها، دیوان محاسبات و سازمان بازرسی در شرکت‌ها دفتر دائم داشته باشد و بازرسی‌ها را به طور دائم انجام دهد. با چنین رویه‌ای علاوه بر آنکه امور بیمه مرکزی تسهیل می‌شود، اطلاعات دریافتی از شرکت‌های بیمه صحت سنجی می‌گردند. از طرفی دیگر صرف حضور نهاد ناظر در شرکت‌ها، آنها را از بسیاری از تخلفات و کج روی‌ها باز می‌دارد.

در بررسی‌ها، تطابق شرایط و عملکرد با قوانین و مقررات، دستورالعمل‌ها، بخش‌نامه‌ها و مقررات داخلی شرکت و حتی صرف و صلاح شرکت به طور دقیق ارزیابی می‌شود.

مهمترین اقداماتی که طی بازرسی در محل صورت می‌گیرد به شرح زیر است:

۱. بررسی ترکیب سهامداران و اعضای هیئت مدیره

در گزارش جامع بازرسی، ترکیب سهامداران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. اینکه آیا نصاب سهامداری رعایت شده است. طبق ماده ۳۳ قانون تاسیس، حداکثر سهم یک سهامدار به همراه اقارب نسبی و سببی ۲۰٪ است. علاوه بر آن در آیین نامه ۴۰، مصادیق اشخاص حقیقی و حقوقی که یک شخص محسوب می‌شوند و مجموع سهم آنها نباید بیش از ۲۰٪ شود، ذکر شده است. حد نصاب‌ها حداقل تا سه سطح پایین‌تر بررسی و تطابق آن با قوانین و مقررات بررسی می‌شود. علاوه بر آن ترکیب هیئت مدیره و مدیران شرکت در چارچوب آیین نامه ۹۰ بررسی می‌شود.

۲. صلاحیت کارکنان کلیدی شرکت

این گزارشات می‌تواند مبنای خوبی برای بررسی صلاحیت مدیران باشد. زیرا در بسیاری موارد وقتی افراد برای تأیید صلاحیت به بیمه مرکزی معرفی می‌شوند عملکردی عینی از آنها وجود ندارد. این گزارش گویای

این است که مدیران کلیدی آیا در جایگاه خود به درستی عمل می‌کنند یا خیر. حتی نتایج این بازرسی‌ها می‌تواند معیاری مناسب برای امتیازات مثبت و یا منفی به افراد کلیدی شرکت‌ها باشد.

۳. بررسی نحوه اجرای مصوبات مجامع و مصوبات هیئت مدیره

مصوبات هیئت مدیره و مجامع اخذ می‌شوند و بررسی می‌شود که پیگیری مصوبات و نحوه اجرای آنها چگونه بوده است. همچنین نظم و نسخ مصوبات و نحوه پیگیری آنها در دبیرخانه بررسی می‌شود.

۴. وضعیت دارائی‌های شرکت

در بازرسی در محل اصالت دارائیها تأیید، رد و یا اصلاح می‌شود. از آنجا که نسبت توانگری شرکت‌ها بر اساس دارائی‌ها محاسبه می‌شود. بنابراین اصالت دارائی‌ها بسیار مهم است. اینکه دارائی شرکت در تملک غیر نباشد و شرکت اختیار فروش داشته باشد و دارائی در رهن نباشد در بازرسی‌های در محل مورد بررسی قرار می‌گیرد. همچنین سپرده‌های بانکی نیز به همین شکل بررسی می‌شوند که تضمین نباشند و شرکت به آنها دسترسی داشته باشد و تنها در این شرایط می‌توان آن‌ها را از اقلام دارائی به شمار آورد.

یک بخش از بررسی‌های مربوط به دارائی‌ها این است که دارائی‌ها چگونه معامله شده‌اند. ممکن است به شرکت‌های زیرمجموعه شرکت فروخته شده باشند. در این صورت به طور کلی وضعیت گروه بررسی می‌شود. این که معامله نقدی بوده، به صورت اقساطی بوده و یا معامله‌ای صوری صرفاً جهت شناسایی سود انجام شده است. این که دارائی چگونه قیمت‌گذاری شده است، آیا قیمت‌گذاری بر اساس گزارشات کارشناسی بوده است یا خیر. چنین مواردی با توجه به صرف و صلاح شرکت مطرح است و ما در بازرسی خود به آن می‌پردازیم.

۵. وضعیت مطالبات شرکت

در حسابرسی‌ها در مواردی اظهار نظرها در مورد مطالبات شرکت صریح نیست. در بازرسی در محل، بررسی می‌شود که چه مقدار از مطالبات قابل وصول هستند. تجزیه سنی مطالبات انجام می‌شود و کلیت دارائی‌ها اندازه‌گیری می‌شود. قرار بود که برای تجزیه سنی مطالبات، مقررات داشته باشیم تا بر اساس آن بتوانیم ذخیره مطالبات مشکوک الوصول را شناسایی کنیم. اما این موضوع هنوز به نتیجه نرسیده است.

۶. بدهی‌ها و تعهدات شرکت

ذخایر فنی بخش مهمی از تعهدات شرکت‌ها هستند. در بررسی‌ها بدهیهای قطعی اندازه‌گیری می‌شوند. همچنین بدهی‌های مرجح و غیر مرجح تفکیک می‌گردند. بدهی‌هایی که ارجحیت بیشتری دارند باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند و منابع شرکت می‌باید با بدهی‌ها با در نظر گرفتن ارجحیت آنها هم‌خوانی داشته

باشد. وضعیت شرکت از نظر ایفای تعهدات باید مورد ارزیابی قرار گیرد. این که آیا شرکت توان ادامه فعالیت دارد و یا در آینده با مشکل جدی مواجه است.

۷. عملیات صدور شرکت

بحث عملیات جاری شرکت از حق بیمه‌ها شروع می‌شود. صدور بیمه‌نامه‌ها و عملیات بیمه‌گری به عنوان مهمترین بخش عملیات شرکت مورد رسیدگی فنی قرار می‌گیرد. بررسی می‌شود که آیا ارزیابی ریسک انجام شده است، آیا کمیته مربوطه در آیین نامه حاکمیت شرکتی، تشکیل شده است و آیا شرکت برای این موضوعات از اصول خاصی پیروی می‌کند، آیا شرکت‌ها دستورالعمل و مقررات مربوط به صدور را رعایت می‌کند. آیا شرکت‌ها قوانین و مقررات داخلی خود را رعایت می‌کنند. به عنوان مثال شرکت به شعب اعلام کرده که هر شعبه چه میزان می‌تواند بیمه نامه صادر کند. نحوه اجرای مقررات داخلی شرکت بررسی می‌شود، اینکه آیا این بخشنامه‌های داخلی برای تمام رشته‌ها رعایت شده است. سپس بیمه‌گذاران بزرگ و پر خطر و ضریب خسارت بررسی می‌شوند. در واقع موضوع صرف و صلاح شرکت مطرح می‌شود. اینکه آیا مغز متفکر شرکت، آن را به سمت تعالی و صعود پیش می‌برد.

۸. عملیات پرداخت خسارت شرکت

در بخش خسارت، تمامی آمار و اطلاعات پرداخت‌ها، استخراج و بررسی می‌شود که آیا پرداخت خسارت‌ها اصول خاصی دارد یا خیر. آیا طبق شرایط بیمه‌نامه بوده است، آیا به پوشش‌های اضافی و ... توجه شده است. در مجموع پرداخت خسارت از نظر رعایت قوانین و مقررات مربوط و ضوابط پیش‌بینی شده در آیین‌نامه‌ها و بیمه‌نامه‌ها مورد رسیدگی قرار می‌گیرد.

ضریب خسارت نیز برای برخی قراردادهای مهم شرکت به صورت دقیق محاسبه می‌شود و اگر خیلی بالا باشد در واقع صرف و صلاح شرکت در نظر گرفته نشده است. ممکن است یک گروه از بیمه نامه‌ها ضریب خسارت بالایی داشته باشند ولی در عین حال بیمه گذار سایر اموال خود را نیز بیمه کرده باشد و مجموع پرتفوی حاصل شده سود ده باشد. سرپرست تیم بازرسی باید به همه این موارد توجه کند.

۹. کارمزد نمایندگان

این موضوع که آیا کارمزد پرداختی به نمایندگان طبق مقررات است، بررسی می‌شود. در این بخش دو موضوع اساسی وجود دارد، کارمزد و صدور را بررسی می‌کنیم و با توجه به آیین نامه‌ها بررسی می‌کنیم که آیا آیین‌نامه‌ها رعایت شده‌اند یا خیر. پرداخت کارمزدها بر مبنای وصول حق بیمه هستند. اگر کارمزد توسط نماینده دریافت شده ولی حق بیمه آن وصول نشده باشد، جزء مواردی است که حتما در گزارش نهایی آن را خواهیم آورد زیرا برخلاف مقررات است.

۱۰. هزینه های اداره شرکت

بحث دیگر، هزینه های اداره شرکت است. هزینه مدیریت شرکت بیمه باید متعارف باشد و بین هزینه اداری و حجم فعالیت شرکت بیمه باید رابطه منطقی وجود داشته باشد. ممکن است شرکتها عنوان کنند که چرا بیمه مرکزی حتی به هزینه های اداره شرکت هم ورود می کند. این موضوع در دستورالعمل بازرسی در محل پیش بینی شده است که هزینه های غیر متعارف و هزینه هایی که در جهت اداره امور شرکت نیستند، گزارش شوند. در گزارش بازرسی علاوه بر هزینه های اداری و عمومی، هزینه های پرسنلی و هزینه های تبلیغات نیز بررسی می شوند.

۱۱. بررسی عملکرد شعب شرکت

وضعیت شعب به طور کلی از نظر سود یا زیان عملیات بیمه ای بررسی می شوند. اینکه عملکرد شرکت چه اثری بر سود و زیان شرکت دارد. آیا عملکرد شعب به طور واقعی در وضعیت سود قرار دارد. همچنین در بازرسی در محل از عملکرد بعضی از شعب در تهران و شهرستان ها بازدید به عمل می آید. در این بازدیدها علاوه بر فرآیند صدور، فرآیند پرداخت خسارت و اختیارات شعبه و نحوه نظارت آنها بر نمایندگی ها را بررسی می کنیم. زیرا وظیفه نظارت بر نمایندگی شرکت بر عهده خود شرکت بیمه است و بیمه مرکزی نظارت عالییه دارد. گزارش های نظارتی آنها را بررسی می کنیم که چه دوره هایی بازدید انجام داده اند. چند نماینده نیز به صورت تصادفی توسط تیم بازرسی برای بازدید انتخاب می شوند و رویه نظارت بر نمایندگان شرکت را بررسی می کنیم. در واقع عملکرد شرکت را از بالاترین تا پایین ترین سطوح بررسی می کنیم. به طور کلی صلاحیت نمایندگان را بررسی می کنیم، اینکه آیا با قوانین و مقررات آشنا هستند یا خیر. آیا در صدور بیمه نامه ها، در نگهداری دفاتر الزامات را رعایت می کنند. آیا بر کاری که انجام می دهند اشراف دارند یا خیر.

۱۲. بررسی کنترل های داخلی

کنترل های داخلی بررسی می شوند. اگر کنترل های داخلی در شرکت وجود نداشته باشد، امکان سوء استفاده و تقلب و تخلف بالا می رود. مطابق آیین نامه حاکمیت شرکتی، شرکتها ملزم به داشتن کمیته حسابرسی داخلی هستند. اساسنامه شرکت های بیمه باید مطابق با اساسنامه ای که مورد تأیید بیمه مرکزی و سازمان بورس و اوراق بهادار است و مطابق آیین نامه حاکمیت شرکتی که کمیته های حسابرسی داخلی، تطبیق مقررات و مدیریت ریسک در آن پیش بینی شده باید اصلاح و به تصویب مجمع عمومی فوق العاده برسد. در حال حاضر بسیاری از شرکتها حسابرسی داخلی ندارند و یا اگر دارند در قالب اصلی که باید باشد، نیست. تیم بازرسی در محل کنترل های داخلی را در شرکت مورد ارزیابی قرار می دهد. این موضوع در رسیدگی ها احصاء می شود. در واقع در رسیدگی هایی که تیم بازرسی در تمام موارد شامل بخش فنی، مالی، شبکه فروش، عملکرد هیئت مدیره و سهامداران انجام می دهد، این موضوع ارزیابی می شود. از آنجا که ارزیابی

تمام این فرآیندها در دستور کار اعضای تیم بازرسی است، در بررسی فرآیندها تمام مواردی که کنترل نمی‌شوند، مشخص شده و به عنوان ضعف کنترل داخلی در گزارش درج می‌گردند. ممکن است برخی از مصوبات هیئت مدیره پیگیری اجرا نداشته باشد که این خود نشانه ضعف کنترل داخلی است. برخی دستور العمل‌های داخلی ممکن است متناسب با تعبیه کنترل‌های داخلی نیاز به بازنگری و به روز رسانی داشته باشد.

۱۳. شاخص‌های پیش هشدار

با استفاده از صورتهای مالی، شاخص‌هایی تحت عنوان شاخص‌های پیش هشدار محاسبه می‌شوند. این شاخص‌ها از گزارش IRIS اقتباس شده است و شامل وضعیت نقدینگی، ایفای تعهدات، توانگری، سودآوری و ... است. برای هر یک از این شاخص‌ها آستانه تعیین شده است. اگر مقدار شاخص‌ها خارج از این آستانه شود، در گزارش جامع بازرسی در محل ذکر خواهد شد.

۱۴. بررسی نحوه اجرای آیین نامه‌ها و مقررات

علاوه بر آیین نامه‌های فنی و مالی نحوه اجرای آیین نامه‌ها، افشای اطلاعات و گزارشگری بررسی می‌شود. اعضای تیم بازرسی به وبسایت شرکت مراجعه می‌کنند و اطلاعاتی که باید در وبسایت شرکت منتشر شود را کنترل و بررسی می‌کنند و مغایرتها در صورت وجود در گزارش نهایی آورده می‌شوند. در صورتی که مغایرتی نباشد، نیز در گزارش ذکر خواهد شد که این موارد بررسی شده و مغایرتی مشاهده نگردیده است.

۱۵. بررسی توانگری مالی

توانگری مالی شرکت را بر اساس آیین نامه ۶۹ بررسی می‌کنیم و اگر اطلاعاتی در بازرسی در محل به دست آوریم که بر توانگری مالی تأثیر گذار باشد، آنها را در محاسبه توانگری لحاظ می‌کنیم. از جمله ممکن است بخشی از دارائیه‌ها وثیقه یا رهن باشند، در این صورت این دارائیه‌ها را از سرمایه موجود کسر می‌کنیم. برخی مطالبات ممکن است لاوصول و یا مشکوک الوصول باشند، این موارد را از سرمایه موجود شرکت کسر می‌کنیم. همچنین اگر ذخایر، کم ارزیابی شده باشند، این کسری ذخیره را ارزیابی و به بدهی‌های شرکت اضافه می‌کنیم و در توانگری شرکت لحاظ می‌کنیم. به این ترتیب، نسبت توانگری را بر اساس اطلاعات واقعی که از بازرسی در محل حاصل شده است، اعلام می‌کنیم.

۱۶. بررسی ذخایر فنی

بر اساس آیین نامه ۵۸، ذخایر را رسیدگی می‌کنیم. علاوه بر این آیین نامه، روشهای دیگری نیز بر اساس محاسبات اکچوئری، برای رسیدگی به ذخایر داریم. از آنجا که ما در محل شرکت مستقر می‌شویم، به سیستم فن آوران شرکت دسترسی کامل داریم، داده‌های مورد نیاز محاسبات این روش‌های اکچوئری را از

سیستم فن آوران شرکت اخذ می‌کنیم. با این روشها نیز ذخایر مورد نیاز برای حق بیمه‌های هر سال را محاسبه می‌کنیم و با ارقامی که شرکت در صورت‌های مالی خود لحاظ کرده است مقایسه می‌کنیم و بخشی از گزارش بازرسی به کسری یا کفایت ذخایر اختصاص می‌یابد.

علاوه بر موارد فوق، پرونده‌هایی که خسارت آنها پرداخت نشده است از شرکت اخذ و با فایل خسارت معوق ارسالی شرکت منطبق و صحت اطلاعات، راستی آزمایی می‌شود. اگر اطلاعات پرونده‌ها در فایل خسارت معوق شرکت موجود باشد، پس فایل خسارت معوق قابل اتکا است، در غیر این صورت، شرکت بخشی از خسارت معوق خود را ممکن است اعلام نکرده باشد.

در واقع، علاوه بر سنجش صحت اطلاعات ارسالی به بیمه مرکزی، بررسی می‌شود که آیا تمامی اطلاعات به درستی وارد سیستم شرکت شده است یا خیر. پرونده‌های خسارت به صورت فیزیکی توسط تیم بازرسی دریافت می‌شود و صحت اطلاعات را در سیستم فن آوران و در اطلاعاتی که شرکت برای بیمه مرکزی ارسال کرده است و مبنای ارزیابی‌های بیمه مرکزی شده است، کنترل می‌شود.

ذخایر ریاضی و ذخایر مشارکت در منافع بیمه گذاران عمر را نیز، بر اساس آیین نامه ۶۸ و بر اساس روش‌های اکچوئری محاسبه و کنترل می‌کنیم که آیا از کفایت لازم برخوردار است یا خیر. سیستم‌های صدور در بخش بیمه‌های درمان را هم کنترل می‌کنیم. از آنجا که بیمه‌های عمر و پس انداز اندوخته ساز هستند، بررسی می‌کنیم که آیا اندوخته‌هایی که شرکت برای هر بیمه گذار در نظر گرفته است بر اساس نرخ و بیمه‌نامه مربوطه درست است. شرایط بیمه نامه‌های عمر با یکدیگر متفاوت است و بنابراین اندوخته‌های آنها نیز متفاوت است. ما به طور کلی بررسی می‌کنیم که آیا اندوخته‌ها به درستی لحاظ و در حساب‌ها درج شده است یا خیر.

۱۷. سرمایه گذاری‌ها

سرمایه گذاریهای شرکت هم از لحاظ مقررات آیین نامه ۶۰ رسیدگی می‌شوند و هم اینکه در چه بخش‌هایی سرمایه گذاری شده است. آیا از بازدهی مناسبی برخوردار است یا خیر. اینکه آیا سرمایه گذاری‌ها به تفکیک منابعشان صورت گرفته است. کنترل می‌شود که شرکت منابع بیمه گذاران عمر را صرف بیمه‌های غیر زندگی نکرده باشد. شرکت باید حسابهای جداگانه‌ای برای منابع بیمه‌های عمر و غیر عمر داشته باشد. گاهی دیده می‌شود که شرکتها برای ایفای تعهدات بیمه‌های غیر زندگی از منابع بیمه‌های زندگی استفاده می‌کنند. بیمه مرکزی با ابلاغ یک بخش نامه از شرکتها خواسته است که این حساب‌ها تفکیک شود. این بخش نامه تفکیک کافی نیست و از ابتدای فرآیند صدور، این تفکیک باید در حسابها صورت بگیرد و حسابها به صورت واقعی جدا شوند، طوری که منابع بیمه‌های زندگی کاملاً منفک شود و اگر شرکت در مواقع اضطرار بخواهد

از منابع بیمه‌های زندگی برای بیمه‌های غیر زندگی استفاده کند، حتما باید مجوز بیمه مرکزی را داشته باشد.

۱۸. برنامه عملیاتی

موضوع دیگر آن است که عملکرد شرکت را با برنامه‌های عملیاتی و برنامه‌های بلند مدتی که خود شرکت دارد مقایسه کنیم. شرکت‌های بیمه در سال‌های ابتدای فعالیت خود به بازار بیمه طرح کسب و کار تهیه می‌کنند. این برنامه سه ساله است. در شرکت‌هایی که سابقه فعالیت کمی دارند تا حدود ۶ سال عملکردشان را با آن برنامه مقایسه و کنترل می‌کنیم و بررسی می‌کنیم که چه میزان انحراف وجود دارد و چه میزان پیش‌بینی‌های آنها تحقق پیدا کرده و یا از آن فاصله گرفته‌اند. اگر شرکت قدمت بیشتری داشته باشد، از بخش طرح و برنامه شرکت آخرین برنامه عملیاتی یا برنامه بلند مدت را دریافت می‌کنیم. این برنامه‌ها را با این هدف بررسی می‌کنیم که دریابیم که مدیران شرکت و هیأت مدیره شرکت آیا از برنامه تدوین شده و مشخصی پیروی می‌کنند یا خیر. مطابق ماده ۱۹ آیین نامه ۴۰، شرکت‌های بیمه موظفند بر اساس برنامه عملیاتی پیش‌بینی شده موسسه را اداره کنند و هر گونه تغییر در کلیات برنامه عملیاتی را قبلاً به اطلاع و تأیید بیمه مرکزی ایران برسانند. در بخش مالی، عملکرد شرکت‌های بیمه با برنامه عملیاتی آنان کنترل می‌شود و موارد مغایر به شرکت اعلام می‌شود و از آنها در مورد موارد مغایرت توضیح خواسته می‌شود. به صورت خاص در بازرسی‌ها، نیز این موضوع، با استفاده از اطلاعات صحت سنجی شده کنترل می‌شود.

۱۹. وضعیت حساب‌های شرکت با بیمه مرکزی و سایر دستگاه‌ها

از آنجا که بیمه مرکزی بخشی از عملیات بیمه اتکایی اجباری شرکت‌ها را می‌پذیرد، وضعیت حساب‌های فی ما بین بیمه مرکزی و شرکت بیمه رسیدگی می‌شود. اگر در این میان مطالباتی باشد و یا تطبیق حسابی صورت نگرفته باشد حتماً به آن اشاره می‌شود. به علاوه نحوه وصول و واریز عوارض قانونی شرکت‌های بیمه به خصوص عوارض بیمه شخص ثالث نیز بررسی می‌شود.

۲۰. نتیجه‌گیری و پیشنهادات بازرسی در محل

بخش پایانی گزارش جامع بازرسی در محل، به نتیجه‌گیری و پیشنهادات اختصاص دارد. در این بخش موارد عدم رعایت قوانین و مقررات در هر بخش آورده می‌شود. در این بخش تصویر کلی شرکت ترسیم می‌گردد. از جمله نحوه تصمیم‌گیری در شرکت، که آیا شرکت از یک شخص حقیقی یا حقوقی واحد دستور می‌گیرد و به صورت تک بعدی اداره می‌شود و یک فرد یا گروه خاص در امور شرکت تصمیم‌گیرنده است و یا تصمیمات به صورت مشورتی توسط افراد مختلف اخذ می‌شود؛ نحوه برگزاری جلسات هیأت مدیره، که آیا منظم است و تصمیمات درست گرفته می‌شود، آیا تصمیمات هیأت مدیره پیگیری می‌شوند، آیا اعضای هیأت مدیره از صلاحیت لازم برخوردارند؛ همچنین وضعیت کلی دارائیه‌ها، وضعیت کلی بدهی‌ها، میزان

واقعی تعهدات شرکت، توانایی ایفای تعهدات شرکت، وضعیت اداره امور شرکت از لحاظ صدور بیمه نامه، از لحاظ خسارت و از نظر هزینه‌های اداری امور شرکت؛ وضعیت سود و زیان شرکت‌ها که آیا عملیات بیمه‌گری که انجام می‌دهند قابلیت سودآوری را دارد؛ سرمایه‌گذاری‌های شرکت چگونه است، آیا بازده مناسبی دارد؛ شبکه فروش شرکت، وضعیت نمایندگی‌ها، شعب شرکت از نظر اختیارات و عملکرد و فرآیندهایشان گزارش می‌شود.

در پایان، نتیجه‌گیری کلی می‌شود که وضعیت شرکت در تمام موارد چگونه است و پیشنهاداتی ارائه می‌شود. در هر بخش که به یافته‌ای خاص می‌رسیم گزارش برای شرکت بیمه ارسال و از شرکت توضیح می‌خواهیم. اگر توضیحات شرکت قانع کننده نباشد، برای انجام اصلاحات، پیشنهاداتی را ارائه می‌کنیم.

گزارش جامع، مستند به اسناد و مدارک مثبت^۲ است. برای تمام یافته‌های آن مدارک موجود است و بنابراین گزارش کاملاً قابل دفاع است. هدف از این بازرسی‌ها اصلاح امور شرکت است. هدف ایجاد خلل در روند فعالیت شرکت و یا کشف تخلفات نیست، بلکه هدف هدایت شرکت به مسیر درست و سالم است؛ مسیری قانونی و منطقی که بیمه مرکزی را از اینکه منابع شرکت تکافوی تعهدات آن را می‌دهد مطمئن کند.

پیگیری نحوه اعمال نتایج بازرسی در محل، به اندازه کار بازرسی در محل، حائز اهمیت است. نتایج گزارشات در هیأت عامل مطرح می‌شود، نکات مهم آن استخراج و به شرکت‌های بیمه ابلاغ می‌گردد. ضروری است که مسئولی مشخص برای این موضوع تشکیل شود که اقدامات اصلاحی شرکت را رصد کند و به طور مستمر مورد ارزیابی قرار داده و گزارش دهد.

۳،۱۴،۲ ضوابط تشکیل کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه

هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا.ا به استناد تبصره ماده ۱۰ دستورالعمل بررسی صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی موسسات بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۶/۴/۲۵ ضوابط تشکیل کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه را تصویب نمود.

بر اساس ماده ۲ این مصوبه، به منظور رسیدگی به تخلفات گزارش شده از عملکرد کارکنان کلیدی موسسه بیمه کمیته‌ای متشکل از اشخاص زیر تشکیل می‌گردد:

۱. قائم مقام رئیس کل

۲. معاون نظارت

۳. مدیر کل امور حقوقی

^۲ حسابداران برای شناسایی و اندازه‌گیری و ثبت رویدادهای مالی به اسناد و مدارک نیاز دارند. در حسابداری برای بدهکار و بستانکار کردن حسابها نمی‌توان بر اساس گفته‌های افراد و مدارک شفاهی اقدام نمود بلکه حتماً باید مدرک وجود داشته باشد. به اسناد و مدارکی که نشان دهنده وقوع یک رویداد مالی هستند اصطلاحاً اسناد و مدارک مثبت می‌گویند. در تمامی انواع مدارک مثبت باید تاریخ وقوع رویداد مالی، مبلغ رویداد مالی و شرح رویداد مالی به طور شفاف و گویا درج شده باشد.

۴. مدیر کل دفتر حراست

۵. مدیر کل نظارت بر صلاحیت‌های حرفه‌ای (دبیر کمیته)

حسب مورد، معاون یا مدیر کل ارائه دهنده گزارش برای حضور در جلسه دعوت می‌گردد و کمیته می‌تواند در صورت لزوم از کارمند کلیدی مورد نظر برای حضور در جلسه یا ارائه مستندات لازم دعوت به عمل آورد.

در ماده ۳، معاونت‌های بیمه مرکزی و ادارات موظف شده‌اند ضمن بررسی عملکرد کارکنان کلیدی و شناسایی مصادیق تخلف آنان از قوانین، مقررات و مصوبات شورای عالی بیمه، گزارش‌های درخواست تذکر و یا اخطار خود را مستند به قوانین و مقررات همراه با پیشنهاد مشخص برای طرح در کمیته عنوان معاون نظارت ارسال نمایند.

بر اساس ماده ۴، کمیته بر اساس گزارش دریافتی، متناسب با نوع، سابقه، تکرار و تعدد تخلف کارمند کلیدی و یا اقدامات مثبت آنان (از قبیل تقلیل آثار قصور و یا تخلف و همکاری موثر با بیمه مرکزی) مجازات‌ها و تشویق‌هایی را به شرح جدول زیر تعیین می‌نماید:

جدول ۱۲. ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی، نمرات منفی و مقام مجاز ابلاغ تخلف

نوع اقدام	مقام مجاز ابلاغ تخلف			
	مدیر کل	معاون	رئیس کل	شورای عالی بیمه
تذکر نوع اول	-۲	-۱۰	-۱۸	-
تذکر نوع دوم	-۴	-۱۲	-۲۰	-
اخطار نوع اول	-۶	-۱۴	-۲۲	-۲۶
اخطار نوع دوم	-۸	-۱۶	-۲۴	-۳۰

جدول ۱۳. ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی، نمرات مثبت و مقام مجاز ابلاغ تشویق

نوع اقدام	مقام مجاز ابلاغ تشویق			
	مدیر کل	معاون	رئیس کل	شورای عالی بیمه
تشویق نوع اول	۴	۸	۱۲	۱۵
تشویق نوع دوم	۸	۱۶	۲۴	۳۰

بر اساس ماده ۵، تصمیمات کمیته به صورت مکتوب و مستدل با اکثریت آرا اتخاذ و توسط مقام مجاز به کارمند کلیدی و موسسه بیمه مربوط کتبا ابلاغ و در سوابق مربوطه در سامانه سنها و سایر سوابق مرتبط و در ارزیابی‌های بعدی مورد استناد قرار خواهد گرفت.

بر اساس ماده ۶، معاونت نظارت بر اساس نمرات مکتسبه کارکنان کلیدی، نسبت به استعلامهای به عمل آمده در خصوص صلاحیت حرفه‌ای آنان اعلام نظر خواهد نمود. در صورتی که جمع نمرات منفی و مثبت کارکنان کلیدی به عدد ۳۰- برسد صلاحیت وی توسط معاونت نظارت تأیید نخواهد شد.

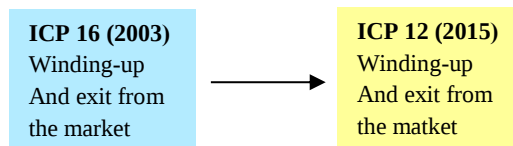
بر اساس ماده ۷، در صورتی که جمع جبری نمرات هر کارمند کلیدی (که در حال فعالیت در سمت کارکنان کلیدی است) به عدد ۳۰- برسد، معاونت نظارت موضوع لغو تأییدیه صلاحیت حرفه‌ای وی را با ذکر مدت محرومیت و سمتهای مشمول محرومیت به هیأت عامل پیشنهاد خواهد نمود. در صورتی که برای کارمند کلیدی دارای نمره منفی، تخلفی احراز و در سامانه سنها ثبت نگردد، معاونت نظارت می‌تواند به ازای هر سال عدم احراز تخلف ۲۰ درصد از نمرات منفی اولیه وی را کاهش دهد.

بر اساس ماده ۸ در صورتی که مجموع نمرات مثبت و منفی مدیران ارشد موسسه بیمه به ۱۰۰- برسد، موضوع تعلیق فعالیت آن موسسه بیمه در یک یا چند رشته با ذکر مدت تعلیق و شروط رفع آن در هیأت عامل بیمه مرکزی مطرح و در صورت لزوم به شورای عالی بیمه گزارش می‌گردد.

به این ترتیب هیأت عامل بیمه مرکزی، با تنظیم ضوابطی برای کمی سازی عملکرد افراد کلیدی شرکت‌های بیمه، عملکرد آنان را ارزیابی می‌کند و در صورت لزوم از آنان سلب صلاحیت می‌کند.

۳.۱۵ تبیین ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از بازار بیمه

اصل اساسی ۱۶ از اصول ۲۸ گانه انجمن بین المللی در سال ۲۰۰۳ به انحلال و خروج از بازار اختصاص داده شده است، همچنین اصل اساس ۱۲ از اصول اساسی ۲۶ گانه به روز رسانی شده تا سال ۲۰۱۷ نیز به همین موضوع پرداخته است. هر دو نسخه اصول اساسی مضمون یکسانی دارند و بسیار مشابه هستند (معاونت نظارت، ۱۳۹۳) (IAIS, 2003) (مهدی زاده & حائری، ۱۳۹۶) (IAIS, 2011).



شکل ۵ اصول اساسی ناظران بین المللی بیمه، ساز و کار خروج شرکت‌ها از صنعت بیمه

اصل اساسی ۱۲ از اصول ۲۶ گانه سال ۲۰۱۷ به شرح زیر است:

قانون، طیف وسیعی از گزینه‌ها برای خروج نهاد قانونی بیمه‌ای از بازار را مشخص کرده است. عدم توانگری، در قانون تعریف شده و ضوابط و راهکارهای مواجهه با عدم توانگری نهاد های

قانونی بیمه‌ای نیز مشخص شده است. در صورت وقوع انحلال یک نهاد قانونی بیمه‌ای، چارچوب قانونی اولویت را به حمایت از بیمه‌گذاران با هدف حداقل نمودن اختلال در تامین به موقع منافع بیمه‌گذاران می‌دهد.

مقایسه این اصل، با اصل ۱۶ از اصول اساسی سال ۲۰۰۳ نشان می‌دهد که تنها موضوعی که به این اصل اضافه شده است، آن است که هدف از حمایت از بیمه‌گذاران حداقل نمودن اختلال در تامین به موقع منافع بیمه‌گذاران است.

که در آن دستورالعمل‌های مقدماتی به شرح زیر هستند:

۱- این ICP فقط برای اشخاص حقوقی استفاده می‌شود و تمرکز این ICP بر عدم توانگری و توقف فعالیت در شرایط اضطرار است، هر چند حمایت از حقوق بیمه‌گذاران نیز باید برای توقف سالم فعالیت مورد توجه قرار گیرد.

۲- بیمه‌گر ممکن است دارای پایایی مالی نبوده یا دچار عدم توانگری شود، در چنین مواردی ناظر جهت حل و فصل این موضوع ممکن است در اختیار گرفتن آن بیمه‌گر توسط یک موسسه توانمندتر یا ادغام بیمه‌گر در آن موسسه را الزامی کند. چنانچه تمامی دیگر اقدامات کارساز نباشد، به منظور حفظ منافع بیمه‌گذاران، ناظر باید از توان لازم جهت تعطیل کردن {نهاد} بیمه‌گر مذکور برخوردار بوده یا در تعطیل کردن بیمه‌گر مذکور همکاری نماید.

۳- قانون در زمان انحلال بیمه‌گر باید برای دریافتی بیمه‌گذاران اولویت قائل شود، هر چند در بسیاری از حوزه‌های قضایی معمول است که اولویت به سایر ذی‌نفعان، شامل کارکنان و مراجع مالی داده شود. در برخی از حوزه‌های قضایی، صندوق حمایت از بیمه‌گذاران، یک حمایت جایگزین یا اضافی را ارائه می‌دهد.

۴- چنانچه بیمه‌گر عضوی از یک گروه باشد، ضمانت‌ها و مبادلات بین گروهی می‌تواند در میان بیمه‌گر و سایر نهادهای عضو گروه وجود داشته باشد. در این صورت، هنگام انحلال بیمه‌گر، ناظر با سایر ناظران مربوطه جهت تحقق اقدامات ساماندهی شده همکاری می‌نماید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد همکاری نظارتی به ICP 25 با موضوع همکاری و هماهنگی نظارتی مراجعه شود (IAIS, 2015).

چالش‌های انتقال پرتفو

به دنبال بحران شرکت بیمه توسعه و چالش‌های ایجاد شده در راستای اجرای ماده ۴۴ و ۵۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری پژوهشی (موسوی، ۱۳۹۵) با موضوع انتقال پرتفو به سفارش بیمه مرکزی در تیر ماه ۱۳۹۵ انجام شد که بخش‌هایی از آن را در این بخش می‌آوریم.

در قوانین ایران، در زمینه پرتفو، از نظر حقوقی پرتفو به صورت دقیق تعریف نشده است و در این زمینه ابهام مفهومی حقوقی وجود دارد.

مستفاد از ظاهر ماده ۴۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه گری سال ۱۳۵۰، به مجموع حقوق و تعهدات یک شرکت بیمه، پرتفو گفته می‌شود. بنابراین تمام حقوق مالکانه، مطالبات، قراردادهای بیمه‌نامه‌های یک شرکت بیمه و تعهدات اموال ناشی از آنها جزو پرتفوی شرکت بیمه هستند. در حالیکه این تعریف متفاوت از تعریف اصطلاحی فنی در دانش بیمه و رویه عملی بیمه مرکزی است. بنابراین ضروری است که در ارائه یک تعریف حقوقی و تفسیر محدوده و گستره این ماده، تعریف فنی بیمه را در نظر قرار داد.

ابهام فوق یک مشکل عملی و اجرایی مهم را نیز با خود به همراه دارد که عبارت است از ابهام در نحوه انتقال پرتفوی بیمه که البته نواقص مربوط به قوانین احکام انتقال پرتفو نیز به طور جدی بر این موضوع افزوده است. لذا با عنایت به موارد فوق بدیهی است که ابهام و نقص قوانین ایران در تعریف پرتفوی و اجزای آن، باید با تحلیل و بررسی حقوقی برطرف شود تا اجزای پرتفو به خوبی مشخص گردند تا بتوان فرایند حقوقی و قانونی انتقال آنها را تشریح و تبیین نمود.

پرتفوی شرکت‌های بیمه دارای ترکیبی از مجموعه حقوق و تعهدات شرکت است. بنابراین ضروری است به این سوال پاسخ داد که محدوده و گستره این حقوق و تعهدات چیست؟

در ایران عملاً سه تعریف از پرتفو می‌توان ارائه نمود:

۱- از دید حقوقی، با توجه به ماده ۴۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه گری می‌توان تعریفی گسترده از پرتفو شامل تمامی حقوق و تعهدات شرکت بیمه ارائه کرد.

۲- از دید فنی و اصطلاحی تخصصی بیمه و با عنایت به رویه عملی بیمه مرکزی ایران و علم بیمه، پرتفو شامل حقوق و تعهدات مرتبط با بیمه‌نامه است.

۳- از دید مصلحت گرایانه و با عنایت به هدف حمایتی حقوق بیمه و حفظ حقوق بیمه گذاران، پرتفو را می‌توان با توجه به تعریف حقوقی فوق، شامل حقوق و تعهدات مرتبط با بیمه‌نامه به علاوه اموال شرکت بیمه دانست.

به دلیل عدم شفافیت و نظارت ناکافی بیمه مرکزی بر عملکرد مالی شرکت‌های بیمه در حوزه ارزیابی پرتفو، عملاً بسیاری از عواید حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر شرکت‌های بیمه که باید جزو حقوق بیمه گذاران قرار گیرد، متأسفانه با ترفندهای مختلفی جزو حقوق سهامداران قرار می‌گیرد. لذا در هنگام بروز مشکلات مالی،

شرکت‌های بیمه پرتفویی بدهکار را ارائه می‌دهند که تکافوی جبران حقوق بیمه‌گذاران را نمی‌کند و به علاوه شرکت بیمه را نیز در فرآیند ارزیابی پرتفو برای انتقال موضوع ماده ۴۴ با مشکل مواجه می‌سازد.

در مورد بیمه توسعه نیز انتقال اموال و املاک سهامداران به بیمه ایران اینگونه قابل توجیه است که چون عواید حاصل از سرمایه گذاری ذخایر به طور نادرست و برخلاف قانون در صورت‌های مالی بیمه توسعه ذیل عنوان حقوق سهامداران قرار گرفته است، لذا بیمه مرکزی آنها را در واقع به عنوان جزئی از پرتفو تلقی کرده و به بیمه ایران منتقل ساخته است. لذا این اقدام بیمه مرکزی نیز در عمل مغایرتی با تعریف فنی مورد پذیرش به شرح فوق ندارد و طرز تلقی بیمه مرکزی از مفهوم پرتفو و اجزای آن در این قضیه، در محدوده تعریف اشاره شده قرار می‌گیرد.

بنابراین تعریف قابل ارائه از پرتفو بیمه و اجزای آن در حقوق ایران عبارت است از: « کلیه حقوق و تعهدات مالی ناشی از بیمه‌نامه‌ها و عواید حاصل از سرمایه‌گذاری‌های ذخایر» به عبارت دقیق تر، پرتفو بیمه به معنای تمام حقوق و تعهدات و مسئولیت‌های کنونی و آتی حاصل از بیمه‌نامه‌ها اعم از دیون و مطالبات و عواید حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر مربوط به حق بیمه‌ها است و کلیه اموال، وجوه و روابط عینی و دینی و حقوق و تعهدات مالی بیمه‌گر و نیز ودایع سپرده شده نزد بیمه مرکزی در رابطه با موارد فوق را نیز شامل می‌شود. تعریف فوق شامل تمام دیون مربوط به بیمه‌نامه‌ها از جمله خسارات قطعی پرداخت نشده و معوق و تمام مطالبات مربوط به بیمه‌نامه‌ها از جمله اقساط آتی حق بیمه‌های عمر و عواید حاصل از سرمایه گذاری ذخایر است. خسارات قطعی پرداخت نشده گذشته مربوط به بیمه‌نامه‌های منقضی شده، به همراه حق‌بیمه‌های دریافتی مربوط به آنها و عواید حاصل از سرمایه گذاری ذخایر آنها جزو پرتفو هستند و عواید حاصل از سرمایه گذاری ذخایر نباید جزو حقوق و مطالبات سهامداران لحاظ شود. حق بیمه‌های بیمه‌های منقضی شده که مشمول پرداخت خسارت نشده است، جزو پرتفو قرار نمی‌گیرند ولی حق بیمه تمام بیمه‌نامه‌های جاری به عنوان جزئی از پرتفو محسوب خواهند شد، حتی اگر هنوز مشمول پرداخت خسارت نشده باشند.

در رویه عملی بیمه مرکزی فقط جریان مالی مجموعه بیمه‌نامه‌ها را به عنوان پرتفو قبول دارد. پرتفو شامل مجموعه تعهدات حاصل از بیمه‌نامه‌ها و جریان‌های مالی مشتق از آن است. انتقال پرتفو باید جدای از حالتی باشد که اموال در حالت ورشکستگی منتقل می‌شوند. زیرا ممکن است پرتفو به صورت جزئی منتقل شود ولی شرکت ورشکسته نشده باشد. از سوی دیگر اینکه در قانون تاسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری ذکر شده است که حقوق بیمه‌گذاران بر حقوق سایرین مقدم است، نشان می‌دهد که پرتفو جدای از سایر اموال شرکت است.

بعلاوه انتقال پرتفو صرفاً با هدف تغییر متعهد تعهدات و مسئولیت‌های مربوط به بیمه نامه‌ها صورت می‌گیرد لذا هیچ ارتباطی با تمام اموال شرکت بیمه پیدا نمی‌کند. در اصطلاح فنی بیمه‌ای، پرتفو عبارت است از سبد ریسکی که شرکت بیمه برعهده می‌گیرد. یعنی مجموع بیمه‌نامه‌های یک شرکت بیمه که دربرگیرنده ریسک‌های بیمه‌ای هستند پرتفو را تشکیل می‌دهند. مجموع حق بیمه دریافتی و خسارات مورد انتظار یا قطعی و ذخایر و ودایع و عواید حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر را پرتفوی بیمه می‌گویند.

البته باید توجه داشت که عواید حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر مربوط به حق بیمه‌ها جزو پرتفوی بیمه است. علت اینکه در حقوق خارجی نیز سرمایه‌گذاری‌های مربوط به ذخایر را جزو پرتفو تلقی می‌کنند حمایت از بیمه‌گذاران است.

این مشکل حتی در مقام عمل، بیمه مرکزی را نیز در موارد انتقال پرتفو با مشکل روبرو می‌کند زیرا در موردی مثل شرکت بیمه توسعه، به دلیل شفاف نبودن حساب‌های شرکت، ارزیابی دقیق پرتفو بسیار دشوار شده است به گونه‌ای که بیمه مرکزی و بیمه ایران ناچار خواهند بود، برخی از اموال سهامداران را به عنوان پرتفو شناسایی کنند در حالی که چنین اقدامی در ظاهر امر از لحاظ تئوری و نظری صحیح نیست. این مشکل به خوبی نشانگر تعارض نظری و عملی مفهوم پرتفو در شرکت‌های بیمه ایرانی است. لذا در مقام عمل به نظر می‌رسد که بیمه مرکزی در موارد انتقال اجباری پرتفو مقداری از تعریف فنی و تخصصی پرتفو فاصله گرفته است در حالی که در واقع چنین نیست و مشکل از عدم نظارت کافی بر صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه و تخلفات آنها ناشی می‌شود.

در هر حال و صرفنظر از موارد فوق، با توجه به مجموع اوضاع و احوال حاکم بر فعالیت‌ها و ماهیت خدمات در رابطه با پرتفوی بیمه «تعهدات» شرکت‌های بیمه، به نظر می‌رسد تفسیر مضیق و صحیح حقوقی از عبارت (مندرج در ماده ۴۴ قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری)، آن است که صرفاً آن دسته از حقوق دینی که به طور مستقیم با بیمه‌نامه‌های موسسه بیمه مرتبط هستند را جزء پرتفوی قلمداد نمود.

با عنایت به مجموع اطلاعات می‌توان چنین گفت که مفهوم پرتفوی بیمه در همه کشورهای مزبور و نیز اسناد سازمانهای بین‌المللی مورد مطالعه اصولاً یکسان بوده به نحوی که در مقام دستیابی به حقوق و تعهدات حاصل از بیمه‌نامه‌ها و عواید حاصل از سرمایه تعریفی واحد، می‌توان از پرتفوی بیمه تحت عنوان «حقوق و تعهدات حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر مربوط به حق بیمه‌های یک موسسه بیمه» نام برد.

از سوی دیگر، قانون در رابطه با اینکه معیارهای بیمه مرکزی برای احراز عدم مغایرت انتقال با منافع ذینفعان چیست نیز ساکت است که ایراد مهمی است. برای مثال بهتر بود قانونگذار اشاره می‌کرد که بیمه مرکزی باید توانگری مالی شرکت انتقال گیرنده و نیز بهتر بودن وضعیت مالی آن نسبت به شرکت انتقال گیرنده را

ذکر می‌کرد. ایراد سوم آنکه قانون در مورد اسناد و مدارکی که طرفین انتقال باید به بیمه مرکزی برای بررسی ارائه نمایند نیز ساکت است که ایراد مهمی محسوب می‌شود و باید این موارد در قانون تصریح می‌شد. در هر حال با عنایت به عمومیت مفاد این ماده باید گفت که تنها راه حل رفع این ایرادات این است که با تفسیر موسع متن قانون بگوییم که بیمه مرکزی بنا به تشخیص خود، صلاحیت کامل و موسعی برای تشخیص معیارها و اسناد فوق دارد.

بررسی مفاد سند فوق نشان می‌دهد مدیریت صحیح انتقال پرتفوی از سوی نهاد ناظر بیمه برای حمایت از منافع ذینفعان ضروری است. بر این اساس هر نوع انتقال پرتفوی که به تغییر کنترل و اداره بیمه‌گر میانجامد باید با مجوز، هماهنگی و نظارت نهاد ناظر بیمه باشد.

اهم نتایج مطالعه تطبیقی انتقال پرتفو به شرح زیر است:

- ✓ سازوکارهای انتقال پورتفوی بیمه که امکان انتقال تمام یا بخشی از حقوق و تعهدات یک شرکت بیمه را بدون نیاز به کسب رضایت فردی بیمه‌گذاران میسر می‌سازد، ابزاری مفید برای حفظ حقوق و منافع ذینفعان بیمه، خصوصاً بیمه‌گذاران آن‌دسته از شرکت‌های بیمه است که در حفظ حقوق و منافع بیمه‌گذاران خود دچار مشکل شده یا به طور حتم پیش‌بینی می‌شود که دچار مشکل شوند. این فرآیند سبب می‌شود منافع ذینفعان، مصون بماند. حتی شاید بتوان گفت که شرکت‌های بیمه نیز احیای مجدد پرتفوی خود را در سایه انتقال پرتفوی ممکن می‌بینند.
- ✓ در تمام کشورهای مورد مطالعه، انتقال پرتفو بر اساس اراده و توافق (انتقال اختیاری)، از نظر حقوقی به رسمیت شناخته شده است.
- ✓ در کشورهای مورد مطالعه، انتقال ارادی پرتفوی بیمه مستقیم و اتکایی در بیمه‌های عمر و غیر عمر پذیرفته شده است اگرچه در مورد بیمه اتکایی، ضوابط و تشریفات قانونی بیشتری تعیین شده است. در عین حال، در میان انواع بیمه نیز انتقال بیمه عمر با تشریفات بیشتری همراه است.
- ✓ اصلی‌ترین چالش انتقال پرتفو، حمایت از منافع بیمه‌گذاران است. بر این اساس، در اغلب کشورها ارائه گزارش اکچوئر و حسابرس مستقل مورد تایید نهاد ناظر بیمه از سوی هر دو طرف لازم است.
- ✓ در راستای حفظ منافع بیمه‌گذاران، نظارت بر انتقال پرتفو از سوی بالاترین نهاد ناظر در صنعت بیمه صورت می‌گیرد. در نظارت مزبور، مهمترین موضوع، احراز شرایط مالی مناسب منتقل‌الیه است. در برخی از کشورها، حداقل شرایطی مالی که تضمین‌کننده توانگری مالی است برای منتقل‌الیه تعیین شده است.
- ✓ از دیگر تشریفات مهم انتقال پرتفوی بیمه، اعلان عمومی و اطلاع به کلیه بیمه‌گذاران است. بر این اساس در بیشتر کشورهای مورد مطالعه، ضروری است موضوع انتقال به همراه شرایط و اهداف آن در روزنامه کثیرالانتشار محل اقامتگاه هر دو شرکت طرف انتقال و نیز در روزنامه رسمی منتشر شود.
- ✓ در اغلب کشورهای مورد مطالعه، این اختیار به بیمه‌گذاران داده نشده است که به واسطه اعتراض به انتقال پرتفو، راساً مانع از انتقال آن گردند بلکه تنها در مهلت مقرر، این حق به آنها اعطا شده است که

با اعتراض به مرجع ذیصلاح، بروز خسارت و مخدوش شدن حقوق و منافعشان را اثبات کنند تا مانع از صدور مجوز انتقال از سوی نهاد ناظر بیمه شوند. این امر از مهمترین عوامل موثر در صدور مجوز انتقال پرتفو است. تنها در کره جنوبی به شیوهای متفاوت عمل شده است و رضایت یک دهم بیمه-گذاران برای انتقال ضروری عنوان شده است.

انتقال اجباری پرتفو

در راستای پاسخگویی به یکی از سئوالات اصلی این تحقیق که بررسی تطبیقی قوانین و مقررات انتقال اجباری پرتفو می باشد، به بررسی قوانین مربوط به موارد انتقال اجباری پرتفوی بیمه در حقوق کشورهای مورد مطالعه پرداخته شده است که البته مطالعات صورت گرفته نشان می دهد این موارد شامل لغو پروانه و ورشکستگی شرکت های بیمه می شود و سپس، قوانین و مقررات ناظر به چگونگی انتقال و روش آن مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعات این تحقیق نشان می دهد که با وجود تفاوت در برخی احکام و مقررات و تشریفات اجرایی، به نظر می رسد در میان نظام های حقوقی، اختلاف مهمی در زمینه مفهوم ورشکستگی وجود ندارد و آنگونه که در منابع معتبر بیان شده است ورشکستگی به معنی عدم توانایی تاجر از پرداخت دیونش است که گاه از آن به توقف نیز تعبیر می شود. ۱- تحقق عنوان ورشکستگی از نظر حقوقی نیازمند صدور حکم قضایی از مرجع صالح است. ۲- متعاقبا با گسترش صنعت بیمه و افزایش تعداد ورشکستگی بیمه گران و مشکلات ناشی از آن، این دیدگاه قوت گرفت که ضروری است ضوابطی خاص در مورد عجز از پرداخت دیون بیمه گران تدوین شود. بر اساس رویکرد جدید که می توان آن را رویه غالب و پذیرفته شده در نظام های حقوقی معاصر دانست، به این نکته توجه شده است که ماهیت بیمه و نقش حمایتی آن در توسعه فعالیت های تجاری و صنعتی، وجود ضوابطی خاص را اقتضا می کند. نادیده گرفتن این امر سبب می شود رغبت عمومی در استفاده از بیمه کاهش یابد که نتیجه آن از بین رفتن فرصت های فراوان سرمایه گذاری و یا ایجاد چالش های متعدد برای شهروندان جوامع است. بر مبنای این تحلیل در تدوین ضوابط ورشکستگی بیمه گران به عنوان یکی از موارد انتقال اجباری پرتفو، هدف اصلی حمایت از منافع بیمه گذاران و سایر ذینفعان است. بنابراین تلاش می شود با واگذاری پرتفوی بیمه گر ورشکسته به یک صندوق حمایتی، امکان اجرای حداکثری و سریع تعهدات فراهم گردد. تنها از این طریق است که می توان نوعی اطمینان خاطر در جهت عدم تحقق ورشکستگی بیمه گران و اجرای ضوابطی خاص را در راستای حمایت از ذینفعان ایجاد نمود که متأسفانه این روش یا عبارت مهم «انتقال پرتفو به بیمه ایران» در حقوق ایران مغفول مانده است و صرفا در حد چند کلمه به امکان کلی اشاره شده است.

صندوق تأمین خسارت‌های بدنی نیز نهادی شبیه صندوق‌های تضمینی است که در کشورهای دیگر در مورد جبران خسارات وارده به ذینفعان ایجاد شده است. با این قید که بر اساس صدر ماده ۱۰ جبران خسارت بر مبنای استفاده از این صندوق صرفاً منوط به پرداخت خسارت‌های بدنی زیان‌دیدگان در حوادث رانندگی است. بنابراین نمی‌توان از سازکار ایجاد شده در این صندوق برای سایر خسارات و یا پوشش سایر بیمه‌ها استفاده کرد. (همان منبع)

لازم به ذکر است در پژوهشی که در ارتباط با ظرفیت‌های قوانین و مقررات موضوع ماده ۴۴ و ۵۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری برای انتقال پرتفو و ادغام شرکت‌های بیمه انجام شده است (موسوی، ۱۳۹۵) سه آیین نامه پیشنهادی مجزا برای انتقال پرتفو به صورت اجباری، اختیاری و ادغام شرکت‌های بیمه ارائه گردیده است.

با توجه به موارد فوق‌الذکر تدوین ساز و کار خروج شرکت‌ها از صنعت بیمه امری ضروری است.

۳،۱۶ صندوق حمایت از بیمه‌گذاران

نظر به اصل اساسی ۱۲ از اصول اساسی انجمن بین‌المللی بیمه‌گران و بند سوم دستور العمل مربوط به آن به کارکرد صندوق حمایت از بیمه‌گذاران اشاره شده است. در بسیاری از کشورها نیز چنین ساز و کاری برای حمایت از بیمه‌گذاران وجود دارد. تأسیس چنین صندوقی در ایران نیاز به تصویب قوانین مقتضی دارد.

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مجالس قانون‌گذاری، دولت‌ها و ناظران صنعت بیمه را ملزم به بهره‌برداری از مکانیسم‌های مختلفی برای تأمین منافع و حفظ حقوق مشتریان بیمه و گسترش چتر حمایت بیمه نموده‌اند که «صندوق‌های حمایت از بیمه‌گذاران» یکی از جدیدترین و مهمترین این راهکارهاست. با توجه به تجربه وضعیت نامناسب مالی شرکت بیمه توسعه در جبران خسارات زیان‌دیدگان و بیمه‌گذاران ضروری است، ضمن بررسی و بهره‌گیری از تجارب جهانی در این زمینه، اقدام شایسته برای تضمین حقوق بیمه‌گذاران صنعت بیمه و افزایش اعتماد و اطمینان عمومی بیمه‌گذاران به جبران قطعی و فوری خسارات در صورت بروز وضعیت مشابه برای دیگر موسسات بیمه فعال در بازار بیمه کشور و ورشکستگی هر یک از آنها انجام شود.

تدوین قانون تشکیل صندوق تضمین تعهدات بیمه‌ای ضروری است. این موضوع ضرورت تنظیم لایحه‌ای با این موضوع را یادآوری می‌کند. این لایحه می‌تواند در راستای تبیین اختیارات بیمه مرکزی مصرح در ماده ۴۴ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری ۱۳۵۰ برای استفاده از اختیارات خود در رابطه با «ترتیب خاص دیگری که متضمن منافع بیمه‌گذاران ... باشد» تنظیم شود. مطالعات اولیه حقوقی در این زمینه انجام شده

است و لایحه‌ای در ۱۲ ماده و ۱۱ تبصره توسط محققین پیشنهاد شده است (موسوی، ۱۳۹۵). همچنین مطالعات دیگری به صورت جداگانه در این حوزه توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی تهیه شده است.

در حال حاضر، در صورت بروز هرگونه بحران ناشی از عدم توانایی مالی و ورشکستگی هریک از موسسات بیمه، قانون گذار ساز و کار جبران خسارات بیمه گذاران و زیان دیدگان جانی بیمه‌های شخص ثالث اتومبیل را از طریق صندوق تأمین خسارت‌های بدنی مشخص نموده است؛ اما بیمه‌گذاران و زیان دیدگان مالی شخص ثالث، حوادث راننده، بدنه اتومبیل و سایر رشته‌ها نظیر بیمه‌های آتش‌سوزی، باربری، درمان، انواع خسارات جانی و مالی موضوع رشته‌های مهندسی و مسئولیت، حوادث و از همه مهمتر انواع بیمه‌های زندگی (عمر) از ساز و کار جبران بی بهره بوده و در صورت بروز ورشکستگی یا ناتوانی مالی بیمه‌گر خود ضمن از دست دادن تأمین پوشش بیمه‌ای، در صورت وقوع حادثه و بروز خسارت از دریافت غرامت بی بهره می‌مانند. در چنین شرایطی اعتماد این قبیل بیمه‌گذاران به موسسات بیمه از بین خواهد رفت. شکایت قضایی و در افتادن در هزار توی رسیدگی قضایی در محاکم هزینه‌های مضاعفی را به آنها تحمیل نموده و در نهایت پس از طی مراحل طولانی رسیدگی‌ها، احتمال نرسیدن به مقصود نیز وجود خواهد داشت (گشادرو، ۱۳۹۵).

استقبال از فعالیت این صندوق‌ها به نحوی است که در برخی از کشورها با توجه به اهمیت رشته‌های بیمه‌ای خاص و سهم آن‌ها از پرتفوی صنعت بیمه، علاوه بر صندوق‌های عمومی حمایت از بیمه‌گذاران، صندوق‌های مستقلی برای بیمه‌گذاران خاص ایجاد نموده‌اند. آلمان، فرانسه و کانادا از جمله این کشورها هستند که حمایت‌هایی مستقل برای بیمه‌گذاران بیمه‌های سلامت (درمان) و زندگی و نیز بیمه گذاران بیمه‌های اجباری فراهم آورده‌اند. اهداف کلی کشورها از تاسیس و راه اندازی این صندوق‌ها حمایت از بیمه گذاران غیرحرفه‌ای، حفظ اعتماد عمومی و افزایش کارآمدی و توسعه رقابت است.

۳،۱۷ پیشنهادات

با بررسی تغییرات اعمال شده در مجموعه قوانین و مقررات صنعت بیمه، پیشنهادات زیر در راستای نظارت موثرتر ارائه می‌گردد:

۱- تعیین ضوابط و ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از بازار بیمه

بیمه مرکزی در راستای حمایت از بیمه گذاران قوانین و مقررات سختگیرانه‌تری برای جلوگیری از ایجاد بحران در شرکت‌های بیمه در نظر گرفته است. اما تحت هر مجموعه قوانینی همواره امکان ظهور شرکتی که نمی‌تواند به تعهدات خود متعهد باشد وجود دارد. با توجه قوانین و مقررات بین المللی و تجربه شرکت بیمه توسعه و با توجه به موارد مبهم قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری لازم است که بیمه مرکزی ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از بازار بیمه را تعیین کند.

۲- تأسیس صندوق حمایت از بیمه گذاران

از آنجا که صندوق تامین خسارت‌های بدنی با اصلاحات اخیر در قانون بیمه شخص ثالث برای تامین خسارت‌های بدنی رشته بیمه شخص ثالث در صورت توقف فعالیت هر یک از شرکت‌های بیمه ساز و کار لازم را در اختیار دارد، به نظر می‌رسد برای حمایت از بیمه‌گذاران بیمه‌های غیر زندگی (غیر خسارت بدنی) و نیز بیمه‌های زندگی تأسیس صندوق حمایت از بیمه گذاران ضرورت دارد. یکی از راه‌های تامین مالی این صندوق می‌تواند از طریق اختصاص درصدی از حق بیمه‌های صادره به صندوق مذکور باشد. در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته چنین صندوقی به عنوان مکمل نهادهای نظارتی تأسیس و راه‌اندازی شده است که می‌توان از تجربیات آنها استفاده کرد.

۳- تعیین ضوابطی مدون برای تأیید حسابرس و بازرس قانونی شرکت‌های بیمه توسط بیمه مرکزی

مطابق ماده ۱۲ آیین نامه ۴۰/۴ مصوب ۱۳۸۷/۴/۳۱، حسابرس و بازرس قانونی مؤسسه بیمه باید از میان حسابرسان مورد تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و معتمد بورس اوراق بهادار انتخاب شوند. در سال‌های اخیر تأیید حسابرسان و بازرسان قانونی در بیمه مرکزی با سخت‌گیری بیشتری انجام می‌شود. سازمان بورس و اوراق بهادار، موسسات معتمد حسابرسی را بر اساس دستورالعملی مدون، طبقه بندی کرده است. با توجه به اهمیت عملکرد این موسسات در افشای اطلاعات، بیمه مرکزی نیز به منظور جلوگیری از تأییدهای سلیقه‌ای بهتر است آیین‌نامه و یا دستور العملی مدون برای تأیید این موسسات داشته باشد. همچنین سوابق عملکرد موسسات حسابرسی تأیید شده نیز لازم است که ثبت و نگهداری شود و بر اساس آن برای سال‌های بعد در مورد تأیید ایشان توسط بیمه مرکزی تصمیم گیری شود.

۴- انجام بازرسی‌های در محل به صورت دوره‌ای

از آنجا که بازرسی‌های در محل می‌تواند اطلاعات دقیق و همه جانبه‌ای را برای نهاد ناظر جمع آوری کند و با ارائه راهکار، شرکت‌های بیمه را به مسیر درست هدایت نماید، بازرسی‌های در محل در اغلب کشورهای دنیا انجام می‌شود. همچنین در اصول اساسی ناظران بین المللی بیمه نیز این نوع نظارت، ضروری به شمار آمده است. همچنین تجربه بازرسی‌های انجام شده توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی نشان می‌دهد که بازرسی در محل قادر به اصلاح شرایط شرکت‌ها است و در جلوگیری از بروز بحران‌ها می‌تواند نقش به سزایی داشته باشد. از این رو، لازم است که بازرسی‌های در محل، با جدیت بیشتر و توسط افراد متخصص، با تجربه و متعهد ادامه یابد. این بازرسی‌ها برای جلوگیری از ایجاد بحران و شناسایی شرکت‌هایی که در شرایط بحرانی هستند به منظور ارائه راهکارهای اصلاحی بسیار مفید هستند. پیگیری نتایج حاصل از این بازرسی‌ها نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارتی نحوه اصلاح مشکلات احصاء شده در بازرسی‌ها

می‌باید به طور جدی توسط بیمه مرکزی پیگیری شود. به این منظور دستورالعمل بازرسی در محل تنظیم شده توسط بیمه مرکزی بهتر است به صورت یک آیین نامه توسط شورای عالی بیمه تصویب و ابلاغ شود.

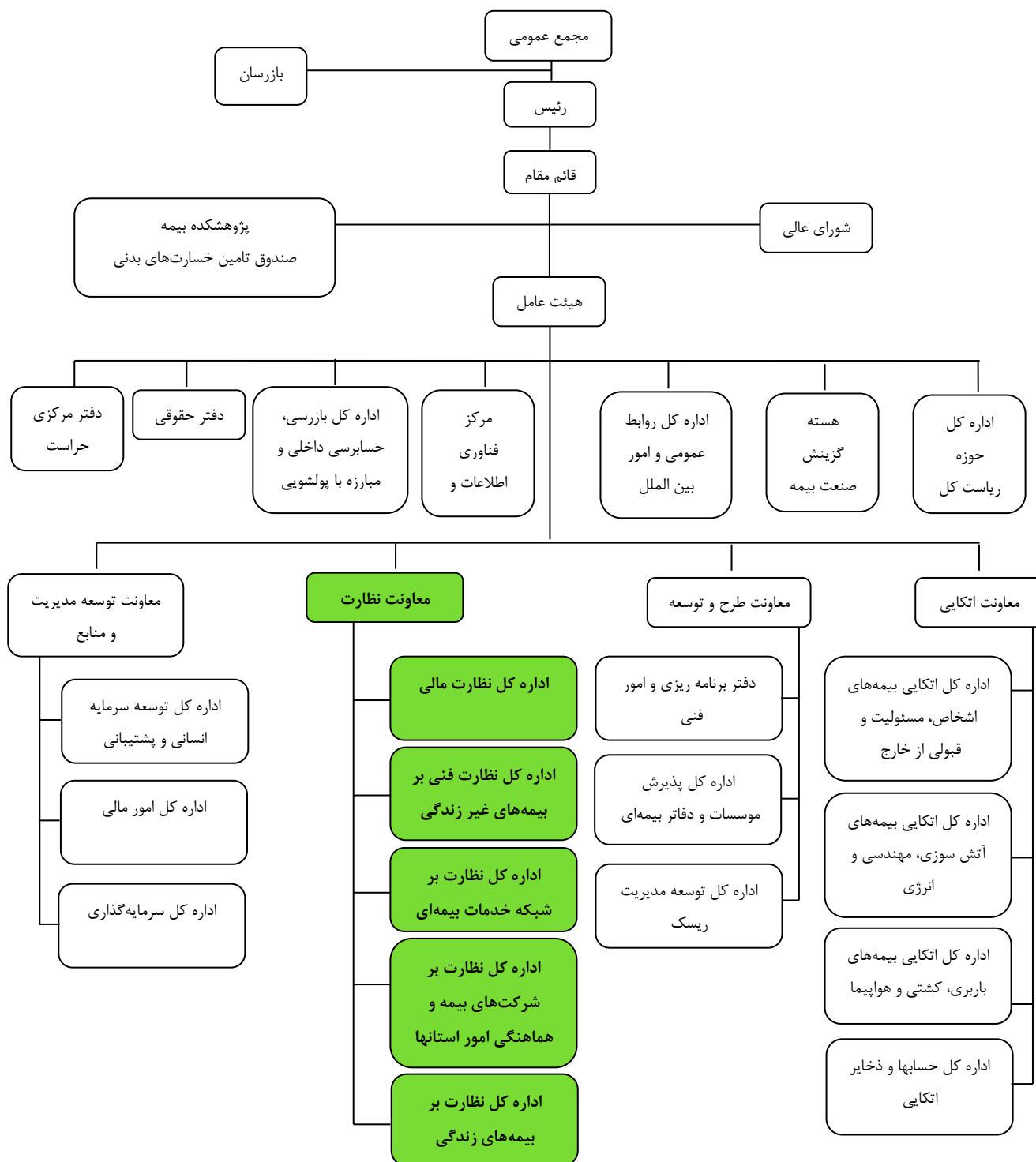
فصل چهارم: نحوه نظارت

۴,۱ مقدمه

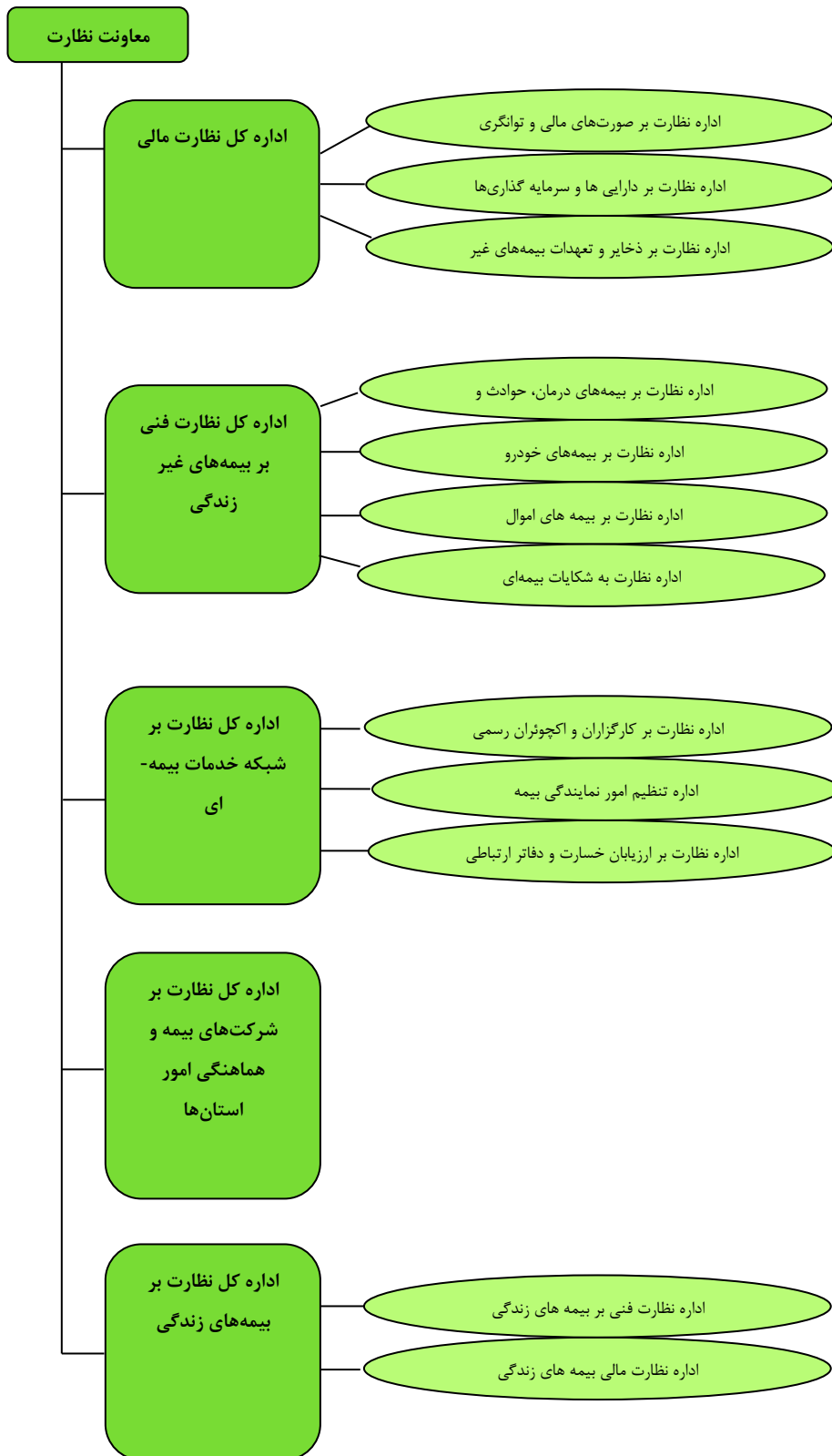
در جلد اول طرح پژوهشی درس‌های بحران شرکت بیمه توسعه، که دلایل و علت ایجاد بحران را مورد بررسی قرار دادیم، اغلب مصاحبه شوندگان بعد از ضعف مدیریتی شرکت بیمه توسعه، نحوه نظارت بیمه مرکزی بر اجرای قوانین و مقررات صنعت بیمه را مهمترین عامل موثر در ایجاد بحران به شمار آورده‌اند. در این فصل، با بررسی رویکرد نظارتی بیمه مرکزی در بازه زمانی انجام این پژوهش، شرایط فعلی در واحد نظارت بیمه مرکزی را مورد بررسی قرار خواهیم داد و اینکه تغییرات صورت گرفته تا چه حد مانع از ایجاد بحران‌های مجدد خواهد شد را تحلیل خواهیم کرد.

۴,۲ ساختار معاونت نظارت

نمودار سازمانی بیمه مرکزی مصوب ۱۳۹۶/۱۱/۱ هیئت عامل به صورت زیر است:



شکل ۶ نمودار سازمانی بیمه مرکزی مصوب ۱۳۹۶/۱۱/۱ هیئت عامل



شکل ۷ نمودار سازمانی معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران

از آنجا که تعداد قابل توجهی از فعالین صنعت بیمه، معتقد بودند بحران شرکت بیمه توسعه با رویکرد بیمه مرکزی در نحوه نظارت مرتبط بوده است (منطقی پور، ۱۳۹۵، et al.)؛ در ادامه به تغییراتی که در نحوه نظارت رخ داده است خواهیم پرداخت.

۴,۳ وظایف معاونت نظارت

رئوس وظایف اختصاصی معاونت نظارت

- محاسبه شاخص های مالی و نظارت بر اجرای مقررات توانگری مالی مؤسسات بیمه
- بررسی ساختار صورت های مالی و سرمایه گذاری ها، نحوه ذخیره گیری و تعیین اندوخته ها و ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک مؤسسات بیمه
- نظارت بر رعایت مفاد اساسنامه، کنترل نصاب های سهامداری و شرکت در مجمع عمومی سالانه مؤسسات بیمه

- بررسی و اظهار نظر در مورد انحلال، ورشکستگی، انتقال عملیات و ادغام مؤسسات بیمه
- نظارت بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه ای
- نظارت بر فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه گذاران و زیان دیدگان در مؤسسات بیمه
- تدوین بخشنامه های لازم در راستای نظارت بر اجرای صحیح مقررات
- پاسخگویی و رسیدگی به شکایات بیمه ای بیمه گذاران
- نظارت بر مجوزهای صادره و نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه که توسط مؤسسات بیمه، تعیین و اعلام شده است در انطباق با مقررات مربوط
- نظارت بر نحوه پذیرش و فعالیت نمایندگان بیمه و بررسی و رسیدگی به اختلاف میان نماینده و مؤسسات بیمه

- برخورد قانونی با اشخاص حقیقی و حقوقی فاقد مجوزهای فعالیت های بیمه ای
- بررسی استمرار شرایط احراز و صلاحیت قانونی و فنی مدیران مؤسسات بیمه و نمایندگان، کارگزاران، ارزیابان، آکچوئران، دفاتر ارتباطی، مؤسسات آموزشی
- نظارت بر اجرای مقررات پرداخت کارمزد توسط مؤسسات بیمه برای کارگزاران و نمایندگان بیمه.
- نظارت بر حسن اجرای مصوبات شورای عالی بیمه، بخشنامه ها و مجوزهای صادره توسط مؤسسات بیمه و اعمال ضمانت های اجرایی مقرر در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط
- طراحی و اجرای بازرسی از شرکتهای بیمه و شبکه خدمات بیمه ای
- نظارت بر اجرای برنامه جامع عملیاتی شرکتهای بیمه تازه تاسیس

رئوس وظایف عمومی

معاونت، دفاتر و ادارات کل:

قانون مداری و اجرای دقیق قوانین و مقررات فرا دست با آگاهی از اهداف و سیاست‌های بیمه مرکزی بررسی تنگنایهای اجرائی دستورالعمل‌ها و سیاست‌های مرتبط با حوزه فعالیت و ارائه پیشنهادها لازم برای اصلاح آنها انجام بررسی‌های لازم در خصوص شیوه‌های اجرایی طرح‌ها و تهیه و تدوین پیش نویس شیوه‌نامه‌ها و رویه‌های داخلی مورد نیاز توجه به مصادیق بین المللی مأموریت‌های مورد عمل و برنامه‌ریزی برای اجرای موثر آن برنامه‌ریزی، تقسیم کار، تعیین حدود اختیارات ادارات کل و دفاتر و نظارت به منظور انجام مطلوب وظایف و مأموریت‌های مورد عمل ایجاد و حفظ هماهنگی و یکپارچگی، انسجام و ارتباطات لازم مابین فعالیت‌های مختلف تعریف شده جهت رسیدن به نتیجه مطلوب اتخاذ تمهیدات لازم برای برون‌سپاری خدمات قابل واگذاری حوزه فعالیت به منظور احتراز از توسعه غیر ضرور تشکیلات و تلاش برای چابک‌سازی سازمان کار و انجام امور با بهترین کیفیت راهبری، مشارکت و همکاری در جلسه‌ها و کمیته‌های مرتبط با حوزه فعالیت مکاتبه و ارائه آمار و اطلاعات مورد نیاز به واحدها و مراجع ذی‌ربط در حیطه مأموریت‌ها و وظایف مورد عمل و تهیه و ارسال گزارش‌های لازم برنامه‌ریزی و نظارت برای رعایت مرامنامه، منشور اخلاقی و حقوق بیمه‌گذاران، حفظ اسناد و عدم افشای اطلاعات بیمه مرکزی اعمال کنترل‌های لازم برای پیشگیری از بروز تخلفات احتمالی و اقدامات مغایر با مصالح بیمه مرکزی و ارائه گزارش تخلفات و جرایم مربوط به حوزه کاری به واحدهای ذیربط. فراهم نمودن محیط رشد و تعالی منابع انسانی و پیشنهاد انتصاب، آموزش، تشویق و تنبیه کارکنان واجد شرایط تحت سرپرستی بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد و لیاقت و شایستگی انجام سایر اموری که از طرف مقام مافوق در چارچوب شرح وظایف مصوب ارجاع می‌شود.

۴,۴ اداره کل نظارت مالی

این اداره شامل سه زیر اداره است:

- (۱) اداره نظارت بر صورت‌های مالی و توانگری؛
- (۲) اداره نظارت بر دارایی‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها؛
- (۳) اداره نظارت بر ذخایر و تعهدات بیمه‌های غیر زندگی.

شرح وظایف هر یک از این زیر اداره‌ها در بخش پیوست‌ها (۶,۶) آورده شده است.

۴,۴,۱ رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت مالی

یکی از تحولات مهم صنعت بیمه که می‌تواند در جلوگیری از ایجاد بحران‌های مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه موثر واقع شود، نحوه بررسی کفایت ذخایر فنی رشته شخص ثالث طبق آیین ۵۸ و موضوع ماده ۵۸ قانون بیمه شخص ثالث مصوب ۱۳۹۵ است. برای بررسی نحوه نظارت بر اجرای این ضوابط جزئیات

گزارشاتی که توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی تهیه می‌شود و فرآیند بررسی کفایت ذخایر در بخش پیوست‌ها بخش (۶,۲) آورده شده است.

همچنین چارچوب گزارش‌هایی که برای نظارت بر اجرای آیین نامه ۹۴، توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی تهیه می‌شود در بخش (۶,۳) آورده شده است. این گزارشات کاملاً مدون هستند و رعایت یا عدم رعایت تمام مواد آیین نامه توسط شرکت بیمه در آن‌ها ثبت می‌گردد.

در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۵ صاحب‌های با جناب آقای حق وردیلو، مدیر کل اداره نظارت مالی انجام شد و ایشان مهمترین تحولات در نحوه نظارت این اداره کل را بعد از بحران شرکت بیمه توسعه و طی سال‌های اخیر تشریح کردند که در ادامه آورده شده است:

✓ جدیت و اراده بیشتر برای نظارت

جدیتی که اکنون در رویکرد نظارتی مدیران ارشد بیمه مرکزی وجود دارد در آن مقطع کم رنگ تر بود. زیرا تجربه‌ای مانند بحران شرکت بیمه توسعه وجود نداشت. این تجربه موجب شده است که نظارت در فرآیندها و پیگیری‌ها بسیار جدی‌تر باشند و مدیران ارشد بیمه مرکزی در برخورد با شرکت‌های بیمه متخلف مصمم‌تر گردند. این جدیت ناخودآگاه به مدیران سطوح پایین‌تر نیز تسری پیدا کرده است، زیرا وقتی گزارشات نظارتی تهیه و ارائه می‌شود و منجر به اقدام می‌گردد، خود به خود انگیزه‌ها افزایش می‌یابد و جدیت در تمام سطوح بالاتر می‌رود. در واقع در سال‌های قبل از بحران شرکت بیمه توسعه، ابعاد وسیع بحران یک شرکت بیمه تجربه نشده بود. اینکه چه مشکلاتی می‌تواند برای جامعه ایجاد کند، مسبب چه پیامدهای اجتماعی گردد و ابعاد این پیامدها چقدر است، ملموس نبود. این موضوع باعث شد تا نه تنها بیمه مرکزی حتی حاکمیت، به نظارت و به خصوص نظارت مالی حساس‌تر شود. این تجربه نشان داد چنانچه در نظارت‌ها تساهل و تسامح انجام گیرد، پیامدهای جبران ناپذیری می‌تواند برای جامعه ایجاد کند. به طور کلی می‌توان گفت رویکرد نظارت جدی‌تر شده است و این جدیت حتی اثرگذارتر از تحولات قوانین و مقررات است.

✓ نظارت بر توانگری شرکت‌های بیمه، شرط حضور در مناقصات بیمه‌ای

سالهای اولیه بعد از تصویب آیین نامه ۶۹، بحث توانگری شرکت‌ها خیلی جدی نبود. در آن زمان صرفاً محاسبات توانگری انجام و به شرکت ذیربط اعلام می‌شد اما اکنون توجه بیشتری به آن می‌شود. در حال حاضر توانگری شرکت‌های بیمه در پورتال بیمه مرکزی درج و اطلاع رسانی عمومی می‌شود و در اختیار

بیمه‌گذاران و آحاد جامعه قرار می‌گیرد. اکنون استعلام‌های مختلف از بیمه‌گذاران بزرگ داریم که از ما می‌خواهند که شرکت‌هایی که توانگر هستند به آنها معرفی کنیم، تا آنها را در مناقصات بیمه ای خود شرکت دهند. برخی از آنها که اطلاع دارند، به پورتال بیمه مرکزی مراجعه و عدد توانگری را مشاهده می‌کنند. برخی که اطلاع ندارند از ما شاخص‌های مالی از جمله توانگری را استعلام می‌گیرند.

در حال حاضر هیأت مدیره شرکت‌هایی که برای برون سپاری خدمات مورد نیاز و از جمله بیمه مناقصه برگزار می‌کنند، و نیز سازمان‌های نظارتی مانند سازمان بازرسی و دیوان محاسبات در خصوص دستگاههای اجرایی، از مدیران ذیربط درخواست می‌کنند تا صرفاً شرکت‌های بیمه دارای توانگری مالی مناسب را در مناقصات بیمه ای خود شرکت دهند و شرکت‌های با توانایی ایفای تعهدات پایین را وارد مناقصات نکنند. در بسیاری از مناقصات تنها شرکت‌های با توانگری مالی سطح یک و یا حداقل سطح ۲ در مناقصات شرکت داده می‌شوند و شرکت‌های با نسبت توانگری پایین‌تر را کنار می‌گذارند. به این ترتیب می‌توان گفت به مرور زمان توانگری جایگاه خود را پیدا کرده است.

توانگری در شرایط فعلی جدی‌تر پیگیری می‌شود. به طوری که حتی از بعد زمانی نیز چنانچه شرکت‌ها مستندات و محاسبات توانگری را با تأخیر به بیمه مرکزی ارسال کنند، به آنها تذکر کتبی داده می‌شود. یعنی اگر در بازه زمانی تعیین شده در آیین‌نامه، که حداکثر تا چهار ماه بعد از پایان سال مالی آنها است، محاسبات مربوط به توانگری را ارسال نکنند، با تذکر کتبی مواجه خواهند شد. در واقع ملاحظه می‌شود که نسبت به قبل، حتی در گرفتن به موقع اطلاعات نیز جدیت بیشتری از طرف بیمه مرکزی وجود دارد. وظیفه تأیید محاسبات توانگری مالی شرکت‌های بیمه، پس از اظهار نظر حسابرس مستقل و بازرس قانونی شرکت، با بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌باشد. شرکت‌ها محاسبات توانگری خود را به بیمه مرکزی می‌فرستند، سپس ما با اصلاح و جرح و تعدیل‌هایی، توانگری مالی مورد تأیید بیمه مرکزی را به شرکت اعلام می‌نمائیم. لازم به ذکر است محاسبات توانگری بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی شده سال قبل انجام می‌شود. اداره کل نظارت مالی با در نظر گرفتن یادداشتهای حسابرس مندرج در صورتهای مالی و گزارش توانگری و نیز بررسی تمام موارد تاثیر گذار از جمله مطالبات معوق و کسری احتمالی ذخایر فنی، بعضاً به نتایج متفاوتی نسبت به محاسبات شرکت می‌رسد.

✓ دارا بودن توانگری سطح دو برای دریافت مجوز فعالیت در رشته بیمه شخص ثالث

یک نکته حائز اهمیت آن است که قانون بیمه شخص ثالث مصوب سال ۱۳۹۵ پیش بینی کرده است که در پایان خرداد ماه سال جاری، شرکت‌های بیمه غیر از بیمه ایران که دولتی است برای فعالیت در این

رشته بیمه‌ای باید از بیمه مرکزی مجوز بگیرند. چندین ملاک و معیار برای اخذ مجوز در نظر گرفته شده است. از جمله این موارد برخورداری از حداقل سرمایه الزامی است که شرکت باید حداقل سرمایه مصوبه هیئت محترم وزیران را داشته باشد و همچنین دارای حداقل توانگری سطح ۲ باشد. لذا ملاحظه می‌شود که ارتباط دادن ادامه فعالیت در رشته بیمه شخص ثالث با موضوع توانگری مالی بر اهمیت توانگری افزوده است. اگر شرکت‌ها ریسک‌ها را درست ارزیابی و مدیریت نکنند و به عبارت دیگر از حداقل سرمایه موجود جهت پوشش ریسک‌های خود برخوردار نباشند، توانگری مالی آنها تنزل خواهد یافت و این امکان وجود دارد که مجوز شخص ثالث آنها توسط بیمه مرکزی تمدید نشود.

بنابراین علاوه بر قوانین و مقررات، در اجرا نیز که البته به پشتوانه قوانین صورت می‌گیرد، بحث توانگری اهمیت بیشتری پیدا کرده است. اگرچه آیین‌نامه توانگری تغییر نکرده است، اما نحوه نظارت بر توانگری در شرایط فعلی قابل مقایسه با سال‌های گذشته نیست. در سال‌های قبل تعدیلات در محاسبات شرکت انجام نمی‌شد، در شرایط فعلی در مواردی، تعدیلاتی را اعمال می‌کنیم که ممکن است مربوط به موضوعات مختلف نظیر کسری ذخایر فنی، عدم احتساب ذخیره کاهش ارزش سرمایه‌گذاریها در صورتهای مالی و مطالبات معوق و سنواتی و... باشد. اوایل در برابر این تعدیلات از طرف شرکتهای بیمه اعتراض‌ها و مقاومت‌هایی صورت می‌گرفت اما اکنون این موضوع عملاً در صنعت بیمه جا افتاده و پذیرفته شده است. گاهی شرکت‌ها مستنداتی ارائه می‌کنند و پس از بررسی، حسب مورد بیمه مرکزی محاسبات را اصلاح و تعدیل می‌نماید. تعدیلات انجام شده در محاسبات توانگری مالی شرکت‌ها، حسب مصوبه هیئت محترم عامل بیمه مرکزی صورت می‌گیرد.

✓ تأثیر توانگری بر تعادل بین منابع و تعهدات شرکت‌های بیمه

یکی از نقدهایی که به توانگری می‌کنند، گذشته نگر بودن آن است. به عبارتی بیان می‌شود که توانگری مالی بر اساس داده‌های تاریخی محاسبه می‌شود. اما به نوعی توانگری مالی شاخصی پیش‌هشدار هم می‌تواند تلقی شود. وقتی توانگری شرکتی سال به سال کاهش می‌یابد، این خود یک علامت است. از طرفی رسانه‌ای شدن توانگری موجب می‌شود که شرکت‌ها در پذیرش ریسک احتیاط و مراقبت بیشتری کنند. بخش عمده‌ای از توانگری در آیین‌نامه ۶۹ که چهار ریسک در آن پیش‌بینی شده است، مربوط به ریسک بیمه‌گری یا ریسک صدور است. شرکت‌ها برای داشتن نسبت‌های بالاتر سعی می‌کنند مدیریت بهینه فرایند پرداخت خسارت را در شرکت خود مستقر نمایند. همچنین سعی می‌نمایند به فرایند کشف و برخورد با تقلبات بیمه‌ای با دقت بیشتری بپردازند. مقوله دیگر مهم در بحث ریسک صدور، حق بیمه‌ها

هستند که شرکتهای بیمه در چارچوب مکانیزم طراحی شده در آئین نامه شماره ۹۴ سعی می‌کند آنها را به درستی تعیین کنند. در واقع شرکتهای بیمه خود به این نتیجه می‌رسند که ریسک‌ها را بهتر مدیریت کنند، در غیر این صورت توانگری مالی آنها افت می‌کند و به دنبال آن پرتفوی خوب را از دست می‌دهند. بحث دیگری که مطرح است آن است که با توجه به شرایط حاکم بر بازار بیمه ایران و از جمله بحث تحریم‌ها، هیئت عامل به شرکتهای بیمه مستقیم اجازه داده است که تحت ضوابطی قبولی اتکایی هم انجام دهند. یکی از این ضوابط، بحث توانگری (حداقل ۱۲۰٪) و سرمایه (حداقل ۲,۵۰۰ میلیارد ریال) است. در واقع شرایط سخت‌تری هم از نظر سرمایه و هم از نظر توانگری مالی برای آن دسته از شرکتهای بیمه مستقیمی که تمایل دارند در حوزه قبولی اتکایی نیز فعالیت نمایند در نظر گرفته شده است. از نظر منطقی هم این سختگیری برای قبولی اتکایی درست است. در واقع شرکتی می‌تواند علاوه بر ریسک‌های خود ریسک‌های شرکتهای دیگر را هم بپذیرد که از عهده ایفای تعهدات برآید. پس لازم است که علاوه بر سرمایه، توانگری لازم را داشته باشد.

✓ لزوم ارائه برنامه ترمیم مالی برای شرکتهای بیمه دارای توانگری پایین

نکته دیگر حائز اهمیت در ارتباط با توانگری مالی، قبل از برنامه ترمیم مالی خیلی جدی گرفته نمی‌شد. به شرکت گفته می‌شد که باید مدیریت ریسک و یا افزایش سرمایه انجام شود و اغلب نیز به سمت افزایش سرمایه سوق داده می‌شدند. اکنون علاوه بر افزایش سرمایه، یک برنامه ترمیم مالی از شرکت خواسته می‌شود. برنامه‌ای که نحوه افزایش نسبت توانگری را تشریح کند. بعضاً جهت کاهش ریسک بیمه‌گری از شرکت درخواست می‌شود نسبت به واگذاری اتکایی اختیاری به بیمه مرکزی اقدام نمایند. موضوع مهم دیگر پایش برنامه ارائه شده است. در حال حاضر شرکت برنامه توانگری خود را به بیمه مرکزی ارائه می‌کند، برنامه در بیمه مرکزی بررسی می‌شود در صورت نیاز، برنامه به شرکت بازگردانده می‌شود تا شرکت اصلاحات لازم را انجام دهد. مرحله بعد از تایید برنامه، پایش آن است. در بازه‌های زمانی بررسی می‌شود که آیا اقدامات شرکت و برنامه ترمیم مالی در یک راستا هستند و به عبارت دیگر آیا شرکت به برنامه ترمیم مالی پایبند بوده است. برای بسیاری از شرکت‌ها جلسه برگزار می‌کنیم و اعضای هیئت مدیره به بیمه مرکزی دعوت می‌شوند. یکی از دلایل این نشست‌ها و جلسات بحث توانگری مالی است. در حالی که در دوره‌های قبل این گونه نبود؛ صرفاً مکاتبه می‌شد و گاهی تغییر جدی نیز رخ نمی‌داد.

✓ لزوم نظارت بر سطح توانگری آنلاین

یکی از پروژه‌هایی که می‌توان گفت تاکنون ۵۰٪ پیشرفت داشته است، این است که بتوان توانگری را آنلاین محاسبه کرد. از آنجا که بخش عمده نسبت توانگری متأثر از ریسک صدور است و بیمه‌نامه‌های صادره در سנהاب ثبت می‌شوند، با رصد تغییرات پرتفوی می‌توان محاسبات ریسک صدور را به روز کرد. سایر آیتم‌ها به صورت سالانه در نظر گرفته می‌شوند. اگر این پروژه به طور کامل عملیاتی شود علاوه بر بیمه مرکزی، شرکت نیز می‌تواند به صورت روزانه تغییرات نسبت توانگری خود که متأثر از صدور بیمه نامه های جدید است را ببیند و تغییرات وضعیت توانگری خود را ارزیابی کند.

✓ نظارت بهتر بر نحوه اجرای آیین‌نامه سرمایه‌گذاری

اولین نکته در مورد آیین نامه ۶۰ این است که این آیین‌نامه در دست بازنگری است. در آیین‌نامه فعلی ضمانت اجرایی خیلی مشخص و واضحی برای مباحث نظارتی در نظر گرفته نشده است. در پیش نویس آیین نامه جدید، ضمانت‌های اجرایی خوبی در نظر گرفته شده است. ضمن آنکه با توجه به پیگیری‌ها و مکاتبات متعدد بیمه مرکزی با شرکتهای بیمه در سنوات گذشته مبنی بر تفکیک سرمایه گذاریها از محل ذخایر ریاضی و سایر منابع، در پیش نویس آیین نامه جدید این مهم محقق گردیده است.

✓ استفاده از سנהاب برای وصول اطلاعات سرمایه‌گذاری

نکته دیگر این است که اکنون به صورت مستمر، با استفاده از سנהاب خیلی از اطلاعات شرکتهای بیمه با جزئیات دریافت می‌شود و به همین دلیل در حال حاضر امکان طبقه بندی صحیح سرمایه گذاریهای انجام شده بر اساس مفاد آیین نامه شماره ۶۰ فراهم گردیده است. در حالی که قبلاً این اطلاعات به صورت کلی دریافت می‌شد. از جمله مواردی که دریافت جزئیات آنها بسیار حائز اهمیت است و امهایی است که شرکت به نمایندگان یا اشخاص داده است، قبلاً فقط گفته می‌شد که وام داده شده است اما اکنون باید مشخص شود که وام به چه افرادی و تحت چه عنوانی داده شده است، آیا نمایندگان دریافت کننده وام حائز شرایط دریافت وام بوده اند، آیا نرخ سود بطور صحیح محاسبه و دریافت شده است؟ آیا وثایق لازم گرفته شده یا خیر. در مقایسه با اوایل دهه ۹۰ و قبل از آن، اکنون کنترل‌ها خیلی بیشتر شده است.

بررسی اصالت دارائی‌ها یکی دیگر از موارد مطرح است. در صورت مغایرت و یا مشاهده تخلف، تیم‌های بازرسی در محل، موضوع را از نزدیک مورد بررسی قرار می‌دهند. بررسی می‌کنیم که چه مقدار از دارائی‌ها به صورت وثایق هستند. قبلاً موضوع وثایق بررسی نمی‌شد. طبق آیین نامه شرکت ها مجازند صرفاً تا ۱۰٪ دارائی‌ها را وثیقه قرار دهند و مازاد بر آن را باید از بیمه مرکزی مجوز بگیرند. اگر شرکتی بدون مجوز و یا

بیش از حد مجاز دارائیه‌ها را وثیقه کرده باشد، این موضوع در توانگری مالی آن شرکت لحاظ می‌شود، در واقع سرمایه موجود شرکت را کم می‌کنیم.

✓ ارائه گزارش سرمایه‌گذاری‌ها به شورای عالی بیمه

قبلاً در بحث سرمایه‌گذاری‌ها، گزارش‌دهی به شورای عالی بیمه خیلی موضوع پر رنگی نبود. در ماده ۱۴ آیین نامه پیش بینی شده بود که باید گزارش سرمایه‌گذاری‌ها را به شورا داده شود. اکنون عملکرد سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌های بیمه به صورت کامل طی یک سال، به شورای عالی بیمه گزارش داده می‌شود. حتی بازده‌های سرمایه‌گذاری‌ها هم به شورا گزارش می‌شود. در واقع این گزارشات، عملکرد سرمایه‌گذاری‌ها را از دو جنبه تطابق با آیین‌نامه و همچنین میزان بازده و ریسک گزارش می‌دهند. بررسی بازده و ریسک سرمایه‌گذاری‌ها از وظایف بیمه مرکزی نیست، اما با توجه به اهمیت موضوع این موارد نیز بررسی و گزارش می‌شوند. شرکت‌های بیمه تعهدات دارند و بنابراین نحوه سرمایه‌گذاری حق بیمه‌ها حائز اهمیت است، به خصوص در بیمه‌های زندگی که شرکت باید بتواند سود بدهد، مشارکت در منافع بدهد، بازده سرمایه‌گذاری‌ها اهمیت بیشتری دارد. بر اساس این گزارشات شورای عالی بیمه برای شرکت تصمیماتی می‌گیرد که متعاقباً توسط بیمه مرکزی به شرکت‌های ذیربط ابلاغ می‌شود. اداره کل نظارت مالی مسئول پایش تصمیمات ذیربط شورا می‌باشد که متعاقباً نتیجه پایش‌ها نیز جهت اتخاذ تصمیم به شورای عالی بیمه گزارش می‌شود. در مراحل بعد عدم اجرای تصمیمات شورا می‌تواند منجر به اخطار به مدیران شرکت بیمه مربوطه شود. در سالهای قبل اخطار به شکل فعلی آن به هیچ عنوان در نظارت مطرح نبود. آیین نامه ۹۰، به تاثیر گذاری این اخطارها قوت بخشید.

در مواردی هم به شرکت‌ها توصیه‌هایی می‌شود که در آیین‌نامه هم نیز پیش بینی نشده است. اما می‌تواند جهت کاهش ریسک سرمایه‌گذاری‌ها و یا افزایش بازده به شرکت کمک کند. به عنوان مثال فرض کنید یک شرکت تمام وجوه خود را به صورت سپرده نگهداری کند، در این شرایط آیین‌نامه رعایت شده است، اما بازده سرمایه‌گذاری‌های آن پایین است، از این رو برای داشتن یک پرتفوی بهینه از سرمایه‌گذاری‌ها به شرکت‌ها توصیه‌هایی ارائه می‌شود. به این ترتیب شرکت‌ها می‌توانند به توانایی خود برای ایفاء تعهدات در آینده مطمئن‌تر باشند. بنابراین می‌توان گفت نحوه نظارت بر سرمایه‌گذاری شرکت‌ها نیز متحول شده است.

✓ حساسیت بیشتر به وضعیت مطالبات شرکت‌های بیمه

اکنون بیمه مرکزی نسبت به مطالبات بسیار حساس‌تر شده است. حتی قرار است برای مطالبات یک دستورالعمل نوشته شود. برای مطالبات سنواتی ذخیره می‌گیریم. قبلاً تمرکز نظارت بیشتر بر سرمایه‌گذاری‌ها بود تا دارایی‌ها. اکنون دارایی‌ها را نیز بررسی می‌کنیم و سهم مطالبات را از مجموع دارایی‌ها مشخص می‌کنیم. به عنوان مثال وقتی سهم مطالبات از دارایی‌های شرکت بالاست، یک هشدار برای ما محسوب می‌شود چرا که شرکت خسارت‌ها را به روز باید پرداخت کند. درصد بالایی نسبت مطالبات به دارایی‌ها، توان پرداخت خسارت شرکت را با مشکل مواجه می‌کند ضمن آنکه در پی بالا بودن مطالبات، منابع در اختیار شرکت جهت انجام سرمایه‌گذاری کاهش می‌یابد اگر چنین شرایطی ادامه یابد شرکت با بحران مواجه می‌شود. اکنون در معاونت طرح و توسعه بیمه مرکزی به دنبال تنظیم آیین‌نامه یا دستورالعملی برای مطالبات شرکت‌ها می‌باشند. انتظار می‌رود در دوره ریاست جناب آقای دکتر سلیمانی، با توجه به تسلط به مباحث مالی ایشان این موضوع به طور جدی تری پیگیری شود. می‌توان گفت یکی از معضلات فعلی صنعت بیمه بحث مطالبات معوق است و به همین دلیل یکی از دستوراتی که ایشان داده‌اند، بررسی و پیگیری همین موضوع است. آیین‌نامه ۶۰ در مورد مطالبات هیچ مقرراتی را در نظر نگرفته است. اما چند سالی است که موضوع دارایی‌ها اهمیت پیدا کرده است و بیمه مرکزی از ابزارهای نظارتی خود برای ورود به این مباحث استفاده می‌کند. در شرایط فعلی شرکت‌ها نیز به موضوع مطالبات اهمیت بیشتری می‌دهند، اکنون کمیته وصول مطالبات توسط برخی از شرکت‌ها راه اندازی شده است. در ارتباط با مطالبات معوق، معاونت نظارت بیمه مرکزی کلیه شرکت‌های بیمه را مکلف نموده تا تجزیه سنی مطالبات را به عنوان پیوست صورتهای مالی خود مطابق فرمت اعلامی از سوی بیمه مرکزی افشا نمایند. یکی از مصوبه‌های اخیر شورای عالی بیمه، این است که شرکت‌هایی که کسری سپرده بانکی داشته و سهم مطالبات آنها از دارایی‌هایشان بالاست نباید فروش اقساطی داشته باشند و باید دارایی‌ها را بفروشند تا نقدینگی وارد شرکت شود و مطالبات خود را وصول کنند. این موضوع در آیین‌نامه ۶۰ هم نبوده است. اما اکنون شورای عالی بیمه برای برخی از شرکت‌های بیمه تکالیف مشخص تعیین کرده، از قبیل توقف فروش اقساطی، وصول مطالبات، جبران کسری سپرده‌های بانکی از محل فروش دارایی‌ها و افزایش نقدینگی شرکت.

در بازنگری آیین نامه ۶۰، ضمانت‌های اجرایی خیلی قوی‌تر در نظر گرفته شده است و ارتباط مستقیم به آیین نامه ۹۰ داده شده است. در نظر گرفتن اخطار، سلب صلاحیت مدیران و حتی تعلیق فعالیت از جمله موارد مطرح شده در پیش نویس آیین نامه است.

✓ نظارت بر حد نصاب‌های سهامداری

حد نصاب‌های سهامداری می‌توان گفت در دوره‌های قبل و در زمان فعالیت شرکت بیمه توسعه به طور جدی کنترل نمی‌شد. اکنون برای نظارت بر حد نصاب‌های سهامداری، برخی اطلاعات را به صورت ادواری از بورس می‌گیریم. بورس، تغییرات سهامداران شرکت‌های بیمه را به بیمه مرکزی می‌دهد. ما نصاب‌ها را طبق ماده ۳۳ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری و آیین نامه ۴۰ بررسی می‌کنیم. اگر شرکتی نصاب‌ها را رعایت نکند، با آنها مکاتبه می‌شود و به آنها فرصت داده می‌شود که نصاب‌ها را مطابق با قوانین اصلاح کنند.

✓ لزوم تقویت نظارت بر رعایت نصاب سهامداری

مطابق اساسنامه، هیئت مدیره مسئول کنترل نصاب‌های سهامداری است. ما با مدیران شرکت مکاتبه می‌کنیم و در مواردی آنها می‌گویند که به سهامداران اطلاع داده‌اند و سهامدار نیز گفته که اقدام می‌کند اما در عمل هیچ اقدامی صورت نمی‌گیرد. از طرفی سهامداران بالای دست مدیران هستند، بنابراین خود را ملزم به اقدام نمی‌دانند و گاهی دلایلی هم می‌آورند، مثلاً می‌گویند شرایط بازار برای واگذاری سهام مساعد نیست یا صرف و صلاح سهامدار در واگذاری نیست. ما به عنوان بیمه مرکزی در این خصوص بر سهامدار نظارتی نداریم. ما از طریق هیئت مدیره موضوع را پیگیری می‌کنیم. در حالت کلی ابزار قوی و مستقیمی برای کنترل بر روی سهامداران نداریم. برای الزام سهامداران به رعایت نصاب‌های سهامداری مقرر در قوانین و آئین نامه ذیربط، بیمه مرکزی نیاز به ابزارهای قویتری دارد. یکی از مشکلات دیگر، آن است که عمده اطلاعاتی که در مورد سهامداران داریم از طریق بورس به بیمه مرکزی ارسال می‌شود. اما بورس فقط اطلاعات مربوط به شرکت‌های سهامی عام را در اختیار دارد. برخی از سهامداران شرکت‌های بیمه، شرکت‌های سهامی خاص و یا شرکت‌های با مسئولیت محدود هستند. بیمه مرکزی باید چندین لایه ارتباطات سهامداران و ارتباط آنها را با یکدیگر بررسی کند. بعضی از سهامداران حتی در ارائه صورت‌های مالی همکاری نمی‌کنند. یکی از راهکارها می‌تواند این باشد که ثبت صورت‌جلسات مجامع شرکت‌ها را تا زمان دریافت صورت‌های مالی و اطلاعات سهامداران را نگه داریم.

✓ درج اطلاعات بر صورت‌های مالی در سامانه سنبهاب و نظارت سیستمی بر آن

سال ۱۳۸۷ یک نمونه صورتهای مالی به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است. اما صورتهای مالی در سנהاب ثبت نمی‌شد. اکنون صورتهای مالی علاوه بر آنکه به صورت فیزیکی به بیمه مرکزی ارسال می‌شوند، در سנהاب هم فیلدهایی که از صورتهای مالی تعبیه شده است باید کامل شود تا اطلاعات صورتهای مالی مشابه گردیده و قابلیت مقایسه داشته باشد. خیلی از اقلام قبلاً افشا نمی‌شد. به عنوان مثال، اکنون در مورد یادداشت مطالبات از بیمه‌گذاران و نمایندگان باید با جزئیات آورده شود که از کدام بیمه‌گذاران مطالبات وجود دارد و چه نوع مطالباتی است. صورتهای مالی باید مطابق صورت مالی نمونه مصوب شورا باشد، جامع و کامل افشا شده و ما باید در سנהاب صورتهای مالی را تأیید کنیم. اگر هر کدام از مستندات ناقص باشد، یا اطلاعات کامل افشا نشود و یا صورتهای مالی مطابق نمونه مصوب نباشد، آن را بر می‌گردانیم و برای گرفتن مستندات با استفاده از تمامی اختیاراتمان پافشاری می‌کنیم. حتی بر به موقع بودن آن نیز اصرار داریم. یکی از موضوعات، کفایت ذخایر رشته شخص ثالث است که باید در سנהاب وارد شده باشد.

✓ وصول به موقع اطلاعات صورتهای مالی توسط بیمه مرکزی

قبلاً دو الی سه روز قبل از مجمع عمومی شرکتهای بیمه، صورتهای مالی برای ما ارسال می‌شد، اما اکنون این طور نیست. اکنون حداقل دو هفته قبل از مجمع، صورتهای مالی گرفته می‌شوند. قبل از آن که حسابرس تأیید کند، اداره نظارت بر صورتهای مالی و توانگری، اداره نظارت بر دارایی‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها، اداره نظارت بر ذخایر و تعهدات بیمه‌های غیر زندگی، صورتهای مالی را بررسی می‌کنند.

✓ همکاری نزدیک با حسابرسان شرکتهای بیمه

همچنین با حسابرس پیشنهادی شرکت جلسه می‌گذاریم و خواسته‌های بیمه مرکزی و موضوعات حائز اهمیت را با او در میان می‌گذاریم نکاتی که باید در صورتهای مالی و گزارش حسابرسی افشا شوند را مطرح می‌کنیم و برای آن صورتجلسه تنظیم می‌کنیم و به وی ابلاغ می‌کنیم سپس چک لیستهای دریافتی از حسابرس را بررسی و ایرادات را جهت رفع به ایشان اعلام می‌کنیم و در نهایت بعد از دریافت چک لیست های تکمیل و اصلاح شده، تاییدیه فعالیت حسابرس را به شرکت بیمه اعلام می‌نمائیم.

نکته حائز اهمیت آن است که ما به حسابرسان به عنوان بازوی نظارتی بیمه مرکزی نگاه می‌کنیم. حتی به در حین حسابرسی صورتهای مالی سالانه صورت تلفنی نیز با حسابرس در ارتباط هستیم و نکات مد نظر را به ایشان یادآوری می‌کنیم. در واقع قبل از افشای گزارش حسابرس، ما تقریباً از محتویات گزارش مطلع می‌شویم و نظرات خود را نیز به تیم حسابرسی منتقل می‌نمائیم. حسابرسان نیز نکات را اعمال

می‌کند و اگر هم مواردی را اعمال نکند به وی تذکر می‌دهیم. اگر حسابرس اهمیت چندانی به موضوع ضرورت رعایت قوانین، مقررات و آئین نامه های بیمه ای مبذول ننموده و عملکرد ضعیفی داشته باشد بیمه مرکزی این موضوع را در تایید صلاحیت حرفه ای ایشان مد نظر قرار می‌دهد. یکی از کارهایی که با ورود آقای دکتر سلیمانی در برنامه قرار گرفته است، آن است که ما هم مانند بورس یک فهرست از حسابرسان مورد تایید بیمه مرکزی داشته باشیم. اکنون تایید حسابرس جدی‌تر شده است. همه حسابرسان شرکتهای بیمه ما مورد تایید بورس هستند. اما همه حسابرسان مورد تایید بورس، مورد تایید بیمه مرکزی نیستند بلکه ما از شرکتهای بیمه تلویحاً خواسته ایم که از بین حسابرسان معتمد بورس، صرفاً حسابرسانی که در گروه الف و ب قرار دارند را انتخاب و به بیمه مرکزی معرفی نمایند.

با توجه به همکاری حسابرسان صورت مالی‌های شرکتهای بیمه نسبت به گذشته از شفافیت بیشتری برخوردار می‌باشد و از این نظر نیز تحولی در صنعت بیمه رخ داده است. بعد از این که صورتهای مالی در مجمع ارائه می‌شوند، نماینده اداره کل نظارت مالی در مجمع حاضر می‌شود و در جایگاه هیئت رئیسه می‌نشیند. در حالی که قبلاً اینطور نبود، قبلاً نماینده بیمه مرکزی مانند یکی از سهامداران در جلسه حاضر می‌شد. اکنون مانند نماینده بورس که در جلسه حاضر است، نماینده بیمه مرکزی که تمام موارد با اهمیت در بیمه مرکزی برای وی تشریح شده است، نیز در جلسه حاضر است و نقطه نظرات خود را در مورد تقسیم سود، عملکرد، یادداشتهای حسابرسی و نکات مرتبط با تصمیمات مجمع می‌گوید در حالی که قبلاً نماینده بیمه مرکزی حضور غیر فعالی داشت.

✓ جلوگیری از ثبت صورتجلسات مجمع عمومی در صورت عدم رعایت مقررات

صورتجلسه مجمع عمومی برای تایید در ثبت شرکت‌ها باید توسط بیمه مرکزی تایید شود. اگر تصمیمات مجمع مغایر با قانون یا آیین نامه باشد، بیمه مرکزی صورت جلسه مجمع را تایید نمی‌کند. زیرا در این صورت، شرکت با تکلیف می‌ماند، گویی که اصلاً مجمع تشکیل نشده باشد. اصرار می‌کنیم که شرکت صورتجلسه را اصلاح نموده و یا در صورت لزوم مجدداً مجمع را برگزار نماید.

✓ احراز کفایت ذخایر بیمه شخص ثالث

در قانون شخص ثالث مصوب ۱۳۹۵ تصویب شده است که بیمه مرکزی می‌باید از کفایت ذخایر رشته شخص ثالث شرکتهای بیمه اطمینان حاصل نماید. قبلاً صرفاً آیین نامه ۵۸ وجود داشت که بر اساس آن عمل می‌شد و در واقع ذخایر عمدتاً بعد از برگزاری مجامع عمومی بررسی می‌شد؛ یعنی زمانی که دیگر تصمیمات گرفته شده بود و آن رویه کاملاً گذشته نگر بود. رویه فعلی تا حدی پیشگیرانه است.

بیش از ۴۰٪ پرتفوی صنعت بیمه مربوط به رشته شخص ثالث است. ذخایر رشته‌های ثالث، حوادث و راننده کنترل می‌شود. قبلاً آیین‌نامه ۵۸ را داشتیم که در راستای استاندارد ۲۸ حسابداری تنظیم شده است. این استاندارد تائیدیه سازمان حسابرسی و سازمان مالیاتی و وزارت دارایی را دارد. سوالی که بعد از مدتی مطرح شد این بود که اگر کارکرد این آیین‌نامه درست است، چرا برخی شرکت‌ها برای ایفای تعهداتشان با مشکل مواجه می‌شوند.

ذخایر فنی شرکت‌های بیمه مشخص هستند و فرمول‌ها نیز تعیین شده‌اند. تنها ذخیره‌ای که قدری مبهم است و گاهی دستکاری می‌شود ذخایر خسارت معوق است. برخی شعب یا برخی شرکت‌ها برای آنکه عملکرد بهتری از خود نشان دهند، گاهی سعی می‌کنند خسارت‌ها را به سال بعد موکول کنند. برخی شرکت‌ها می‌خواهند سود شناسایی کنند و فکر می‌کنند که اگر کل ذخایر خسارت معوق را اعمال کنند دیگر سودی وجود نخواهد داشت. بنابراین ذخایر خسارتهای معوق را گاهی مدیریت می‌کنند. یک روش که در آیین‌نامه ۵۸ پیش‌بینی گردیده آن است که پرونده به پرونده ذخیره خسارت معوق تعیین شود. روش دوم میانگین‌گیری است، به این ترتیب که میانگین خسارتهای سال قبل با مقداری افزایش به آینده تعمیم داده شود و اینجاست که مساله و اختلاف ایجاد می‌شود.

بعد از بحران شرکت بیمه توسعه، بیمه مرکزی روشهای اکچوئری را به صورت مکمل آیین‌نامه لحاظ کرد. به این صورت که بر اساس سابقه خسارتی و حق بیمه سال‌های گذشته با استفاده از روش‌های اکچوئری از قبیل مثلثی، نردبان زنجیره‌ای و تجزیه خسارت ذخایر را برآورد می‌کنیم. همزمان محاسبات آیین‌نامه ۵۸ را نیز انجام می‌دهیم، در صورتی که مبلغ ذخایر شرکت با روش محاسباتی آیین‌نامه ۵۸ مغایرت داشته باشد، به شرکت اعلام می‌کنیم. در نهایت چنانچه برآورد تعهدات به روش‌های اکچوئری بیش از میزان ذخایر در نظر گرفته شده طبق آیین‌نامه شماره ۵۸ باشد، از شرکت درخواست می‌گردد، قبل از اظهار نظر حسابرس، در صورتهای مالی مصوب هیئت مدیره، کسری ذخایر اعلامی بیمه مرکزی را لحاظ نماید. در واقع استفاده از مدل‌های اکچوئری در برآورد ذخایر و تعهدات شرکت‌های بیمه یک ابزار بسیار قوی در اختیار نهاد ناظر قرار داده است.

یک نکته حائز اهمیت آن است که قبلاً در رشته شخص ثالث سقف نرخ تعیین شده بود و محدودیتی برای تخفیف‌ها نبود. اما اکنون حداکثر ۲,۵٪ تخفیف در نرخ شخص ثالث مجاز است. از آنجا که ذخایر بر اساس حق بیمه است، ذخایر بیشتر شده و کسری‌ها نیز کاهش یافته است.

✓ همکاری با سازمان امور مالیاتی در مورد ارزیابی ذخایر فنی

در سال‌های اخیر، سازمان مالیاتی در مورد ذخایر شرکتهای بیمه و کفایت آن از بیمه مرکزی استعلام می‌کند که آیا ذخایر درست و به اندازه کافی در صورتهای مالی شناسایی شده‌اند. اگر شرکت کم یا زیاد ذخیره گرفته باشد این موضوع بر درآمد مشمول مالیات شرکت تاثیر می‌گذارد. ممکن است سازمان مالیاتی برخی از هزینه‌ها را قبول نکند. بنابراین بحث کفایت ذخایر فنی شرکتهای بیمه علاوه بر بحث‌های نظارتی بیمه مرکزی، به سازمان امور مالیاتی نیز ارتباط دارد.

✓ پیگیری پرداخت عوارض قانونی

از دیگر تعهدات شرکتهای بیمه واریز عوارض قانونی از قبیل پرداخت سهم وزارت بهداشت، نیروی انتظامی و صندوق تأمین خسارتهای بدنی است. بیمه مرکزی هر دو الی سه ماه یکبار به شرکت‌ها نامه می‌زند و از آنها درخواست می‌نماید که سهم خود را از عوارض قانونی طبق مقررات پیش‌بینی شده در قانون ذیربط پرداخت کنند. اگر چه در قوانین موضوعه صرفاً اشاره شده که بیمه مرکزی بر حسن اجرای این قانون نظارت می‌کند، اما ضمانت اجرایی خاصی در صورت عدم پرداخت عوارض توسط شرکت‌ها، پیش‌بینی نگردیده است. اخیراً طبق مصوبه شورای عالی بیمه اگر شرکتهای بیمه عوارض قانونی خود را پرداخت نکنند، پرونده شرکت از سوی بیمه مرکزی به شورای عالی بیمه گزارش شده و شورا نیز بر اساس حجم بدهی، تکرار آن و سایر موارد در خصوص شرکت ذیربط تصمیم مقتضی را اتخاذ خواهد نمود. لذا ملاحظه می‌شود که در مقایسه با گذشته پیگیری پرداخت عوارض قانونی بسیار جدی‌تر شده است.

✓ نظارت بر ظرفیت مجاز نگهداری و قبولی ریسک شرکتهای بیمه و اطلاع‌رسانی آن

برای تعیین و کنترل ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک، ضوابطی وجود دارد از جمله ضوابط آیین‌نامه ۵۵/۱ و ۴۰/۵ است. فرمولی براساس سرمایه و ذخایر وجود دارد که بر اساس آن ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک هر شرکت مشخص می‌شود و ما نیز آن را در پورتال نظارت منتشر می‌کنیم. ظرفیت نگهداری در کنار توانگری شرکت، مطرح می‌شود و به همان اندازه حائز اهمیت است. ممکن است یک شرکت توانگری خوبی هم داشته باشد اما اندازه آن کوچک باشد. بنابراین توانایی تعهد هر ریسکی را ندارد. بحث پذیرش ریسک، بسیار حائز اهمیت است. به عنوان مثال یک شرکت کوچک نمی‌تواند یک ریسک بزرگ در یک شرکت پتروشیمی را بیمه کند. در چنین شرایطی شرکت یا باید برای صدور ریسک مزبور تشکیل بیمه مشترک دهد و یا بخش عمده ریسک را به صورت اختیاری واگذار کند. اکنون ظرفیت نگهداری شرکتهای بیمه در پورتال نظارت منتشر می‌شود و اگر بیمه‌گذار استعلام کند به او گفته می‌شود، سال‌های گذشته این موضوع با این جدیت بررسی نمی‌شد. اکنون برای این موضوع چندین سامانه نیز طراحی شده است. به

ازای هر بیمه‌نامه این موضوع چک می‌شود. یعنی تمام بیمه‌نامه‌ها از منظر خارج از ظرفیت یا زیر ظرفیت بودن بررسی می‌شوند و اگر بیمه‌نامه خارج از ظرفیت است بررسی می‌شود آیا پوشش اتکایی مناسب برای آن گرفته شده است و یا خیر. در دهه ۸۰ چنین بررسی‌های گسترده‌ای انجام نمی‌شد. اکنون به صورت روز به روز و آنلاین این بررسی‌ها انجام می‌شود. در واقع این تحول با کمک سنهاب اتفاق افتاده است. با کمک سنهاب روزانه بررسی می‌شود که آیا ریسک‌ها در چارچوب ظرفیت هستند یا خیر و اگر بیشتر از ظرفیت هستند برای آنها اتکایی گرفته شده است یا خیر. اگر برای مازاد سهم نگهداری، اتکایی نداشته باشند به آنها تذکر داده می‌شود که در اسرع وقت پوشش اتکایی بگیرند. ضمن آنکه در کنار موضوعات فوق اجرای صحیح ماده ۷۳ قانون تا سیس بیمه مرکزی و بررسی کلوزهای مقابله با تحریم در واگذاری اتکایی به بیمه‌گران خارجی نیز بررسی می‌شود.

✓ طراحی و توسعه انواع سامانه‌ها در سنهاب

در سنهاب سطح دسترسی‌های گوناگونی طراحی شده است. هر مدیری، حسب نیاز به بخش‌هایی از این سامانه دسترسی دارد. بخش‌هایی از سامانه در مرحله بهره‌برداری هستند مانند بخش مربوط به صورت‌های مالی و بخش سهامداران و... برخی نیز هنوز تکمیل نشده‌اند، مانند توانگری آنلاین. در بخش صورت‌های مالی، صورتهای مالی به همراه یادداشت‌های پیوست در سامانه ثبت می‌شوند و ما باید آن را تأیید کنیم. در بخش سهامداران، مشخصات تمام سهامداران حتی سهامداران خرد نیز وجود دارد. در بخش سرمایه‌گذاری‌ها تمام جزئیات مربوط به سرمایه‌گذاری‌ها وجود دارد. از جمله مقدار سرمایه‌گذاری و محل آن که از ذخایر ریاضی و یا سایر منابع است. در بخشی نیز چک لیست‌ها، و خطاها قابل مشاهده است که مثلاً برخی اطلاعات ناقص است یا ارسال نشده است مثلاً اطلاعات مجمع بارگذاری نشده است و امثال آن. با کمک سنهاب نظارت دقیق‌تر و به روزتر شده است. تنها با ورود به سامانه با چند کلیک می‌توان به اطلاعات شرکت‌ها دسترسی پیدا کرد و در مدت زمان بسیار کوتاه از شرایط شرکت آگاه شد. در پایان هر سال شاخص‌هایی که در سامانه نظارت تعبیه شده‌اند، تحلیل می‌شوند و بر اساس این تحلیل‌ها، توصیه‌نامه و مشورتهایی جهت مدیریت بهتر ریسک‌هایی که مؤسسات بیمه با آنها مواجه‌اند به شرکت‌ها داده می‌شود. نکته حائز اهمیت آن که شاخص‌های مالی توسط سامانه سنهاب محاسبه شده و در پورتال بیمه مرکزی بخش نظارت افشا می‌شود.

۴,۵ اداره کل نظارت فنی بر بیمه‌های غیر زندگی

شرح وظایف این اداره کل به صورت زیر است:

۱. نظارت مستمر بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه غیرزندگی و شرایط عمومی بیمه نامه های صادره موسسات بیمه به منظور حصول اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات ذی ربط؛
 ۲. نظارت مستمر بر فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه گذاران و زیان دیدگان بیمه های غیرزندگی در موسسات بیمه به منظور اطمینان از رعایت مقررات در محاسبه و پرداخت؛
 ۳. پیشنهاد و اعمال ضمانت های اجرایی مقرر برای موسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط؛
 ۴. پاسخگویی و رسیدگی به شکایات بیمه ای بیمه گذاران غیرزندگی؛
 ۵. نظارت بر نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه غیرزندگی که توسط موسسات بیمه، تعیین و اعلام شده است در انطباق با مقررات مربوط؛
 ۶. همکاری در انجام بازرسی های دوره ای و موردی و جامع از فعالیتهای شعب، مراکز صدور و پرداخت خسارت شرکتهای بیمه در مرکز و استانها؛
 ۷. نظارت بر حسن اجرای ضوابط مربوط به بیمه مشترک از سوی موسسات بیمه؛
 ۸. نظارت بر ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک موسسات بیمه مستقیم.
- این اداره شامل ۴ زیر اداره

(۱) اداره نظارت بر بیمه های درمان، حوادث و مسئولیت،

(۲) اداره نظارت بر بیمه های خودرو،

(۳) اداره نظارت بر بیمه های اموال،

(۴) اداره رسیدگی به شکایات بیمه ای

است. که شرح وظایف این اداره ها در بخش پیوست ها (۶،۷) آورده شده است.

۴،۵،۱ رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت فنی بر بیمه های غیر زندگی

برای بررسی تحولات رخ داده در اداره کل نظارت فنی بر بیمه های غیر زندگی، بعد از بحران شرکت بیمه توسعه به صورت حضوری مصاحبه ای با جناب آقای گشادرو مدیر محترم این اداره کل انجام داده ایم. در ادامه اظهارات ایشان در پاسخ به این پرسش که "چه تغییرات و تحولاتی مشخصاً در واحد نظارت فنی بعد از بحران شرکت بیمه توسعه صورت گرفته است؟" آورده شده است.

بعد از بحران شرکت بیمه توسعه، همواره تجربه مذکور در ذهن قانون گذاران و ناظران صنعت بیمه بوده و با بهره گیری از این تجربیات نواقص و کاستی های مقررات را اصلاح نموده اند. از منظر وضع مقررات جدید و تعمیق آنها در صنعت بیمه، به نوعی رویکرد نظارتی بیمه مرکزی را می توان به دو دوره قبل و بعد از بحران شرکت بیمه توسعه تقسیم بندی کرد. از جمله اقدامات انجام شده مواردی است که در ادامه ذکر می شوند:

✓ تدوین کتاب مراقب بیمه

این مجموعه کتاب کمک نموده است تا اهالی صنعت بیمه از مدیران ارشد تا کارکنان دفاتر نمایندگی و کارگزاری نه تنها به قوانین و مقررات صنعت بیمه، بلکه به دستورالعمل‌ها و حتی تمام مکاتبات ارسالی بیمه مرکزی به تفکیک موضوعات دسترسی داشته باشند. یکی از پیش شرط‌های اساسی شفافیت در اجرای قوانین، دسترسی به قوانین و مقررات و رویه‌ها است. در این مجموعه کتاب تمامی موارد مطالبات پیاده سازی مقررات توسط شرکت‌های بیمه از جانب بیمه مرکزی کاملاً مشخص شده است. موسسات بیمه ملزم به رعایت این قوانین و مقررات هستند و مطابق آن نیز می‌باید پاسخگو باشند. در زمان بحران شرکت بیمه توسعه، چنین مرجع منسجمی برای مدیران شرکت‌ها و کارکنان بیمه مرکزی در دست نبود. این موضوع باعث شده بود تا در مواردی مسئولین شرکت از وجود برخی از ضوابط و مقررات ابراز بی‌اطلاعی می‌کردند. اکنون تمامی دست‌اندکاران صنعت بیمه به این مقررات دسترسی داشته و طبعاً انتظار می‌رود مطابق آن عمل نموده و بر همان اساس نیز پاسخگو باشند.

✓ نحوه تعیین نرخ حق بیمه‌ها

تعیین سقف تخفیف در نرخ‌های رشته شخص ثالث دقیقاً ناشی از اتخاذ رویکرد هجوم شبکه فروش برخی از موسسات بیمه به بازار و فروش بیش از پیش بیمه نامه شخص ثالث بوده است. رفتار غیر فنی و غیر منطقی برخی از موسسات بیمه و شبکه فروش آنها در عدم رعایت موازین فنی بیمه‌های شخص ثالث و ارائه تخفیفات بسیار زیاد غیر فنی، در موارد متعددی غیر عقلانی صرفاً برای جذب نقدینگی برای ایفای تعهدات بوده که در صدر آنها شرکت بیمه توسعه قرار داشته است. در قانون جدید بیمه شخص ثالث شرکت‌ها در این رشته بیمه‌ای تنها مجاز به ارائه ۲,۵٪ تخفیف از نرخ‌های تعیین شده هستند و تخفیف‌های بیشتر نیاز به تأیید بیمه مرکزی دارد.

شرکت‌ها قبلاً در اجرای آیین‌نامه شماره ۸۱ شورای عالی بیمه، با ضوابط غیر فنی از قبیل ارائه تخفیفات مدیریتی نرخ‌های حق بیمه را کاهش می‌دادند، در آیین‌نامه ۹۴ مبانی محاسباتی شرکت‌های بیمه مرکزی ارائه شده ضمن عدم پذیرش موازین غیر فنی در تعیین نرخها، مدیران فنی و آکچوئر موسسه بیمه باید در خصوص نحوه محاسبات و تعیین نرخها توضیح داده و گزارشات توجیهی مبانی محاسباتی را ارائه و نهاد ناظر را در خصوص صحت محاسبات قانع سازند. حتی چگونگی پرداخت‌های نقدی و قسطی و تاثیر آنها بر توانگری شرکت باید توجیه شود و شرکت‌ها دیگر نمی‌توانند تخفیفات انبوه دهند.

مطابق ماده ۲ آیین‌نامه ۹۴ بررسی می‌شود که آیا موازین فنی در روش رعایت شده است، آیا کمیته فنی موضوع ماده ۲ در شرکت تشکیل شده و نرخ‌ها در این کمیته تأیید شده است. آیا این نرخ‌ها به شبکه فروش ابلاغ شده است، کمیته موضوع ماده ۲ باید برای کارشناسان بیمه مرکزی تبیین کنند که چگونه به روشی که تأیید کرده‌اند، رسیده‌اند. این بخش همان نظارت محتوایی است. علاوه بر آن شرایط خاص هر بیمه‌نامه و سنخیت آن با نرخ‌ها بررسی می‌شود. به عنوان مثال نوع کلوزها و یا نوع کالا در رشته بیمه باربری برای

تعیین نرخ‌ها اثر گذار هستند و نهایتاً در صورت رعایت تمام موازین، روش محاسبه نرخ در هر رشته توسط بیمه مرکزی تأیید خواهد شد.

همچنین اداره نظارت فنی با رصد کردن ضریب خسارت محاسبه شده بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی شده شرکت در دوره‌های مقرر، (رشته درمان: ضریب خسارت ۶ ماهه و ضریب خسارت یکساله در سایر رشته‌ها) بر پایبندی شرکت به روش تأیید شده، نظارت می‌کند. در واقع رویکرد آیین نامه ۹۴ کلی‌نگر است و مبنای نهایی ضریب خسارت است، اگر ضریب خسارت از حدود تعیین شده (۸۰٪ در رشته درمان و ۷۵٪ در سایر رشته‌ها) کمتر باشد، شبکه درست کار می‌کند. در غیر این صورت دوباره باید نرخ‌ها تعدیل شوند و روش اصلاح شده به تأیید بیمه مرکزی برسد. چنانچه رویه تشریح شده در آیین نامه ۹۴ توسط موسسات به درستی پیاده نشود، بیمه مرکزی می‌تواند از اختیاراتی که تحت ماده ۸ این آیین نامه به این سازمان داده شده استفاده نماید که حسب مورد شامل اخطار کتبی به مدیران، سلب صلاحیت از ایشان، استعلام نرخ از بیمه مرکزی و ... می‌باشد.

البته استثنائاتی نیز وجود دارد که برخی شرکت‌ها، گاهی صورت‌های مالی را آرایش می‌کنند تا بتوانند نقاط ضعف خود را بپوشانند. در چنین مواقعی، تحلیل همین صورتهای مالی موارد مشکوک را نشان می‌دهد که منجر به اعزام تیم‌های بازرسی در محل به شرکت‌ها و بررسی صحت و سقم اطلاعات ارسال شده به بیمه مرکزی می‌شود. بازرسی در محل یکی از اقدامات موثر و مفیدی است که در حال انجام است.

✓ سامانه‌های سنبهاب

سامانه‌های سنبهاب به شفافیت بیشتر اطلاعات و در دسترس بودن آنها کمک شایانی نموده است. افزایش شفافیت‌ها در تصمیم‌گیری‌های همه ذینفعان از جمله بیمه‌گذاران، بیمه‌گران و ناظران نقش کلیدی ایفا می‌کند. پیاده سازی و راه اندازی سامانه سنبهاب در سال ۹۱ آغاز شده است، اما تکمیل این سامانه طی زمان با بهره‌گیری از تمام تجربیات به ویژه، بحران شرکت بیمه توسعه بوده است.

در رشته شخص ثالث، به هر بیمه نامه کد یکتا اختصاص داده می‌شود، به منظور نظارت‌های بر خط و دقیق‌تر قوانین و مقررات را به شاخص‌های فنی تبدیل کرده‌ایم. این شاخص‌ها برای تک‌تک بیمه‌نامه‌های رشته شخص ثالث بررسی می‌کنند که آیا الزامات رعایت شده‌اند؛ در صورت مغایرت بیمه‌نامه با قوانین و مقررات، سامانه آلام می‌دهد. همین رویه برای پرونده‌های خسارت هم در نظر گرفته شده است. در سایر رشته‌ها نیز چنین رویه‌ای در دست پیاده‌سازی است.

✓ سامانه استعلام اصالت بیمه نامه^۴

^۴ این سامانه از صفحه اصلی وب سایت بیمه مرکزی در بخش "میز خدمات الکترونیک" قابل دسترسی است. آدرس این سامانه می‌باشد. <https://www.centinsur.ir/index.aspx?siteid=1&fkeyid=&siteid=1&pageid=306>

- با استفاده از این سامانه بیمه‌گذاران می‌توانند با وارد کردن شماره بیمه‌نامه و نام شرکت، اصالت بیمه‌نامه را مورد بررسی قرار دهند.

✓ سامانه استعلام سوابق بیمه خودرو^۵

- با استفاده از این سامانه بیمه‌گذاران و ذینفعان بیمه‌ای می‌توانند با استفاده از شماره بیمه‌نامه و نام شرکت بیمه‌گر و یا کد یکتا از سوابق بیمه‌نامه‌ها استعلام بگیرند.

✓ سامانه جامع ثبت شکایات^۶

این سامانه فرآیند اداری ثبت شکایات را الکترونیکی کرده است. قبل از راه‌اندازی این سامانه و در بحران شرکت بیمه توسعه شاکیان به صورت حضوری یا کتبی شکایت خود را به بیمه مرکزی ارائه می‌کردند. به همین دلیل حجم شکایات برای مدیران شرکت بیمه توسعه شاید ملموس نبود. سامانه شکایات برای تسهیل و تسریع این فرآیندها پایه‌گذاری و راه‌اندازی شد. اکنون مدیریت این سامانه به عهده اداره رسیدگی به شکایات بیمه‌ای است که زیرمجموعه اداره کل نظارت فنی بر بیمه‌های غیر زندگی است. البته این اداره مختص شکایات مربوط به عملیات بیمه‌ای است. سایر شکایات‌ها در اداره کل بازرسی مورد بررسی قرار می‌گیرند. شاکیان شامل بیمه‌گذاران و زیاندیدگان با مراجعه به این سامانه با ثبت نوع شکایت، مشخصات بیمه‌نامه، مشخصات شاکی، سوابق، شرح شکایت و مستندات، شکایت خود را به اطلاع " اداره رسیدگی به شکایات بیمه‌ای " می‌رسانند. این اداره حسب موضوع شکایت، آن را به سایر اداره‌های زیر مجموعه واحد نظارت ارجاع و پاسخ را پیگیری می‌کند.

۴,۶ اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای

اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای، شامل سه زیر اداره است:

- (۱) اداره تنظیم امور نمایندگی بیمه؛
 - (۲) اداره نظارت بر کارگزاران و اکچوئران رسمی؛
 - (۳) اداره نظارت بر ارزیابان خسارت و دفاتر ارتباطی.
- شرح وظایف این اداره‌ها در بخش (۶,۸) آمده است.

^۵ این سامانه از صفحه اصلی وب سایت بیمه مرکزی در بخش "میز خدمات الکترونیک" قابل دسترسی است. آدرس این سامانه می‌باشد. <https://www.centinsur.ir/index.aspx?siteid=1&fkeyid=&siteid=1&pageid=742>

^۶ این سامانه از صفحه اصلی وب سایت بیمه مرکزی در بخش "میز خدمات الکترونیک" قابل دسترسی است. آدرس این سامانه می‌باشد. <https://www.centinsur.ir/index.aspx?siteid=1&fkeyid=&siteid=1&pageid=307>

۴,۶,۱ رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای

در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۴ مصاحبه‌ای با جناب آقای رضایی مدیر محترم اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای انجام شد و ایشان مهمترین تحولات اخیر بعد از بحران شرکت بیمه توسعه در نحوه نظارت این اداره را مطرح کردند که در ادامه مشروح آن آورده شده است.

✓ تعیین سقف برای جذب نمایندگان توسط شرکت‌های بیمه

یکی از تحولاتی که در سالهای اخیر در صنعت بیمه رخ داده است، تعیین سقف برای تعداد نمایندگان شرکت‌های بیمه است. شرکت بیمه توسعه تحت آیین نامه ۵۷ تعداد نمایندگان خود را افزایش داد. این افزایش صرفاً کمی بود و به کیفیت آن توجهی نشده بود. تحت آیین نامه ۵۷ اختیار جذب نمایندگان به کلی به شرکت‌های بیمه واگذار شد و این منجر به افزایش ناگهانی تعداد نمایندگان صنعت بیمه از حدود ۸۰۰۰ نماینده به حدود ۳۲۰۰۰ نماینده گردید. با توجه به شرایط پیش آمده بیمه مرکزی به موضوع ورود پیدا کرد و اکنون سقف تعداد نمایندگان بیمه هر شرکت بیمه بر اساس شرایط و ویژگی‌های خاص آن شرکت، به طور سالیانه تعیین می‌شود. به عنوان مثال اکنون سقف تعداد نمایندگان تا پایان سال ۱۳۹۷ به شرکت‌ها اعلام شده است و شرکت‌ها ملزم هستند حداکثر به تعداد تعیین شده نماینده داشته باشند. نحوه پراکندگی این نمایندگان در استانهای کشور با توجه به استراتژی و سیاستهای شرکت، توسط شرکت تعیین می‌شود. تعیین سقف برای تعداد نمایندگان شرکتهای بیمه به خودی خود منجر به آن شد که شرکتها در انتخاب نمایندگان خود دقت نظر بیشتری داشته باشند.

✓ ارتقای کیفی نمایندگان

در این راستا آیین نامه شماره ۷۵ با پیشنهاد بیمه مرکزی تصویب گردید و بر اساس آن شرایط پذیرش نمایندگان تغییر کرد، از جمله شرط قبولی در آزمون جامعی که پژوهشکده بیمه برای نمایندگان برگزار می‌کند به شرایط اضافه شد. ضمن آنکه منابع این آزمون تغییرات قابل توجهی داشته و کاملتر شده است. این تغییرات موجب ارتقای کیفی شبکه فروش شرکت‌ها شده است.

✓ نظارت سیستماتیک بر نمایندگان با راه اندازی سندهاب

با راه اندازی سندهاب، رصد نمایندگان بیمه، از حالت سنتی خارج شد و به نظارت سیستماتیک تغییر یافت. قبلاً هیچ اطلاعات مدونی از نمایندگان بیمه نه تنها در بیمه مرکزی وجود نداشت که حتی در شرکت‌های بیمه هم با بی‌نظمی و به هم‌ریختگی همراه بود و بدون چارچوب بود. به عنوان مثال بعد از راه اندازی سامانه سندهاب تعداد بسیاری کدهای غیر مجاز صدور شناسایی شد. به عبارتی افراد زیادی به عنوان نماینده مشغول به فعالیت بودند در حالیکه بدون رعایت ضوابط مقرر در آیین نامه کد صدور گرفته بودند و یا خود شرکت با تخلف، کدهایی را برای آنها تعیین کرده بود ولی سوابقی از این کدهای صدور در سامانه‌های بیمه مرکزی نبودند. سامانه سندهاب موجب شد تا رصد نماینده‌ها چه از منظر بیمه مرکزی، چه از منظر شرکت

بیمه چارچوب دار شود و با تعریف کردن بیش از ۴۰ شاخص در بخش نمایندگان در سامانه سنها رعایت آیین نامه کنترل شود. تا قبل از سامانه سنها شاخصی نبود و باید به صورت میدانی بازدید انجام می شد و مفاد آیین نامه مورد به مورد بررسی می شد. اکنون اطلاعات نمایندگان در سامانه سنها ثبت می شود و با وارد کردن کد ملی نمایندگان، این اطلاعات قابل دسترس است. بنابراین اگر شخصی دارای پروانه نمایندگی باشد دیگر نمی تواند در سایر بخش های صنعت بیمه از جمله کارگزاری باشد و سیستم به سرعت در چنین مواردی آلام می دهد. اکنون ۴۳ شاخص تعیین شده است که تمام موارد آیین نامه ای را رصد می کند.

در حال حاضر صدور بیمه نامه و اخذ کد یکتای بیمه نامه، با وضعیت نماینده در سامانه مرتبط هستند به عبارتی اگر نماینده ای شرایط لازم را نداشته باشد، اصلاً قادر به صدور بیمه نامه نخواهد بود. شرکت بیمه توسعه از طریق دفاتر پیشخوان بدون مجوز بیمه مرکزی اقدام به صدور بیمه نامه کرده بود. بیمه مرکزی در سال های بعد، صرفاً فعالیت بازاریابی را در دفاتر پیشخوان مجاز دانست و نه صدور بیمه نامه را.

برخی نمایندگان مجوز خود را تحت آیین نامه ۵۴ و برخی تحت آیین نامه ۷۵/۲ اخذ کرده اند و دفتر ندارند. این نمایندگان هر جایی ممکن است فعالیت کند ولی این نمایندگان اجازه صدور ندارند. یکی از مسائل شرکت بیمه توسعه گسترش بی رویه شبکه فروش و صدور توسط دفاتر پیشخوان بود. در حال حاضر مشخصات تمام نمایندگان در سنها موجود و قابل دسترسی است. نمایندگانی که کد صدور دارند، صدور هایشان در سنها موجود است و آنهایی که امکان صدور ندارند و فقط معرف هستند نیز پورتفولیانشان در سنها موجود است و اینکه چه تعداد بیمه نامه از جانب آنها وارد شرکت شده است.

✓ واگذاری معیارهای رتبه بندی نمایندگان به شرکت های بیمه

بنا به مصوبه شورای عالی بیمه، رتبه بندی نمایندگان شرکتهای بیمه به خود آنها واگذار شده است و هر شرکت می تواند بر اساس مکمل آیین نامه ۷۵ نمایندگان خود را رتبه بندی کند در واقع از آنجا که امکان رتبه بندی نمایندگان تمام شرکتهای با یک الگوی یکسان وجود ندارد و هر شرکت شرایط مخصوص به خود را دارد، شورای عالی بیمه این موضوع را به خود شرکتهای واگذار کرده است.

✓ واریز وجوه حق بیمه به حساب شرکت توسط نمایندگان

مطابق بند ۵ ماده ۱۲ آیین نامه ۷۵، نمایندگان موظف هستند، حداکثر تا پایان وقت اداری حق بیمه دریافتی را به حساب شرکت واریز کنند. در سالهای قبل این انتقال وجه با مراجعه نماینده به شعب بانک ها انجام می شد. اگر در واریز وجه نماینده تعلل می کرد به عملکرد نماینده و نظارت شرکت مربوط می شد. در حال حاضر با استفاده از دستگاههای کارت خوان وابسته به شرکت، قبل از صدور بیمه نامه، مبلغ حق

بیمه در حساب شرکت است. روش دیگری که شرکت‌ها برای دریافت حق بیمه‌ها از نمایندگان دارند آن است که صندوق تعریف کنند. در واقع شرکت به نماینده مبلغی را اعتبار می‌دهد. به عنوان مثال به یک نماینده مبلغ ۱۰ میلیون تومان صندوق اعتبار داده می‌شود و به وی ۴۸ ساعت فرصت داده می‌شود تا ۱۰ میلیون را تسویه کند به این معنی که معادل این مبلغ، نماینده بیمه‌نامه صادر می‌کند. مثلاً ۱۰ بیمه‌نامه شخص ثالث صادر می‌کند. اکنون تقریباً تمام شرکت‌ها به یکی از این دو روش عمل می‌کنند. اگر نماینده ۱۰ میلیون را تسویه نکند سیستم صدور وی بسته می‌شود. این شرایط جدید که تحولات بانکی نیز در آن تاثیر گذار است بسیار متفاوت از شرایط واریز وجه به صورت سنتی است و مانع از بسیاری از مفسده‌هایی است که در ایجاد بحران شرکت بیمه توسعه موثر بوده است. بخش عمده‌ای از بدهی نمایندگان به شرکت‌ها ناشی از همین عدم واریز مبالغ حق بیمه توسط نمایندگان به حساب شرکت و یا تاخیر در واریز حق بیمه بوده است.

بیمه مرکزی مطابق بند ۵ ماده ۱۲ آیین نامه ۷۵، از شرکت‌ها می‌خواهد که رویه‌ای داشته باشند که قبل از پایان وقت اداری روزی که مبالغ حق بیمه توسط نمایندگان دریافت شده است، حق بیمه به حساب بانکی شرکت مربوطه واریز شود و در موارد استثنایی به صندوق آن شرکت تحویل گردد. بر اساس ماده ۲۵ آیین نامه ۷۵، شرکت بیمه مسئول احراز و انطباق شرایط فعالیت نمایندگان خود با مقررات آیین نامه ۷۵ است. در بند ۷ ماده ۵ قانون تاسیس، وظیفه بیمه مرکزی تنظیم امور نمایندگی بیمه است و نه نظارت بر امور نمایندگان. بنابراین نظارت بیمه مرکزی بر امور نمایندگی، یک نظارت عالیه است که بر شرکت‌ها صورت می‌گیرد و نظارت مستقیم بر نمایندگان به عهده شرکت‌هاست و نظارت بیمه مرکزی در اموری مانند رسیدگی به شکایات، بازدیدها، نظارت عالیه بر شرکت بیمه، تنظیم امور نمایندگی، حسن اجرای آیین‌نامه‌ها توسط شرکت‌های بیمه و ... است.

✓ بازدید موردی از نمایندگان توسط بیمه مرکزی

بر اساس چک لیست نظارتی بازدید که از مفاد آیین‌نامه مربوطه استخراج شده‌اند به صورت تصادفی از نمایندگان بازدید می‌شود. برخی نمایندگان هم بر اساس شکایات بیمه‌گذاران مورد بازدید قرار می‌گیرند تا امکان راستی آزمایی شکایات دریافتی، فراهم شود.

✓ رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه

اختلاف بین نماینده و شرکت نیز در هیئت حل اختلاف نماینده و شرکت بیمه که موضوع ماده ۲۰ آیین نامه ۷۵ است رسیدگی می‌شود. این هیئت در سالهای اخیر بسیار پویاتر عمل می‌کند، این اختلافات در این هیئت بررسی و منجر به صدور رای می‌شود.

✓ رسیدگی به شکایات‌ها از نمایندگان

در سامانه رسیدگی به شکایات بیمه مرکزی امکان طرح شکایت از نمایندگان وجود دارد و موضوع در پرونده نماینده نیز ثبت و ضبط می‌شود.

✓ ساماندهی سامانه ممنوع‌التصدی‌ها

در ماده ۲۴ آیین نامه ۷۵، مقرر شده است:

"اگر پروانه فعالیت نماینده‌ای در صورت تخلف و با اعلام بیمه مرکزی ج.ا.ایران، یا تصمیم هیئت و یا کمیته لغو شود این شخص نمی‌تواند پس از لغو پروانه، به عنوان نماینده بیمه و یا کارگزار رسمی بیمه در صنعت بیمه فعالیت نماید"

در مکمل ۷۵/۲ مصوب ۱۳۹۵/۳/۳۱ شورای عالی بیمه، بعد از عبارت "پس از لغو پروانه" عبارت "برای مدتی که هریک از مراجع مذکور تعیین می‌کنند" اضافه شده است.

به عبارتی دیگر قبلاً در آیین نامه ۷۵ به صورت کلی بیان شده بود که نمایندگان متخلف پس از لغو پروانه دیگر نمی‌توانند به عنوان نماینده فعالیت نمایند. اما مکمل این آیین‌نامه اجازه می‌دهد تا حسب تخلف انجام شده برای مدت معینی، که توسط کمیته شرکت بیمه موضوع ماده ۲۱ و یا هیئت رسیدگی به اختلافات در بیمه مرکزی موضوع ماده ۲۰ آئین‌نامه مذکور تعیین می‌شود، ادامه فعالیت نماینده متوقف شود.

✓ ثبت تخلفات نمایندگان در سامانه سنها

در راستای اجرای آیین‌نامه مذکور، مشخصات نمایندگان متخلف در سامانه ثبت می‌شود و در این صورت تا مادامی که این شخص در لیست ممنوع‌التصدی‌ها باشد، از هیچ شرکت بیمه‌ای نمی‌تواند مجوز نمایندگی بگیرد. قبلاً سامانه یکپارچه نبود، بعد از آنکه پروانه نماینده‌ای که به دلیل تخلف لغو می‌شد، نمایندگان امکان دریافت پروانه نمایندگی از سایر شرکت‌ها را داشت.

در زمان فعالیت شرکت بیمه توسعه برخی از نمایندگان تخلف می‌کردند و بعد از شرکت دیگری کد می‌گرفتند و تخلفاتشان در شرکت دیگری ادامه می‌یافت. اما اکنون نمایندگان ممنوع‌التصدی برای تمام شرکتهای بیمه قابل رصد هستند. سامانه ممنوع‌التصدی‌ها توانسته است تا حدی سالم سازی کند و از ادامه فعالیت نمایندگان متخلف جلوگیری کند.

✓ افزایش ضمانت اجرایی برخورد با شرکتهای بیمه در خصوص تخلف نمایندگان

اگر شرکتی در شبکه فروش تخلفی داشته باشد مشمول کسر کارمزد اتکایی سهم پرتفوی نماینده متخلف خواهد شد. به عنوان مثال، فرض کنید یک نماینده دو شغله باشد و بیمه مرکزی از شرکت بخواهد که مجوز نماینده را لغو کند و شرکت اقدام نکند. قبلاً چندین بار می‌باید نامه نگاری می‌شد و گاهی شرکتها اقدام نمی‌کردند و یا با تاخیر اقدام می‌کردند. اکنون در چنین مواردی به شرکت گفته می‌شود که در صورت بی‌توجهی شرکت، کسر کارمزد اتکایی انجام خواهد شد. همانطور که مطلع هستید بیمه مرکزی بیمه‌نامه‌ها

را پرتفوی شرکت‌های بیمه را بیمه اتکایی می‌کند، بنابراین بابت پرتفویی که هر نماینده تولید می‌کند مبلغی کارمزد به شرکت بیمه داده می‌شود. اکنون بر اساس ضمانت اجرایی که به ماده ۲۶ آیین نامه ۷۵ اضافه شده است^۷، این امکان وجود دارد که کارمزد دریافتی شرکت، بابت پرتفوی نمایندگانی که متخلف هستند، از شرکت پس گرفته شود. در واقع تخلفات آیین‌نامه‌ای نمایندگان به جرایم مالی گره خورده است تا تاثیر بیشتری در اجرا داشته باشد.

✓ توسعه فعالیت ارزیابان خسارت بیمه در صنعت بیمه

قبلا شرکت‌های بیمه صفر تا صد کار ارزیابی خسارت را خودشان انجام می‌دادند، از دهه ۸۰ آیین نامه ارزیابی خسارت تصویب شده بود ولی چه به لحاظ کمی و چه به لحاظ کیفی توسعه لازم در آنها صورت نگرفته بود. در سال‌های اخیر در نامه نگاری‌هایی که با شرکت‌های بیمه انجام شد ویژگی‌ها و کارکرد ارزیابان خسارت در صنعت بیمه جا افتاد. علاوه بر آن در سال‌های اخیر ارزیابان خسارت برای بیمه‌گذاران شناخته شدند و حضور ارزیابان خسارت در صحنه حادثه، باعث سرعت بخشی به تشکیل پرونده‌های خسارتی و تسویه خسات گردید. قبل از این، هنگامی که تصادفی رخ می‌داد می‌باید پلیس در صحنه حاضر می‌شد، کروکی می‌کشید، اسناد و مدارک مهیا می‌شد و زیان‌دیده و مقصر حادثه هر دو باید به شرکت بیمه مراجعه می‌کردند تا برآورد خسارت شود و الی آخر. اکنون اگر تصادفی در خیابان رخ دهد، طرفین همان لحظه می‌توانند با شماره‌گیری یک شماره چهار رقمی با یک ارزیاب خسارت تماس بگیرند. این ارزیابان خسارت در سراسر کشور کارشناسان موتور سواری دارند که نزدیکترین آنها به محل، همان لحظه با استفاده از GPS شناسایی می‌شوند و با متقاضی ارزیابی خسارت تماس می‌گیرند و در صحنه حاضر می‌شوند. آیین‌نامه این اجازه را می‌دهد که ارزیاب خسارت از طرف شرکت بیمه و یا از طرف بیمه‌گذار انتخاب شود. ارزیابان خسارت با شرکت‌های بیمه قرارداد می‌بندند و بنا به قراردادشان ارزیاب خسارت مورد تائید شرکت بیمه مربوطه می‌شوند. این ارزیابان بعد از دریافت تماس تلفنی از صحنه حادثه منجر به خسارت، چنانچه با شرکت بیمه مربوطه قرارداد داشته باشند، در صحنه حاضر می‌شوند و همانجا مدارک را دریافت و بررسی می‌کند و تصویر آنها را برای شرکت ارزیابی خسارت ارسال می‌کند و شرکت ارزیابی خسارت مدارک را برای شرکت بیمه ارسال می‌کند و ۲ الی ۳ روز بعد، مبلغ خسارت به حساب زیان‌دیده واریز می‌شود. به این ترتیب در همان صحنه تصادف، ارزیابی خسارت انجام می‌شود و دیگر نیازی به مراجعه به شرکت بیمه، یا مقصر حادثه

^۷ شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۱۰/۲۶ آیین‌نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (آیین‌نامه شماره ۷۵) را به شرح زیر اصلاح و به عنوان "آیین‌نامه شماره ۷۵/۳" و مکمل آیین‌نامه مذکور تصویب نمود: یک بند به شرح زیر به ماده ۲۶ آیین‌نامه مذکور اضافه می‌گردد:

"۶- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از کارمزد بیمه اتکایی اجباری مربوط به پرتفوی نمایندگانی که به تشخیص بیمه مرکزی مفاد این آیین‌نامه در مورد آنها رعایت نشده است."
بند فوق از تاریخ ۱۳۹۶/۱/۱ لازم‌الاجرا است.

نیست و تا سقف ۷ میلیون تومان که نیازی به کروکی پلیس هم نیست. در شرایطی که ارزیاب خسارت با شرکت بیمه مذکور قرارداد نداشته باشد نیز آیین نامه اجازه داده است که آنها بتوانند از طرف زیان‌دیده ارزیابی کنند. به این ترتیب که در صحنه حاضر می‌شوند و یک فرم وکالت به زیان‌دیده می‌دهند که به وی برای ارزیابی خسارت وکالت داده شود. بعد از انتخاب او به عنوان وکیل و با دریافت مبلغی حدود ۱۰۰ هزار تومان به عنوان حق الوکاله، تمام اقدامات لازم برای دریافت خسارت توسط وی انجام می‌شود. با توسعه فعالیت ارزیابان خسارت به خصوص در رشته اتومبیل، سرعت و کیفیت بررسی و پرداخت خسارت ارتقا یافته است. اگر در زمان فعالیت شرکت بیمه توسعه ارزیابان خسارت فعالیت گسترده‌ای داشتند، شاید پرونده‌ها این گونه انباشته نمی‌شدند که مبالغ هنگفتی بدهی برای شرکت ایجاد کنند.

✓ حرکت به سمت نهادینه شدن فعالیت اکچوئران رسمی بیمه

قسمتی از مشکل شرکت بیمه توسعه نگرفتن حق بیمه واقعی بوده است که به طور کلی به عدم بررسی ریسک‌ها و اکچوئری نکردن آنها مربوط می‌شود و این منجر به عدم شناسایی حق بیمه واقعی هر ریسک می‌گردد. علت اینکه بیمه توسعه توانست تعداد قابل توجهی بیمه نامه بفروشد قیمت‌های پایینی بود که ارائه می‌کرد. اکنون سه اکچوئر رسمی در صنعت بیمه فعال هستند. به عبارتی دیگر در این حیطه نیاز به توسعه کمی وجود دارد. اکنون ماده ۱۵ آیین نامه ۷۸ این اجازه را به بیمه مرکزی می‌دهد^۸ که از تاریخی که بیمه مرکزی اعلام می‌کند، اکچوئران رسمی باید در شرکت‌ها مستقر شوند و اکچوئری آنان را به نمایندگی از بیمه مرکزی رصد کنند، اما به لحاظ کمی این ظرفیت وجود ندارد. با توسعه کمی اکچوئران رسمی این رویکرد در بیمه مرکزی وجود دارد که درآینده با بهره‌گیری از این اکچوئران رسمی، شرکت‌های بیمه به سمت نرخ‌گذاری‌های بهتر سوق داده شوند. در آیین نامه شماره ۷۸، وظایف اکچوئران رسمی تعیین شده است از جمله در ماده ۹ این آیین نامه آمده است که اگر اکچوئر تشخیص دهد که موسسه نمی‌تواند به تعهدات خود عمل کند باید موضوع را به بیمه مرکزی و شرکت بیمه مربوطه اطلاع دهد. چنانچه در زمان فعالیت شرکت بیمه توسعه ماده ۱۵ این آیین نامه عملیاتی شده بود، اکچوئر شرکت می‌توانست قبل از دشوارتر شدن شرایط شرکت آن را اطلاع دهد و بیمه مرکزی متعاقباً تصمیم‌گیری کند. پیشنهاد قابل اجرای فعلی این است که با توجه تعداد کم این اکچوئران رسمی از آنان برای اصلاح وضعیت شرکت‌هایی است که شرایط نا به سامانی دارند استفاده شود. به این صورت که در محل مستقر شوند.

✓ توسعه فعالیت کارگزاران برای کمک به تصمیم‌گیری بهتر بیمه گذاران

با توجه به اینکه کارگزاران حق صدور ندارند بنابراین آسیبی که از جانب کارگزاران به شرکت‌های بیمه می‌رسد کمتر است. کارگزار، در واقع نماینده بیمه‌گذار است و به طور کلی انتظار می‌رود که بیمه‌گذار را

^۸ ماده ۱۵ آیین نامه ۷۵: هریک از موسسات بیمه موظفند از تاریخی که بیمه مرکزی اعلام خواهد کرد یک اکچوئر رسمی بیمه داشته باشند.

برای خرید بیمه نامه‌های با پوشش‌های بهتر از شرکتهای توانگر و با سابقه بهتر هدایت کند. در واقع به بیمه‌گذار مشاوره می‌دهد. بنابراین اگر بیمه‌گذاران برای خرید بیمه‌نامه به کارگزاران مراجعه کنند آنان با تخصصی که دارند و بررسی‌هایی که انجام می‌دهند باعث می‌شوند خرید بیمه‌نامه با بهترین شرایط فراهم شود. آیین نامه کارگزاری در اسفند ۱۳۹۴ به تصویب رسیده است و از ابتدای ۱۳۹۵ عملیاتی شده است. با تغییر آیین‌نامه کارگزاری، حیطه وظایف کارگزاران افزایش پیدا کرده است به نحوی که به نمایندگی از بیمه‌گذار بتواند علاوه بر اخذ پوشش بیمه‌ای مناسب، پیگیری پرونده‌های خسارت را نیز انجام دهد. اگر بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه پوشش‌های بیمه‌ای خود را از طریق یک کارگزار خرید کرده بودند، علاوه بر آنکه شاید اصلاً تصمیم به خرید از این شرکت نمی‌گرفتند؛ در صورت خرید با دادن وکالت به کارگزار برای گرفتن خسارت، مسیر چند ساله گرفتن خسارت، توسط کارگزار با تسلط به موضوع و اشراف به قوانین و مقررات بیمه‌ای می‌توانست کوتاه‌تر شود. با اضافه شدن بند اخیر به این آیین‌نامه که امکان پیگیری خسارت توسط کارگزار وجود دارد بیمه‌گذاران به خرید از طریق کارگزاران که خریدی آگاهانه‌تر نیز هست تشویق شدند، چرا که اکنون ایشان مطابق آیین‌نامه مربوطه توانایی پیگیری خسارت را نیز دارند.

۴,۷ اداره کل نظارت بر شرکتهای بیمه و هماهنگی امور استان‌ها

شرح وظایف این اداره به قرار زیر است:

- ۱- پایش مستمر فعالیتهای شرکتهای بیمه و شبکه فروش
- ۲- تهیه گزارش‌های جامع نظارتی از شرکتهای بیمه و شبکه فروش
- ۳- جمع‌آوری آمار و اطلاعات شرکتهای بیمه‌ای و شبکه فروش مربوط از بستر سنها، بازدیدهای میدانی با همکاری سایر واحدهای سازمانی ذیربط
- ۴- بررسی گزارش‌های نقاط آسیب‌پذیر شرکتهای بیمه و شبکه فروش مربوط
- ۵- پایش شاخص‌های عملکردی فعالیت شرکتهای بیمه و شبکه فروش مربوط در دوره زمانی مشخص
- ۶- پیگیری رفع مغایرت‌ها و اشکالات توسط شرکتهای بیمه و ارائه گزارش.
- ۷- نظارت بر فعالیتهای استانی شرکتهای بیمه از طریق ناظرین استانی
- ۸- نظارت بر فعالیت شورای هماهنگی شرکتهای بیمه در استانها

شرح وظایف دبیرخانه ارزیابی عملکرد مدیران:

- ۱- نظارت بر حسن اجرای مفاد آیین نامه حاکمیت شرکتی موسسات بیمه (۹۳)
- ۲- نظارت بر حسن اجرای مفاد آیین نامه گزارشگری و افشا اطلاعات موسسات بیمه (۸۸)
- ۳- نظارت بر اجرای آیین نامه احراز صلاحیت‌های کارکنان کلیدی و عملیاتی موسسات بیمه (۹۰)
- ۴- برنامه ریزی و انجام بازدیدهای نظارتی در خصوص پایش صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی

- ۵-پایش مستمر شاخص های کنترلی موسسه بیمه در سامانه سنهاپ
- ۶-تهیه آمار عملکرد و گزارش های دوره ای از اقدامات بعمل آمده در خصوص بررسی صلاحیت های حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی
- ۷-انجام امور مربوط به دبیرخانه کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی موسسات بیمه

۴,۷,۱ رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر شرکت های بیمه و هماهنگی امور استان ها

در مصاحبه ای که در تاریخ ۱۳۹۷/۵/۳ با مدیر محترم اداره کل نظارت بر شرکت های بیمه و هماهنگی امور استانها، جناب آقای آقاجری انجام شد، مواردی به شرح زیر مطرح گردید.

اداره کل نظارت بر شرکت های بیمه، در آذر ماه ۱۳۹۵ تشکیل شد. این اداره با توجه به تمامی تجربیات و مطالعات صورت گرفته و حسب نیازی که در نظارت دیده می شد تشکیل گردید و بحران شرکت بیمه توسعه یکی از این تجربیات بود. به دنبال آن حسب نیاز این اداره، شرایط و مقررات سایر کشورها مورد مطالعه قرار گرفت، با بهره گیری از این مطالعات مقررات بومی سازی و دستور العمل ها نوشته شد، نقشه راه تعیین گردید و این اداره به صورت عملیاتی از نیمه دوم سال ۱۳۹۶ آغاز به کار کرد.

✓ حاکمیت شرکتی

یکی از مهمترین موضوعاتی که این اداره بررسی می کند، نحوه اجرای آیین نامه حاکمیت شرکتی است. اینکه آیا شرکت ها، کمیته های ذکر شده در این آیین نامه را تشکیل داده اند.

✓ بازرسی در محل

تا قبل از تشکیل این اداره، بازرسی های موردی در محل، حسب مورد در بخش های حاکمیتی، مدیریتی، مالی، فنی، شبکه فروش و غیره به صورت جداگانه توسط اداره های مختلف نظارت می شد. اما در این اداره، همه این موارد به صورت منسجم رصد می شود و مسیر حرکت شرکت و آینده ای که در انتظار آن است با استفاده از نظارت های در محل تحلیل می شود. انحرافات شرکت، از این طریق احصا و جهت انجام اصلاحات به مدیران شرکت اعلام می گردد که نمونه عینی آن نیز در بین پنج شرکتی که تاکنون بازرسی در محل برای آنها انجام شده است، وجود دارد. در زمان فعالیت شرکت بیمه توسعه چنین رویه ای وجود نداشت و بعد از آن که بحران در این شرکت شکل گرفت، بیمه مرکزی در محل حضور یافت و برای بررسی مسائل در محل شرکت مستقر شد و گزارش تهیه گردید. البته قبل از تشکیل این اداره نیز، بازررسی ها به صورت موضوعی و موردی انجام می شد، اما این اداره به طور ویژه با هدف تامین گزارشات جامع فعالیت می کند. که منظور از آن تهیه یک گزارش یکپارچه و کلی شرکت با دقت و سرعت است که بر اساس آن بتوان برنامه

ریزی کرد. در بخش های مختلف فنی و مالی و غیره اداره های مربوطه به نظارت های خود می پردازند اما بررسی در محل و تهیه گزارشات جامع توسط این اداره انجام می شود.

شرکت ها بر اساس اطلاعات اولیه ای که از آنها در دسترس است، اولویت بندی می شوند و بر اساس این اولویت ها برای بازرسی انتخاب می شوند. تاکنون ۵ شرکت، تحت این بازرسی ها قرار گرفته اند. هدف ما آن است که تمام شرکتها، چه شرکت های خوب و چه شرکت های ضعیفتر به صورت دوره ای تحت بازرسی های در محل قرار گیرند.

در این بازرسی ها تیم های بازرسی نحوه اجرای قوانین و مقررات را از نزدیک بررسی می کنند، از جمله نحوه سرمایه گذاری ها بررسی می شود و به صورت فیزیکی ماهیت سرمایه گذاری ها مورد ارزیابی قرار می گیرد. چه میزان هزینه شده است درصد پیشرفت پروژه های سرمایه گذاری چه میزان بوده است. تعهدات شرکت و میزان توان مالی شرکت برای برآورده کردن تعهدات آتی مورد بررسی قرار می گیرد و به طور کلی شرکت از ابعاد مختلف رصد می شود. برخی موضوعات در نظارت خارج از محل به دست نمی آیند. به عنوان مثال اختلافات بین هیئت مدیره و مدیر عامل با بازرسی های در محل مشخص می شوند زیرا هیچ جا ثبت نمی - شوند در حالی که ممکن مسائل بسیاری برای شرکت ایجاد کرده باشد. بسیاری از موارد را با استقرار در شرکت ها می توان به دست آورد.

دستورالعمل بازرسی در محل به تصویب هیئت عامل بیمه مرکزی رسیده است و در حال حاضر، در حال اجراست.

برای تکمیل این بازرسی ها نیاز به نیروی متخصص بیشتری است که انتظار می رود با گذشت زمان مهیا شود.

✓ ارزیابی صلاحیت حرفه ای کارکنان کلیدی

در شرایط فعلی تحت آیین نامه ۹۰، تعیین صلاحیت ها با دقت بیشتری انجام می شود. در حال حاضر تنها افراد واجد شرایط می توانند در موقعیت های کلیدی شرکت های بیمه قرار گیرند و صلاحیت ها می باید توسط بیمه مرکزی تعیین شود. در حالیکه تا قبل از تصویب این آیین نامه چنین بررسی هایی در مورد مدیران و افراد کلیدی شرکت های بیمه انجام نمی شد. در حال حاضر کمیته ای تحت عنوان کمیته ارزیابی صلاحیت مدیران هم داریم.

✓ سامانه ثبت تخلفات مدیران

اگر یک مدیر (از افراد کلیدی که قبلاً صلاحیت وی را تأیید کرده‌ایم) مرتکب تخلف شود بر اساس دستورالعملی که مصوب هیئت مدیران است به او امتیاز منفی داده می‌شود و اگر مجموع این امتیازات منفی به -۳۰ برسد، وی از مدیریت عزل خواهد شد. ضمن اینکه این اطلاعات در یک سامانه ثبت تخلفات ثبت و ضبط می‌گردد. در حالیکه قبلاً چنین اطلاعاتی گردآوری نمی‌شد. همچنین اگر مجموعه مدیران یک شرکت مجموع امتیازاتشان -۱۰۰ شود، موضوع به شورای عالی بیمه منتقل می‌شود و این شورا می‌تواند برای ادامه فعالیت شرکت محدودیت‌هایی ایجاد کند و برخوردهای لازم را انجام دهد و زنگ خطر را به صدا درآورد. قبلاً این نظم و انضباط وجود نداشت. همچنین در این دستورالعمل بحث تشویق نیز لحاظ شده است و ممکن است یک مدیر بنا بر عملکرد خوب خود، توسط کمیته مورد تشویق هم قرار گیرد.

در این سامانه تمام سوابق مدیران گردآوری می‌شود و بنابراین به سادگی قابل دسترسی و بهره‌برداری برای اهداف نظارتی حتی در سالهای آینده خواهد بود. در حالی که قبل از آن ممکن بوده است که به یک مدیر تذکری داده شود ولی این موارد تجمیع و ضبط نمی‌شد و دسترسی به آنها دشوار بود. این دستورالعمل مصوب هیئت عامل است و در حال حاضر در حال اجراست.

۴,۷,۲ شرح وظایف اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی

این اداره شامل دو زیر اداره است:

(۱) اداره نظارت فنی بیمه‌های زندگی؛

(۲) اداره نظارت مالی بیمه‌های زندگی؛

شرح وظایف آنها در بخش (۶,۹) آورده شده است.

۴,۷,۳ رویکرد و عملکرد اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی

برای بررسی موضوعاتی که اداره نظارت بر بیمه‌های زندگی بر آن تمرکز دارد و تحولاتی که در این حوزه اتفاق افتاده است در تاریخ ۱۳۹۷/۶/۲۱ با مدیر کل نظارت بر بیمه‌های زندگی، جناب آقای تقی لو مصاحبه‌ای انجام داده‌ایم که مشروح آن در ادامه آورده شده است:

✓ رسیدگی تخصص به فعالیت بیمه‌های زندگی

در سال‌های قبل در معاونت نظارت، برای نظارت بر بیمه‌های زندگی، اداره جداگانه‌ای اختصاص نیافته بود. بخش مالی آن در اداره نظارت مالی و بخش فنی آن در اداره نظارت فنی بررسی می‌شد. با توجه تفاوت‌های این رشته بیمه‌ای در تمام زمینه‌های ذخایر، مالی و فنی با سایر رشته‌ها نیاز به اختصاص یک اداره جداگانه در معاونت نظارت حس شد. از حدود ۸ ماه پیش، اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی تأسیس شد. هدف این است که این اداره بتواند فعالتر و دقیق‌تر بر بیمه‌های زندگی نظارت کند. تمام جنبه‌های مالی و فنی

مربوط به بیمه‌های عمر در کنار یکدیگر در این اداره بررسی و ارزیابی می‌شوند. این تمرکز بر بیمه‌های زندگی این حسن را دارد که اگر نقصی در یک بخش وجود داشته باشد تأثیر آن بر سایر بخش‌ها نیز قابل شناسایی و ارزیابی است. به عنوان مثال، ممکن است پرتفوی خوبی تشکیل شده باشد، مدیریت ریسک به درستی انجام شده باشد، اما ذخایر ریاضی و منابع بیمه‌های زندگی به خوبی سرمایه‌گذاری نشده باشند؛ در این شرایط نیز برآیند کار نامطلوب خواهد بود. اکنون در این اداره بخش مالی و فنی تحت هدایت و مدیریت یک مدیر اداره می‌شود.

✓ نظارت بر مجوزهای صادره برای طرح‌های بیمه‌های زندگی

این اداره بر بیمه‌نامه‌ها، مجوزها و قراردادهای تمرکز کرده است و جزئیات را رصد می‌کند. بخش‌نامه‌ها به صنعت بیمه ابلاغ شده است که شرکت‌ها اطلاعات بیمه‌نامه‌ها را به صورت شفاف و آنلاین به بیمه‌گذاران نشان دهند، به گونه‌ای که بیمه‌گذار از پرداخت‌ها، مبالغ دریافتی و آخرین وضعیت بیمه‌نامه خود کاملاً آگاه باشد. نحوه پیاده سازی این بخش نامه به صورت جدی پیگیری می‌شود. در واقع این شفافیت برای بیمه گذاران ایجاد شده است تا آنان از بیمه‌نامه خریداری شده اطلاعات کافی داشته باشند.

✓ نظارت بیشتر بر تبلیغات و اطلاع رسانی شرکت‌های بیمه

در سال‌های قبل نظارت دقیقی بر تبلیغات صورت نمی‌گرفت، گاهی مردم بیمه نامه‌ای را براساس تبلیغات می‌خریدند، در حالیکه در تبلیغات اطلاعات نادرستی به آنها داده شده بود. این موجب می‌شد که بیمه نامه‌ها سریعاً بازخرید شوند. بازخرید بیمه نامه‌های عمر، ضمن آنکه سود آوری شرکت را به مخاطره می‌اندازد، هزینه‌های مدیریتی را نیز بالا می‌برد. با ایجاد شفافیت و آگاه سازی بیمه‌گذاران و نظارت بر تطابق تبلیغات با واقعیت بیمه‌نامه چنین مواردی اکنون بهتر مدیریت می‌شوند. شرکت‌ها اکنون ملزم هستند که به تمام شبکه فروش خود بخشنامه کنند که اجازه تبلیغ بیمه نامه‌های بدون مجوز قانونی را ندارند و نباید محتوی تبلیغات فراتر از مجوزها باشد. در غیر این صورت تمامی تبعات چنین رفتارهایی متوجه شرکت‌های بیمه خواهد بود. با این رویه، بحث خود نظارتی نیز فعال شده است.

مشکلی که در ارتباط با بیمه‌های عمر وجود داشت این بود که شرکت‌های بیمه از منابع بیمه‌های زندگی برای پرداخت‌های سایر رشته‌ها استفاده می‌کردند. با ابلاغ آیین‌نامه مربوط به تفکیک حسابها این موضوع مورد توجه قرار گرفت. همچنین شرکت‌ها باید سرمایه‌گذاری بیمه زندگی را نیز از سرمایه گذاری بیمه های غیر زندگی جدا کنند. این رویه این امکان را می‌دهد تا چگونگی مصارف منابع بیمه‌های زندگی مشخص باشد و می‌توان این اقدام را یک اقدام کلیدی به شمار آورد.

مهم است که نهاد ناظر بر شرایط فعلی و وضعیتی که اکنون شرکت‌ها دارند اشراف داشته باشد. اکنون بیمه مرکزی می‌داند که چه شرکت‌هایی بیمه زندگی دارند چه میزان تعهدات ایجاد کرده‌اند و از محل منابع بیمه های عمر چه سرمایه‌گذاری‌هایی کرده‌اند. این موضوعات کاملاً نظارت می‌شود در حالی که در سالهای گذشته بیمه مرکزی تحلیل‌هایی در این سطح نداشته و کمتر به آن توجه می‌شده است.

از آنجا که اکنون نظارت‌ها، فرآیند محور است، اگر شرکتی موضوعی را پنهان کند حداکثر در سال بعد بتوان پنهان کاری خود را خواهد دید. در شرایط فعلی، استراتژی بیمه مرکزی این است که اجازه دهد شرکت‌ها از اقدامات و قوانین و مقررات بیمه مرکزی آگاه باشند و بدانند که بیمه مرکزی چه مسیری را در پیش گرفته است.

اکنون ذخایر شرکت‌ها، سهم نگهداری و سهم واگذاری به دقت بررسی و تحلیل می‌شود. با بررسی داده‌ها بسیاری از تخلفات و اقدامات شرکت‌های بیمه مشخص می‌شود. همچنین حجم تعهدات هر شرکت مشخص می‌شود و بنابراین شرکت‌هایی که حجم تعهدات بیشتری دارند و بنابراین نیاز به توجه بیشتری از جانب بیمه مرکزی دارند نیز مشخص می‌شوند.

با بررسی تعهدات بیمه‌های زندگی، مشخص می‌شود که این ادعا که بیمه‌های زندگی رشد نکرده است یک سوء تفاهم است. چنین ادعایی ناشی از این است که فقط به سهم بیمه‌های زندگی از پرتفو حق بیمه‌ها توجه می‌شود. در حالی که سهم بیمه‌های زندگی از تعهدات اکنون حدود ۳۲٪ است و سهم سایر رشته‌ها ۶۸٪ است. این موضوع اهمیت توجه به بیمه‌های زندگی را نشان می‌دهد. همچنین سهم تعهدات بیمه‌های زندگی از تعهدات هر شرکت به تفکیک بررسی می‌شود. شرکت‌هایی که سهم تعهدات بیمه عمر آنها بیش از ۷۰٪ است را می‌باید تخصصی زندگی به شمار آوریم.

روال سنتی نظارت آن است که تطابق عملکرد شرکت را با قوانین و مقررات مورد بررسی قرار می‌دهد. به اعتقاد من نظارت انطباقی اگر به طور کامل هم انجام شود، نمی‌تواند اطمینان از آینده شرکت‌ها را حاصل کند. در کنار نظارت انطباقی، نظارت کیفی هم حائز اهمیت است و نظارت کیفی نیاز به تحلیل و بررسی بیشتری دارد. به عنوان مثال در آیین‌نامه سرمایه‌گذاری، حداکثر سهم سرمایه‌گذاری در بانک مشخص شده است. اما اگر شرکت صرفاً به دنبال اعمال چنین مقرراتی باشد و سایر موارد با اهمیت از جمله ریسک اعتباری را در نظر نگیرد ممکن است با مشکل مواجه شود. بنابراین مهارت مدیر در نحوه توزیع سرمایه‌گذاری‌ها تحت آیین‌نامه اهمیت پیدا می‌کند.

روش مدیریت شرکت بیمه تخصصی زندگی با شرکت مختلط غیر زندگی متفاوت است. زیرا ماهیت قراردادهای بیمه زندگی، بلند مدت است و تعهدات بلند مدت ایجاد می‌کند. از آنجا که استراتژی‌ها و روش

مدیریت یک شرکت بیمه زندگی متفاوت است، زمانیکه شرکت بیمه مختلط است و در سایر رشته‌ها نیز فعالیت می‌کند، جداسازی‌ها از جمله جداسازی منابع انسانی، تعهدات، جداسازی استراتژی نقدینگی و غیره دشوار می‌شود. شرکت‌های بیمه زندگی در تمام حوزه‌ها، از شبکه فروش، بازاریابی، سرمایه گذاری، صدور، حسابداری، ذخایر و غیره کاملاً متفاوت هستند. بنابراین تفاوت عمیقی بین شرکت‌های بیمه زندگی و غیر زندگی وجود دارد. از این رو، رویکرد فعلی بیمه مرکزی تاسیس شرکت‌های تخصصی به ویژه در حوزه بیمه‌های زندگی است. به همین دلیل، سعی بر آن است تا تاسیس چنین شرکت‌هایی تسهیل شود. این موضوع که در حوزه بیمه‌های عمر شرکت‌ها باید به سمت تخصصی شدن حرکت کنند را می‌توان از تحولات صنعت بیمه به شمار آورد.

در سالهای اخیر صنعت بیمه لزوم بهره‌گیری از اکچوئران و نرخ‌گذاری علمی و برخورد با دامپینگ را نیز درک کرده است. شرکت بیمه برای فروش بیمه نامه بیمه عمر، باید مجوز داشته باشد. نرخ بیمه‌های عمر متصل به جدول عمر است. متأسفانه سال‌های گذشته نرخ بیمه عمر متصل به جدول عمری بود که از جدول عمر فرانسه گرفته شده بود. یکی از تحولاتی که در حوزه بیمه عمر اتفاق افتاده است، بومی کردن جدول عمر است. انتظار می‌رود که امسال این جدول عمر به شرکت‌ها ابلاغ شود. این اقدام بیمه مرکزی می‌تواند منجر به واقعی‌تر شدن نرخ‌ها و تعدیل نرخ‌ها با شرایط بومی کشور شود و بنابراین بازار بیمه‌های زندگی را توسعه دهد.

لزوم تدوین شرایط عمومی بیمه‌های زندگی، به روز رسانی آیین نامه ۶۰ و تدوین آیین‌نامه سرمایه‌گذاری خاص بیمه‌های زندگی موضوعاتی هستند که به صورت پروژه‌های باز در دستور کار معاونت طرح و توسعه قرار گرفته‌اند. آیین نامه ۶۸ نیز در دست بازنگری و اصلاحات است تا موارد مبهم و یا مورد اختلاف اصلاح شود.

شرکت بیمه توسعه حدود ۱۲ میلیارد تومان فروش بیمه عمر داشته است. از این تعداد عده‌ای فوت کرده‌اند، عده‌ای بیمه نامه خود را بازخرید کردند و عده‌ای هم تبدیل وضعیت کرده‌اند که در واقع بیمه نامه خود را به بیمه ایران منتقل کرده‌اند. از زمان تشکیل این اداره حق و حقوق این بیمه‌گذاران را احصا کردیم. با اطمینان می‌گوییم آنهایی که پرونده شان کامل است، فراخوان زده شده و پرداخت‌ها انجام شده است. عده‌ای هم مراجعه نکرده‌اند.

۴,۸ جمع‌بندی و پیشنهادات

در سال‌های اخیر، علاوه بر تغییرات قوانین و مقررات رویکرد نظارت جدی و سختگیرانه بر صنعت بیمه در بیمه مرکزی دنبال شده است. علاوه بر اصلاح ساختار معاونت نظارت بیمه مرکزی و افزایش تعداد نیروی

انسانی، رویه ها نیز اصلاح شده‌اند. از جمله تنظیم گزارشات منظم و مدون نظارتی، تعامل بیشتر با شرکت‌های بیمه، جمع آوری داده‌های نظارتی با بهره‌گیری از سامانه‌های سنبهاب، سختگیری بیشتر برای انتخاب بازرسان و حسابرسان قانونی شرکت‌ها، نظارت جدی و به هنگام بر صورت‌های مالی، توجه ویژه به شاخص‌های پیش هشدار عملکرد شرکت‌ها، ثبت تخلفات نمایندگان فروش شرکت‌ها و امکان استعلام از این سامانه‌ها توسط شرکت‌های بیمه از جمله این اقدامات هستند. به طور کلی می‌توان گفت در سال‌های اخیر معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا. ایران با بهره‌گیری از ابزارهای نظارتی بیشتر و عزم جدی مدیران در راستای نظارتی هوشمند گام برداشته است. اگر نظارت را شامل مراحل جمع‌آوری اطلاعات، پردازش اطلاعات و تصمیم‌گیری بدانیم، در هر سه مرحله تحولات چشم‌گیری اتفاق افتاده است.

راه اندازی سامانه‌های گوناگون در سنبهاب به منظور تامین نیازهای ارکان صنعت بیمه شامل نهاد ناظر، بیمه‌گران و بیمه‌گذاران در راستای جمع آوری هدفمند اطلاعات بوده است. به منظور اطمینان از صحت اطلاعات مذکور در انتخاب بازرسان قانونی و حسابرسان شرکت‌های بیمه سخت‌گیری بیشتری به عمل می‌آید و همچنین در موارد لازم بازرسی‌های در محل انجام می‌شود.

به منظور تسریع در پردازش اطلاعات سطح دسترسی خاصی در سامانه سنبهاب برای هر یک از مدیران اداره‌های کل بیمه مرکزی تعریف شده است و ایشان به سهولت هر زمان که اراده کنند به اطلاعات ارسالی و یا نقصان اطلاعات شرکت‌های بیمه دسترسی دارند. علاوه بر آن گزارش‌های نظارتی به صورت مدون و در چارچوبی مشخص به صورت منظم برای تمام شرکت‌ها تنظیم می‌شوند.

در تصمیم‌گیری‌ها مدیران با جدیت و گردآوری گزارشات نظارتی، تحت قوانین و مقررات اصلاح شده تصمیم‌نهایی را اخذ می‌کنند. تدوین کتاب‌های مراقب بیمه منجر به آگاهی هر چه بیشتر مدیران شرکت‌های بیمه و مسئولین بیمه مرکزی ج.ا. ایران از تمام قوانین و مقررات به صورت هدفمند و عواقب تخلف از آن‌ها می‌شوند. در موارد با اهمیت تصمیمات با نظر هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا. ایران انجام می‌شود و موارد تخلف شرکت‌ها در هیئت عامل مورد بررسی قرار می‌گیرد و تصمیم‌نهایی بر اساس گزارشات نظارتی اخذ می‌شود.

در این راستا پیشنهادات زیر قابل طرح است:

1. شرایط احراز صلاحیت حسابرسان و بازرسان قانونی شرکت‌های بیمه به صورت مدون و دقیق تعیین شود. به این منظور می‌توان از دستورالعمل طبقه‌بندی بازرسان توسط سازمان بورس و اوراق بهادار بهره‌برداری نمود.

۲. با توجه به کاهش تدریجی سهم بیمه اتکایی اجباری بیمه مرکزی، برای ممانعت از شرایط بحرانی مناسب است تا بیمه مرکزی نیز برای حمایت از منافع بیمه گذاران از اختیاراتی مشابه با سازمان تامین اجتماعی برخوردار باشد. مطابق ماده ۵۰ قانون تامین اجتماعی، مطالبات سازمان تامین اجتماعی بابت حق بیمه و خسارات تاخیر و جریمه‌های نقدی ناشی از اجرای قانون در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم الاجرا بوده و طبق مقررات مربوط به اجرای مفاد اسناد رسمی به وسیله مأمورین اجرای سازمان قابل وصول می‌باشد (توضیح اینکه طبق ماده ۴۹ قانون تامین اجتماعی مطالبات ناشی از روابط بیمه‌ای سازمان شامل حق بیمه، خسارات تاخیر و جرائم نقدی و مطالبات ناشی از هزینه‌های انجام شده توسط سازمان در امور درمانی و ... به بیمه شدگان ، طلب ممتاز به حساب می آیند و برهمین مبناء در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم الاجرا بوده است). سند لازم الاجراء سندی است رسمی یا عادی که مفاد آن بدون حکم دادگاه نیز قابل اجرا از طریق صدور اجرائیه توسط مراجعی همچون دفاتر اسناد رسمی، دفاتر ازدواج و سازمان ثبت اسناد و املاک است که بوسیله مأمورین اجرای سازمان قابل وصول می باشد. افزایش اختیارات بیمه مرکزی به خود خود می‌تواند منجر به کاهش تخلفات شرکت‌های بیمه شود.

۳. تکمیل سامانه سنهاب و اختصاص کد یکتا به تمام بیمه‌نامه‌ها می‌تواند در راستای جلب اطمینان بیشتر و کاهش تخلفات نمایندگان فروش، بیمه‌گذاران را به بهره‌گیری بیشتر از خدمات صنعت بیمه ترغیب کند. در حال حاضر این اقدام در رشته بیمه شخص ثالث انجام شده است و بیمه گذاران می‌توانند از صحت بیمه نامه خود مطلع شوند.

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۵,۱ نحوه پیاده سازی مصوبه ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه

پس از تصویب مصوبه مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورای عالی بیمه با همکاری دادستان عمومی و انقلاب تهران، شرکت بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی ج.ا. ایران مصوبه مذکور شد و تقسیم کاری به شرح زیر شکل گرفت:

- ۱- شرکت بیمه توسعه پرونده خسارت‌های خود را رسیدگی و طی لیست‌های جداگانه برای شرکت بیمه ایران ارسال می‌نمود.
- ۲- شرکت بیمه ایران پس از رسیدگی و احراز انطباق میزان خسارت با قانون و مقررات، خسارت قطعی را در وجه زیاندیدگان شرکت بیمه توسعه پرداخت می‌نمود.
- ۳- بیمه مرکزی بر فرآیند مذکور (بندهای ۱ و ۲) نظارت کلان می‌نمود و هماهنگی لازم را بین شرکت بیمه توسعه و شرکت بیمه ایران برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه به انجام می‌رسانید.
- ۴- بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه در دادستان تهران وظیفه شناسایی اموال بیمه توسعه، انجام کارشناسی و قیمت گذاری املاک معرفی شده توسط شرکت بیمه توسعه را عهده دار بود تا پس از انتقال وکالتی و قطعی اموال به شرکت بیمه ایران، منابع مالی لازم برای پرداخت خسارت‌های زیاندیدگان و بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه در اختیار شرکت بیمه ایران قرار گیرد.

لازم به ذکر است برگزاری جلسات منظم برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه در دفتر بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه با مشارکت مدیران بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی تجربه جدیدی را در فرآیند رسیدگی به درخواست ورشکستگی شرکت بیمه توسعه از سوی بیمه مرکزی رقم زد که در جای خود قابل مطالعه و بررسی است. در واقع بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه به جای رسیدگی قضائی به شکایت بیمه مرکزی با ریل گذاری بر بستر مصوبه شورای عالی بیمه، به دلیل اعلام آمادگی سهامدار شرکت بیمه توسعه برای پرداخت حق و حقوق بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه، رویه حقوقی جدیدی را برای موارد مشابه بعدی پایه گذاری کرده است.

اقدامات انجام شده در راستای حمایت از حقوق بیمه‌گذاران شرکت بیمه توسعه در بندهای زیر قابل خلاصه- سازی است:

- ✓ بین شرکت بیمه ایران، شرکت بیمه توسعه و بیمه مرکزی ج.ا. ایران و قوه قضائیه برای تسهیل و اجرای مصوبه شورای عالی بیمه همکاری و هماهنگی خوبی صورت گرفته است.
- ✓ تقسیم کار انجام شده بین معاونت نظارت بیمه مرکزی و قوه قضائیه برای اجرای مصوبه شورای عالی بیمه از یک سو و تعریف کمیته‌های کاری متعدد برای رسیدگی و پرداخت خسارت‌ها، تعیین تکلیف

نمایندگان بیمه توسعه و نیز تأمین مالی و پرداخت خسارت‌های بیمه توسعه از سویی دیگر شرایط اجرای مصوبه شورای عالی بیمه را تسهیل کرده است.

✓ معرفی و ارزیابی اموال شرکت بیمه توسعه همواره با تأخیر زمانی زیادی مواجه شده است و میزان خسارت‌های پرداختی شرکت بیمه ایران در مواردی از ارزش اموال معرفی شده توسط بیمه توسعه سبقت گرفته است. این موضوع منجر به مکاتبات متعدد شرکت بیمه ایران با بیمه مرکزی و بازپرس پرونده برای معرفی دارایی‌های جدید از سوی شرکت بیمه توسعه شده است.

تجربه بحران بیمه توسعه نشان می‌دهد که باید ساز و کار خروج شرکت‌ها از صنعت بیمه به صورت مدون و شفاف تعیین شود. رویه به کار گرفته شده، زمانبر بوده است و مشکلات متعدد در فرآیند انتقال اموال موجب تأخیر در پرداخت خسارت‌ها شده است.

علاوه بر موارد فوق، ضریب خسارت ۱۱۵٪ و ضریب ترکیبی ۱۵۵٪ شرکت بیمه توسعه نشان می‌دهد ارزان‌فروشی، سهامداران شرکت بیمه توسعه را به شدت متضرر ساخته است؛ ایشان بخشی از بدهی‌ها و خسارت‌های شرکت بیمه توسعه را از منابع مالی خود (و نه اموال شرکت بیمه توسعه) تأمین و پرداخت کرده‌اند. به عبارتی شرکت بیمه توسعه به هزینه‌ای گزاف به صنعت بیمه اثبات کرد که فروش بیمه‌نامه‌های ارزان به معنی انتقال سرمایه از سهامداران به بیمه‌گذاران است، انتقال سرمایه‌ای که هیچ یک از طرفین از آن خشنود نخواهند بود. بنابراین سهامداران شرکت‌های بیمه اگر به دنبال افزایش ثروت خود هستند می‌باید مدیران واجد صلاحیت و حرفه‌ای را به کار گمارند و از ایشان برای قیمت‌گذاری‌های فنی و مطابق با اصول اکچوئری حمایت نمایند. علاوه بر آن رویکرد سهامدار این شرکت برای تمرکز سرمایه‌گذاری‌ها در بخش املاک و مستغلات نیز فارغ از این که خلاف مقررات بوده است، مقرون به صرفه نیز نبوده است و نتوانسته زیان ناشی از فروش بیمه‌نامه‌های ارزان را جبران کند. سند این موضوع ضریب ترکیبی ۱۵۱ درصدی طی سال‌های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۳ است که در محاسبه آن سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها نیز به مبالغ حق بیمه اضافه گردیده است.

۵.۲ جمع بندی تحولات صنعت بیمه

صنعت بیمه از سه رکن اصلی نهاد ناظر (بیمه مرکزی ج.ا. ایران)، بیمه‌گران و بیمه‌گذاران تشکیل شده است. تجربیات حاصل شده از بحران شرکت بیمه توسعه و سایر موارد ملاحظه شده، بر این ارکان و ساز و کار آنها تأثیر گذار بوده است. این تغییرات را به طور کلی می‌توان در نمودار زیر خلاصه کرد.

بیمه مرکزی

- ✓ تحول در ساختار معاونت نظارت
- ✓ تحول در روش‌ها و رویکردهای نظارت برای نظارت کامل‌تر و دقیق‌تر
- ✓ اصلاح قوانین و مقررات
- ✓ افزایش اختیارات بیمه مرکزی و ابزارهای نظارتی
- ✓ کاهش تصدی بیمه مرکزی با کاهش سهم اتکایی اجباری بیمه مرکزی

شرکت بیمه

- ✓ ارتقاء صلاحیت مدیران کلیدی
- ✓ ارتقاء نحوه نظارت‌های داخلی
- ✓ انجام عملیات بیمه‌گری تحت قوانین و مقررات سختگیرانه‌تر (از جمله قوانین مربوط به تعیین نرخ و کیفیت شبکه فروش)
- ✓ آگاهی بیشتر از قوانین و مقررات با بهره‌گیری از کتاب مراقب بیمه

بیمه گذاران

- ✓ افزایش اطلاع رسانی و حمایت از بیمه گذاران (از جمله ارائه کد یکتا به بیمه نامه‌های رشته شخص ثالث و آئین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات)

۵.۲.۱ تحولات نظارت بیمه مرکزی ج.ا.ایران

✓ اصلاح ساختار و افزایش نیروی انسانی معاونت نظارت بیمه مرکزی

معاونت نظارت بیمه مرکزی با اضافه نمودن دو اداره کل، اکنون با ۵ اداره کل بر شرکت‌های بیمه نظارت می‌کند. در زمان بحران شرکت بیمه توسعه این معاونت با سه اداره کل و حدود ۵۰ نیروی انسانی بر شرکت‌های بیمه نظارت می‌کرد، اکنون این معاونت با پنج اداره کل و در حدود ۹۰ نیروی انسانی این امر مهم را انجام می‌دهد. بنابراین، ساختار واحد نظارت بیمه مرکزی در این سال‌ها به منظور نظارت دقیق‌تر و جامع‌تر، تکمیل شده است.

✓ تحول در روش‌ها و رویکردهای نظارتی بیمه مرکزی

در دوره‌ای تمرکز بیمه مرکزی بر توسعه بازار بود. اکنون با افزایش تعداد شرکت‌های خصوصی، نظارت از اهمیت بیشتری برخوردار شده است. بنابراین بیمه مرکزی با اصلاح قوانین و مقررات از جمله قانون شخص ثالث و آیین نامه‌ها و وضع ضمانت‌های اجرایی در این آیین نامه‌ها، چارچوب اختیارات شرکت‌های بیمه را تعیین نموده است. علاوه بر اصلاح قوانین و مقررات، نظارت با رویه‌های تثبیت شده، مدون و چارچوب مشخص در بیمه مرکزی انجام می‌شود که انتظار می‌رود برخی از این رویه‌ها در آینده نزدیک به صورت آیین نامه و یا دستورالعمل به شرکت‌ها ابلاغ شود. از جمله مهمترین این موارد، استفاده از روش‌های اکچوئری برای محاسبه ذخایر فنی رشته شخص ثالث می باشد که علاوه بر آیین نامه ۵۸ بر کفایت ذخایر این رشته که سهم بالایی از پرتفوی صنعت بیمه را به خود اختصاص داده است، برای محاسبات دقیق‌تر به کار گرفته می‌شوند.

انجام بازرسی‌های در محل که با استقرار تیم‌های بازرسی در محل در شرکت‌های بیمه و تحلیل همه جانبه ساز و کار آنها انجام می‌شود، قبل از بحرانی شدن شرایط شرکت‌ها علاوه بر انجام اقدامات نظارتی با شناسایی نقاط ضعف، به آنها مشاوره می‌دهد تا بتوانند رویه‌های خود را اصلاح کنند. این اقدام در اغلب کشورهای دنیا به صورت دوره ای انجام می‌شود و انجمن بین المللی ناظران بیمه نیز این اقدام را توصیه کرده است. انجام دوره‌ای این اقدام برای تمام شرکت‌ها به خصوص شرکت‌هایی که نشانه‌هایی از برخی مشکلات در آنها دیده شده است اقدامی موثر برای پیشگیری از بحران در صنعت بیمه خواهد بود. نکته حائز اهمیت آن است که بازرسی‌های در محل نیازمند افرادی متخصص و صاحب دانش لازم برای انجام بازرسی همه جانبه است؛ افرادی که علاوه بر تخصص از تعهد بالایی نیز برخوردار باشند، زیرا شرکت‌هایی که تخلفات بسیاری دارند اغلب همکاری صادقانه‌ای ندارند و تنها متخصصان با تجربه می‌توانند به تمام موارد مهم توجه کنند و با احصاء مشکلات شرکت از وقوع بحران پیشگیری کنند.

بیمه مرکزی در سال‌های اخیر حضور فعال‌تری در مجامع عمومی شرکت‌های بیمه دارد و نقش موثرتری در تصویب صورت‌های مالی شفافتر در مجامع ایفاء می‌کند. علاوه بر آن صورت‌های مالی مورد تأیید هیئت مدیره شرکت قبل از ارائه به حسابرس، به بیمه مرکزی ارسال می‌شوند و بعد از تعامل با بیمه مرکزی و رفع موارد مورد نظر بیمه مرکزی برای تأیید به حسابرس اعلام می‌شوند.

به طور کلی معاونت نظارت بیمه مرکزی، سعی دارد تا با بهره‌گیری از روش‌های علمی، نظارتی همه جانبه و دقیق انجام دهد و در عین حال در تعاملاتی که با شرکت‌ها دارد، آنها را به سمت رویه‌هایی که آنها را از بحران ایمن می‌سازد، هدایت کند. اخیراً این معاونت، مطالعاتی در حوزه نظارت مبتنی بر ریسک انجام می‌دهد و سعی دارد تا سایر شاخص‌های مهم ساز و کار یک شرکت را علاوه بر نسبت توانگری، محاسبه نماید.

در سال‌های اخیر، بعد از بحران شرکت بیمه توسعه قوانین و مقررات اصلاح شده‌اند. همچنین نحوه نظارت بر این قوانین و مقررات نیز دارای چارچوبی مشخص شده است. گزارش‌های نظارتی به صورت جداولی تنظیم می‌شوند که نحوه رعایت تمام مواد قانونی و مقرراتی در هر سطر این جداول مدون، مورد بررسی قرار می‌گیرد و پس از تأیید در بیمه مرکزی به شرکت‌ها ابلاغ می‌شوند و حسب مورد در صورت نیاز با شرکت‌های متخلف برخورد می‌شود. از جمله مهمترین این موارد، گزارشات کفایت ذخایر رشته شخص ثالث و نحوه اجرای آیین نامه ۹۴ است. در صورتی که مدیران شرکت نتوانند اصلاحات لازم را انجام دهند و یا خود مسبب برخی مشکلات باشند، در سوابق آنها امتیاز منفی منظور خواهد شد. در صورتی که جمع امتیازات منفی ایشان از آستانه تعیین شده عبور کند ایشان توسط بیمه مرکزی رد صلاحیت خواهند شد.

✓ افزایش اختیارات و وضع ضمانت‌های اجرایی قانونی برای نظارت بیمه مرکزی

در اصلاحات انجام شده در قوانین و مقررات، افزایش ضمانت‌های اجرایی کاملاً مشهود است. به گونه‌ای که می‌توان گفت در سال‌های اخیر هیچ آیین نامه نظارتی تصویب نشده است مگر آنکه ضمانت‌های اجرایی محکمی برای آن در نظر گرفته شده است. تخلف از قوانین و مقررات، اغلب حسب مورد می‌تواند منجر به اعمال مجازات‌هایی شامل سلب صلاحیت مدیران و تعلیق مجوز صدور شرکت در یک یا چند رشته شود. به عنوان مثال در ماده ۵۷ قانون شخص ثالث، در صورت سلب صلاحیت اکثریت هیأت مدیره شرکت بیمه حسب اعلام بیمه مرکزی، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی بیمه می‌تواند برای اداره امور شرکت، فرد واجد شرایطی را به عنوان سرپرست شرکت بیمه تا زمان تعیین و تأیید اعضای جدید هیأت مدیره توسط شرکت، منصوب کند. در زمان بحران شرکت بیمه توسعه، این امکان قانونی برای بیمه مرکزی وجود نداشت. همچنین در آیین نامه حاکمیت شرکتی، در صورت اعلام بیمه مرکزی مبنی بر سلب صلاحیت حرفه‌ای اکثریت اعضای هیئت مدیره مؤسسه بیمه، بیمه مرکزی با تأیید شورای عالی 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. به این ترتیب با مهیا شدن ضمانت‌های اجرایی لازم در قوانین و مقررات، چنانچه اراده لازم برای نظارت دقیق بر شرکت‌های بیمه در مدیران ارشد بیمه مرکزی وجود داشته باشد، امکان اعمال نظارتی جامع میسر است.

✓ تأیید صلاحیت حرفه‌ای مدیران کلیدی شرکت‌های بیمه

یکی از اساسی‌ترین اقدامات بیمه مرکزی در سال‌های اخیر تدوین و ابلاغ آیین نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای مدیران کلیدی شرکت‌های بیمه است که مطابق آن بر اساس سوابق کاری، تحصیلات و انجام مصاحبه نسبت به صدور تأییدیه برای انتصاب و فعالیت مدیران ارشد و میانی شرکت‌های بیمه اقدام می‌شود. به نظر می‌رسد چنانچه این اقدام بیمه مرکزی ج. ا. ایران با وجود مقررات فعلی به طور جدی نظارت و اجرا

شود، صنعت بیمه در یک دوره کوتاه از حیث شایسته سالاری به یکی از صنایع پیشرو تبدیل گردد و قابل الگو برداری برای سایر صنایع خواهد شد. نکته مهم اینکه تخلقات و اقدامات مدیران در کمیته ارزیابی عملکرد مدیران کلیدی بررسی می‌شود و نمرات منفی یا امتیازات مثبتی که به ایشان تعلق می‌گیرد، در پرونده کاری آنها ثبت و ضبط می‌گردد و در دوره‌های بعدی جهت تصمیم‌گیری در مورد صلاحیت حرفه‌ای ایشان توسط بیمه مرکزی ج.ا. ایران مورد استناد قرار می‌گیرد.

✓ توسعه سامانه سندهاب برای نظارت بهتر

سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه (سندهاب)، ابزار بسیار قوی در راستای حمایت از منافع بیمه‌گذاران در اختیار بیمه مرکزی قرار داده است. در این سامانه سطح دسترسی‌های متفاوتی برای معاون نظارت و مدیران اداره‌های کل تعریف شده است که تحت آن می‌توانند با چند کلیک به اطلاعات نظارتی مورد نیاز خود دسترسی داشته باشند. گردآوری هدفمند اطلاعات و تسریع و تسهیل در دسترسی به اطلاعات طبقه بندی شده به معاونت نظارت، برای انجام نظارت دقیق و به هنگام و شفاف سازی اطلاعات کمک شایانی می‌نماید. مدیران بیمه مرکزی به محض مشاهده هشدار در این سامانه، از مسئولین شرکت توضیح می‌خواهند و از آنجا که ایشان به تائید صلاحیت از جانب بیمه مرکزی نیاز دارند و به آنها امتیاز داده می‌شود، بنابراین موظف به پاسخگویی خواهند بود.

✓ بهره‌گیری از گزارش‌های حسابرسی شرکت‌های بیمه

با توجه به نقش پر رنگ حسابرسان قانونی شرکت‌های بیمه در تنظیم صورت‌های مالی واقعی و شفاف، بیمه مرکزی در سال‌های اخیر تنها از بین حسابرسان معتمد سازمان بورس و اوراق بهادار حسابرس و بازرس قانونی شرکت‌های بیمه را تائید صلاحیت می‌کند. به عبارتی حسابرس یک شرکت بیمه حسابرس معتمد سازمان بورس و اوراق بهادار است که توسط بیمه مرکزی نیز تائید صلاحیت شده باشد. علاوه بر موارد فوق سایر سازمان‌های مرتبط در قانون شخص ثالث مصوب ۱۳۹۵ موظف شده‌اند تا گزارشات کاملتری به بیمه مرکزی ارائه دهند و داده‌های مربوط را در اختیار بیمه مرکزی قرار دهند. در اختیار داشتن پایگاه داده‌های کامل و جامع منجر به نظارت دقیق تر خواهد شد.

✓ کاهش تصدی‌گری بیمه مرکزی با کاهش سهم اتکایی اجباری

بسیاری معتقدند که نهاد نظارتی باید به صورت کاملاً مستقل از واحدهای تحت نظارت خود عمل کند و انجام بیمه اتکایی اجباری توسط بیمه مرکزی را مصداق تصدی‌گری می‌دانند. با همین استدلال، بیمه مرکزی برای کاهش تدریجی این سهم برنامه ریزی کرده است. نکته حائز اهمیت، آن است که بیمه مرکزی برای حذف بیمه اتکایی اجباری، باید توان نظارتی خود را در تمامی ابعاد افزایش دهد. حذف یک ابزار نظارتی نیازمند جایگزینی ابزاری قوی‌تر و یا حداقل با همان توانایی می‌باشد.

۵,۲,۲ تحولات در عملیات شرکت‌های بیمه

در جلد اول طرح پژوهشی درس‌های بحران شرکت بیمه توسعه این نتیجه حاصل شد که از جمله مهمترین دلایل ایجاد بحران در شرکت بیمه توسعه ضعف مدیریتی در شرکت و دخالت‌های سهامداران در تصمیمات فنی بوده است.

هیئت مدیره یک شرکت سهامی عام در راس تصمیم گیرندگان شرکت هستند. ایشان بنابر قانون تجارت در قبال تصمیمات خود مسئول هستند. بیمه مرکزی با توجه به نقش کلیدی ایشان در عملکرد شرکت، برای اعضای هیئت مدیره ضوابطی را تعیین کرده است و بنابراین تنها افراد دارای تجربه مرتبط می‌توانند در این سمت قرار گیرند. این موضوع در مدیریت صحیح شرکت‌ها نقش ویژه‌ای دارد. علاوه بر آنکه آیین‌نامه نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی و عملیاتی شرکت‌های بیمه بر تائید صلاحیت اولیه مدیران نظارت می‌کند، کمیته ارزیابی عملکرد کارکنان کلیدی در بیمه مرکزی، برای ایشان امتیازات مثبت و منفی در نظر می‌گیرد و در صورتی که امتیازات منفی بیش از حد مجاز شود مدیر مربوطه سلب صلاحیت خواهد شد. همچنین مجموع امتیازات منفی مدیران نیز نباید از حد معینی بیشتر شود. در مجموع با رویه فعلی انتظار می‌رود مدیران شرکت‌های بیمه در قبال تصمیمات خود مسئولانه‌تر رفتار کنند و هر فردی با هر سابقه‌ای نتواند به عنوان یک تصمیم گیرنده ارشد در یک شرکت بیمه عمل کند.

✓ تقویت نظارت‌های داخلی در شرکت‌های بیمه

مطابق ماده ۹ آیین‌نامه حاکمیت شرکتی، 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. صلاحیت حرفه‌ای مسئولین این واحدها باید طبق ضوابط آیین‌نامه ۹۰ احراز شود. همچنین مطابق ماده ۱۰ آیین‌نامه حاکمیت شرکتی، هیئت مدیره مؤسسه بیمه موظف است کمیته‌هایی برای مدیریت ریسک، حسابرسی و کنترل داخلی، جبران خدمات کارکنان و تطبیق مقررات ایجاد نماید. ریاست هر یک از کمیته‌های موضوع این ماده با یکی از اعضای غیر اجرایی هیئت مدیره است. همچنین آگاهی و حساسیت مدیران نسبت به مسئولیت‌های هیأت مدیره بیشتر شده است و عواقب ناشی از شناسایی سود موهوم و کسری ذخایر فنی مشهود شده است و به صلاحیت مدیران میانی بیشتر توجه می‌شود.

✓ اصلاح نحوه محاسبه حق بیمه و احراز کفایت ذخایر رشته شخص ثالث

از جمله مهمترین تغییرات مربوط به قانون جدید شخص ثالث مصوب سال ۱۳۹۵ است. در قانون قبلی مصوب ۱۳۸۷ برای نرخ حق بیمه سقف تعیین شده بود و شرکت‌ها به هر میزان می‌توانستند تخفیف دهند

در حالی که در قانون جدید برای تخفیف‌ها سقف ۲,۵٪ تعیین شده است. به علاوه مبانی محاسبه و تعیین حق بیمه این رشته در مقررات به درستی احصاء شده است.

همچنین اهمیت ویژه به کفایت ذخایر رشته شخص ثالث داده شده است و بیمه مرکزی نیز بر اساس روش‌های اکچوئری، بهترین برآورد از ذخایر این رشته را محاسبه می‌کند. همچنین برای اخذ مجوز صدور در این رشته شرایط سختگیرانه تری اعمال می‌شود که از جمله آن داشتن سطح توانگری حداقل ۲ است.

✓ اصلاح نحوه محاسبه حق بیمه و ذخایر سایر رشته‌ها

در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه که ضوابط مربوط به تعیین حق بیمه را تعیین شده است، ضمانت اجرایی محکمتری وضع شده است تا آنجا که شرکت‌های بیمه در صورت عدم رعایت مفاد این آیین نامه ملزم به استعلام نرخ از بیمه مرکزی خواهند شد. در واقع شرکت‌های متخلف به دوره نرخ‌های تعرفه‌ای بازگردانده خواهند شد.

✓ کنترل و نظارت بر واحد جذب و فعالیت نمایندگان بیمه

در آیین نامه ۷۵، آیین نامه تنظیم امور نمایندگی، نمایندگان شرکتهای بیمه ملزم به قبولی در آزمون هستند و شرکت‌ها تنها از بین افراد پذیرفته شده در این آزمون می‌توانند نماینده جذب کنند. در آیین نامه قبلی این تأیید صلاحیت به عهده شرکت‌های بیمه گذاشته شده بود و ایشان نیز در بسیاری موارد دقت نظر کافی برای این موضوع را اعمال نمی‌کردند. همچنین معاونت نظارت بیمه مرکزی، علاوه بر این آیین نامه در بیمه مرکزی سالانه تعداد بهینه نمایندگان شرکت‌های بیمه را برای توسعه متوازن آنها محاسبه کرده و به آنها ابلاغ می‌نماید و به شرکت‌ها اجازه افزایش لجام گسیخته در شبکه فروش را نمی‌دهد.

✓ تسهیل دسترسی به قوانین و مقررات

معاونت نظارت بیمه مرکزی به منظور نظارت بر نحوه اجرای قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های ابلاغی به شرکت‌های بیمه، تمام آیین نامه‌ها و مواد قانونی مرتبط، دستورالعمل‌ها و حتی نامه‌های داخلی مرتبط بیمه مرکزی را به صورت طبقه بندی شده بر حسب موضوعات مختلف در مجموعه کتابی تحت عنوان مراقب بیمه گردآوری کرده است. این مجموعه کتاب با تهیه چک لیست‌ها موارد حائز اهمیت را بر شمرده است. به این ترتیب مدیران و مسئولین شرکت‌های بیمه بر تمام قوانین و مقررات مربوطه به صورت مدون دسترسی دارند و مطابق این قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها مسئولین بیمه مرکزی بر نحوه اجرای ضوابط نظارت می‌کنند. با این اقدام از سردرگمی مدیران شرکت‌های بیمه و تخلف ایشان از قوانین و مقررات به دلیل بی اطلاعی ممانعت شده است. علاوه بر این، مدیران شرکت‌های بیمه برای تأیید صلاحیت شدن در مصاحبه‌هایی که در بیمه مرکزی انجام می‌شود نیاز به اطلاع از قوانین و مقررات حوزه فعالیت خود دارند و این مجموعه کتاب که توسط معاونت نظارت تهیه و به روز می‌شود کمک شایانی به این موضوع می‌کند.

۵,۲,۳ ارتقاء سطح آگاهی بیمه گذاران

آگاهی هرچه بیشتر بیمه گذاران از شرایط شرکت‌های بیمه منجر به انتخاب آگاهانه‌تر آنان از بین بیمه‌گران خواهد شد. به گونه‌ای که در شرایط ایده‌آل اگر ایشان اطلاعات کاملی داشته باشند، قبل از برخوردهای قانونی توسط بیمه مرکزی، شرکت‌ها به سرعت مشتریان خود را از دست می‌دهند.

✓ اصلاح آیین نامه کارگزاران صنعت بیمه

آیین نامه جاری کارگزاری در اسفند ۱۳۹۴ به تصویب رسیده است و از ابتدای ۱۳۹۵ عملیاتی شده است. کارگزار، در واقع نماینده بیمه‌گذار است و به طور کلی انتظار می‌رود که بیمه‌گذار را برای خرید بیمه نامه‌های با پوشش‌های بهتر از شرکت‌های توانگر و با سابقه بهتر هدایت کند. در واقع به بیمه‌گذار مشاوره می‌دهد. بنابراین اگر بیمه‌گذاران برای خرید بیمه‌نامه به کارگزاران مراجعه کنند آنان با تخصصی که دارند و بررسی‌هایی که انجام می‌دهند باعث می‌شوند خرید بیمه‌نامه با بهترین شرایط فراهم شود. با تغییر آیین- نامه کارگزاری، حیطه وظایف کارگزاران افزایش پیدا کرده است به نحوی که کارگزار به نمایندگی از بیمه- گذار بتواند علاوه بر اخذ پوشش بیمه‌ای مناسب، پیگیری پرونده‌های خسارت را نیز انجام دهد.

✓ اصلاح آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات

آیین نامه گزارشگری و افشای اطلاعات، در راستای افزایش سطح آگاهی بیمه گذاران به تصویب شورای عالی بیمه رسیده است و شرکت‌ها ملزم به افشای اطلاعات حتی در سامانه رسمی خود شده‌اند. بنابراین بیمه گذاران راحت‌تر می‌توانند بیمه‌گران را مقایسه کنند. علاوه بر آن برخی بیمه گذاران بزرگ برای عقد قرار داد، شاخص‌هایی مانند توانگری مالی و سهم نگهداری را از بیمه مرکزی استعلام می‌گیرند. علاوه بر این اقدامات در پورتال نظارت بیمه مرکزی اطلاعات بسیاری از شرکت‌های بیمه در اختیار عموم قرار داده شده است. همچنین با استفاده از سامانه ثبت شکایات، بیمه گذاران می‌توانند ساده‌تر از گذشته شکایت خود را ثبت و پیگیری کنند.

✓ توسعه استارت آپ‌ها و سامانه‌های مقایسه قیمت و خرید بیمه‌نامه

همچنین در سال‌های اخیر، توسعه سامانه‌های مقایسه قیمت و خرید بیمه‌نامه با فراهم کردن امکان مقایسه حق بیمه‌های شرکت‌های بیمه در استارت آپ‌های مختلف بیمه و نیز تعبیه شاخص‌های مختلف نظیر توانگری و وضعیت رسیدگی به شکایات، فرآیند خرید بیمه‌نامه را برای بیمه‌گذاران تسهیل کرده‌اند و مردم می‌توانند با لحاظ معیارهای مناسب‌تری نسبت به انتخاب بیمه‌گر و پوشش بیمه‌ای مورد نظر اقدام نمایند.

✓ اختصاص کد یکتا به بیمه نامه‌ها

ارائه کد یکتا به بیمه نامه‌های رشته شخص ثالث از دیگر امکاناتی است که در اختیار بیمه گذاران قرار گرفته است تا ایشان بتوانند از صدور بیمه‌نامه برای خود اطمینان حاصل کنند و با اعتماد بیشتری بیمه نامه خریداری کنند. ارائه کد یکتا به سایر رشته‌های بیمه نیز در دستور کار و برنامه‌های آتی بیمه مرکزی قرار دارد.

✓ تسهیل دریافت خسارت توسط بیمه گذاران با توسعه خدمات ارزیابان خسارت

اصلاح آیین نامه ارزیابان خسارت منجر به توسعه خدمات این شرکت‌ها در صنعت بیمه شده است. خدمات ارزیابان خسارت تشکیل پرونده‌های خسارت را برای بیمه گذاران تسهیل و فرآیند دریافت خسارت و تسویه با بیمه گذاران را تسریع می‌کند. هر چه بیمه گذاران در دریافت خسارت از راحتی بیشتری برخوردار باشند رغبت بیشتری به خرید بیمه نامه نشان می‌دهند.

۵.۳ پیشنهادات

در سال‌های اخیر، تمام ارکان صنعت بیمه تحولات قابل توجهی داشته‌اند. چنانچه بیمه مرکزی با رویه‌ها و جدیت فعلی به نظارت بر شرکت‌های بیمه ادامه دهد و در اجرای ضوابط از هر نوع چشم پوشی و اغمازی پرهیز کند، می‌توان امیدوار بود که بحرانی مشابه با بحران شرکت بیمه توسعه در صنعت بیمه کشور رخ نخواهد داد. در راستای حمایت از بیمه گذاران و توسعه صنعت بیمه پیشنهادات زیر قابل طرح است:

۱- بازرسی‌های در محل، با جدیت بیشتر و توسط افراد متخصص، با تجربه و متعهد ادامه یابد. این بازرسی‌ها برای جلوگیری از ایجاد بحران و شناسایی شرکت‌هایی که در شرایط بحرانی هستند به منظور ارائه راهکارهای اصلاحی بسیار مفید هستند. پیگیری نتایج حاصل از این بازرسی‌ها نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارتی نحوه اصلاح مشکلات احصاء شده در بازرسی‌ها می‌باید به طور جدی توسط بیمه مرکزی پیگیری شود. به این منظور دستورالعمل بازرسی در محل تنظیم شده توسط بیمه مرکزی بهتر است به صورت یک آیین نامه توسط شورای عالی بیمه تصویب و ابلاغ شود.

۲- تدوین و تنظیم شاخص‌های پیش هشدار توسط معاونت نظارت بیمه مرکزی برای انتخاب شرکت‌هایی که تحت بازرسی در محل قرار می‌گیرند می‌تواند کمک شایانی به انتخاب بهتر شرکتها برای انجام بازرسی‌های در محل عمل بنماید.

۳- اجرای مصوبه شورای عالی بیمه در مواردی به دلیل همکاری نامناسب مدیران شرکت بیمه توسعه برای معرفی و انتقال اموال به شرکت بیمه ایران موجب وقفه در پرداخت خسارت‌ها توسط شرکت بیمه ایران شده است و در مکاتبات متعدد شرکت بیمه ایران با بازپرس پرونده شرکت بیمه توسعه

صراحتاً به عدم اختیار قانونی بیمه مرکزی و ضرورت صدور دستورات، توسط مقامات قضایی برای گشایش در پرونده اشاره شده است. از این رو برای جلوگیری از بحران، نیاز است تا بیمه مرکزی اختیاراتی جهت صدور اجرائیه برای اجرای مصوبات شورای عالی بیمه داشته باشد

۴- بیمه مرکزی با تدوین دستورالعمل مشخص شرایط احراز صلاحیت حسابرسان و بازرسان قانونی شرکت‌های بیمه را مدون کند. سازمان بورس اوراق بهادار در حال حاضر شرکت‌های بورسی و موسسات حسابرسی را طبقه بندی کرده است و هر شرکت بورسی می‌باید با موسسات حسابرسی هم طبقه خود قرارداد ببندند. بنابراین در حال حاضر شرکت‌های بیمه می‌باید از بین موسسات حسابرسی هم طبقه خود که مورد تأیید بیمه مرکزی نیز هستند استفاده کنند. در این دستورالعمل باید تصریح شود، به منظور جلوگیری از تعارض منافع، شرکت‌های بیمه اجازه عقد قراردادهای مشاوره‌ای با حسابرس و بازرسان قانونی خود نداشته باشند. در این صورت حسابرسان و بازرسان قانونی راه‌های دور زدن قوانین را به آنها نشان خواهند داد و صورت‌های مالی از شفافیت لازم برخوردار نخواهند بود.

۵- بیمه مرکزی در راستای حمایت از بیمه گذاران قوانین و مقررات سختگیرانه تری برای جلوگیری از ایجاد بحران در شرکت‌های بیمه در نظر گرفته است. اما تحت هر مجموعه قوانینی همواره امکان ظهور شرکتی که نمی‌تواند به تعهدات خود متعهد باشد وجود دارد. با توجه قوانین و مقررات بین المللی و تجربه شرکت بیمه توسعه و با توجه به موارد مبهم قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری لازم است که بیمه مرکزی ساز و کار خروج شرکت‌های بیمه از صنعت بیمه را تعیین کند.

۶- از آنجا که صندوق تامین خسارت‌های بدنی با اصلاحات اخیر در قانون بیمه شخص ثالث برای تامین خسارت‌های بدنی رشته بیمه شخص ثالث در صورت توقف فعالیت هر یک از شرکت‌های بیمه ساز و کار لازم را در اختیار دارد، به نظر می‌رسد برای حمایت از بیمه‌گذاران بیمه‌های غیر زندگی (غیر خسارت بدنی) و نیز بیمه‌های زندگی تأسیس صندوق حمایت از بیمه گذاران ضرورت دارد. یکی از راه‌های تامین مالی این صندوق می‌تواند از طریق اختصاص درصدی از حق بیمه‌های صادره به صندوق مذکور باشد. در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته چنین صندوقی به عنوان مکمل نهادهای نظارتی تأسیس و راه‌اندازی شده است که می‌توان از تجربیات آنها استفاده کرد.

۷- بیمه مرکزی اقدامات بیشتری جهت آگاه سازی بیمه‌گذاران و آشنایی ایشان با حقوق خود و انتظارتشان از شرکت‌های بیمه انجام دهد. در حال حاضر اغلب بیمه گذاران خرد از توانایی شرکت‌های بیمه برای ایفای تعهداتشان بی‌اطلاع هستند. توسعه استارت آپ‌ها تحت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران می‌تواند برای دستیابی به این هدف کمک شایانی به صنعت بیمه نماید.

۸- تکمیل سامانه سنها و اختصاص کد یکتا به تمام رشته‌های بیمه می‌تواند در راستای جلب اطمینان بیشتر و کاهش تخلفات نمایندگان فروش، بیمه‌گذاران را به بهره‌گیری بیشتر از خدمات صنعت بیمه ترغیب کند. در حال حاضر این اقدام در رشته بیمه شخص ثالث آغاز شده است و بیمه‌گذاران می‌توانند از اصالت بیمه نامه خود مطلع شوند.

۹- در حال حاضر آیین نامه حاکمیت شرکتی و آیین نامه صلاحیت حرفه‌ای کارکنان کلیدی شرکت‌های بیمه بر صلاحیت مدیران ارشد شرکت‌های بیمه نظارت دارد. تحولات مدیریتی در سطح مدیران ارشد شرکت‌های بیمه می‌باید افزایش یابد. در حال حاضر متوسط عمر مدیریت در شرکت‌های بیمه کاهش یافته است. بر این اساس برنامه‌ریزی بلند مدت در شرکت‌های بیمه کاهش یافته و این امر تأثیرات منفی بسیاری بر سیاست‌گذاری و اجرا در شرکت‌های بیمه دارد. ضروری است بیمه مرکزی در فرآیند مصاحبه و صدور تأییدیه برای مدیران ارشد آنها را ملزم نماید گزارش وضعیت موجود شرکت را تهیه و برای بیمه مرکزی ارسال نماید تا امکان مقایسه عملکرد تیم‌های مدیریتی فراهم گردد.



فصل ششم: پیوست‌ها

۶،۱ گزارش مربوط به اقدامات انجام شده و آخرین وضعیت انتقال پرتفوی بیمه‌های زندگی بیمه توسعه به بیمه ایران

با توجه به ابلاغ صورتجلسه مصوبات مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ شورایعالی بیمه مبنی بر انتقال پرتفوی شرکت بیمه توسعه در رشته‌های بیمه خودرو و انواع بیمه‌های زندگی، کمیته مشترک بیمه‌های زندگی با حضور نمایندگان بیمه ایران، بیمه توسعه و بیمه مرکزی تشکیل و مفاد دستورالعمل نحوه انتقال این رشته، تدوین شد. در این ارتباط تعداد ۱۵ جلسه در حوزه تعیین تکلیف بخش فنی بیمه‌های زندگی و محاسبه و پرداخت خسارت انواع بیمه‌نامه‌های صادره توسط آن شرکت (جامع آتیه، پیشاهنگ، سنوات و عمر و پس‌انداز) در طول سال ۱۳۹۴ و ابتدای سال ۱۳۹۵ برگزار گردید. م‌شروح گزارش تصمیمات اخذ شده در این رابطه که توسط اداره کل نظارت بر بیمه‌های زندگی تهیه شده و به معاون نظارت وقت ارسال شده است، در این بخش آمده است.

۶،۱،۱ تعیین تکلیف بخش فنی بیمه‌های زندگی

بر اساس توافقات صورت گرفته دو حق انتخاب برای بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی شرکت بیمه توسعه در نظر گرفته شد:

○ بازخرید بیمه‌نامه

○ ادامه بیمه‌نامه با شرکت بیمه ایران

ابتدا ذخیره ریاضی بیمه‌نامه به تاریخ اولین فراخوان (۱۳۹۵/۰۳/۱۶)، پس از کسر بدهی وام (در صورت وجود) در سیستم شرکت بیمه توسعه محاسبه و به بیمه ایران اعلام می‌شود. در ضمن این مبالغ به حساب بدهی شرکت بیمه توسعه به بیمه ایران منظور خواهد شد.

در صورت انتخاب گزینه بازخریدی بیمه‌نامه توسط بیمه‌گذار، بیمه‌نامه به تاریخ درخواست بیمه‌گذار، در سیستم شرکت بیمه توسعه تا تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ طبق روال عادی (مطابق آیین‌نامه‌های مربوطه و شرایط بیمه‌نامه) و از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۲ تا روز درخواست، مطابق شرایط زیر بازخرید و مبلغ بازخریدی توسط شرکت بیمه ایران به بیمه‌گذار پرداخت می‌شود:

- با توجه به شرایط بیمه‌نامه در صورت عدم پرداخت حق بیمه، حق بیمه خالص فوت از ذخیره ریاضی بیمه‌نامه کسر می‌شود.

- حق بیمه پوشش های تکمیلی برای کلیه بیمه نامه ها در طول این مدت در صورتی کسر می شود که بیمه گذار در زمان تکمیل فرم پیشنهاد بیمه نامه، گزینه "ادامه پوشش ها را در صورت عدم پرداخت حق بیمه" انتخاب و یا در بیمه نامه درج شده باشد.
- در مدت فوق کارمزد فروش به بیمه نامه تعلق نمی گیرد.
- در مدت فوق هیچگونه هزینه اداری به بیمه نامه تعلق نمی گیرد.
- با توجه به اینکه هزینه بیمه گری را بیمه گر در ابتدای قرارداد انجام داده است (با توجه به ماهیت آن) در زمان بازخریدی، این هزینه بعنوان هزینه قطعی از ذخیره ریاضی کسر می شود.
- ارزش بازخریدی معادل ذخیره ریاضی بوده و جریمه بازخریدی کسر نمی شود.
- در این مدت سود تضمین شده مطابق آیین نامه و با توجه به زمان صدور بیمه نامه در محاسبات منظور می شود.
- در صورتی که بیمه گذار از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه وام دریافت نموده باشد، مانده وام در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ محاسبه و از ذخیره ریاضی ایجاد شده تا تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ کسر می گردد.
- در صورت انتخاب گزینه ادامه بیمه نامه توسط بیمه گذار، از مبلغ ذخیره ریاضی محاسبه شده مبلغ قسط اول بیمه نامه کسر و مبلغ باقیمانده به عنوان آورده اولیه بیمه نامه در زمان صدور بیمه نامه جدید در شرکت بیمه ایران در نظر گرفته می شود. شرایط صدور بیمه نامه جدید نزد شرکت بیمه ایران به شرح ذیل است:
- بیمه نامه جدید از نوع عمر و سرمایه گذاری (U.L) شرکت بیمه ایران است.
- مدت بیمه نامه جدید برابر مدت باقی مانده از بیمه نامه قبلی، حداقل ۵ سال و حداکثر ۱۰ سال است.
- روش پرداخت حق بیمه، در بیمه نامه جدید مشابه روش پرداخت حق بیمه در بیمه نامه قبلی می باشد.
- با توجه به صدور بیمه نامه جدید، نرخ سود فنی علی الحساب این بیمه نامه ها با رعایت آیین نامه شماره ۶۸/۱ تعیین شده است.
- برای صدور بیمه نامه جدید، کارمزد فروش به بیمه نامه تعلق نمی گیرد.
- هزینه اداری بیمه نامه های جدید با رعایت آیین نامه شماره ۶۸ معادل هزینه اداری اعمال شده در بیمه نامه های قبلی (۴ درصد حق بیمه سالانه) محاسبه و اعمال می شود.
- در بیمه نامه های جدید هزینه بیمه گری کسر نمی شود. این هزینه برای بیمه نامه ها با حق بیمه اقساطی معادل ۵ در هزار سرمایه فوت سال اول بیمه نامه جدید محاسبه و از طرف شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران پرداخت خواهد شد.

- دریافت وام برای بیمه‌گذار بیمه‌نامه جدید، بدون در نظر گرفتن حداقل مدت دو سال از زمان شروع بیمه‌نامه، برای تمام بیمه‌نامه‌های جدید قابل پرداخت می‌باشد.
- پوشش‌های تکمیلی بیمه‌نامه مطابق بیمه‌نامه قبلی ارائه خواهد شد و در صورت استفاده از پوشش‌های نقص عضو ناشی از حادثه، امراض خاص، تشخیص و درمان سرطان، مستمری ناشی از از کارافتادگی بهر علت و معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از از کارافتادگی بهر علت، این پوشش‌ها مجدداً ارائه نخواهد شد.
- جهت انجام محاسبات فنی، وضعیت بیمه‌نامه‌های بیمه‌گذاران متقاضی ادامه با بیمه ایران در سه گروه اصلی طبقه‌بندی شده‌اند که گروه سوم با توجه به شرایط محاسبات خود، شامل سه زیر گروه فرعی هستند:
 ۱. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ منفی بوده است، با پرداخت مبلغی معادل ذخیره ریاضی منفی محاسبه شده تا تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ با شرکت بیمه توسعه تسویه نمایند و با پرداخت اولین قسط حق بیمه به شرکت بیمه ایران درخواست ادامه بیمه‌نامه را نمایند.
 ۲. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ معادل صفر ریال باشد، با پرداخت اولین قسط حق بیمه به شرکت بیمه ایران درخواست ادامه بیمه‌نامه را نمایند.
 ۳. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها مثبت بوده است:
 - ۱-۳. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها در تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ مثبت بوده است لیکن با کسر حق بیمه خطر اصلی و پوشش‌های اضافی (مطابق شرایط بیمه‌نامه)، ذخیره ریاضی آنها در زمان انتقال منفی شده است، می‌توانند با پرداخت اولین قسط حق بیمه به شرکت بیمه ایران درخواست ادامه بیمه‌نامه را نمایند.
 - ۲-۳. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها در زمان انتقال مثبت بوده لیکن مقدار ذخیره ریاضی بیشتر از اولین قسط حق بیمه می‌باشد.
 - ۳-۳. بیمه‌گذاران بیمه‌نامه‌هایی که ذخیره ریاضی آنها در زمان انتقال مثبت بوده لیکن مقدار ذخیره ریاضی کمتر از اولین قسط حق بیمه می‌باشد، لازم است برای ادامه بیمه‌نامه، مابه التفاوت را پرداخت نمایند.

۶,۱,۲ محاسبه و پرداخت خسارت انواع بیمه‌نامه‌های صادره

بر اساس توافقات صورت گرفته محاسبه و پرداخت خسارت طبق شرایط زیر می‌باشد:

- مواردی که منشا خسارت قبل از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ بوده است.
 - مواردی که منشا خسارت از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ تا شروع بیمه نامه جدید در شرکت بیمه ایران
 - و حداکثر ۳ ماه پس از تاریخ فراخوان بوده است.
- در مواردیکه **منشا خسارت قبل از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱** بوده سه حالت در نظر گرفته شده است:
۱. در خصوص بیمه‌نامه‌هایی که پرونده خسارت آنها در شرکت بیمه توسعه رسیدگی شده و چک یا رسید خسارت صادر شده، لیکن امکان وصول چک فراهم نشده است، مبلغ چک توسط شرکت بیمه ایران پرداخت می‌شود.
 ۲. در خصوص بیمه‌نامه‌هایی که پرونده خسارت آنها در شرکت بیمه توسعه تشکیل شده، لیکن چک و یا رسید خسارت صادر نشده است، می‌بایست بیمه‌گذار، ذینفع یا نماینده قانونی آنها با مراجعه به شعب منتخب شرکت بیمه ایران، کتباً درخواست رسیدگی نماید. شرکت بیمه ایران متعاقباً پس از دریافت پرونده بیمه‌نامه شامل بیمه‌نامه و ضامائم آن و مدارک مربوط به خسارت از شرکت بیمه توسعه، نسبت به بررسی و کارشناسی پرونده خسارت اقدام خواهد نمود. در صورت تایید، مبلغ خسارت توسط شرکت بیمه ایران پرداخت می‌شود.
 ۳. در خصوص بیمه‌نامه‌هایی که پرونده خسارت آنها در شرکت بیمه توسعه تشکیل نشده، لازم است بیمه‌گذار، ذینفع یا نماینده قانونی آنها ظرف مدت سه ماه از تاریخ فراخوان با در دست داشتن بیمه‌نامه و مدارک مربوط به خسارت، به شعب منتخب بیمه ایران مراجعه و کتباً تقاضای رسیدگی نماید. شرکت بیمه ایران متعاقباً پس از دریافت پرونده بیمه نامه شامل بیمه‌نامه و ضامائم آن و مدارک مربوط به خسارت از شرکت بیمه توسعه، نسبت به بررسی و کارشناسی پرونده خسارت اقدام خواهد نمود. در صورت تایید، مبلغ خسارت توسط شرکت بیمه ایران پرداخت می‌شود.
- در مواردیکه **منشا خسارت از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۱ تا شروع بیمه نامه جدید** در شرکت بیمه ایران و حداکثر ۳ ماه پس از تاریخ فراخوان بوده است، مطابق حالت دوم و سوم مرحله قبل عمل خواهد شد.

شایان ذکر است مجموع مبالغ پرداختی بابت کلیه خسارتهای تا زمان شروع بیمه‌نامه جدید در شرکت بیمه ایران به علاوه هزینه‌های کارشناسی خسارتهای مربوط، به حساب بدهی شرکت بیمه توسعه به شرکت بیمه ایران منظور خواهد شد.

۶،۱،۳ اهم اقدامات صورت گرفته در جلسات بررسی مشکلات موجود در مسیر فرآیند انتقال پرتفو

با توجه به تغییر ساختار سازمانی بیمه مرکزی ج.ا.ایران در سال ۱۳۹۷ و تشکیل این اداره کل به منظور رسیدگی به امر نظارت بهینه بر بیمه‌های زندگی، از آنجا که فرآیند رسیدگی به موضوعات مرتبط با انتقال پرتفو طولانی شده و حجم شکایات علیه بیمه ایران و بیمه توسعه رو به افزایش بود در سه جلسه با قید فوریت، ضمن دعوت از نمایندگان ذیربط نقشه راه جدید تدوین و راهکارهای عملی در خصوص موضوعات ذیل مورد رسیدگی و پیگیری قرار گرفت:

۱. تسریع در تامین اعتبار مالی با توجه به پرداختهای بیمه مرکزی از محل سهم اتکائی اجباری بیمه توسعه؛
۲. رفع موانع تاخیر در صدور بیمه‌نامه جدید جهت بیمه‌گذاران متقاضی ادامه بیمه‌نامه در بیمه ایران؛
۳. رفع موانع تاخیر در پرداخت مبالغ ارزش بازخریدی بیمه‌نامه‌های محاسبه شده؛
۴. بررسی موضوع مغایرت مورد ادعای بیمه توسعه در محاسبات انجام شده توسط بیمه ایران؛
۵. رسیدگی به موضوع لیست بیمه‌نامه‌های دارای نقص مدرک شناسایی شده توسط بیمه توسعه (فاقد شماره شبا)؛
۶. تسریع در رسیدگی و تایید مبالغ قابل پرداخت بابت غرامت فوت و حذف شرط "حداکثر سه ماه پس از تاریخ فراخوان" در حمایت از ذینفعان به دلیل طولانی شدن فرآیند اعلام خسارت؛
۷. تصمیم‌گیری درخصوص چگونگی کارسازی سهم ۵۰ درصدی بیمه ایران از هر یک از هزینه‌های اداری و بیمه‌گری بیمه‌نامه‌های جدید صادر شده و مجموع مبالغ پرداختی بابت کلیه خسارت‌ها به علاوه هزینه‌های کارشناسی خسارت‌های مربوط؛
۸. بحث و تبادل نظر در خصوص اتخاذ تصمیم مناسب برای افرادی که هنوز جهت ادامه یا بازخریدی بیمه‌نامه خود مراجعه ننموده‌اند.

۶،۱،۴ پیگیری صدور بیمه‌نامه جدید برای متقاضیان ادامه بیمه‌نامه و پرداخت ارزش

بازخريد بیمه‌نامه برای متقاضیان بازخريد

درخواست ادامه

تاکنون بیمه‌نامه‌های بیمه‌گذاران متقاضی ادامه که اطلاعات آنها بر اساس مصوبات کمیته مشترک بیمه‌های زندگی تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۵/۳۱ به بیمه ایران واصل گردیده بصورت گروهی انفرادی به یکی از دو روش زیر صادر شده است:

- بیمه مان بیمه‌شدگان گروه یک

- تعداد ۱،۰۰۸ فقره بیمه‌نامه بالغ بر ۱،۷۰۰ میلیون تومان

برای این دسته از بیمه‌نامه‌ها که مبلغ بازخریدی اعلام شده در فایل‌های ارسالی مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۳۱ بیمه توسعه از آخرین قسط حق بیمه پرداختی آنان بیشتر بود، سررسید اولین قسط حق بیمه بیمه‌نامه جدید صادر شده از ارزش بازخريد بیمه‌نامه قبلی بیمه‌گذار کسر گردیده و مانده ارزش بازخريد قبلی بعنوان آورده اولیه در بیمه‌نامه جدید آنان لحاظ شده است.

- بیمه مان بیمه‌شدگان گروه دو

- تعداد ۱۰۲ فقره بیمه‌نامه به ارزش تقریبی ۱۰ میلیون تومان

برای این دسته از بیمه‌نامه‌ها که مبلغ بازخریدی اعلام شده در فایل‌های ارسالی مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۳۱ بیمه توسعه از آخرین قسط حق بیمه پرداختی آنان کمتر بود، هیچ آورده اولیه‌ای لحاظ نگردیده و بیمه‌گذاران موظف به پرداخت اقساط حق بیمه از اولین سررسید آن بوده که در این صورت بیمه‌نامه جاری خواهد شد. بدیهی است شرکت بیمه توسعه موظف به پرداخت میزان ارزش بازخریدی محاسبه شده بیمه‌نامه‌ها در وجه این دسته از بیمه‌گذاران می‌باشد. در همین راستا اطلاعیه شماره ۷۰ در وب سایت بیمه ایران به شرح ذیل قرار گرفت:

لازم به ذکر است پیرو این گزارش به بیمه‌گذاران جهت نحوه تایید شماره حساب هماهنگی، پیگیری و ارسال مدارک اطلاع رسانی شده است.

درخواست بازخريد

تعداد ۹،۰۷۴ فقره حواله خسارت بازخريد بیمه نامه عمر به ارزش ۱۲۷،۰۹۱،۷۹۵،۱۶۳ ریال تا تاریخ ۱۳۹۷/۰۷/۰۲ پرداخت گردیده است.

- پیگیری ابطال و صدور بیمه‌نامه مجدد برای بیمه‌نامه‌هایی که ارزش بازخریدی آنها جهت ادامه به اشتباه محاسبه شده بوده است: با توجه به کنترل محاسبات، ارزش بازخرید تعداد ۱۵۰ فقره بیمه‌نامه متقاضی ادامه مربوط به گروه یک، به اشتباه ارزیابی شده بود که با پیگیری‌های صورت گرفته، بیمه‌نامه‌های مذکور ابطال و مجدداً با محاسبات صحیح صادر گردیدند.

- تعیین تکلیف بیمه‌نامه‌های دارای نقص مدرک (فاقد شماره شب)

با توجه به نقص مدارک مربوط به تعداد ۳۷۸ فقره بیمه‌نامه، مبالغ ارزش بازخرید (مجموعاً به مبلغ ۴,۷۸۸,۱۹۰,۶۵۰ ریال) مربوط به آندسته از بیمه‌گذاران بیمه‌های عمر که درخواست بازخرید بیمه‌نامه خود را به شرکت بیمه ایران تحویل نموده اند تاکنون به حساب آنان واریز نگردیده است. پس از پیگیری‌های انجام شده طی اطلاعیه شماره ۶۹ در وب سایت بیمه ایران اطلاع رسانی لازم به شرح ذیل صورت گرفت.

- تسریع در رسیدگی و تایید مبالغ قابل پرداخت بابت غرامت فوت

تاکنون تعداد ۹ فقره پرونده خسارت فوت به ارزش ۱,۰۲۴,۰۷۶۰,۹۶۱ ریال از نظر پزشکی بررسی و قابل پرداخت بودن غرامت آن مورد تایید قرار گرفته است.

۶,۲ نحوه بررسی کفایت ذخایر فنی رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده شرکت‌های بیمه در سال مالی ۱۳۹۶

۶,۲,۱ مقدمه

به منظور ارزیابی وضعیت مالی شرکتها، تجزیه و تحلیل دارایی‌ها و تعهدات و همچنین ارزش‌گذاری این اقلام ضروری می باشند. در شرکت‌های بیمه، ذخایر فنی بخش قابل توجه و معناداری از تعهدات را تشکیل می‌دهند. نگاهی به وضعیت ذخایر فنی شرکت‌های بیمه فعال در بازار بیمه ایران در جدول زیر این موضوع را تأیید می نماید. همانگونه که ملاحظه می شود سهم ذخایر فنی از مجموع بدهی‌های شرکت‌های بیمه طی سه سال اخیر (۱۳۹۴-۱۳۹۶)، به طور متوسط بالغ بر ۷۵ درصد بوده است.

(ارقام به میلیارد ریال)

جدول ۱۴. ذخایر فنی و بدهی های شرکت های بیمه در سال های ۱۳۹۴-۱۳۹۶

شرح	سال ۱۳۹۶*	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۴
ذخیره حق بیمه	۱۲۴،۵۸۱	۹۹،۸۵۹	۸۲،۵۷۱
ذخیره خسارات معوق	۷۹،۸۷۶	۶۰،۲۰۱	۵۳،۹۶۴
ذخیره برگشت حق بیمه	۸،۷۲۵	۹،۵۷۹	۱۱،۰۳۳
ذخیره فنی تکمیلی	۳۱،۷۷۹	۲۵،۷۱۱	۱۸،۲۳۷
ذخیره ریسک های منقضی نشده	۷،۳۱۱	۶،۶۹۰	۳،۹۵۲
ذخیره ریاضی و ذخیره مشارکت در منافع	۱۲۰،۳۷۸	۸۵،۱۹۴	۶۰،۱۲۱
جمع ذخایر فنی	۳۷۲،۶۵۰	۲۸۷،۲۳۲	۲۲۹،۸۷۹
جمع بدهی ها	۴۹۱،۲۵۱	۳۸۸،۴۲۴	۳۰۱،۷۲۹
سهم ذخایر از بدهی ها	%۷۶	%۷۴	%۷۶

* کلیه ارقام مورد استناد سال ۱۳۹۶، به جز در مورد شرکتهای بیمه ایران و آرمان، بر مبنای صورتهای مالی حسابرسی شده شرکتهای بیمه می-باشند.

بنابراین، ارزشیابی و برآورد صحیح این نوع تعهدات، همانند سایر تعهدات، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. موضوع برآورد تعهدات شرکت های بیمه از جمله دغدغه های بیمه مرکزی ج.ا.ایران به عنوان نهاد ناظر بوده که با تدوین "آیین نامه ذخایر فنی مؤسسات بیمه" (شماره ۵۸ مصوب شورای عالی بیمه)، در سال ۱۳۸۷ و "دستورالعمل وحدت رویه نحوه محاسبه، ارائه و افشای ذخایر فنی مؤسسات بیمه" در سال ۱۳۹۳، جهت شناسایی ذخایر فنی تبلور یافت.

جدول زیر انواع ذخایر فنی مؤسسات بیمه بر طبق آیین نامه شماره ۵۸ را نشان می دهد:

جدول ۸ ذخایر فنی شرکت‌های بیمه و محاسبه آن طبق آیین‌نامه ۵۸ مصوب شورای عالی بیمه

شرح	نوع ذخیره	نحوه محاسبه
ذخیره حق بیمه	سهم نگهداری و سهم اتکایی	- برای کلیه رشته‌های بیمه به جز بیمه باربری به روش فصلی (یک هشتم) و بر مبنای حق بیمه صادره پس از کسر ۱۵ درصد آن به عنوان هزینه تحصیل و همچنین کسر حق بیمه اتکایی واگذاری مربوطه، - برای رشته باربری، ذخیره حق بیمه از مجموع ذخیره محاسبه شده به روش فوق و یک هشتم ذخیره مذکور حاصل می‌شود.
ذخیره خسارت معوق	سهم نگهداری و سهم اتکایی	این ذخیره از جمع اقلام ذیل حاصل می‌شود: الف) خسارات اعلام شده در دست رسیدگی به علاوه بر آورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی، در رشته ثالث چنانچه به تشخیص و تایید هیأت مدیره موسسه امکان محاسبه برای مورد به مورد پرونده‌ها وجئد نداشته باشد، حاصلضرب متوسط هزینه خسارت بدنی هر پرونده (نفر) طی سال مالی در تعداد پرونده‌های در دست رسیدگی با اعمال درصد افزایش اعلام شده نرخ دیه برای دوره بعد، به عنوان ذخیره بند الف شناسایی خواهد شد. ب) خساراتی که تا قبل از پایان دوره مالی ایجاد شده و هنوز به بیمه‌گر اعلام نشده (IBNR) به علاوه بر آورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی. حداکثر خسارات بر آورد شده باید بین ۳ تا ۱۰ درصد بند الف باشد و مازاد بر آن منوط به تایید بیمه مرکزی است.
ذخیره برگشت حق بیمه	سهم نگهداری	حاصلضرب ۵۰ درصد نسبت حق بیمه‌های برگشتی به کل حق بیمه صادره در سه سال مالی قبل در حق بیمه صادره سال مالی جاری پس از کسر حق بیمه اتکایی واگذاری
ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی	سهم نگهداری	مجموع اقلام ذیل: الف) ۳ درصد حق بیمه صادره بیمه‌های غیرزندگی پس از کسر سهم حق بیمه اتکایی واگذاری ب) ذخایر فنی تکمیلی و خطرات طبیعی که از سال قبل منتقل شده است. مجموع بدست آمده نباید از ۲۰ درصد میانگین حق بیمه نگهداری بیمه‌های غیرزندگی ۳ سال گذشته موسسه تجاوز نماید.

ذخیره ریسک- های منقضی نشده	سهم نگهداری	این ذخیره، برای جبران کسری ذخیره حق بیمه عاید نشده در رشته‌هایی که ضریب خسارت آنها بیش از ۸۵ درصد باشد، در نظر گرفته می‌شود و از حاصلضرب حق بیمه عاید نشده پایان دوره در حاصل تقسیم تفاوت ضریب خسارت رشته از ۸۵٪ بر ۸۵٪ بدست می‌آید.
ذخیره ریاضی	سهم نگهداری و سهم اتکایی	الف) در بیمه‌های زندگی: تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گذاران می‌باشد. ب) در بیمه‌های غیرزندگی: ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی برای پرداخت مستمری‌هایی که قطعی شده
ذخیره مشارکت در منافع	سهم نگهداری	الف) در بیمه‌های زندگی: درصدی از منافع حاصل از معاملات بیمه‌های زندگی و سرمایه-گذاری ذخایر فنی آن که به موجب شرایط قراردادهای بیمه‌های زندگی باید بین بیمه-گذاران و بیمه‌های زندگی تقسیم شود. ب) در بیمه‌های غیرزندگی: درصدی قابل پرداخت (به بیمه‌گذاران) از منافع حاصل از هر یک از قراردادهای بیمه به موجب شرایط قرارداد

همانگونه که در جدول ملاحظه می‌شود کلیه ذخایر فنی به طور دقیق و با فرمول مشخص محاسبه گردیده و امکان دستکاری در این خصوص توسط شرکت‌های بیمه وجود ندارد. معذک در ارتباط با ذخیره خسارت معوق امکان بروز خطا و انحراف در محاسبه و یا کم و زیاد کردن این ذخیره توسط شرکت‌های بیمه به منظور تأثیرگذاری بر روی سود و زیان وجود دارد. به عبارت دیگر به دلایل متعدد، برآورد میزان خسارات معوق شرکت‌های بیمه با آنچه که در دوره مالی بعد عملاً محقق می‌شود، می‌تواند متفاوت باشد. از جمله این دلایل موارد زیر را می‌توان نام برد:

- وجود خلأ زمانی بین وقوع حادثه و زمان ارائه گزارش خسارت به بیمه‌گر؛
- طولانی شدن فرآیند تسویه خسارت و احیاناً افزایش تعهدات ناشی از آن به دلیل طولانی شدن روند قضایی رسیدگی به پرونده خسارت؛
- وجود اختلاف بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار در زمینه جزئیات تعهد؛
- عدم امکان پرداخت خسارت در زمان باقی مانده تا پایان سال مالی؛
- احیای مجدد یک پرونده خسارت مختومه؛
- عدم اطلاع بیمه‌گر از وقوع حادثه.

لذا به منظور احتراز از مشکلات مترتب بر برآورد ناکافی ذخیره خسارت معوق، استفاده از روش‌های اکچوئری به عنوان مکمل معیارهای مقرر در آیین نامه شماره ۵۸، در برآورد تعهدات و احراز کفایت ذخایر شرکت‌های بیمه، از سال ۱۳۹۴ مطرح و منجر به بحث و بررسی گسترده در سطح صاحب‌نظران و کارشناسان بیمه‌ای شد. با تصویب "قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه" در سال ۱۳۹۵، این موضوع محل قانونی یافت. به استناد ماده ۵۸ قانون مذکور که اشعار می‌دارد "بیمه مرکزی ملکف است مطابق مقررات مربوط بر اجرای تعهدات شرکت‌های بیمه و نحوه محاسبه ذخایر آنها در رشته بیمه شخص ثالث نظارت نموده و از کفایت ذخایر مذکور جهت ایفای تعهدات آتی شرکت‌های بیمه اطمینان حاصل کند. شرکت‌های بیمه مکلفند ذخایر تأیید شده از سوی بیمه مرکزی را در دفاتر و صورت‌های مالی خود، مطابق دستورالعمل بیمه مرکزی ثبت کنند"، بیمه مرکزی در برآورد تعهدات آتی رشته بیمه شخص ثالث، استفاده از روش‌های اکچوئری را مبنای احراز کفایت ذخایر فنی شناسایی شده رشته مذکور در صورت‌های مالی (سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶) قرار داد. در ادامه روش‌های اکچوئری، فرآیند بررسی و احراز کفایت ذخایر رشته ثالث و ملاحظات مد نظر هنگام تصمیم‌گیری در خصوص کفایت ذخایر، تبیین و نتایج حاصل در سال مالی ۱۳۹۶ ارائه می‌گردند.

۶.۲.۲ روش‌های اکچوئری

با توجه به آنچه بیان شد، طبعاً بهترین برآورد ذخایر فنی باید معادل بهترین محاسبه اکچوئری از تعهدات آتی شرکت باشد. از آنجایی که این برآوردها، صرفاً پیش‌بینی آماری به حساب می‌آیند، قاعدتاً نسبت به ارقام واقعی انحرافات دارند. دو منبع اصلی انحرافات بین تخمین بهترین برآورد و مقادیر واقعی عبارت است از:

۱- نا اطمینانی در فروض برآورد

۲- نوسانات مشاهدات مربوط به فروض برآورد

در ادبیات اکچوئری، روش‌های متعددی از قبیل؛ روش ذخایر موردی^۹، مثلثی، مثلثی تجمعی، نردبان زنجیره‌ای^{۱۰}، خسارت متوسط، ضریب خسارت مورد انتظار، جداسازی^{۱۱}، تجزیه خسارت، پواسن^{۱۲}، بورنوتر-فرگوسن^{۱۳} برای ارزش‌یابی و برآوردهای تعهدات شرکت‌های بیمه مورد استفاده قرار گرفته‌اند که طبیعتاً با

^۹Case reserve

^{۱۰}Chain Ladder method

^{۱۱}Sepration Method

^{۱۲}Poission Model

^{۱۳}Bornheutter -Ferguson

توجه به میزان دسترسی به داده‌های بکار رفته در آن‌ها، کاربرد برخی از روش‌ها با محدودیت مواجه می‌گردند. همچنین فروض مدل‌ها، منبع داده‌ها و بازه زمانی مورد مطالعه، نتایج متفاوتی را بدست می‌دهد. بیمه مرکزی برای سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶، با توجه به ماهیت رشته بیمه شخص ثالث و نیز با عنایت به بررسی‌های انجام شده در خصوص امکان‌سنجی استفاده از روش‌های اکچوئری در برآورد تعهدات این رشته، صرفاً برخی از روش‌های فوق را مورد استفاده قرار داده است که در ادامه به اختصار به تشریح روش‌های مورد استفاده می‌پردازیم.

توضیح اینکه، مبنای آماری کلیه روش‌های مورد استفاده بیمه مرکزی، استفاده از جدول توسعه خسارت (مثلث خسارت) در بازه زمانی مورد مطالعه می‌باشد. در این شیوه دسته‌بندی، خسارات ناشی از بیمه نامه‌های صادره هر سال بر اساس سال پرداخت خسارت تفکیک می‌شوند.

۶,۲,۳ روش مثلثی

یکی از روش‌های نسبتاً دقیق برآورد ذخایر فنی شرکت‌های بیمه، استفاده از تجربه پرداخت خسارات در سال‌های گذشته نسبت به حق بیمه‌های صادره و تعمیم آن به آینده است. این روش مبتنی بر متوسط نسبت خسارت (خسارت پرداختی در هر سال به حق بیمه صادره همان سال) در دوره مورد بررسی می‌باشد. به عبارت دیگر در این روش فرض می‌شود، حق بیمه‌های صادره در هر سال متناسب با درصد خسارت به حق بیمه تحقق نیافته همان سال، به خسارت تبدیل می‌شود. از این رو، مجموع حق بیمه‌هایی که بابت خسارت‌های همان سال و خسارت‌های باقیمانده (معوق) از سال‌های قبل پرداخت نشده است (که متناسب با درصد خسارت‌های تحقق نیافته به حق بیمه صادره تجمیعی طی بازه زمانی مورد نظر حاصل می‌شود)، مجموع تعهدات برآورد شده را نشان می‌دهد. جزئیات محاسبات برای شرکت بیمه نمونه در پیوست شماره ۱ آورده شده است.

بررسی کفایت ذخایر رشته بیمه شخص ثالث به روش مثلی شرکت بیمه نمونه

بررسی کفایت ذخایر رشته بیمه شخص ثالث به روش مثلی با استفاده از داده های سالهای ۹۶-۱۳۹۴ شرکت بیمه نمونه

میلیون ریال

سال صدور	حق بیمه ثالث، مازاد و حوادث راننده	خسارت پرداختی در سال				
		۹۶	۹۵	۹۴		
۹۴	۶,۲۲۱,۲۱۵	۱,۹۳۱,۲۸۶	۲,۸۳۳,۵۸۵	۶۵۴,۴۱۶	-	-
۹۵	۵,۸۰۲,۱۳۹	۲,۱۹۳,۳۳۳	۵۶۳,۶۴۹	-	-	-
۹۶	۶,۸۳۶,۳۸۸	۵۴۹,۷۳۹	-	-	-	-

سال	حق بیمه ثالث، مازاد و حوادث راننده	خسارت پرداختی در همان سال	نسبت خسارت پرداختی در هر سال به حق بیمه صادره همان سال	خسارت پرداختی در ۱ سال بعد	نسبت خسارت پرداختی در ۱ سال بعد به حق بیمه صادره	خسارت پرداختی در ۲ سال بعد	نسبت خسارت پرداختی در ۲ سال بعد به حق بیمه صادره
۹۴	۶,۲۲۱,۲۱۵	۶۵۴,۴۱۶	۱۱٪	۲,۸۳۳,۵۸۵	۴۶٪	۱,۹۳۱,۲۸۶	۳۱٪
۹۵	۵,۸۰۲,۱۳۹	۵۶۳,۶۴۹	۱۰٪	۲,۱۹۳,۳۳۳	۳۸٪	-	-
۹۶	۶,۸۳۶,۳۸۸	۵۴۹,۷۳۹	۸٪	-	-	۱,۹۳۱,۲۸۶	-
جمع	۱۸,۸۵۹,۷۴۲	۱,۷۶۷,۸۰۴	-	۵,۰۲۶,۹۱۸	-	-	-

شرح	در همان سال	در ۱ سال بعد	در ۲ سال بعد
متوسط نسبت خسارت پرداختی به حق بیمه صادره	۹٪	۴۲٪	۳۱٪
متوسط نسبت خسارت پرداختی به حق بیمه جمع	۹٪	۵۱٪	۸۲٪
درصد خسارت تحقق نیافته به حق بیمه	۷۳٪	۳۱٪	-

۹۶	۹۵	
۴,۹۷۱,۲۹۸	۱,۸۰۱,۱۹۰	۶,۷۷۲,۴۸۷
۸۵٪	۸۵٪	-
۴,۲۲۵,۶۰۶	۱,۵۳۱,۰۱۱	۵,۷۵۶,۶۱۷
		۴,۵۹۶,۰۱۵
		(۱,۱۶۰,۶۰۲)

برآورد تعهدات (سهم کل) بر اساس روش مثلی
درصد سهم نگهداری
برآورد تعهدات (سهم نگهداری) بر اساس روش مثلی
جمع ذخایر رشته ثالث در صورتهای مالی (سهم نگهداری) بر اساس آیین نامه ۵۸
مازاد (کسری) سهم نگهداری ذخایر ثالث (تفاوت ذخایر صورتهای مالی و روش مثلی)

ذخایر رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده سال ۱۳۹۶ (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)	
۱,۰۳۸,۰۵۵	ذخیره خسارت معوق اعلام شده شرکت (سهم نگهداری) با احتساب IBNR
۲,۱۰۰,۰۲۴	ذخیره حق بیمه (سهم نگهداری)
۹۵۳,۹۹۲	ذخیره فنی تکمیلی
۹۹,۳۴۳	ذخیره برگشت حق بیمه
۴۰۴,۶۰۱	ذخیره ریسکهای منقضی نشده
۴,۵۹۶,۰۱۵	جمع ذخایر رشته ثالث در صورتهای مالی (سهم نگهداری) بر اساس آیین نامه ۵۸

۶,۲,۴ روش تجزیه خسارت

در این روش، فرض بر این است که حق بیمه‌های صادره در هر سال متناسب با درصد انتقال خسارت پرداختی از سال قبل به خسارت تبدیل می‌شود. به عبارت دیگر، با توجه به ضریب خسارت بالای رشته شخص ثالث، فرض می‌شود کل حق بیمه یا بایستی تبدیل به خسارت پرداختی در همان سال گردیده و یا به عنوان ذخیره در نظر گرفته شود. در این روش، تعهدات سال مورد بررسی، صرفاً بر اساس الگوی تجزیه خسارت همان سال برآورد می‌شود. بدین ترتیب که با استفاده از سهم خسارت پرداختی بیمه‌نامه‌های سالهای قبل از کل خسارت پرداختی سال مورد بررسی، درصد انتقال خسارت از سالهای قبل محاسبه می‌شود. سپس، مجموع حاصلضرب درصد انتقال خسارت از سالهای قبل در حق بیمه سال بعد از آنها، به عنوان برآورد تعهدات شرکت در دوره مالی مورد بررسی در نظر گرفته می‌شود.

ویژگی این روش آن است که مبتنی بر الگوی پرداخت خسارت در سال آخر (سال مورد بررسی) بوده و برخلاف سایر روش‌های اکچوئری، الگوی چند سال گذشته مبنای برآورد قرار نخواهد گرفت. بنابراین تغییر ناچیزی در الگوی پرداخت خسارت و یا تغییر قابل توجه در پرتفوی حق بیمه تولیدی شرکتهای بیمه نسبت به سالهای گذشته، می‌تواند تفاوت معنی داری در نتایج حاصل از این روش با سایر روش‌ها ایجاد نماید. جزئیات محاسبات برای شرکت بیمه نمونه در پیوست شماره ۲ آورده شده است.

بررسی کفایت ذخایر رشته بیمه شخص ثالث به روش تجزیه خسارت برای شرکت بیمه نمونه

بررسی کفایت ذخایر رشته بیمه شخص ثالث به روش تجزیه خسارت با استفاده از داده‌های سالهای ۹۶-۱۳۹۴ شرکت بیمه نمونه

میلیون ریال

خسارت پرداختی							حق بیمه رشته ثالث	سال صدور
۹۶	۹۵	۹۴						
۱,۹۴۱,۲۸۶	۲,۸۳۳,۵۸۵	۶۵۴,۴۱۶					۶,۲۲۱,۲۱۵	۹۴
۲,۱۹۳,۳۳۳	۵۶۳,۶۴۹	*					۵,۸۰۲,۱۳۹	۹۵
۵۴۹,۷۳۹							۶,۸۳۶,۳۸۸	۹۶
۴,۶۷۴,۳۵۸	۳,۳۹۷,۲۳۴	۶۵۴,۴۱۶	*	*	*	*	جمع	

سهم خسارت پرداختی بیمه نامه‌های هر سال به کل خسارت پرداختی همان سال (درصد)							حق بیمه رشته ثالث- صورت مالی	سال صدور
۹۶	۹۵	۹۴	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰		
۴۱٪	۸۳٪	۱۰۰٪					۶,۲۲۱,۲۱۵	۹۴
۴۷٪	۱۷٪						۵,۸۰۲,۱۳۹	۹۵
۱۲٪							۶,۸۳۶,۳۸۸	۹۶

درصد انتقال خسارت از ۳ سال قبل	درصد انتقال خسارت از ۲ سال قبل	درصد انتقال خسارت از ۱ سال قبل
	۴۱٪	۴۷٪

حق بیمه ۳ سال قبل	حق بیمه ۱ سال قبل	حق بیمه سال جاری
۶,۲۲۱,۲۱۵	۵,۸۰۲,۱۳۹	۶,۸۳۶,۳۸۸

برآورد مجموع تعهدات از ۳ سال قبل	برآورد مجموع تعهدات از ۲ سال قبل	برآورد مجموع تعهدات از ۱ سال قبل	جمع
*	۲,۳۹۷,۲۴۷	۳,۲۰۷,۸۱۵	۵,۶۰۵,۰۶۲

۹۶	۹۵	۹۴	برآورد تعهدات (سهم کل) بر اساس روش تجزیه خسارت
۳,۲۰۷,۸۱۵	۲,۳۹۷,۲۴۷	۵,۶۰۵,۰۶۲	
۸۵٪	۸۵٪	-	درصد سهم نگهداری
۲,۷۲۶,۶۴۵	۲,۰۳۷,۶۶۰	۴,۷۶۴,۳۰۴	برآورد تعهدات (سهم نگهداری) بر اساس روش تجزیه خسارت
		۴,۵۹۶,۰۱۵	جمع ذخایر رشته ثالث در صورتهای مالی بر اساس آئین نامه ۵۸
		(۱۶۸,۲۸۹)	مازاد (کسری) ذخایر ثالث (تفاوت ذخایر صورتهای مالی و روش تجزیه خسارت)

ذخایر رشته ثالث و حوادث راننده سال ۱۳۹۶ (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)	
۱,۰۳۸,۰۵۵	ذخیره خسارت معوق اعلام شده شرکت (سهم نگهداری) با احتساب IBNR
۲,۱۰۰,۰۲۴	ذخیره حق بیمه (سهم نگهداری)
۹۵۳,۹۹۲	ذخیره فنی تکمیلی
۹۹,۳۴۳	ذخیره برگشت حق بیمه
۴۰۴,۶۰۱	ذخیره ریسکهای منقضی نشده
۴,۵۹۶,۰۱۵	جمع ذخایر (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)

۶,۲,۵ روش نردبان زنجیره‌ای (توسعه خسارت یا Chain Ladder)

این روش به عنوان یک روش متداول در اکچوئری، مبتنی بر ادامه الگوی پرداخت خسارت در هر سال نسبت به سال قبل بوده و به همین دلیل به نام روش توسعه خسارت نیز شناخته می‌شود. فرض این روش آن است که الگوی رشد تعهدات در دوره‌های زمانی مختلف به طور منطقی شبیه به یکدیگر است. این الگو بر اساس متوسط مجموع خسارت پرداختی تجمیعی در هر سال نسبت به سال قبل ساخته می‌شود. به طوری که مجموع تفاوت خسارت برآورد شده منتهی به هر سال (بر اساس الگوی فوق) از آخرین خسارت پرداختی در هر سال، تعهدات برآورد شده را نشان می‌دهد. جزئیات محاسبات برای شرکت بیمه نمونه در پیوست شماره ۳ آورده شده است.

از آنجا که در این روش، از داده‌های خسارت پرداختی تجمیعی برای همه سال‌های مورد بررسی استفاده شده و تنها به داده‌های خسارتی آخرین سال اکتفا نمی‌شود، به عنوان یک روش ساده، عملی و متداول می‌تواند نسبت به سایر روش‌ها مزیت داشته باشد.

الگوی پرداخت خسارت می‌تواند به دلایلی نظیر تغییر در طراحی محصول و شرایط آن، تغییر در نحوه گزارش‌دهی و فرآیند ارزیابی و پرداخت خسارت، تغییر در قوانین و مقررات و مقادیر خسارت‌های بزرگ و کوچک غیر معمول، در طول زمان تغییر یابد.

بررسی کفایت ذخایر بیمه شخص ثالث به روش نردبان زنجیری ساده

بررسی کفایت رشته بیمه شخص ثالث به روش نردبان زنجیری ساده (chain ladder) با استفاده از داده های سالهای ۹۶-۱۳۹۴

سال صنوبر	خسارت پرداختی					
	۹۶	۹۵	۹۴			
۹۴	۱,۹۳۱,۲۸۶	۲,۸۳۳,۵۸۵	۶۵۴,۴۱۶			
۹۵	۲,۱۹۳,۳۳۳	۵۶۳,۶۴۹				
۹۶	۵۴۹,۷۳۹					
جمع	۴,۶۷۴,۳۵۸	۳,۳۹۷,۲۳۴	۶۵۴,۴۱۶	*	*	*

سال صنوبر	خسارت پرداختی تجمیعی						
	طی ۳ سال	طی ۲ سال	طی همان سال	۶۵۴,۴۱۶			
۹۴	۵,۴۱۹,۲۸۷	۳,۴۸۸,۰۰۱	۶۵۴,۴۱۶				
۹۵	۲,۷۵۶,۹۸۲	۵۶۳,۶۴۹					
۹۶	۵۴۹,۷۳۹						
جمع	۸,۷۲۶,۰۰۸	۴,۰۵۱,۶۵۰	۶۵۴,۴۱۶	*	*	*	*

سال صنوبر	خسارت پرداختی تجمیعی فکری			
	خسارت پرداختی طی ۳ سال	خسارت پرداختی طی ۲ سال	خسارت پرداختی در همان سال	
۹۴	۵,۴۱۹,۲۸۷	۳,۴۸۸,۰۰۱	۶۵۴,۴۱۶	
۹۵		۲,۷۵۶,۹۸۲	۵۶۳,۶۴۹	
۹۶			۵۴۹,۷۳۹	
جمع	۵,۴۱۹,۲۸۷	۶,۲۴۴,۹۸۳	۱,۷۶۷,۸۰۴	

سال صنوبر	افزایش خسارت پرداختی تجمیعی						
	افزایش خسارت پرداختی تجمیعی (۳ سال نسبت به سال ۲)	افزایش خسارت پرداختی تجمیعی (۲ سال نسبت به سال ۱)					
شریب	۱.۵۵	۵.۱۳					

سال صنوبر	برآورد خسارت			
	خسارت پرداختی طی ۳ سال	خسارت پرداختی طی ۲ سال	خسارت پرداختی در همان سال	
۹۴	۵,۴۱۹,۲۸۷	۳,۴۸۸,۰۰۱	۰	
۹۵	۴,۲۸۳,۵۰۷	۲,۷۵۶,۹۸۲	۵۶۳,۶۴۹	
۹۶	۴,۳۷۹,۰۸۰	۲,۸۱۸,۴۹۵	۵۴۹,۷۳۹	

سال	آخرین خسارت پرداختی در هر سال	برآورد خسارت پرداختی منتهی به سال آخر	تفاوت	درصد سهم نگهداری	برآورد تعهدات (سهم نگهداری) بر اساس روش نردبان زنجیری ساده
۹۴	۵,۴۱۹,۲۸۷	۵,۴۱۹,۲۸۷	*	-	-
۹۵	۲,۷۵۶,۹۸۲	۴,۲۸۳,۵۰۷	۱,۵۲۶,۵۲۵	۸۵٪	۱,۲۹۷,۵۴۶
۹۶	۵۴۹,۷۳۹	۴,۳۷۹,۰۸۰	۳,۸۲۹,۳۴۱	۸۵٪	۳,۲۵۴,۹۴۲
جمع			۵,۳۵۵,۸۶۶	-	۴,۵۵۲,۴۸۹

۵,۳۵۵,۸۶۶	برآورد تعهدات (سهم کل) بر اساس روش نردبان زنجیری ساده
۴,۵۵۲,۴۸۹	برآورد تعهدات (سهم نگهداری) بر اساس روش نردبان زنجیری ساده
۴,۵۹۶,۰۱۵	جمع ذخایر رشته ثالث در صورتهای مالی بر اساس آیین نامه ۵۸
۴۳,۵۲۶	مازاد (کسری) ذخایر ثالث (تفاوت ذخایر صورتهای مالی و روش نردبان زنجیری ساده)

ذخایر رشته ثالث و حوادث راننده سال ۱۳۹۶ (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)	
۱,۰۳۸,۰۵۵	ذخیره خسارت معوق اعلام شده شرکت (سهم نگهداری) با احتساب IBNR
۲,۱۰۰,۰۲۴	ذخیره حق بیمه (سهم نگهداری)
۹۵۳,۹۹۲	ذخیره فنی تکمیلی
۹۹,۳۳۳	ذخیره برگشت حق بیمه
۴۰۴,۶۰۱	ذخیره ریسکهای منقشی نشده
۴,۵۹۶,۰۱۵	جمع ذخایر (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)

۶,۲,۶ روش ضریب خسارت مورد انتظار

در صورتی که شرکت تازه تأسیس باشد، قاعده‌تاً تشکیل مثلث خسارت در بازه زمانی چند سال گذشته امکان پذیر نمی باشد. در این حالت، استفاده از روش ضریب خسارت مورد انتظار، مبنای برآورد ذخیره خسارت معوق قرار می گیرد. برای این منظور، متوسط ضریب خسارت سال‌های اخیر شرکت/شرکت‌های بیمه‌ای که در شروع فعالیت وضعیت مشابهی با شرکت مورد بررسی داشته‌اند، به عنوان ضریب خسارت مورد انتظار در نظر گرفته می شود. سپس با استفاده از فرمول محاسبه ضریب خسارت، از حاصلضرب "ضریب خسارت مورد انتظار" در "حق بیمه عاید شده"، "خسارت واقع شده" و سپس ذخیره خسارت معوق مورد نیاز برای سال مالی مورد نظر برآورد می گردد. جزئیات محاسبات برای شرکت بیمه نمونه در پیوست شماره ۴ آورده شده است.

با توجه به اینکه در این روش الگوی پرداخت خسارت گذشته شرکت مبنای برآورد قرار نمی گیرد، بلکه از ضریب خسارت مورد انتظار شرکتهای دیگر استفاده می شود، علیرغم اینکه روش مناسبی برای شرکت‌های تازه تأسیس و بدون سابقه خسارت است، اما روش جامعی برای برآورد تعهدات نخواهد بود. به طور کلی، روش‌های اکیچوئری برآورد تعهدات شرکت‌های بیمه، عمدتاً مبتنی بر جدول مثلث خسارت تشکیل شده برای بازه زمانی مورد مطالعه هستند. طبعاً، فروض حاکم بر این روش‌ها نتایج متفاوتی را در برآورد تعهدات یک شرکت بیمه ارائه می دهند. کامل و دقیق بودن داده‌های خسارتی و عدم نوسان قابل توجه در الگوی پرداخت خسارت نیز از دیگر عواملی هستند که نتایج روش‌ها را در یک شرکت بیمه در مقایسه با دیگر شرکت‌های بیمه متفاوت می کند. در ادامه فرآیند اجرایی بررسی کفایت ذخایر شرکت‌های بیمه مبتنی بر روش‌های فوق و نتایج حاصل تشریح می گردد.

تحولات در نحوه نظارت بیمه مرکزی بر صنعت بیمه، پس از بحران شرکت بیمه توسعه

محاسبات ذخیره خسارت معوق رشته ثالث شرکت بیمه نمونه به روش ضریب خسارت مورد انتظار
براساس متوسط ضریب خسارت سال های ۱۳۹۳، ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ شرکتهای بیمه ما و کوثر

ارقام به میلیون ریال

شرکت بیمه ما	خسارت پرداختی	ذخیره خسارت معوق پایان دوره	خسارت معوق اول دوره	خسارت واقع شده	حق بیمه صادره به کسر برگشتی	عوارض قانونی	حق بیمه با کسر عوارض	حق بیمه عاید نشده اول دوره	حق بیمه عاید نشده پایان دوره	حق بیمه عاید شده	ضریب خسارت
سال ۱۳۹۳	۲۱۰,۷۲۶	۱۱۴,۶۵۰	۱۰۳,۷۹۶	۲۲۱,۵۸۰	۴۳۰,۳۴۹	۶۹,۵۳۳	۳۶۰,۹۱۶	۱۰۷,۵۸۸	۱۵۵,۷۰۶	۳۱۲,۷۹۸	۷۱٪
سال ۱۳۹۴	۲۸۱,۰۶۲	۲۳۷,۱۹۰	۱۱۴,۶۵۰	۵۰۳,۶۰۲	۲۷۵,۰۸۳	۷۹,۶۱۳	۳۹۵,۴۷۱	۱۵۵,۷۰۶	۱۷۷,۴۷۰	۲۷۳,۷۰۷	۱۳۵٪
سال ۱۳۹۵	۴۲۱,۰۹۰	۳۷۱,۱۵۳	۲۳۷,۱۹۰	۴۵۵,۰۵۳	۶۷۱,۶۹۷	۱۱۸,۹۶۹	۵۵۲,۷۲۸	۱۷۷,۴۷۰	۲۴۱,۰۱۲	۴۸۹,۱۸۶	۹۳٪

منابع: صورتهای مالی حسابرسی شده

شرکت بیمه کوثر	خسارت پرداختی	ذخیره خسارت معوق پایان دوره	خسارت معوق اول دوره	خسارت واقع شده	حق بیمه صادره به کسر برگشتی	عوارض قانونی	حق بیمه با کسر عوارض	حق بیمه عاید نشده اول دوره	حق بیمه عاید نشده پایان دوره	حق بیمه عاید شده	ضریب خسارت
سال ۱۳۹۳	۱,۸۱۳,۲۰۵	۱,۰۴۴,۳۶۳	۵۰۱,۳۳۳	۲,۳۵۶,۳۳۵	۴,۲۱۵,۸۵۰	۶۷۵,۶۸۸	۳,۵۴۰,۱۶۲	۱,۰۲۲,۷۸۸	۱,۶۰۶,۸۳۵	۲,۹۵۶,۱۱۵	۸۰٪
سال ۱۳۹۴	۲,۷۶۲,۷۴۱	۱,۵۱۰,۹۴۰	۱,۰۷۲,۰۱۸	۳,۲۰۱,۶۶۳	۴,۶۵۰,۸۳۷	۷۳۷۳۰	۳,۹۱۳,۵۰۷	۱,۶۰۶,۸۳۵	۱,۷۰۲,۴۹۴	۳,۸۱۷,۸۴۸	۸۴٪
سال ۱۳۹۵	۴,۰۲۹,۶۸۹	۱,۴۴۱,۵۶۷	۱,۵۱۰,۹۴۰	۳,۹۶۰,۳۱۶	۶,۰۰۳,۸۳۹	۱,۰۶۹,۰۲۴	۴,۹۳۴,۸۱۵	۱,۷۰۲,۴۹۴	۱,۸۰۹,۰۲۷	۴,۸۲۸,۲۸۲	۸۲٪

منابع: صورتهای مالی حسابرسی شده

شرکت بیمه تجارت نو	خسارت پرداختی	ذخیره خسارت معوق پایان دوره	خسارت معوق اول دوره	خسارت واقع شده	حق بیمه صادره به کسر برگشتی	عوارض قانونی	حق بیمه با کسر عوارض	حق بیمه عاید نشده اول دوره	حق بیمه عاید نشده پایان دوره	حق بیمه عاید شده	ضریب خسارت
سال ۱۳۹۶	۲۰,۳۶۲	۲۲,۰۷۰	۱۱,۱۲۰	۳۱,۳۱۲	۱۶۹,۱۸۲	۲۹,۳۳۱	۱۳۹,۸۴۱	۱۶,۴۸۳	۶۹,۹۸۲	۸۶,۳۳۲	۳۶٪

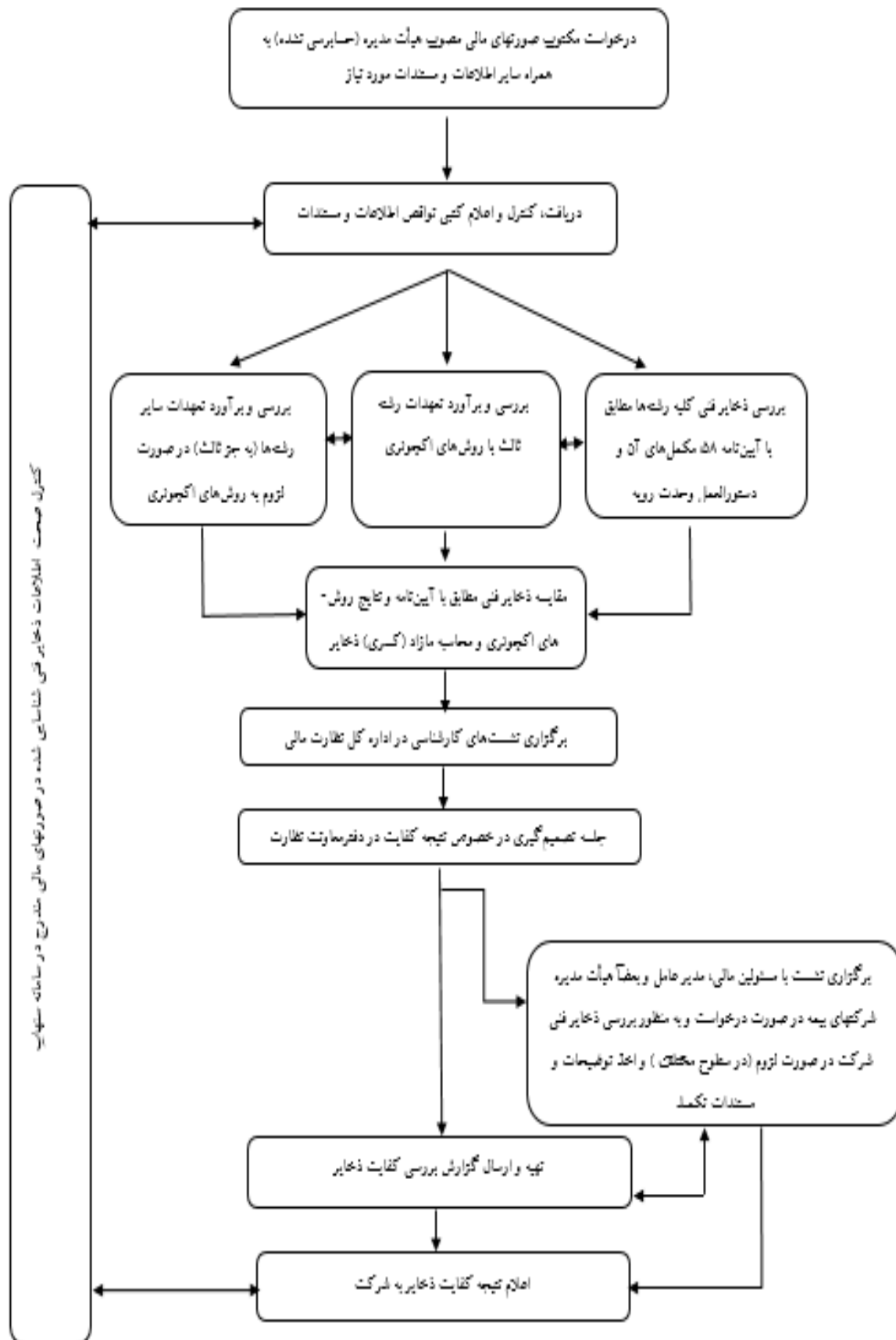
منابع: صورتهای مالی حسابرسی شده

شرکت	ضریب خسارت سال ۱۳۹۳	ضریب خسارت سال ۱۳۹۴	ضریب خسارت سال ۱۳۹۵
ما	۷۱٪	۱۳۵٪	۹۳٪
کوثر	۸۰٪	۸۴٪	۸۲٪

۶۹,۹۸۲	حق بیمه عاید شده رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده سال ۱۳۹۶
۹۳٪	ضریب خسارت مورد انتظار رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده سال ۱۳۹۶
۵۵,۳۳۵	برآورد ذخیره خسارت معوق مورد نیاز رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده (سهام کل) سال ۱۳۹۶
۲۲,۰۷۰	ذخیره خسارت معوق رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده سال ۱۳۹۶ (سهام کل) (طبق صورتهای مالی مصوب هیات مدیره)
(۳۲,۲۷۵)	مازاد (کسری) ذخیره رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده (سهام کل) (تفاوت ذخایر صورتهای مالی و روش ضریب خسارت مورد انتظار)
۸۵٪	درصد سهم نگهداری
(۲۸,۲۸۴)	مازاد (کسری) ذخیره رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده (سهام نگهداری) (تفاوت ذخایر صورتهای مالی و روش ضریب خسارت مورد انتظار)

فرآیند اجرایی بررسی کفایت ذخایر شرکت های بیمه (سال مالی ۱۳۹۶)

در اجرای تکلیف نظارتی بیمه مرکزی موضوع ماده ۵۸ قانون بیمه شخص ثالث، فرآیند بررسی کفایت ذخایر رشته مذکور در اداره کل نظارت مالی، به شکل ذیل از اواخر سال گذشته شروع و تا تاریخ گزارش ادامه یافته است:



شکل ۸ فرآیند اجرایی بررسی کفایت ذخایر شرکت‌های بیمه

نکات مورد توجه در بررسی کفایت ذخایر فنی رشته ثالث، مازاد و حوادث راننده:

- همانطور که در بخش پیشین بیان شد در اغلب روش‌های اکچوئری، مثلث خسارت سال‌های مورد بررسی به عنوان مبنای محاسبه قرار می‌گیرد. به همین منظور، بیمه مرکزی، در سامانه سنها بخشی تحت عنوان "آمار مثلثی فروش" را طراحی و تعبیه نموده است (پیوست ۵). این جدول، حق بیمه‌ها و خسارت‌های پرداختی به تفکیک سال پرداخت و بر اساس صورتحسابهای اتکایی ارسالی شرکت که مورد تأیید بیمه مرکزی قرار گرفته است را برای هر رشته بیمه‌ای نمایش می‌دهد. به دلیل عدم ارسال به موقع (پایان سال مالی) تعدادی از صورتحسابهای اتکایی توسط برخی شرکتهای بیمه و یا عدم تأیید بخشی از ارقام صورتحساب‌ها توسط بیمه مرکزی، احتمال مغایرت آمار مثلثی فروش با ارقام متناظر در صورتهای مالی شرکتهای وجود دارد که طبعاً می‌تواند موجب اختلاف میزان تعهدات برآوردی توسط بیمه مرکزی با تعهدات محاسبه شده و ارسالی توسط شرکتهای بیمه گردد.

- ترکیب خسارت‌های پرداختی آخرین سال (سال ۱۳۹۶) شرکتهای بیمه در رشته بیمه شخص ثالث به تفکیک سالهای صدور، می‌تواند به عنوان معیاری برای تعیین بازه زمانی تقریبی برآورد تعهدات این رشته بر مبنای روش‌های اکچوئری قرار گیرد. به عبارت دیگر، تعداد سالهایی که در آنها مجموع خسارت پرداختی به حداقل ۸۰ درصد می‌رسد، می‌تواند زمان تقریبی استهلاك بخش عمده خسارت را در سالهای آتی نشان دهد. بدین منظور برای استخراج اطلاعات مذکور و تعیین بازه زمانی محاسبات اکچوئری، از "کارتابل مغایرت ثالث آنلاین" تعبیه شده در سامانه سنها استفاده می‌گردد. بر اساس اطلاعات استخراج شده از کارتابل مذکور، محاسبات اکچوئری برای ۱۰ شرکت بیمه در دوره ۱۳۹۶-۱۳۹۲ (پنج ساله) و برای ۱۶ شرکت دیگر در دوره ۱۳۹۶-۱۳۹۴ (سه ساله) انجام گرفت.

- از آنجا که تکلیف قانونی بیمه مرکزی، احراز کفایت ذخایر رشته بیمه شخص ثالث می‌باشد و با عنایت به فرصت زمانی محدود، در اغلب مواقع، برآورد ذخایر فنی شرکت بر اساس روشهای اکچوئری برای سایر رشته‌های بیمه، مورد بازبینی قرار نمی‌گیرد. مع ذلک، چنانچه صحت محاسبات ذخایر مربوط به سایر رشته‌ها و یا میزان مازاد برآورد شده توسط شرکت، مورد تردید قرار گیرد، به منظور راستی‌آزمایی، برآورد تعهدات سایر رشته‌ها نیز محاسبه می‌گردد. از این رو، در سال جاری بررسی ذخایر سایر رشته‌ها در خصوص ۷ شرکت بیمه توسط این اداره کل انجام شد.

- در سال جاری، علاوه بر موارد فوق الذکر، خسارت پرداختی و ذخیره خسارت معوق شناسایی شده برای سال ۱۳۹۶ به تفکیک شعب شرکت نیز دریافت و با ارقام صورتهای مالی مقایسه، کنترل و در صورت وجود اختلاف قابل توجه رفع مغایرت گردید. ضمن آنکه، به منظور اطمینان از پرداخت خسارت به بیمه‌گذاران و عدم انتقال خسارت‌ها به حساب خسارت‌های پرداختنی، ریز حواله‌های خسارت صادر شده و پرداخت نشده تا پایان سال مالی ۱۳۹۶ اخذ و به عنوان موضوع قابل ملاحظه در تصمیم‌گیری نهایی در خصوص احراز کفایت، لحاظ گردید.

• با فرض آنکه تعهدات آتی شرکت در رشته شخص ثالث می‌تواند به صورت تقریبی برابر با حاصلضرب مابه التفاوت متوسط ضریب خسارت سالهای اخیر و درصد خسارت پرداختی در سال ۱۳۹۶ برای بیمه نامه های صادره در سال مذکور (استخراج شده از کارتابل خسارت آنلاین) در حق بیمه صادره در سال ۱۳۹۶ باشد، روش تقریبی مذکور به عنوان ساز و کاری جهت کنترل نتایج محاسبات اکچوئری مورد استفاده قرار گرفت.

• در نهایت، به منظور کمک به ثبات بازار بیمه، احتراز از بروز تکانه‌های بزرگ در ساختار مالی شرکت ها و با توجه به شرایط اقتصادی کشور و بازار بیمه در سال‌های اخیر، ملاحظاتی به شرح ذیل در تصمیم‌گیری در خصوص احراز کفایت ذخایر رشته ثالث (اعلام کل کسری ذخیره برآوردی یا بخشی از آن و یا کفایت)، مورد توجه قرار گرفت:

- سیاست کلی بیمه مرکزی مبنی بر لزوم تأمین کسری ذخایر فنی رشته ثالث طی مدت ۳ الی ۵ سال؛
- ضرورت حفظ سودآوری صنعت بیمه به منظور جذب سرمایه گذاران
- در نظر گرفتن تأثیر اعمال کسری ذخایر بر احتمال افت توانگری مالی شرکت به سطح پایین‌تر از ۲ (با توجه به الزام مندرج در ماده ۵ قانون شخص ثالث)؛
- کمک به کاهش زیان انباشته و در نتیجه خروج از شمول ماده ۱۴۱ قانون تجارت
- موضوع عدم امکان تقسیم سود به دلیل زیان انباشته در شرکتهای مشمول؛
- جدید التأسیس بودن شرکت؛
- مازاد ذخایر فنی در سایر رشته‌ها به روش های اکچوئری؛
- تخفیف برای شرکتهایی که از روش موردی و پرونده به پرونده در محاسبه خسارت معوق ثالث استفاده نموده اند؛

- روند پرتفوی حق بیمه رشته ثالث سال‌های اخیر در شرکتهای مورد بررسی؛
 - روند ضریب خسارت رشته ثالث شرکت مورد بررسی طی سال‌های اخیر؛
 - روند پرداخت خسارت توسط شرکت و میزان خسارت پرداختنی؛
 - مقایسه متوسط ذخیره خسارت معوق هر پرونده با متوسط خسارت پرداختی در هر پرونده؛
 - توجه به ترکیب پرتفوی ثالث از لحاظ ریسک (موتورسیکلت، اتوبوس، کامیون و خودروهای صفر کیلومتر)
- همچنین در ابعاد اجرایی موضوع اقدامات مختلفی صورت گرفته است که ذیلاً به برخی موارد آن اشاره می شود:

- برگزاری نشست‌های کارشناسی در اداره کل نظارت مالی و دفتر معاونت نظارت به منظور بررسی کفایت ذخایر رشته ثالث شرکت‌های مشمول و بررسی وضعیت ذخایر فنی در انطباق با آیین نامه ۵۸ (۲۹) شرکت بیمه)

- برگزاری نشست‌هایی با مسئولین مالی، مدیر عامل و بعضاً هیأت مدیره شرکت‌های بیمه

مثلت خسارت بیمه ثالث، مازاد و حوادث راننده

مثلت خسارت رشته بیمه ثالث، مازاد و حوادث راننده بیمه نمونه سالهای ۱۳۹۶-۱۳۹۴ (سنهاب)

سال پرداخت خسارت					
مجموع	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	کل ثالث	سال صدور
۶,۴۵۴,۲۰۸.۲۶	۰.۰۰	۰.۰۰	۶,۴۵۴,۲۰۸.۲۶	حق بیمه	
(۵,۴۱۹,۲۸۷.۲۵)	(۱,۹۲۱,۲۸۶.۴۴)	(۲,۸۲۲,۵۸۵.۱۴)	(۶۵۴,۴۱۵.۶۸)	خسارت	
۶۲,۲۵۱.۲۱	۷۷.۵۲	۱,۸۹۹.۴۲	۶۱,۲۷۴.۲۵	کارمزد	
۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	(۰.۱۰)	تسبیت خسارت	
۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	خسارت معوق	
۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	(۰.۱۰)	ضریب خسارت صادره	
۵,۶۵۷,۲۰۴.۹۶	۴,۰۰۰.۰۰	۵,۶۵۲,۲۰۴.۹۶	۰.۰۰	حق بیمه	
(۲,۷۵۶,۹۸۲.۱۵)	(۲,۱۹۲,۲۲۲.۱۵)	(۵۶۲,۶۴۸.۹۹)	۰.۰۰	خسارت	
۶۲,۲۵۹.۷۲	۲,۰۹۵.۴۸	۶۱,۱۶۴.۲۴	۰.۰۰	کارمزد	
۰.۰۰	(۵۴۸.۲۲)	(۰.۱۰)	۰.۰۰	تسبیت خسارت	
۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	خسارت معوق	
۰.۰۰	(۵۴۸.۲۲)	(۰.۱۰)	۰.۰۰	ضریب خسارت صادره	
۶,۸۵۸,۵۷۷.۵۷	۶,۸۵۸,۵۷۷.۵۷	۰.۰۰	۰.۰۰	حق بیمه	
(۵۴۹,۷۲۸.۷۶)	(۵۴۹,۷۲۸.۷۶)	۰.۰۰	۰.۰۰	خسارت	
۶۵,۹۸۱.۲۶	۸۱,۵۱۶.۷۰	(۱۵,۵۲۵.۴۲)	۰.۰۰	کارمزد	
۰.۰۰	(۰.۰۸)	۰.۰۰	۰.۰۰	تسبیت خسارت	
۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	۰.۰۰	خسارت معوق	
۰.۰۰	(۰.۰۸)	۰.۰۰	۰.۰۰	ضریب خسارت صادره	
۶,۸۶۲,۵۷۸	۶,۸۶۲,۵۷۸	۵,۶۵۲,۲۰۵	۶,۷۲۵,۵۴۷	مجموع حق بیمه	
-۵,۲۲۱,۸۸۸	-۵,۲۲۱,۸۸۸	-۵,۲۵۸,۹۸۲	-۴,۲۴۸,۴۵۲	مجموع خسارت	
۸۲,۶۹۰	۸۲,۶۹۰	۴۷,۵۲۴	۶۲,۶۷۸	مجموع کارمزد	
*	*	*	*	مجموع خسارت معوق	

۶,۸۲۶,۲۸۸	۵,۸۰۲,۱۲۹	۶,۲۲۱,۲۱۵	مجموع حق بیمه طبق صورتهای مالی حسابرسی شده*
-۵,۲۷۸,۰۴۲	-۵,۲۷۶,۵۶۶	-۴,۲۴۶,۸۰۸	مجموع خسارت طبق صورتهای مالی حسابرسی شده*
-۲۶,۱۹۰	۱۴۸,۹۲۴	-۵۱۴,۲۲۲	تفاوت حق بیمه سنهاب از صورتهای مالی حسابرسی شده*
۵۲,۸۴۶	-۱۷,۵۸۲	۱,۶۴۵	تفاوت خسارت سنهاب از صورتهای مالی حسابرسی شده*

۶,۳ گزارشات از نحوه اجرای آیین نامه ۹۴

برای هر شرکت بیمه، به تفکیک رشته‌های بیمه، جداولی در فایل اکسل به صورت زیر تکمیل و گزارش می‌شوند، جدول زیر مختص بیمه‌های آتش سوزی است:

جدول ۱۵. جمع بندی عملکرد، نحوه اجرای آیین نامه ۹۴

آتش سوزی											شرح رشته بیمه		مواد ۲ و ۳
											تطبیق با موازین فنی		
											ارسال مستندات		
											ابلاغ به واحدها		
											گزارش توجیهی		
											تعرفه کوتاه مدت / روزشمار		
معاون فنی	مدیر فنی	سود مشارکت در منافع	بیمه گذاران خاص	نقدی	ایام ویژه (جشنواره)	پراکندگی	گروهی	عدم خسارت	تکنولوژی	ایمنی	مورد	تخفیف	
											میزان (%)		
تا ۳۰٪											اضافه نرخ		
											فرانشیز		
											خطرات اضافی		
												کلوزها	
											اکچوئر مدیر معان فنی	کمیته ۳ نفره	

تحولات در نحوه نظارت بیمه مرکزی بر صنعت بیمه، پس از بحران شرکت بیمه توسعه

	تایید	مدیر عامل / قائم مقام								
		هیأت مدیره								
ماده ۴	لزوم رعایت ماده ۶ آیین نامه ۷۶									
ماده ۵	انطباق شرایط با ضوابط مقرر	تطبیق دارد								
		تطبیق ندارد								
	اعلام به شرکت بیمه	شماره نامه								
	جهت رفع عدم انطباق	تاریخ								
	مهلت شرکت بیمه جهت رفع عدم انطباق حداکثر ۳۰ روز	شماره نامه								
		تاریخ								

بنابراین گزارشاتی متحد الشکل و شفاف توسط بیمه مرکزی تنظیم و موارد تخلف احصا می شود و حسب تخلف مربوطه اقدامات لازم انجام می شود.

جدول مغایرت های احصاء شده از عملکرد شرکت نمونه با آیین نامه ۹۴

خلاصه مغایرت های احصاء شده از عملکرد شرکت نمونه با آیین نامه شماره ۹۴ در انواع رشته های بیمه ای		
واحد	رشته	موارد قابل ذکر و مغایرت های احصاء شده
اداره نظارت بر بیمه های درمان، حوادث و مسئولیت (نامه های شماره ۴۰۱/۱۹۰۹ مورخ ۹۷/۰۲/۲۲)	درمان، حوادث و مسئولیت	معیارهای تعیین حق بیمه با در نظر گرفتن میانگین ضریب خسارت و حاشیه سود در سه سال گذشته در شرکت متبوع در مقایسه با میانگین در صنعت و عملکرد رقبا اصلی این شرکت، افزایش توان رقابتی و رعایت ماده ۶ آیین نامه ۹۴ اعلام شده لیکن چگونگی دستیابی به حق بیمه های صادره اعلام نشده است.
		گزارش توجیهی در خصوص مبنای محاسبات نرخ حق بیمه رشته های بیمه ای تهیه نگردیده است.
		نرخ حق بیمه رشته بیمه مسئولیت متصدی حمل ، مسئولان امور واگذاری و رشته هایی که فاقد شرایط عمومی مصوب شورای عالی بیمه است یا رشته های دارای مجوز مطابق تبصره ماده ۷ ارسال نشده است.
		کلوزها و نرخ های مرتبط در رشته های مختلف بیمه مسئولیت ارسال نشده است.
اداره نظارت بر بیمه های اموال (نامه شماره ۴۰۱/۱۹۶۱ مورخ ۹۷/۰۲/۲۲)	اموال	عدم ابلاغ ضوابط جدید به شعب و واحدهای صدور
		عدم ارائه گزارش توجیهی را به صورت مستقل و به همراه جزئیات تعیین نرخ حق بیمه در هر رشته میزان تخفیفات اعلامی شرکت بیمه آسیا فاقد مبنای فنی می باشد.
اداره نظارت بر بیمه های خودرو (نامه شماره ۴۰۱/۲۲۲۵ مورخ ۹۷/۰۵/۲۳)	بدنه	میزان اضافه نرخ های اعلامی شرکت بیمه آسیا فاقد مبنای فنی می باشد.
		میزان تخفیفات و اضافه نرخ های اعلامی شرکت بیمه آسیا فاقد مبنای فنی بوده و تخفیفات مدیریتی را اعلام نموده است.
		در مستندات ارسالی گزارش توجیهی مبنای محاسباتی ارائه نگردیده است.
	ثالث	مدارکی مبنی بر ابلاغ نرخ های حق بیمه و یا مبنای تعیین نرخ به واحدهای صدور وجود ندارد.
		موارد مشمول فرانشیز رشته بیمه بدنه اتومبیل مشخص نشده اند.
		در مستندات ارسالی گزارش توجیهی مبنای محاسباتی ارائه نگردیده است.
		مدارکی مبنی بر ابلاغ نرخ های حق بیمه و یا مبنای تعیین نرخ رشته مازاد مالی به واحدهای صدور وجود ندارد.
		موارد مشمول فرانشیز رشته مازاد مالی بیمه شخص ثالث مشخص نشده اند.

۶،۴ دستورالعمل نحوه نظارت و بازرسی از شرکت های بیمه مصوب هیئت عامل بیمه

مرکزی ج.ا. ایران ۱۳۹۴/۲/۸

کلیات

در این مصوبه نظارت و بازرسی به سه صورت برنامه‌ای، فوق العاده و موردی طراحی شده است. اولویت‌های نظارت و بازرسی برنامه‌ای به موضوعات تکالیف مندرج در قانون و آیین نامه و همچنین مشکلات و نیازهای عمومی مردم و بیمه‌گذاران در چارچوب قانون و آیین نامه اختصاص داده شده است. از جمله نکات قابل توجه در برنامه نظارت و بازرسی، عملکرد شرکت از حیث حسن جریان امور و اجرای صحیح قانون و آیین نامه، تناسب ساختار با مأموریت و انجام طرح‌ها و برنامه‌های اساسنامه و شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها، تهدیدات، تخلفات و همچنین نحوه عملکرد هیات مدیره، مدیران عامل و مدیران فنی از حیث اصول بیمه-گری، موازین فنی، ایجاد تحول و به کارگیری فناوری‌های نوین در جهت تسریع و تسهیل در امور بیمه‌گذاران و رعایت حقوق بیمه‌گذاران و اخلاق حرفه‌ای است.

نظارت و بازرسی از محل

نظارت و بازرسی از محل، مستلزم صدور حکم مأموریت و یا معرفی از سوی رئیس کل یا مقام مجاز از طرف ایشان است. در احکام مأموریت قلمرو زمانی و موضوع بازرسی و مدت آن صریحاً تعیین می‌شود. هیئت بازرسی به شرکت بیمه اعزام می‌گردند. تقسیم کار بین اعضا به عهده رئیس هیئت مدیره بوده و این هیات مکلف به ارائه گزارش جامع می‌باشد.

نظارت و بازرسی‌ها در هر سه مورد می‌تواند به شکل خود اظهاری صورت گیرد. در این روش بیمه مرکزی سؤالات متناسب با موضوع را طرح و اطلاعات، اسناد و مدارک مورد نظر را مطالبه نموده و از طریق راستی آزمایی بررسی و گزارش بازرسی را تهیه می‌نماید. همچنین برای انجام بازرسی و جمع بندی اطلاعات، از فناوری نوین، ارتباط الکترونیکی با شرکتهای بیمه و سامانه‌های مربوطه استفاده نماید و سپس با رعایت اصول و قواعد علمی، آن‌ها را تجزیه و تحلیل نموده و گزارش خود را همراه با استنتاج و ارایه پیشنهادهای مناسب تهیه نماید.

شرکتهای بیمه مکلفند امکان استفاده از ارتباط الکترونیکی و فناوری‌های نوین اطلاعاتی را برای بازرسی یا هیأت بازرسی فراهم نمایند.

اقدامات قبل از شروع بازرسی شامل کسب آگاهی لازم نسبت به موضوع مورد بازرسی و شناخت موضوع مأموریت، شناسایی اهداف و روش نیل به اهداف، تدارک طرح بازرسی نظیر تهیه چک لیست، رجوع به سوابق و گزارش‌های موجود در بیمه مرکزی، مطالعه مقررات حاکم بر موضوع بازرسی، شناسایی و تعیین منابع موثق برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، آشنایی با شرکت بیمه مورد بازرسی و خصوصیات و فرهنگ سازمانی آن، کسب اطلاعات اجمالی از وجود برنامه‌ها و طرح‌های اجرایی مرتبط با موضوع مأموریت می‌باشند. روش‌های جمع آوری اطلاعات شامل موارد زیر هستند:

مطالعه سوابق و پرونده‌های موجود و تهیه مدارک لازم از آنها، کسب نظر کارشناسی، استعلام از اعضای هیأت مدیره، مدیران عامل و مدیران فنی و کارکنان شرکت بیمه مورد بازرسی، مشاهدات و استطاع از شهود و مطلعین.

شکل کلی گزارش در این دستورالعمل ذکر شده است و به مستند بودن آن تاکید شده است.

تشویق و تنبیه و همچنین اعمال سیاست‌های تنبیهی در محدوده آیین نامه به طور مستند و مستدل برای شرکت‌های بیمه و شبکه فروش آنها ارائه می‌شود.

همچنین خلأها و مغایرات موجود با درخواست اصلاح مقررات و آئین نامه های مربوط و نقایص شرکت بیمه ناشی از فقدان مقررات متناسب می باشد با تشریح موضوع، ضرورت تدوین مقررات جدید ذکر شود. گزارش های نظارت و بازرسی پس از بررسی و تأیید نهایی، با امضای مدیر کل مربوط برای مراجع بالاتر ارسال می شود.

بیمه مرکزی رفع مغایرات مندرج در گزارش های خود را تا حصول نتیجه نهایی از طریق مکاتبه، مسئولان ذی ربط، انجام بازرسی مجدد و یا هر طریق قانونی دیگر پیگیری می نماید و در صورت عدم اجرای آنها بدون عذر موجه، اقدامات زیر را انجام می دهد:

تذکر و تأکید بر اجرای قوانین و مقررات به مسئول مربوط در مهلت مقرر. تهیه گزارش استنکاف از اجرای قوانین و مقررات بیمه و ارسال آن به مراجع ذیصلاح و شورای عالی بیمه پس از طی تشریفات مربوط.

۶.۵ دستورالعمل بازرسی از محل شرکت های بیمه مصوب ۱۳۹۶/۷/۲۲

دستورالعمل بازرسی در محل شرکتهای بیمه در ۱۳۹۶/۷/۲۲ توسط هیئت عامل بیمه مرکزی ج.ا. ایران تصویب و در ۱۳۹۶/۹/۱۱ جهت اجرا توسط رئیس کل بیمه مرکزی به معاون نظارت بیمه مرکزی ابلاغ گردید. به طور خلاصه این دستورالعمل را شرح می دهیم.

این دستورالعمل در سه فصل شامل کلیات بازرسی در محل، چارچوب گزارش بازرسی در محل و محورهای اصلی بازرسی در محل تهیه شده است و بسیاری از جزئیات در آن مطرح شده است. این دستورالعمل در مقایسه با دستورالعمل مورخ ۱۳۹۴/۲/۸ بسیار مفصل تر است و در واقع شرح تفصیلی آن می باشد. در ادامه گزیده هایی از این دستورالعمل آورده شده است.

فصل اول این دستورالعمل شامل شرح موارد زیر است.

۱. اهداف بازرسی در محل

- ✓ به طور خلاصه اهداف مطرح شده در این بخش شامل موارد بررسی وضعیت مالی بیمه گر و اطمینان از کیفیت فعالیت بیمه گری شرکت به گونه ای که از تامین منافع بیمه گذاران اطمینان حاصل شود؛
- ✓ ارزیابی عملکرد مدیران و کارکنان شرکت بیمه در انطباق با مقررات؛
- ✓ تطبیق فعالیت های شرکت با اصول، قوانین و مقررات، آیین نامه ها و رهنمودهای نهاد ناظر توسط شرکت بیمه؛

- ✓ ارزیابی کفایت مدارک و جامعیت سامانه ها و کنترل داخلی
- ✓ ارزیابی رفتار فنی، برنامه کسب و کار و کفایت پوشش اتکایی و ریسک بیمه گران اتکایی شرکت بیمه
- ✓ ارزیابی روابط بیمه گر با سایرین (تامین کنندگان، برونسپاری ها)
- ✓ دقت و اعتبار داده های ارائه شده توسط شرکت بیمه
- ✓ حصول اطمینان از اجرای مقررات حاکمیت شرکتی

۲. حوزه های مهم

حوزه های بازرسی جهت نیل به اهداف فوق شامل موارد زیر است:

نصاب سرمایه، مدیریت تعهدات و دارایی، فعالیت‌های حسابداری و اکچوئری، کنترل داخلی، کیفیت بیمه‌گری، وضعیت منابع مالی و ذخایر فنی، اخذ پوشش اتکایی، شایستگی و عملکرد مدیران، قابلیت سود آوری، توانگری، مدیریت ریسک، قانون مداری، ارائه خدمات به بیمه گزاران و رعایت حقوق آنها، مدیریتی ریسک به ادعای خسارت، سیاست‌های مالی، سیاست‌های سرمایه گذاری، محصولات بیمه‌ای و سیستم توزیع مدیریت منابع انسانی.

۳. قلمرو و پوشش بازرسی

در این بخش ذکر شده که بازرسی‌ها باید هر سه سال یک بار از تمام بیمه‌گران بازرسی در محل همه جانبه و کامل انجام شود. فرآیند رصد به صورت عادی حداقل باید در دفتر مرکزی شرکت‌ها صورت گیرد تا در صورت وجود مسئله مهم و یا ضعف در شرایط مالی شرکت بیمه، به موقع چاره‌ای اندیشیده شود. به علاوه زمانی که مجوز فعالیت به یک شرکت بیمه‌ای تازه تاسیس اعطا می‌شود و یا مالکیت و کنترل در یک شرکت بیمه‌ای فعال در بازار بیمه تغییر می‌کند، نیز بازرسی در محل همه جانبه و کامل مورد نیاز می‌باشد. برای بیمه‌گرانی که به توجه نظارتی خاص نیاز دارند، بایستی به منظور اطمینان از تمرکز بیمه‌گر بر مسائل مشخص شده و سرعت قابل قبول رفع مشکل مهم شناسایی شده، منابع مالی و انسانی اضافی برای بازرسی تخصیص داده شود تا بتوان از طریق آن، بازرسی موردی و هدفمند را یک سال پس از بازرسی همه جانبه و کامل انجام داد. این بازرسی محدود، در واقع تمرکز بر روی فعالیت‌های خاص بیمه‌گر است. طبعاً، اگر بیمه‌گر در مسیر حل مشکل گزارش شده نباشد، تا زمان بر طرف شدن مشکل، باید فرآیند بازرسی به دوره‌های دو ساله کاهش پیدا کند.

۴. نحوه انجام و ترتیبات بازرسی

در این بخش آورده شده که انجام هر گونه نظارت و بازرسی، مستلزم صدور حکم ماموریت/ معرفی رسمی از سوی رئیس کل بیمه مرکزی یا مقام مجاز از طرف ایشان خواهد بود و در احکام ماموریت، قلمرو زمانی و موضوعی بازرسی و مدت آن صریحاً تعیین می‌شود. تقسیم کار بین اعضاء هیأت بازرسی به عهده رئیس هیئت بوده و هریک از اعضا نتیجه کار خود را به وی ارائه می‌نماید تا گزارش نهایی تهیه گردد.

بازرس یا هیئت بازرسی اعزامی مکلف است بعد از انجام ماموریت، گزارش جامع آن را تهیه و تسلیم نماید. بازرس یا هیئت بازرسی می‌تواند به شکایات و اطلاعات اشخاص که متضمن هویت، کد ملی و کد پستی شاکی و مقرون به دلایل و با امضاء وی باشد (در صورت امکان با ارائه مستندات مربوط) رسیدگی نماید. همچنین بازرسی می‌تواند به صورت خود اظهاری صورت گیرد. در این روش، بیمه مرکزی سوالات متناسب با موضوع را طرح و اطلاعات، اسناد و مدارک مورد نظر را مطالبه نموده و موضوع را بررسی و گزارش آن را تهیه می‌نماید. به علاوه، بازرس یا هیئت بازرسی می‌تواند برای انجام نظارت و بازرسی و جمع بندی اطلاعات، از فناوری‌های نوین، ارتباط الکترونیکی با شرکتهای بیمه و سامانه‌های مربوط استفاده نماید و سپس با رعایت اصول و قواعد علمی، آن‌ها را تجزیه و تحلیل نموده و گزارش خود را همراه با استنتاج و ارایه پیشنهادهای مناسب تهیه نماید. در این خصوص، شرکتهای بیمه مکلفند امکان استفاده از ارتباط الکترونیکی و فن آوری های نوین اطلاعاتی را برای بازرس یا هیئت بازرسی فراهم نمایند.

۵. تدارکات و بررسی های قبل از بازرسی

پیش از آغاز یک بازرسی، رئیس هیئت بازرسی، باید فرآیند بازرسی را با دقت طراحی نماید تا از این طریق به صورت کارا و کارآمد بازرسی انجام شود. در طول فاز طرح ریزی، تصمیمات اولیه در خصوص اهداف بازرسی، حوزه ها و فرآیندها، وسعت بخشیدن به دامنه بازرسی، تعداد نیرو و دیگر موضوعات مرتبط تصمیم گیری می شود. فرآیندهای کنترلی که از طریق اجرا و ثبت منظم بازرسی ها انجام شود نیز از اهمیت بالایی برخوردار است.

۶. بررسی های پیش از بازرسی (تهیه طرح بازرسی)

بازرس یا هیئت بازرسی قبل از شروع فرآیند بازرسی، بایستی با کسب آگاهی های لازم نسبت به موضوع مورد بازرسی و شناخت موضوع مأموریت و همچنین، توجه کامل به اهداف اجرای مأموریت محوله و بررسی طرق نیل به این اهداف و انتخاب روش های مناسب و مقتضی، اقدام به تدارک طرح بازرسی شامل مواردی نظیر؛ تهیه چک لیست، رجوع به سوابق و گزارش های موجود در بیمه مرکزی، مطالعه مقررات حاکم بر موضوع بازرسی، شناسایی و تعیین منابع موثق برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، آشنایی با شرکت بیمه مورد بازرسی و خصوصیات و فرهنگ سازمانی آن، کسب اطلاعات اجمالی از وجود برنامه ها و طرح های اجرایی مرتبط با موضوع مأموریت نماید. زمان لازم برای تهیه طرح بازرسی با توجه به اندازه شرکت (تعداد بیمه نامه های صادره و میزان پیچیدگی عملیاتی) تعیین می شود.

اطلاعات مورد نیاز برای تهیه طرح بازرسی می تواند از طریق مطالعه سوابق و پرونده های موجود و تهیه مدارک لازم از آن ها، کسب نظر کارشناسی از کارشناسان، استعلام از اعضای هیأت مدیره، مدیر عامل و مدیران فنی و کارکنان شرکت بیمه مورد بازرسی، مشاهدات و یا استطاع از شهود و مطلعین صورت گیرد و می تواند شامل اجزای زیر باشد:

- توضیحات و یا توصیه های انجام شده در بازرسی قبلی و همچنین پاسخ شرکت
- مروری بر نحوه تمرکز ریسک، سود آوری، نقدینگی، کفایت سرمایه و شکایت مربوط به بیمه گر بر اساس مستندات و یا تحلیل های موجود در بیمه مرکزی
- مدارک مربوط به آخرین گزارش حسابرس و بازرس قانونی (گزارش حسابرسی میان دوره ای / سالیانه، به همراه صورت های مالی و یادداشتهای توضیحی، گزارش کنترل های داخلی)
- اطلاعات مربوط به سهامداران و ساختار سازمانی شرکت بیمه
- جزئیات مربوط به کسب و کار شرکت، زمینه های اصلی فعالیت و برنامه های پیش رو
- تعیین محورهای مهم و مورد تأکید بازرسی
- اطلاعات مهم دیگر

۷. شروع بازرسی

بازرس یا هیئت بازرسی می تواند هر گونه اطلاعات و مدارک لازم برای اعمال نظارت و بازرسی از شرکت های بیمه مورد بازرسی را تحصیل نماید. اعضای هیئت مدیره، مدیر عامل، مدیران فنی و کارکنان شرکت بیمه

موظفند به مکاتبات، حسب درخواست با فوریت پاسخ دهند. در فرآیند بازرسی، هر گونه پیش داوری و القاء نظر توسط بازرس ممنوع است و استنتاج و اظهار نظر بازرس یا هیئت بازرسی منوط به اتمام بازرسی است. به علاوه، عملکرد و رفتار بازرس یا هیئت بازرسی نیز باید مبتنی بر اخلاق حرفه‌ای و از موضع قانون و آیین نامه باشد و نباید در اموری که جنبه خصوصی دارد، مداخله نمایند. همچنین، اعمال نظارت و بازرسی، تحقیقات، کسب اطلاعات و تهیه مدارک و اسناد، باید به گونه‌ای باشد که در روند امور جاری شرکت بیمه بازرسی شونده وقفه یا خلل ایجاد ننماید و انگیزه اقدام و فعالیت را از مدیران و کارکنان سلب نکند.

۸. داده‌های مورد نیاز برای بازرسی

لیست گزارش‌ها و جداولی که باید از طرف شرکت بیمه در ابتدای بازرسی همه جانبه و کامل فراهم شود به قرار ذیل می‌باشد، طبقاً در بازرسی محدود، این گزارش‌ها و جداول نیز محدود به محور(های) اصلی بازرسی خواهند بود. بدیهی است شرکت نبایستی ملزم به ارائه (مجدد) اطلاعاتی شود که در بیمه مرکزی وجود دارد.

- چارت سازمانی کلی و چارت سازمانی واحدها
- جزئیات مربوط به حسابهای بانکی (جزئیات حسابهای بانکی از منظر ورودی و خروجی حسابها)
- اساسنامه و مصوبات مجامع عمومی سالانه
- تراز نامه آزمایشی
- صورتهای مالی و یادداشتهای همراه
- اطلاعات مربوط به جزئیات سرمایه‌گذاری‌ها
- اطلاعات مربوط به طلبکاران متفرقه
- صورتهای مالی جزئیات دارائی‌ها و تعهدات
- جزئیات جداول سررسید وامها و اعتبارات دریافتی
- لیست مدیران و اشخاص مرتبط
- اطلاعات مربوط به وامها و اعتبارات مدیران، مسئولین و کارمندان
- اطلاعات مربوط به مشتریان بزرگ بیمه‌های زندگی و غیر زندگی (قابل تعریف بر اساس شرکت یا صنعت)
- اطلاعات مربوط به خسارتهای عمده (قابل تعریف بر اساس شرکت یا صنعت)
- اطلاعات مربوط به ارقام و تعهدات خارج تراز نامه‌ای
- طرح جامع کسب و کار
- جدول تجزیه سنی مطالبات و جزئیات مطالبات مشکوک الوصول
- مجوزهای نمایندگی صادر شده از طرف بیمه‌گر
- نمونه بیمه نامه‌های صادر شده، دفترچه راهنمای مربوط به سیاستهای تحلیل ریسک، ارائه خدمات، اتکایی و خسارت
- گزارش حسابرسی و کنترل داخلی و گزارش حسابرس و بازرس قانونی
- صورتجلسات هیأت مدیره
- قرارداد های اتکایی

- آیین نامه جذب و به کار گیری نیروی انسانی / آیین نامه رفاهی
- لیست عناوین کمیته‌ها و زیر کمیته‌ها
- لیست نمایندگان و کارگزاران همکار
- لیست ارزیابان خسارت همکار با شرکت بیمه در طی ۱۲ ماه اخیر
- لیست تمام دفاتر، شعب، با جبه‌ها و اداره‌های شرکت
- حسابهای اتکایی
- لیست خسارت معوق
- اجاره‌نامه‌ها
- لیست دعاوی خسارات قدیمی (مفتوح)
- بیمه‌نامه‌ها و الحاقیه‌ها (به صورت موردی)

۹. فرآیندهای بازرسی

فرآیندهای بازرسی شامل مرور اولیه بر اطلاعات در یافتی فوق بر اساس طرح بازرسی و شامل بررسی نحوه و میزان ارتباط با گزارش بازرسی قبلی، بدست آوردن اطلاعات، جداول و گزارش‌های مدیریتی پایه مرتبط و به ویژه مشخص کردن میزان کامل و قابل اطمینان بودن داده‌های دریافتی است. مرحله بعدی مرور تحلیلی و شامل بررسی ریسک‌هایی که بیمه گر در معرض آنها قرار دارد و همچنین رعایت الزامات قانونی با استفاده از گزارش کمیته‌های هیئت مدیره و سایر مستندات موجود است. در نهایت، فرآیند بازرسی به یک ارزیابی کلی از سیستم‌های بیمه گر از جمله سیستم‌های بیمه گری، مدیریت دارایی و بدهی، سرمایه گذاری، وصول مطالبات، شبکه فروش و نحوه حاکمیت شرکتی دست خواهد یافت و نتایج و یافته‌ها را ارائه خواهد نمود.

در طول فرآیند بازرسی، رئیس هیئت بازرسی بایستی دائما فرآیند بازرسی را رصد و احیانا مورد بازنگری قرار دهد. این موضوع می‌تواند در همه موارد از جمله طرح بازرسی برنامه روزانه هیئت و میزان زمان لازم برای بازرسی صورت پذیرد.

در فصل دوم این دستورالعمل چارچوب گزارش بازرسی در محل طراحی شده است و بنابراین گزارشاتی متحد الشکل توسط تیم های بازرسی ارائه می‌شوند.

فصل سوم این دستورالعمل با عنوان محورهای اصلی بازرسی در محل تمام موضوعات را لیست کرده است و برای هر موضوع به طور کامل زیر موضوعات نیز تعیین شده است. این عناوین این موضوعات شامل موارد زیر هستند:

۱. مجوز و پروانه فعالیت
۲. حساب‌ها ، حسابرسی و صورت‌های مالی
۳. مطالبات
۴. سایر تعهدات و ارقام تعهدی
۵. تضاد منافع و معاملات مربوطه، تضامین بانکی و دولتی
۶. الزامات ذخایر

۷. حق بیمه و هزینه‌های حق بیمه
 ۸. سرمایه گذاری
 ۹. خسارات
 ۱۰. خسارت و حق بیمه اتکایی
 ۱۱. بازبینی نماینده، کارگزار و ارزیاب خسارت- کارمزد، حق بیمه و مانده حساب نمایندگی‌ها
 ۱۲. افشای بیمه‌نامه‌ها و فرم پیشنهاد
 ۱۳. هزینه مدیریت- درآمدها و هزینه‌های بدون بهره
 ۱۴. پاداش، هزینه روابط عمومی، مسافرت و مأموریت، تعمیر و نگهداری
 ۱۵. گسترش عملیات یا گسترش رشته‌های بیمه
 ۱۶. اتکایی اجباری
 ۱۷. تفکیک حسابهای بیمه‌های زندگی از بیمه‌های غیر زندگی
 ۱۸. استخدام مدیران کلیدی و عملیاتی
 ۱۹. استفاده از زبان فارسی
 ۲۰. حداقل سرمایه و محدودیت‌های انتقال سهام
 ۲۱. تسلیم گزارش
 ۲۲. عملیات کسب و کار بیمه‌ای مدیران و وابستگان آنها
 ۲۳. کنترل داخلی
 ۲۴. اعضای هیئت مدیره
 ۲۵. حسابرسی داخلی
 ۲۶. ساختار سازمانی
 ۲۷. مدیریت مالی و حسابداری
 ۲۸. مدیریت سرمایه گذاری
 ۲۹. مدیریت ریسک و خسارت
 ۳۰. جبران خدمات کارکنان
 ۳۱. مسئولیت اجتماعی، محیط زیست، مشتریان و تأمین کنندگان
- زیر موضوعات هر کدام از این ۳۱ موضوع به تفصیل در دستورالعمل مذکور آورده شده است.

۶,۶ شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت مالی

۶,۶,۱ اداره نظارت بر صورتهای مالی و توانگری

۱. نظارت بر اجرای مقررات توانگری مالی مؤسسات بیمه

۲. محاسبه شاخص های مالی مؤسسات بیمه غیرزندگی و تهیه گزارش تحلیلی وضعیت مالی مؤسسات بیمه مذکور
۳. بررسی ساختار صورتهای مالی مؤسسات بیمه غیرزندگی از جهت انطباق با صورتهای مالی نمونه مصوب شورای عالی بیمه
۴. بررسی و اظهار نظر در مورد انحلال، ورشکستگی، انتقال عملیات و ادغام مؤسسات بیمه غیرزندگی وفق قوانین و مقررات مربوطه
۵. کنترل نصابهای سهامداری و شرکت در مجمع عمومی مؤسسات بیمه غیرزندگی و اظهار نظر در خصوص ثبت صورتهای آنها
۶. اظهار نظر در خصوص اجرای برنامه جامع عملیاتی پیش‌بینی شده مؤسسات بیمه غیرزندگی
۷. کنترل ورود اطلاعات مربوط به صورت های مالی مؤسسات بیمه غیرزندگی در سامانه نظارت و هدایت الکترونیک بیمه (سنهاب)
۸. همکاری انجام بازدیدهای نظارتی ادواری و موردی و جامع

۶,۶,۲ اداره نظارت بر ذخایر و تعهدات بیمه‌های غیر زندگی

۱. بررسی نحوه ذخیره‌گیری مؤسسات بیمه و انطباق آن با مقررات مربوط در بیمه‌های غیر زندگی
۲. محاسبه شاخص‌های مربوط به ذخایر فنی مؤسسات بیمه غیرزندگی
۳. اعلام (سهام، کسری یا مازاد) عوارض قانونی مؤسسات بیمه و پیگیری واریز آنها
۴. کنترل ورود اطلاعات مربوط به ذخایر فنی بیمه‌های غیرزندگی در سامانه نظارت و هدایت الکترونیک بیمه (سنهاب)
۵. همکاری انجام بازدیدهای نظارتی ادواری و موردی و جامع

۶,۶,۳ اداره نظارت بر دارایی‌ها و سرمایه گذاری‌ها

۱. بررسی سرمایه گذاری های مؤسسات بیمه غیرزندگی و انطباق آن با مقررات مربوطه
۲. محاسبه شاخص های مربوط به سرمایه گذاری های مؤسسات بیمه غیرزندگی
۳. محاسبه و اعلام ظرفیت مجاز نگهداری و قبولی شرکتهای بیمه
۴. نظارت بر تأمین حداقل سرمایه قانونی مؤسسات بیمه غیرزندگی وفق مقررات مربوطه
۵. کنترل ورود اطلاعات مربوط به دارایی‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها در سامانه نظارت و هدایت الکترونیک بیمه (سنهاب)
۶. همکاری انجام بازدیدهای نظارتی ادواری و موردی و جامع

۶,۷ شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت فنی بر بیمه های غیر زندگی

۶,۷,۱ شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه های درمان، حوادث و مسئولیت

۱. نظارت مستمر بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه درمان، حوادث و مسئولیت و شرایط عمومی بیمه نامه های صادره موسسات بیمه به منظور حصول اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات ذی-ربط؛
۲. نظارت مستمر بر فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه گذاران و زیان دیدگان بیمه های درمان، حوادث و مسئولیت در موسسات بیمه به منظور اطمینان از رعایت مقررات در محاسبه و پرداخت؛
۳. پیشنهاد و اعمال ضمانت های اجرایی مقرر برای موسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط؛
۴. نظارت بر نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه درمان، حوادث و مسئولیت که توسط موسسات بیمه، تعیین و اعلام شده است در انطباق با مقررات مربوط؛
۵. انجام بازرسی های دوره ای و موردی از فعالیت های شعب، مراکز صدور و پرداخت خسارت شرکتهای بیمه در مرکز و استانها؛
۶. نظارت بر حسن اجرای ضوابط مربوط به بیمه مشترک از سوی موسسات بیمه؛
۷. نظارت بر ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک موسسات بیمه مستقیم.

۶,۷,۲ شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه های اموال

۱. نظارت مستمر بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه اموال و شرایط عمومی بیمه نامه های صادره موسسات بیمه به منظور حصول اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات ذی ربط؛
۲. نظارت مستمر بر فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه گذاران و زیان دیدگان بیمه های اموال در موسسات بیمه به منظور اطمینان از رعایت مقررات در محاسبه و پرداخت؛
۳. پیشنهاد و اعمال ضمانت های اجرایی مقرر برای موسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط؛
۴. نظارت بر نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه اموال که توسط موسسات بیمه، تعیین و اعلام شده است در انطباق با مقررات مربوط؛
۵. انجام بازرسی های دوره ای و موردی از فعالیت های شعب، مراکز صدور و پرداخت خسارت شرکتهای بیمه در مرکز و استانها؛
۶. نظارت بر حسن اجرای ضوابط مربوط به بیمه مشترک از سوی موسسات بیمه؛
۷. نظارت بر ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک موسسات بیمه مستقیم.

۶,۷,۳ شرح وظایف اداره نظارت بر بیمه های خودرو

۱. نظارت مستمر بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه خودرو و شرایط عمومی بیمه نامه های صادره موسسات بیمه به منظور حصول اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات ذی ربط؛

۲. نظارت مستمر بر فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان بیمه‌های خودرو در موسسات بیمه به منظور اطمینان از رعایت مقررات در محاسبه و پرداخت؛
۳. پیشنهاد و اعمال ضمانت‌های اجرایی مقرر برای موسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوط؛
۴. نظارت بر نرخ حق بیمه انواع رشته‌های بیمه خودرو که توسط موسسات بیمه، تعیین و اعلام شده است در انطباق با مقررات مربوط؛
۵. انجام بازرسی‌های دوره‌ای و موردی از فعالیت‌های شعب، مراکز صدور و پرداخت خسارت شرکت‌های بیمه در مرکز و استانها؛
۶. نظارت بر حسن اجرای ضوابط مربوط به بیمه مشترک از سوی موسسات بیمه؛
۷. نظارت بر ظرفیت نگهداری و قبولی ریسک موسسات بیمه مستقیم.

۴، ۷، ۶ شرح وظایف اداره رسیدگی به شکایات بیمه‌ای

۱. دریافت شکایات مکتوب مردم از عملکرد فنی شرکت‌های بیمه در بخش خسارت اتومبیل و پرداخت خسارت به استناد مواد ۲۷ و ۲۸ آیین نامه شماره ۷۱.
۲. مدیریت سامانه رسیدگی به شکایات بیمه‌ای؛
۳. بررسی و طبقه‌بندی شکایات با توجه به محتوا و موضوع؛
۴. انعکاس شکایت واصله از مردم، نهادهای نظارتی، قوه قضائیه، نمایندگان مجلس و سایر ارگانها به شرکت بیمه ذیربط جهت ارائه پاسخ مستند و مستند (موضوع ماده ۲۷ آیین نامه شماره ۷۱ شورای عالی بیمه)؛
۵. بررسی و کارشناسی پاسخ‌های ارسالی از سوی شرکت‌های بیمه و اعلام پاسخ لازم به شاکی و سایر مراجع، نهادها و سازمانها؛
۶. دریافت و رسیدگی به شکایات واصله از سامانه سامد (سامانه الکترونیکی مردم و دولت) و ارائه پاسخ لازم؛
۷. جمع‌بندی شکایات در مقاطع زمانی مختلف (سه ماهه، و ...) و تجزیه و تحلیل شکایات واصله؛
۸. آسیب‌شناسی شکایات‌ها از عملکرد شرکت‌های بیمه و اعلام موارد تخلف شرکت بیمه به مقام مافوق؛
۹. نظارت مستمر بر سامانه رسیدگی به شکایات در راستای بهبود فرایندهای سامانه مذکور؛
۱۰. در صورت لزوم بازدید از شرکت بیمه به منظور بررسی پرونده‌های موضوع شکایت؛
۱۱. رسیدگی به شکایات بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان مرتبط با وظایف صندوق تامین خسارات بدنی و ارائه گزارش در خصوص پرونده‌های مورد اختلاف شرکت‌های بیمه و صندوق جهت اتخاذ تصمیم توسط هیئت مقرر در ماده ۲۹ قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث؛

۸، ۶ شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت بر شبکه خدمات بیمه‌ای

۱، ۸، ۶ شرح وظایف اداره تنظیم امور نمایندگی بیمه

الف) فرآیند نظارت بر اجرای آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵)

۱. نظارت بر فرآیند پذیرش نمایندگان بیمه توسط شرکت بیمه:

الف- متقاضیان جدید اخذ پروانه نمایندگی:

۱. پیاده سازی امکان ثبت کد ملی متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه از طریق لینک با سامانه ثبت احوال

۲. تطبیق اولیه وضعیت متقاضی در صنعت بیمه از جمله سابقه افراد ممنوع التصدی، دارای اشتغال در صنعت بیمه، و ...

۳. درج مستندات مربوط به رعایت ماده ۵ آیین نامه شماره ۷۵ اعم از مدرک تحصیلی، عدم سوءپیشینه و گواهی عدم اعتیاد، کارت پایان خدمت یا معافیت دائم برای آقایان، دوره های آموزشی یا سابقه ی کار مرتبط، دوره های کارآموزی، و و بررسی و تطبیق آن توسط کارشناسان ذیربط

۴. عودت احتمالی به شرکت بیمه به منظور تکمیل سوابق ارسالی

۵. تایید نهایی مدارک و ارسال به مرحله تخصیص کد برای شرکت بیمه ذیربط

ب- نمایندگان متقاضیان انتقال از یک شرکت به شرکت دیگر:

۱. پیاده سازی امکان ثبت کد ملی متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه از طریق لینک با سامانه ثبت احوال

۲. تطبیق اولیه وضعیت متقاضی در صنعت بیمه از جمله سابقه افراد ممنوع التصدی، دارای اشتغال در صنعت بیمه، و ...

۳. درج مستندات مربوط به رعایت ماده ۵ آیین نامه شماره ۷۵ اعم از مدرک تحصیلی، عدم سوءپیشینه و گواهی عدم اعتیاد، کارت پایان خدمت یا معافیت دائم برای آقایان، دوره های آموزشی یا سابقه ی کار مرتبط، دوره های کارآموزی، و و بررسی و تطبیق آن توسط کارشناسان ذیربط

۴. تطبیق وضعیت آزمون نامبردگان در صنعت بیمه و اعتبار آن

۵. مکاتبه با شرکت های بیمه در صورت نیاز برای تطبیق آزمون

۶. عودت احتمالی به شرکت بیمه به منظور تکمیل سوابق ارسالی

۷. تایید نهایی مدارک و ارسال به مرحله تخصیص کد برای شرکت بیمه ذیربط

ج- بررسی و اعلام نظر درخصوص سوابق متقاضیان نمایندگی بیمه مشمول تبصره ۲ ذیل بند ح ماده ۵ آیین نامه تنظیم امورنمایندگی بیمه (شماره ۷۵/۱):

۱. وصول مستندات از شرکت های بیمه

۲. تطبیق مستندات واصله با سوابق موجود و سوابق مندرج در سامانه سنها

۳. تهیه گزارش برای مراتب سازمانی در خصوص تایید یا عدم تایید متقاضیان برای مراتب سازمانی

۴. اعلام تایید/عدم تایید شرایط متقاضیان معرفی شده به شرکت های بیمه ذیربط

۵. ثبت اطلاعات (تایید شدگان) در سامانه سنهاب و تکمیل مدارک مورد نیاز

۶. بررسی مدارک و تایید/عدم تایید سوابق

۲- نظارت بر عملکرد نمایندگان بیمه و انطباق آن با قوانین و مقررات مربوطه

۱. نظارت سیستمی بر رعایت مقررات تنظیم امور نمایندگی بیمه توسط شرکت های بیمه در زمینه نحوه اعطای پروانه به متقاضیان نمایندگی بیمه

۲. تدوین شاخص های عملکردی شرکت های بیمه (بیش از ۴۰ مورد) در بخش شبکه فروش به منظور پالایش اطلاعات نمایندگان شرکت های بیمه در راستای رعایت مقررات در زمینه پذیرش نمایندگان و نمایش موارد مغایرت دار

۱،۲،۱ شناسایی نمایندگان بیمه دارای اشتغال همزمان در سایر دستگاه های اجرایی، موسسات، مشاغل خارج از صنعت بیمه و پیگیری سیستمی امور مربوط به آن در سامانه سنهاب

۱،۲،۲ شناسایی نمایندگان بیمه دارای سمت و یا سهم در صنعت بیمه (اعم از پرسنل شرکت های بیمه، کارگزاران، ارزیابان خسارت و ...) و پیگیری امور مرتبط بصورت سیستمی در سامانه سنهاب

۱،۲،۳ شناسایی نمایندگان دارای تعدد کد در صنعت و شرکت بیمه ذیربط و برخورد قانونی با این دسته از نمایندگان

۱،۲،۴ شناسایی کدهای صدور غیرمجاز در صنعت بیمه از طریق اعمال شاخصها

۱،۲،۵ شناسایی نمایندگان بیمه در وضعیت تعلیق یا لغو که دارای عملیات صدور غیرمجاز بوده اند

۱،۲،۶ تکمیل بانک اطلاعاتی آزمون های جامع نمایندگی بیمه سنوات گذشته و تطبیق وضعیت آزمون های نمایندگان موجود با بانک های اطلاعاتی آزمون

۱،۲،۷ تطبیق وضعیت متقاضیان اخذ پروانه نمایندگی بیمه با سوابق افراد ممنوع التصدی در صنعت بیمه

۱،۲،۸ شناسایی و برخورد قانونی با نمایندگان فاقد رعایت آیین نامه در حوزه الزام برای قبولی در آزمون

۳. ثبت و تکمیل اطلاعات نمایندگان ممنوع التصدی در صنعت بیمه

۳- نظارت بر فرآیند تاسیس شرکت های نمایندگی بیمه (حقوقی) موضوع مواد ۶ و ۷ آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵)

۱. تهیه و ابلاغ چک لیست و مدارک و مستندات مورد نیاز برای تاسیس شرکتهای نمایندگی بیمه براساس ضوابط مندرج در آیین نامه ها و مقررات مربوط و قانون تجارت

۲. وصول مدارک و مستندات ارسالی از سوی شرکت های بیمه

۳. بررسی مستندات و پرونده های مربوط به شرکت های نمایندگی بیمه (حقوقی) و تطبیق مدارک با قوانین و مقررات جاری

۴. اعلام نواقص احتمالی و عودت به شرکت بیمه ذیربط

۵. تایید صورتجلسات در صورت تکمیل مدارک و ارسال آن به اداره ثبت شرکت ها

۶. پیگیری وصول روزنامه رسمی ثبت شرکت نمایندگی و تطبیق آن با اساسنامه و صورتجلسات تایید شده، و موافقت با اعطای پروانه و اعلام آن به شرکت بیمه ذیربط در صورت تایید نهایی

۴- انجام امور مربوط به هیات رسیدگی به اختلافات نماینده و شرکت بیمه موضوع ماده ۲۰ آیین نامه تنظیم امور نمایندگی بیمه (شماره ۷۵)

۱. وصول شکوائیه از سوی نمایندگان و یا شرکت های بیمه و بررسی سوابق و مستندات ارسالی
 ۲. ارسال مستندات شکوائیه به طرف اختلاف به منظور اخذ توضیحات
 ۳. تعیین زمان تشکیل جلسات
 ۴. ارسال دعوت نامه برای اعضای هیات جهت شرکت در جلسات
 ۵. ارسال دعوت نامه برای طرف های اختلاف جهت شرکت در جلسه
 ۶. شرکت در جلسات هیات و تنظیم صورتجلسات
 ۷. تدوین و نگارش تصمیمات هیات و انجام هماهنگی به منظور امضای اعضا
 ۸. ابلاغ تصمیمات هیات به طرف های اختلاف
 ۹. پیگیری و انجام امور مرتبط به ابلاغ تصمیمات هیات از سوی طرفین اختلاف یا سایر مراجع ذیصلاح
- ۵- انجام بازدیدهای نظارتی از مدیریت امور نمایندگان شرکت های بیمه و دفاتر نمایندگان

۱. طراحی چک لیست موارد قابل بررسی در بازدید از دفاتر شبکه فروش
۲. طراحی برنامه نرم افزاری مبتنی بر سیستم عامل اندروید برای انجام نظارت به صورت آنلاین و ثبت لحظه ای نتایج بازدید در سامانه سندهاب توسط کارشناسان این اداره
۳. انجام بازدید از مدیریت های امور شعب و نمایندگان شرکتهای بیمه در راستای بررسی عملکرد آنان
۴. ارائه گزارش مربوطه به مراتب سازمانی
۵. اعلام مشکلات موجود در عملکرد مدیریت های امور نمایندگان و نمایندگان بیمه به شرکت های ذیربط

۶. ارجاع موارد تخلف نمایندگان بیمه به کمیته انضباطی شبکه فروش در بیمه مرکزی

۶- رسیدگی به شکایات واصله از عملکرد نمایندگان بیمه

الف- شکایات واصله از طریق سامانه رسیدگی به شکایات :

۱. بررسی شکایات واصله و تطبیق با مقررات مربوطه
 ۲. ارجاع شکایت از طریق سامانه به شرکت بیمه ذیربط
 ۳. پیگیری دریافت پاسخ از شرکت بیمه ذیربط و تحلیل پاسخهای واصله
 ۴. اعلام نتیجه به شاکی
- ب - شکایات واصله بصورت مکتوب از طریق دبیرخانه بیمه مرکزی ج.ا.ا:
۵. بررسی شکایات واصله و تطبیق با مقررات مربوطه
 ۶. پیگیری شکایت از طریق مکاتبه با شرکت بیمه ذیربط و تحلیل پاسخهای واصله
 ۷. اعلام نتیجه به شاکی

۷- پاسخ گویی به استعلامات شرکت های بیمه

۱. دریافت استعلام در خصوص ابهامات در آیین نامه‌ها و مقررات شبکه فروش
۲. بررسی آن و اعلام نظرات کارشناسی و بعضاً حقوقی به شرکتهای ذیربط
۳. دریافت استعلام در خصوص نتایج آزمون‌های نمایندگان بیمه
۴. بررسی آن و تطبیق آن با بانک‌های اطلاعاتی آزمونها و اعلام نتیجه به شرکت ذیربط

۸- پاسخ‌گویی به استعلامات سایر نهادها و سازمان‌ها (اعم از مجلس شورای اسلامی، وزارت اموراتصادی و دارایی، بازرسی کل کشور و ...)

۱. دریافت استعلام در خصوص موضوعات مرتبط با شبکه فروش
۲. بررسی آن و اعلام نظرات کارشناسی و بعضاً حقوقی به نهادهای ذیربط
۳. اعلام نتایج به نهادهای ذیربط

۹- نظارت بر نحوه فعالیت موسسات آموزش بیمه‌ای مجاز

۱. کنترل و نظارت بر حسن اجرای عملکرد موسسات آموزشی مجاز با انجام بازدیدهای دوره ای
۲. اخذ گزارش‌های پایانی دوره و آزمون‌های مرتبط و بررسی و انطباق آن با قوانین و رویه‌های ابلاغی
۳. ارائه مجوز تمدید تاییدیه صلاحیت فعالیت موسسات آموزشی
۴. راه اندازی و توسعه سامانه جامع آموزش بیمه ای

۱۰- پیگیری و ساماندهی نحوه فعالیت نمایندگان در خارج از کشور

۱. وصول درخواست از شرکت‌های بیمه ذیربط
۲. بررسی و تطبیق سوابق با دستورالعمل نحوه فعالیت موسسات و نمایندگان بیمه در خارج از کشور
۳. مکاتبات لازم با وزارت امور خارجه و شرکتهای بیمه مربوط
۴. اعلام موافقت یا عدم موافقت با فعالیت در خارج از کشور به شرکت بیمه ذیربط

۱۱- ارائه گزارشات متنوع آماری و عملکردی

۱. گزارش به هیات محترم عامل
۲. گزارش به مراتب سازمانی
۳. گزارش به اداره آمار جهت درج در سالنامه آماری
۴. گزارش ماهیانه عملکرد جهت تهیه گزارشات ماهیانه ریاست جمهوری به مدیریت طرح و برنامه

۱۲- شرکت و برگزاری جلسات

۱. برگزاری جلسات متعدد در راستای بهبود عملکرد شبکه فروش با مدیران امور شعب و نمایندگان شرکتهای بیمه
 ۲. شرکت در جلسات با مدیریت فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور تکمیل فرآیندهای سامانه سنهاپ
 ۳. شرکت در جلسات مراتب سازمانی به منظور ارتقای سطح نظارتی
 ۴. شرکت در جلسات کارشناسی در راستای اصلاح آیین نامه و مقررات بیمه
- (ب) در بخش حسن اجرای آیین نامه شماره ۵۴ (فروش بیمه عمر)

۱. تبیین آیین نامه و دستورالعمل های لازم
 ۲. نظارت سیستمی بر رعایت مقررات نحوه اعطای پروانه به متقاضیان نمایندگی بیمه
 ۳. شناسایی و تدوین شاخص های عملکردی در راستای رعایت مقررات و نمایش موارد مغایرت دار
 ۴. شناسایی نمایندگان دارای اشتغال همزمان و پیگیری سیستمی امور مربوط به آن در سامانه سنهاپ
- ج) در بخش حسن اجرای آیین نامه شماره ۴۸ (فعالیت نمایندگان بیمه در مناطق آزاد)**

۱. تبیین آیین نامه مرتبط، مکمل ها و دستورالعمل های لازم
۲. نظارت سیستمی بر رعایت مقررات آیین نامه مذکور در خصوص نحوه اعطای پروانه به متقاضیان نمایندگی بیمه
۳. شناسایی و تدوین شاخص های عملکردی در راستای رعایت مقررات و نمایش موارد مغایرت دار
۴. ثبت و تکمیل اطلاعات نمایندگان ممنوع التصدی در صنعت بیمه
۵. تطبیق وضعیت متقاضیان دریافت پروانه نمایندگی بیمه با سوابق افراد ممنوع التصدی موجود
۶. رسیدگی به اختلافات موسسات بیمه و نماینده.
۷. بازدیدهای دوره ای از مدیریت های امور شعب و نمایندگان شرکتهای بیمه در راستای بررسی عملکرد آنان

د) در بخش حسن اجرای آیین نامه شماره ۸۳ (کارمزد نمایندگی و دلالتی رسمی بیمه)

۱. نظارت بر حسن اجرای مفاد آیین نامه توسط شرکتهای بیمه در پرداخت کارمزد و سایر هزینه های قابل پرداخت به نمایندگان
۲. پاسخ به استعلامات شرکت های بیمه در خصوص موارد مرتبط با آیین نامه

۶،۸،۲ شرح وظایف اداره نظارت بر کارگزاران و اکچوئران رسمی

۱- کنترل و اعمال نظارت بر خط (آنلاین) بر نحوه فعالیت کارگزاران رسمی بیمه بر اساس شاخص های تدوین شده و از طریق سامانه سنهاپ:

- ۱-۱. کنترل و احصاء شاخص های نظارتی خطا دار.
- ۲-۱. اعلام تذکرات کتبی به کارگزاران رسمی بیمه مربوط و پیگیری لازم.
- ۳-۱. بررسی جوابیه کارگزار و مستندات ارسالی بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قوانین و مقررات جاری.
- ۴-۱. بررسی نهایی و در صورت عدم تطبیق نحوه فعالیت با قوانین و مقررات جاری ، تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات (تعلیق ویا لغو پروانه فعالیت) و ارائه جهت طرح در کمیته انضباطی شبکه فروش بیمه.

- ۵-۱. تعلیق و یا لغو پروانه فعالیت کارگزاری رسمی بیمه مربوط و اعلام مراتب لازم به کلیه شرکت های بیمه، سندیکای بیمه گران ایران و انجمن های صنفی کارگزاران رسمی بیمه.
- ۲- کنترل و اعمال نظارت بر نحوه عملکرد و ارتباطات مالی و فنی شرکت های بیمه در رابطه با کارگزاران رسمی بیمه همکار:
- ۲-۱. کنترل و احصاء شاخص های نظارتی خطادار از طریق سامانه سنبهاب و یا از طریق سایر بررسی های به عمل آمده.
- ۲-۲. اعلام تذکرات کتبی به شرکت های بیمه مربوطه و پیگیری های لازم.
- ۲-۳. انجام بازدید از شرکت بیمه مربوطه (در صورت لزوم) و یا برگزاری جلسه حضوری با مدیریت های ذیربط شرکت بیمه در محل بیمه مرکزی ج.ا.ایران.
- ۲-۴. بررسی جوابیه و توضیحات شرکت و تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات.
- ۲-۵. انجام اقدامات نظارتی تکمیلی لازم.
- ۳- انجام بازدیدهای نظارتی دوره ای از دفاتر کارگزاران رسمی بیمه در سراسر کشور (بر اساس نرم افزار اندروید):
- ۳-۱. انجام بازدید نظارتی از دفاتر محل فعالیت و بررسی نحوه فعالیت و کنترل مدارک و مستندات لازم و همچنین اطلاعات ثبت شده کارگزار در سامانه سنبهاب.
- ۳-۲. تدوین گزارش کارشناسی به همراه پیشنهادات لازم و ارائه به مراتب سازمانی.
- ۳-۳. اعلام ایرادات مشاهده شده طی بازدید بعمل آمده به کارگزاران رسمی بیمه و تذکر کتبی جهت تطبیق فعالیت و رفع ایرادات اعلامی (ثبت ایرادات در سامانه سنبهاب).
- ۳-۴. پیگیری لازم و درج تذکرات کتبی در سامانه سنبهاب (ثبت در سوابق فعالیت و عملکرد کارگزاری).
- ۳-۵. انجام اقدامات نظارتی لازم (از قبیل ؛ تعلیق و یا لغو پروانه فعالیت) در صورت عدم اقدام موثر توسط کارگزاران بیمه مربوط مبنی بر تطبیق فعالیت با مقررات جاری.
- ۴- بررسی، اعلام نظر و انجام اقدامات نظارتی لازم در خصوص شکایات واصله از بیمه گزاران ، شرکت های بیمه و سایر مراجع قانونی (از قبیل ؛ سازمان بازرسی کل کشور و ...) در خصوص نحوه فعالیت کارگزاری رسمی بیمه:
- ۴-۱. بررسی اولیه و اعلام مراتب لازم به کارگزاران بیمه مربوط و پیگیری های لازم از طریق سامانه سنبهاب و یا به صورت رسمی.
- ۴-۲. دریافت و بررسی جوابیه و مستندات ارسالی کارگزاران رسمی بیمه مربوط بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و سایر قوانین و مقررات.

- ۳-۴. بررسی نهایی و ارسال جوابیه لازم به بیمه‌گذاران و شرکت‌های بیمه یا سایر شاکیان موضوع.
- ۴-۴. انجام اقدامات نظارتی لازم (در صورت عدم اقدام موثر توسط کارگزار بیمه و یا عدم تطبیق جوابیه و توضیحات آن با مفاد آیین‌نامه‌های ذیربط و مقررات جاری) و اعلام نتیجه به عمل آمده به شاکیان موضوع.
- ۵- توسعه سامانه تعاملی فی مابین جامعه کارگزاران رسمی بیمه، بیمه مرکزی ج.ا.ایران و موسسات بیمه موسوم به میز کار کارگزاران رسمی بیمه (سامانه سنها):
- ۱-۵. تدوین فیلدهای اطلاعاتی لازم بر اساس آیین‌نامه‌های ذیربط و سایر قوانین و مقررات جاری و برگزاری جلسات هماهنگی با اداره کل فاوا.
- ۲-۵. انجام مکاتبات لازم با اداره کل فاوا و ثبت تیکت جهت عملیاتی نمودن درخواست های لازم.
- ۳-۵. پیگیری های لازم در خصوص انجام اصلاحات سامانه‌های ذیربط سنها.
- ۴-۵. تایید نهایی تغییرات و توسعه فرایند سامانه سنها.
- ۶- برگزاری جلسات نظارتی، تعاملی و کارشناسی با انجمن‌های صنفی کارگزاران رسمی بیمه در جهت بهبود عملکرد و نحوه فعالیت آنها:
- ۱-۶. بررسی درخواست های واصله از جانب انجمن های صنفی کارگزاران بیمه و انجام هماهنگی های لازم جهت برگزاری سمینار و جلسات.
- ۲-۶. بحث، تبادل نظر و تبیین سیاست ها و رویکرد های نظارتی و توسعه ای بیمه مرکزی ج.ا.ایران.
- ۳-۶. دریافت و بررسی پیشنهادات کارشناسی جامعه کارگزاران رسمی بیمه.
- ۴-۶. تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات تکمیلی به مراتب سازمانی جهت عملیاتی نمودن آنها و اصلاح آیین نامه های ذیربط و یا سایر مقررات جاری.
- ۷- بررسی ، اعلام نظر و انجام اقدامات نظارتی لازم در خصوص شکایات واصله از کارگزاران رسمی بیمه در خصوص نحوه همکاری و فعالیت شرکت های بیمه:
- ۱-۷. بررسی اولیه و اعلام مراتب لازم به شرکت های بیمه مربوط و پیگیری های لازم.
- ۲-۷. دریافت و بررسی جوابیه شرکت های بیمه بر اساس آیین نامه های ذیربط و سایر قوانین و مقررات جاری.
- ۳-۷. بررسی نهایی و ارسال جوابیه لازم به کارگزاران رسمی بیمه.

۴-۷. اعلام تذکر و اخطار به شرکتهای بیمه در جهت رعایت قوانین و مقررات مرتبط و نحوه همکاری با کارگزاران رسمی بیمه (در صورت عدم تطبیق جوابیه شرکت بیمه با مفاد آیین نامه های ذیربط و سایر مقررات جاری).

۸- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تمدید پروانه فعالیت کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها (میز کار کارگزاران):

۸-۱. کنترل و بررسی مدارک و مستندات در خواستی و دریافت شده.

۸-۲. بررسی نحوه عملکرد و سوابق فعالیت (از حیث تخلف، تذکر، شکوائیه و ...) و پرتفوی کارگزاری بیمه در طی ۳ سال آخر فعالیت.

۸-۳. بررسی و کنترل اقلام تبلیغاتی (تابلو، سربرگ، مهر و ...).

۸-۴. بررسی آخرین وضعیت دفتر محل فعالیت.

۸-۵. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها و پرتال بیمه مرکزی ج.ا.ایران و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.

۹- بررسی و انجام وظایف لازم در خصوص درخواست تغییر محل فعالیت دفاتر کارگزاران رسمی بیمه از طریق سامانه سنها (میز کار کارگزاران):

۹-۱. کنترل و بررسی مدارک و مستندات در خواستی.

۹-۲. انجام بازدید از دفتر محل فعالیت پیشنهادی (در صورت لزوم).

۹-۳. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها، پرتال بیمه مرکزی ج.ا.ایران.

۱۰- بررسی صورتجلسات مجامع عمومی عادی و فوق العاده و هیئت مدیره شرکت های کارگزاری بیمه و انجام اقدامات لازم:

۱۰-۱. بررسی و کنترل صورتجلسات مربوط بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۱۰-۲. احصاء ایرادات مشاهده شده و اعلام مراتب لازم به شرکت کارگزاری جهت اصلاح و تطبیق با قوانین و مقررات.

۱۰-۳. بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده و تطبیق با مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۱۰-۴. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.

۱۰-۵. اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکت ها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت کارگزاری بیمه مربوط.

۱۰-۶. بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.

۷-۱۰. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنهاب، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.

۱۱- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تغییر مدیر عامل شرکت های کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنهاب:

۱-۱۱. بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
۲-۱۱. بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای مدیر عامل پیشنهادی بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط.

۳-۱۱. احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به شرکت های کارگزاری جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.

۴-۱۱. بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
۵-۱۱. استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)

۶-۱۱. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
۷-۱۱: اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت کارگزاری رسمی مربوط.

۸-۱۱. بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
۹-۱۱. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنهاب ، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.

۱۲- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تاسیس شعبه توسط شرکت های کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنهاب:

۱-۱۲. بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
۲-۱۲. بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای مسئول شعبه پیشنهادی و دفتر محل فعالیت شعبه بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط و ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران.

۳-۱۲. احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به شرکت های کارگزاری جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.

۴-۱۲. بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
۵-۱۲. استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)

- ۱۲-۶. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۱۲-۷. اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت کارگزاری رسمی مربوط.
- ۱۲-۸. بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
- ۱۲-۹. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.
- ۱۳- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تغییر عضو بیمه ای شرکت های کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:
- ۱۳-۱. بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
- ۱۳-۲. بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای عضو بیمه ای پیشنهادی بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط.
- ۱۳-۳. احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به شرکت های کارگزاری جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.
- ۱۳-۴. بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
- ۱۳-۵. استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)
- ۱۳-۶. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۱۳-۷. اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت کارگزاری رسمی مربوط.
- ۱۳-۸. بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
- ۱۳-۹. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.
- ۱۴- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تغییر مسئول شعبه شرکت های کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:
- ۱۴-۱. بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
- ۱۴-۲. بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای مسئول شعبه پیشنهادی بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط و ضوابط ابلاغی بیمه مرکزی ج.ا.ایران.
- ۱۴-۳. احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به شرکت های کارگزاری جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.

- ۱۴-۴. بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
- ۱۴-۵. استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)
- ۱۴-۶. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۱۴-۷. اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت کارگزاری رسمی مربوط.
- ۱۴-۸. بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
- ۱۴-۹. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها ، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.
- ۱۵- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست لغو پروانه فعالیت کارگزاران رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:
- ۱۵-۱. بررسی و کنترل درخواست لغو پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.
- ۱۵-۲. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۱۵-۳. لغو پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه ، سندیکای بیمه گران ایران و انجمن های صنفی کارگزاران رسمی بیمه.
- ۱۶- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص رفع تعلیق از پروانه فعالیت کارگزاران رسمی بیمه:
- ۱۶-۱. کنترل و بررسی درخواست رفع تعلیق و اقدامات درخواستی از جانب بیمه مرکزی ج.ا.ایران توسط کارگزاران رسمی بیمه مربوط.
- ۱۶-۲. تدوین گزارش لازم به همراه پیشنهادات و ارائه به مراتب سازمانی.
- ۱۶-۳. اخذ تعهد نامه های رسمی لازم از کارگزاران رسمی بیمه مربوط مبنی بر تطبیق فعالیت با مفاد آیین نامه های ذیربط و رعایت قوانین و مقررات.
- ۱۶-۴. رفع تعلیق فعالیت و اعلام مراتب لازم به کلیه موسسات بیمه، سندیکای بیمه گران و انجمن های صنفی کارگزاران رسمی بیمه.
- ۱۷- بررسی و کنترل درخواست تودیع پروانه فعالیت کارگزاران رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:
- ۱۷-۱. بررسی و کنترل درخواست تودیع پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.
- ۱۷-۲. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۱۷-۳. تودیع پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه ، سندیکای بیمه گران ایران و انجمن های صنفی کارگزاران رسمی بیمه.

۱۸- بررسی و درخواست رفع تودیع پروانه کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:

۱-۱۸. بررسی و کنترل درخواست رفع تودیع پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.

۲-۱۸. تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.

۳-۱۸. رفع تودیع پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه، سندیکای بیمه گران ایران و انجمن های صنفی کارگزاران رسمی بیمه.

۱۹- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تغییر (ویرایش) اطلاعات کارکنان دفاتر کارگزاران رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:

۱-۱۹. بررسی و کنترل قرارداد منعقدہ همکاری و لیست تامین اجتماعی.

۲-۱۹. برگشت و عدم تایید درخواست در صورت نقص مدارک و مستندات مربوطه به همراه ثبت توضیحات لازم.

۳-۱۹. تایید نهایی درخواست های کامل و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها.

۲۰- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تغییر (ویرایش) بازاریابان دفاتر کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:

۱-۲۰. بررسی و کنترل قرارداد منعقدہ همکاری.

۲-۲۰. برگشت و عدم تایید درخواست در صورت نقص مدارک و مستندات مربوطه به همراه ثبت توضیحات لازم.

۳-۲۰. تایید نهایی و درخواست های کامل و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها.

۲۱- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تغییر (ویرایش) اطلاعات اعضای هیئت مدیره کارگزاران رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:

۱-۲۱. بررسی و کنترل مدارک و مستندات درخواستی.

۲-۲۱. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها.

۲۲- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تغییر (ویرایش) اطلاعات سهامداران و بازرسین شرکت های کارگزاری رسمی بیمه از طریق سامانه سنها:

۱-۲۲. بررسی و کنترل مدارک و مستندات درخواستی.

۲-۲۲. تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها و میز کار کارگزاران.

۲۳- کنترل و اعمال نظارت بر نحوه عملکرد و ارتباطات مالی و فنی اکچوئران رسمی بیمه با شرکت های بیمه:

۱-۲۳. کنترل و احصاء شاخص های نظارتی خطادار.

۲۳-۲. اعلام تذکرات کتبی به اکچوئران رسمی مربوط و پیگیری لازم.

۲۳-۳. بررسی جوابیه و مستندات ارسالی اکچوئر رسمی بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قوانین و مقررات جاری.

۲۳-۴. بررسی نهایی و در صورت عدم تطبیق نحوه فعالیت با قوانین و مقررات جاری ، تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات (تعليق ویا لغو پروانه فعالیت).

۲۳-۵. تعليق ویا لغو پروانه فعالیت اکچوئران رسمی رسمی مربوط و اعلام مراتب لازم به کلیه شرکت های بیمه.

۲۴- رسیدگی به اختلافات فیما بین اکچوئر رسمی و موسسات بیمه.

۲۵- راهنمایی ، مشاوره و پاسخگویی حضوری و تلفنی به مراجعات و تماس های متعدد به عمل آمده توسط کارگزاران رسمی در خصوص نحوه فعالیت و مفاد آیین نامه های ذیربط و سایر قوانین و مقررات. راهنمایی ، مشاوره و پاسخگویی حضوری و تلفنی به مراجعات و تماس های متعدد به عمل آمده از جانب بیمه گذاران ، شرکت های بیمه و سایر مراجع در خصوص آخرین وضعیت و نحوه فعالیت کارگزاران رسمی بیمه.

۲۶- انجام و پیگیری سایر اقدامات ذیربط و امور محوله و ارجاع شده از جانب مراتب سازمانی.

۶,۸,۳ شرح وظایف اداره نظارت بر ارزیابان خسارت و دفاتر ارتباطی

۱- کنترل و اعمال نظارت بر خط (آنلاین) بر نحوه فعالیت ارزیابان خسارت بر اساس شاخص های تدوین شده و از طریق سامانه سنهاپ:

(۱) کنترل و احصاء شاخص های نظارتی خطادار.

(۲) اعلام تذکرات کتبی به ارزیابان خسارت مربوط و پیگیری لازم.

(۳) بررسی جوابیه ارزیابان خسارت و مستندات ارسالی بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قوانین و مقررات جاری.

(۴) بررسی نهایی و در صورت عدم تطبیق نحوه فعالیت با قوانین و مقررات جاری ، تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات (تعليق ویا لغو پروانه فعالیت) و ارائه جهت طرح در کمیته انضباطی شبکه فروش بیمه.

(۵) تعليق ویا لغو پروانه فعالیت ارزیابان خسارت و اعلام مراتب لازم به کلیه شرکت های بیمه و انجمن صنفی ارزیابان خسارت.

۲- کنترل و اعمال نظارت بر نحوه عملکرد و ارتباطات فنی شرکت های بیمه در رابطه با ارزیابان خسارت همکار:

(۱) کنترل و احصاء شاخص های نظارتی خطادار از طریق سامانه سنها و یا از طریق سایر بررسی های به عمل آمده.

(۲) اعلام تذکرات کتبی به شرکت های بیمه مربوطه و پیگیری های لازم.

(۳) انجام بازدید از شرکت بیمه مربوطه (در صورت لزوم) و یا برگزاری جلسه حضوری با مدیریت های ذیربط شرکت بیمه.

(۴) بررسی جوابیه و توضیحات شرکت و تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات.

(۵) انجام اقدامات نظارتی تکمیلی لازم.

۳- انجام بازدید های نظارتی دوره ای از دفاتر شرکتهای ارزیابان خسارت در سراسر کشور :

(۱) انجام بازدید نظارتی از دفاتر محل فعالیت و بررسی نحوه فعالیت و کنترل مدارک و مستندات لازم و همچنین اطلاعات ثبت شده شرکت ارزیابی خسارت در سامانه سنها.

(۲) تدوین گزارش کارشناسی به همراه پیشنهادات لازم و ارائه به مراتب سازمانی.

(۳) اعلام ایرادات مشاهده شده طی بازدید بعمل آمده به ارزیابان خسارت و تذکر کتبی جهت تطبیق فعالیت و رفع ایرادات اعلامی.

(۴) انجام اقدامات نظارتی لازم (از قبیل ؛ تعلیق و یا لغو پروانه فعالیت) در صورت عدم اقدام موثر توسط ارزیابان خسارت مربوط مبنی بر تطبیق فعالیت با مقررات جاری.

۴- بررسی، اعلام نظر و انجام اقدامات نظارتی لازم در خصوص شکایات واصله در خصوص نحوه فعالیت ارزیابان خسارت:

(۱) بررسی اولیه و اعلام مراتب لازم به ارزیابان خسارت مربوط و پیگیری های لازم از طریق سامانه سنها و یا بصورت رسمی.

(۲) دریافت و بررسی جوابیه و مستندات ارسالی ارزیابان خسارت مربوط بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و سایر قوانین و مقررات.

(۳) بررسی نهایی و ارسال جوابیه لازم به شاکیان موضوع.

(۴) انجام اقدامات نظارتی لازم (در صورت عدم اقدام موثر توسط ارزیابان خسارت و یا عدم تطبیق جوابیه و توضیحات آن با مفاد آیین نامه های ذیربط و مقررات جاری) و اعلام نتیجه به عمل آمده به شاکیان موضوع.

۵- توسعه سامانه تعاملی فی مابین جامعه ارزیابان خسارت و بیمه مرکزی ج.ا.ایران موسوم به میز کار ارزیابان خسارت (سامانه سنها):

- ۱) تدوین فیلدهای اطلاعاتی لازم بر اساس آیین نامه های ذیربط و سایر قوانین و مقررات جاری و برگزاری جلسات هماهنگی با اداره کل فاوا.
- ۲) انجام مکاتبات لازم با اداره کل فاوا و ثبت تیکت جهت عملیاتی نمودن درخواست های لازم.
- ۳) پیگیری های لازم در خصوص انجام اصلاحات سامانه های ذیربط سنهاب.
- ۴) تایید نهایی تغییرات و توسعه فرایند سامانه سنهاب.
- ۶- برگزاری جلسات نظارتی، تعاملی و کارشناسی با انجمن صنفی ارزیابان خسارت در جهت بهبود عملکرد و نحوه فعالیت آنها:
- ۱) بررسی درخواست های واصله از جانب انجمن های صنفی ارزیابان خسارت و انجام هماهنگی های لازم جهت برگزاری جلسات.
- ۲) بحث، تبادل نظر و تبیین سیاست ها و رویکرد های نظارتی و توسعه ای بیمه مرکزی ج.ا.ایران.
- ۳) دریافت و بررسی پیشنهادات کارشناسی جامعه ارزیابان خسارت.
- ۴) تدوین گزارشات لازم به همراه پیشنهادات تکمیلی به مراتب سازمانی جهت عملیاتی نمودن آنها و اصلاح آیین نامه های ذیربط و یا سایر مقررات جاری.
- ۷-انجام امور مربوط به هیات رسیدگی به اختلافات بین ارزیاب خسارت بیمه ای با موسسه بیمه یا بیمه گذار و سایر ذی نفعان (موضوع ماده ۱۳ آیین نامه ۸۵):
- ۱) وصول شکوائیه از سوی نمایندگان و یا شرکت های بیمه و بررسی سوابق و مستندات ارسالی
- ۲) ارسال مستندات شکوائیه به طرف اختلاف به منظور اخذ توضیحات
- ۳) تعیین زمان تشکیل جلسات
- ۴) ارسال دعوت نامه برای اعضای هیات جهت شرکت در جلسات
- ۵) ارسال دعوت نامه برای طرف های اختلاف جهت شرکت در جلسه
- ۶) شرکت در جلسات هیات و تنظیم صورتجلسات
- ۷) تدوین و نگارش تصمیمات هیات و انجام هماهنگی به منظور امضای اعضا
- ۸) ابلاغ تصمیمات هیات به طرف های اختلاف
- ۹) پیگیری و انجام امور مرتبط به ابلاغ تصمیمات هیات از سوی طرفین اختلاف یا سایر مراجع ذیصلاح
- ۸- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تمدید پروانه فعالیت ارزیابان خسارت از طریق سامانه سنهاب (میز کار ارزیابان خسارت):
- ۱) کنترل و بررسی مدارک و مستندات در خواستی و دریافت شده.
- ۲) بررسی نحوه عملکرد و سوابق فعالیت .

۳) تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها و پرتال بیمه مرکزی ج.ا.ایران و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.

۹- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست تغییر (ویرایش) اطلاعات سهامداران و بازرسین شرکت های ارزیابی خسارت از طریق سامانه سنها:

۱) بررسی و کنترل مدارک و مستندات درخواستی.

۲) تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها و میز کار ارزیابان.

۱۰- بررسی صورتجلسات مجامع عمومی عادی و فوق العاده و هیئت مدیره شرکت های ارزیابان خسارت و انجام اقدامات لازم:

۱) بررسی و کنترل صورتجلسات مربوط بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۲) احصاء ایرادات مشاهده شده و اعلام مراتب لازم به شرکت ارزیابان خسارت جهت اصلاح و تطبیق با قوانین و مقررات.

۳) بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده و تطبیق با مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۴) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.

۵) اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکت ها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت ارزیابان خسارت

۶) بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.

۷) تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.

۱۱- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تغییر مدیر عامل شرکت های ارزیابان خسارت از طریق سامانه سنها:

۱) بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۲) بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای مدیر عامل پیشنهادی بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط.

۳) احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به ارزیابان خسارت جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.

۴) بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.

۵) استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)

- ۶) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۷) اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت ارزیابان خسارت مربوط.
- ۸) بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
- ۹) تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها ، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.
- ۱۲- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تاسیس شعبه توسط شرکت های ارزیابان خسارت :
 - ۱) دریافت درخواست کتبی یا سیستمی ارزیاب.
 - ۲) بررسی وضعیت کنونی ارزیاب در سیستم سنها .
 - ۳) بررسی مدارک و مستندات دریافتی مرتبط با دفتر معرفی شده .
 - ۴) تهیه گزارش برای اخذ موافقت مراتب سازمانی.
 - ۵) تهیه نامه راه اندازی شعبه .
 - ۶) ارسال نامه برای ارزیاب خسارت و انجمن صنفی ارزیابان .
 - ۷) اضافه نمودن اطلاعات شعبه در پرتال بیمه مرکزی به وسیله سنها .
- ۱۳- بررسی و اقدامات لازم در خصوص تغییر اعضای هیئت مدیره شرکت های ارزیابان خسارت :
 - ۱) بررسی و کنترل صورتجلسه هیئت مدیره بر اساس آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
 - ۲) بررسی و کنترل صلاحیت های حرفه ای عضو پیشنهادی بر اساس شرایط مندرج در آیین نامه ذیربط.
 - ۳) احصاء ایرادات مشاهده شده (در صورت وجود) و اعلام مراتب لازم به شرکت های ارزیابان خسارت جهت تطبیق و اصلاح صورتجلسه بر اساس مفاد قوانین و مقررات جاری.
 - ۴) بررسی مجدد صورتجلسات اصلاح شده بر اساس مفاد آیین نامه های ذیربط و قانون تجارت.
 - ۵) استعلام های لازم از واحدهای ذیربط درون سازمانی (ادارات کل پذیرش موسسات و دفاتر بیمه ای و مبارزه با پولشویی)
- ۶) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- ۷) اعلام مراتب تاییدیه به اداره کل ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری استان محل فعالیت شرکت ارزیابان خسارت مربوط.
- ۸) بررسی و کنترل روزنامه رسمی ثبت تغییرات تایید شده.
- ۹) تایید نهایی و ثبت بر خط (آنلاین) تغییرات در سامانه سنها ، پرتال بیمه مرکزی و پایگاه اطلاع رسانی معاونت نظارت.
- ۱۴- بررسی گزارش های کارشناسی ثبت شده ارزیابان خسارت:

- (۱) ارسال پیام و پیامک به ارزیاب به وسیله سیستم سنها.
 - (۲) پیگیری های تلفنی.
 - (۳) بررسی اطلاعات ثبت شده .
 - (۴) نامه نگاری با ارزیاب.
 - (۵) فرستادن نامه برای ارزیابی و انجمن صنفی ارزیابان خسارت به وسیله سیستم سنها.
 - (۶) اقدام متناسب با وضعیت ارزیاب در سنها .
- ۱۵- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص درخواست لغو پروانه فعالیت ارزیابان خسارت از طریق سامانه سنها:

- (۱) بررسی و کنترل درخواست لغو پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.
- (۲) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
- (۳) لغو پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه ، سندیکای بیمه گران ایران و انجمن های صنفی ارزیابان خسارت.

۱۶- بررسی و انجام اقدامات لازم در خصوص رفع تعلیق از پروانه فعالیت ارزیابان خسارت:

- (۱) کنترل و بررسی درخواست رفع تعلیق و اقدامات درخواستی از جانب بیمه مرکزی ج.ا.ایران
 - (۲) تدوین گزارش لازم به همراه پیشنهادات و ارائه به مراتب سازمانی.
 - (۳) رفع تعلیق فعالیت و اعلام مراتب لازم به کلیه موسسات بیمه و انجمن صنفی ارزیابان خسارت.
- ۱۷- بررسی و کنترل درخواست تودیع پروانه فعالیت ارزیابان خسارت از طریق سامانه سنها:

- (۱) بررسی و کنترل درخواست تودیع پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.
 - (۲) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
 - (۳) تودیع پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه و انجمن صنفی ارزیابان خسارت.
- ۱۸- بررسی و درخواست رفع تودیع پروانه ارزیابان خسارت از طریق سامانه سنها:

- (۱) بررسی و کنترل درخواست رفع تودیع پروانه فعالیت بر اساس مفاد آیین نامه ذیربط و قوانین و مقررات.
 - (۲) تدوین گزارش کارشناسی لازم و ارائه به مراتب سازمانی به همراه پیشنهادات.
 - (۳) رفع تودیع پروانه فعالیت و اعلام مراتب به کلیه موسسات بیمه و انجمن صنفی ارزیابان خسارت.
- ۱۹- نظارت بر دفاتر ارتباطی و تطبیق عملکرد آنها با آیین نامه مربوط:

(۱) بازدید از دفتر

(۲) ارائه گزارش وضعیت دفتر به مراتب سازمانی

۳) ثبت اطلاعات دفتر در پرتال بیمه مرکزی.

۴) به روز رسانی اطلاعات دفاتر در پورتال بیمه مرکزی.

۵) مکاتبات لازم با دفاتر ارتباطی و اخذ گزارشات عملکرد آنها و تطبیق با آیین نامه مربوط.

۲۰- انجام و پیگیری سایر اقدامات ذیربط و امور محوله و ارجاع شده از جانب مراتب سازمانی.

۶,۹ شرح وظایف ادارات اداره کل نظارت بر بیمه های زندگی

۶,۹,۱ شرح وظایف اداره نظارت مالی بیمه های زندگی

۱- نظارت بر انطباق محاسبات و کلیه ذخایر مورد عمل موسسه بیمه با مجوزهای صادره و مقررات مربوطه؛

۲- بررسی سرمایه گذاری های موسسات بیمه از محل ذخایر ریاضی بیمه های زندگی و انطباق آن با مقررات مربوطه؛

۳- بررسی ساختار صورت های مالی از منظر تفکیک حساب های زندگی و غیرزندگی؛

۴- نظارت بر اجرای مقررات توانگری مالی شرکت های بیمه تخصصی زندگی.

۵- محاسبه شاخص های مالی مرتبط با بیمه های زندگی موسسات بیمه؛

۶- بررسی و اظهارنظر در مورد انحلال، ورشکستگی، انتقال عملیات و ادغام مؤسسات بیمه وفق قوانین و مقررات مربوطه؛

۷- اعمال ضمانت های اجرایی مقرر برای موسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوطه؛

۸- مشارکت و همکاری در پاسخگویی و رسیدگی به شکایات مربوط به بیمه های زندگی

۹- مشارکت در فرایند ارزیابی و تایید صلاحیت مسئولین فنی حوزه بیمه زندگی؛

۱۰- انجام بازرسی های موردی از فعالیت های مرتبط با بیمه زندگی.

۶,۹,۲ شرح وظایف اداره نظارت فنی

۱- نظارت بر انطباق محاسبات و جداول نرخ های حق بیمه با مجوزهای صادره و مقررات مربوطه؛

۲- نظارت بر فرآیند صدور بیمه نامه ها و قراردادهای بیمه ای - صادره - مؤسسات بیمه به منظور حصول اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات مربوطه؛

۳- نظارت بر فرآیند رسیدگی به خسارات - و ایفای تعهدات مؤسسات بیمه به ذینفع جهت اطمینان از انطباق با قوانین و مقررات مربوطه؛

۴- بررسی و اظهارنظر در مورد انحلال، ورشکستگی، انتقال عملیات و ادغام مؤسسات بیمه وفق قوانین و مقررات مربوطه؛

۵- اعمال ضمانت های اجرایی مقرر برای مؤسسات بیمه در صورت عدم رعایت قوانین و مقررات مربوطه؛

۶- مشارکت و همکاری در پاسخگویی و رسیدگی به شکایات مربوط به بیمه های زندگی

۷- مشارکت در فرایند ارزیابی و تایید صلاحیت مسئولین فنی حوزه بیمه زندگی؛

۸- انجام بازرسی‌های موردی از فعالیتهای مرتبط با بیمه زندگی.

۶،۱۰ لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت (هیأت مدیره)

لایحه قانونی اصلاح قسمتی از قانون تجارت مصوب ۱۳۴۷،۱۲،۲۴ کمیسیون خاص مشترک مجلسین

بخش ۶ - هیأت مدیره

ماده ۱۰۷ - شرکت سهامی به وسیله هیأت مدیره‌ای که از بین صاحبان سهام انتخاب شده و کلاً یا بعضاً قابل عزل می‌باشند اداره خواهد شد. عده اعضای هیأت مدیره در شرکت‌های سهامی عمومی نباید از پنج نفر کمتر باشد.

ماده ۱۰۸ - مدیران شرکت توسط مجمع عمومی مؤسس و مجمع عمومی عادی انتخاب می‌شوند.

ماده ۱۰۹ - مدت مدیریت مدیران در اساسنامه معین می‌شود لیکن این مدت از دو سال تجاوز نخواهد کرد. انتخاب مجدد مدیران بلامانع است.

ماده ۱۱۰ - اشخاص حقوقی را می‌توان به مدیریت شرکت انتخاب نمود. در این صورت شخص حقوقی همان مسئولیت‌های مدنی شخص حقیقی عضو هیأت مدیره را داشته و باید یک نفر را به نمایندگی دائمی خود جهت انجام وظایف مدیریت معرفی نماید. چنین نماینده‌ای مشمول همان شرایط و تعهدات و مسئولیت‌های مدنی و جزایی عضو هیأت مدیره بوده و از جهت مدنی با شخص حقوقی که او را به نمایندگی تعیین نموده است مسئولیت تضامنی خواهد داشت. شخص حقوقی عضو هیأت مدیره می‌تواند نماینده خود را عزل کند به شرط آن که در همان موقع جانشین او را کتباً به شرکت معرفی نماید وگرنه غایب محسوب می‌شود.

ماده ۱۱۱ - اشخاص ذیل نمی‌توانند به مدیریت شرکت انتخاب شوند: ۱ - مجبورین و کسانی که حکم ورشکستگی آنها صادر شده است. ۲ - کسانی که به علت ارتکاب جنایت با یکی از جنحه‌های ذیل به موجب حکم قطعی از حقوق اجتماعی کلاً یا بعضاً محروم شده باشند در مدت محرومیت: سرقت - خیانت در امانت - کلاهبرداری - جنحه‌هایی که به موجب قانون در حکم خیانت در امانت یا کلاهبرداری شناخته شده است - اختلاس - تدلیس - تصرف غیر قانونی در اموال عمومی. تبصره - دادگاه شهرستان به تقاضای هر ذینفع حکم عزل هر مدیری را که برخلاف مفاد این ماده انتخاب شود یا پس از انتخاب مشمول مفاد این ماده گردد صادر خواهد کرد و حکم دادگاه مزبور قطعی خواهد بود.

ماده ۱۱۲ - در صورتی که بر اثر فوت یا استعفا یا سلب شرایط از یک یا چند نفر از مدیران تعداد اعضاء هیأت مدیره از حداقل مقرر در این قانون کمتر شود اعضاء علی‌البدل به ترتیب مقرر در اساسنامه والا به ترتیب مقرر توسط مجمع عمومی جای آنان را خواهند گرفت و در صورتی که عضو علی‌البدل تعیین نشده باشد و یا تعداد اعضاء علی‌البدل کافی برای تصدی محل‌های خالی در هیأت مدیره نباشد مدیران باقیمانده باید بلافاصله مجمع عمومی عادی شرکت را جهت تکمیل اعضاء هیأت مدیره دعوت نمایند.

ماده ۱۱۳ - در مورد ماده ۱۱۲ هرگاه هیأت مدیره حسب مورد از دعوت مجمع عمومی برای انتخاب مدیری که سمت او بلامتصدی مانده خودداری کند هر ذینفع حق دارد از بازرس یا بازرسان شرکت بخواهد که به دعوت مجمع عمومی عادی جهت تکمیل عده مدیران با رعایت تشریفات لازم اقدام کنند و بازرس یا بازرسان مکلف به انجام چنین درخواستی می‌باشند.

ماده ۱۱۴ - مدیران باید تعداد سهامی را که اساسنامه شرکت مقرر کرده است دارا باشند. این تعداد سهام نباید از تعداد سهامی که به موجب اساسنامه جهت دادن رأی در مجامع عمومی لازم است کمتر باشد. این سهام برای تضمین خساراتی است که ممکن است از تقصیرات مدیران منفرداً یا مشترکاً بر شرکت وارد شود. سهام مذکور با اسم بوده و قابل انتقال نیست و مادام که مدیری مفاسداً حساب دوره تصدی خود در شرکت را دریافت نداشته باشد سهام مذکور در صندوق شرکت به عنوان وثیقه باقی خواهد ماند.

ماده ۱۱۵ - در صورتی که مدیری هنگام انتخاب مالک تعداد سهام لازم به عنوان وثیقه نباشند و هم چنین در صورت انتقال قهری سهام مورد وثیقه و یا افزایش یافتن تعداد سهام لازم به عنوان وثیقه، مدیر باید ظرف مدت یک ماه تعداد سهام لازم به عنوان وثیقه را تهیه و به صندوق شرکت بسپارد و گرنه مستعفی محسوب خواهد شد.

ماده ۱۱۶ - تصویب ترازنامه و حساب سود و زیان هر دوره مالی شرکت به منزله مفاسداً حساب مدیران برای همان دوره مالی می‌باشد و پس از تصویب ترازنامه و حساب سود و زیان دوره مالی که طی آن مدت مدیریت مدیران منقضی یا به هر نحو دیگری از آنان سلب سمت شده است سهام‌مورد وثیقه اینگونه مدیران خود به خود از قید وثیقه آزاد خواهد شد.

ماده ۱۱۷ - بازرس یا بازرسان شرکت مکلفند هر گونه تخلفی از مقررات قانونی و اساسنامه شرکت در مورد سهام وثیقه مشاهده کنند به مجمع عمومی عادی گزارش دهند.

ماده ۱۱۸ - جز درباره موضوعاتی که به موجب مقررات این قانون اخذ تصمیم و اقدام درباره آنها در صلاحیت خاص مجامع عمومی است مدیران شرکت دارای کلیه اختیارات لازم برای اداره امور شرکت می‌باشند مشروط

بر آن که تصمیمات و اقدامات آنها در حدود موضوع شرکت باشد. محدود کردن اختیارات مدیران در اساسنامه یا به موجب تصمیمات مجامع عمومی فقط از لحاظ روابط بین مدیران و صاحبان سهام معتبر بوده و در مقابل اشخاص ثالث باطل و کان‌لم‌یکن است.

ماده ۱۱۹ - هیأت مدیره در اولین جلسه خود از بین اعضای هیأت یک رئیس و یک نایب رئیس که باید شخص حقیقی باشند برای هیأت مدیره تعیین می‌نماید. مدت ریاست رئیس و نیابت نایب رئیس هیأت مدیره بیش از مدت عضویت آنها در هیأت مدیره نخواهد بود. هیأت مدیره در هر موقع می‌تواند رئیس و نایب رئیس هیأت مدیره را از سمت‌های مذکور عزل کند. هر ترتیبی خلاف این ماده مقرر شود کان‌لم‌یکن خواهد بود.

تبصره ۱ - از نظر اجرای مفاد این ماده شخص حقیقی که به عنوان نماینده شخص حقوقی عضو هیأت مدیره معرفی شده باشند در حکم عضو هیأت مدیره تلقی خواهد شد. تبصره ۲ - هرگاه رئیس هیأت مدیره موقتاً نتواند وظایف خود را انجام دهد وظایف او را نایب رئیس هیأت مدیره انجام خواهد داد.

ماده ۱۲۰ - رئیس هیأت مدیره علاوه بر دعوت و اداره جلسات هیأت مدیره موظف است که مجامع عمومی صاحبان سهام را در مواردی که هیأت مدیره مکلف به دعوت آنها می‌باشد دعوت نماید.

ماده ۱۲۱ - برای تشکیل جلسات هیأت مدیره حضور بیش از نصف اعضاء هیأت مدیره لازم است. تصمیمات باید به اکثریت آراء حاضرین اتخاذ گردد مگر آن که در اساسنامه اکثریت بیشتری مقرر شده باشد.

ماده ۱۲۲ - ترتیب دعوت و تشکیل جلسات هیأت مدیره را اساسنامه تعیین خواهد کرد. ولی در هر حال عده‌ای از مدیران که اقلأ یک سوم اعضاء هیأت مدیره را تشکیل دهند می‌توانند در صورتی که از تاریخ تشکیل آخرین جلسه هیأت مدیره حداقل یک ماه گذشته باشد با ذکر دستور جلسه هیأت مدیره را دعوت نمایند.

ماده ۱۲۳ - برای هر یک از جلسات هیأت مدیره باید صورت جلسه‌ای تنظیم و لااقل به امضاء اکثریت مدیران حاضر در جلسه برسد. در صورت جلسات هیأت مدیره نام مدیرانی که حضور دارند یا غایب می‌باشند و خلاصه‌ای از مذاکرات و هم چنین تصمیمات متخذ در جلسه با قید تاریخ در آن ذکر می‌گردد. هر یک از مدیران که با تمام یا بعضی از تصمیمات مندرج در صورت جلسه مخالف باشد نظر او باید در صورت جلسه قید شود.

ماده ۱۲۴ - هیأت مدیره باید اقلأ یک نفر شخص حقیقی را به مدیریت عامل شرکت برگزیند و حدود اختیارات و مدت تصدی و حق الزحمه او را تعیین کند در صورتی که مدیر عامل عضو هیأت مدیره باشد دوره

مدیریت عامل او از مدت عضویت او در هیأت مدیره بیشتر نخواهد بود. مدیر عامل شرکت نمی‌تواند در عین حال رئیس هیأت مدیره همان شرکت باشد مگر با تصویب سه چهارم آراء حاضر در مجمع عمومی.

تبصره - هیأت مدیره در هر موقع می‌تواند مدیر عامل را عزل نماید.

ماده ۱۲۵ - مدیر عامل شرکت در حدود اختیاراتی که توسط هیأت مدیره به او تفویض شده است نماینده شرکت محسوب و از طرف شرکت حق امضاء دارد.

ماده ۱۲۶ - اشخاص مذکور در ماده ۱۱۱ نمی‌توانند به مدیریت عامل شرکت انتخاب شوند و هم چنین هیچ کس نمی‌تواند در عین حال مدیریت عامل بیش از یک شرکت را داشته باشد.

تصمیمات و اقدامات مدیر عاملی که برخلاف مفاد این ماده انتخاب شده است در مقابل صاحبان سهام و اشخاص ثالث معتبر و مسئولیت‌های سمت مدیریت عامل شامل حال او خواهد شد.

ماده ۱۲۷ - هرکس برخلاف ماده ۱۲۶ به مدیریت عامل انتخاب شود یا پس از انتخاب مشمول ماده مذکور گردد دادگاه شهرستان به تقاضای هر ذینفع حکم عزل او را صادر خواهد کرد و چنین حکمی قطعی خواهد بود.

ماده ۱۲۸ - نام و مشخصات و حدود اختیارات مدیر عامل باید با ارسال نسخه‌ای از صورتجلسه هیأت مدیره به مرجع ثبت شرکت‌ها اعلام و پس از ثبت در روزنامه رسمی آگهی شود.

ماده ۱۲۹ - اعضاء هیأت مدیره و مدیر عامل شرکت و هم چنین مؤسسات و شرکت‌هایی که اعضای هیأت مدیره و یا مدیر عامل شرکت شریک یا عضو هیأت مدیره یا مدیر عامل آنها باشند نمی‌توانند بدون اجازه هیأت مدیره در معاملاتی که با شرکت یا به حساب شرکت می‌شود به طور مستقیم یا غیر مستقیم طرف معامله واقع و یا سهام شوند و در صورت اجازه نیز هیأت مدیره مکلف است بازرس شرکت را از معامله‌ای که اجازه آن داده شده بلافاصله مطلع نماید و گزارش آن را به اولین مجمع عمومی عادی صاحبان سهام بدهد و بازرس نیز مکلف است ضمن گزارش خاصی حاوی جزئیات معامله نظر خود را درباره چنین معامله‌ای به همان مجمع تقدیم کند. عضو هیأت مدیره یا مدیر عامل ذینفع در معامله در جلسه هیأت مدیره و نیز در مجمع عمومی عادی هنگام اخذ تصمیم نسبت به معامله مذکور در حق رأی نخواهد داشت.

ماده ۱۳۰ - معاملات مذکور در ماده ۱۲۹ در هر حال ولو آن که توسط مجمع عادی تصویب نشود در مقابل اشخاص ثالث معتبر است مگر در موارد تدلیس و تقلب که شخص ثالث در آن شرکت کرده باشد. در صورتی که بر اثر انجام معامله به شرکت خسارتی وارد آمده باشد جبران خسارت بر عهده هیأت مدیره و مدیر عامل

یا مدیران ذینفع و مدیرانی است که اجازه آن معامله را داده‌اند که همگی آنها متضامناً مسئول جبران خسارت وارده به شرکت می‌باشند.

ماده ۱۳۱ - در صورتی که معاملات مذکور در ماده ۱۲۹ این قانون بدون اجازه هیأت مدیره صورت گرفته باشد هرگاه مجمع عمومی عادی شرکت آنها را تصویب نکند آن معاملات قابل ابطال خواهد بود و شرکت می‌تواند تا سه سال از تاریخ انعقاد معامله و در صورتی که معامله مخفیانه انجام گرفته باشد تا سه سال از تاریخ کشف آن بطلان معامله را از دادگاه صلاحیتدار درخواست کند. لیکن در هر حال مسئولیت مدیر و مدیران و یا مدیر عامل ذینفع در مقابل شرکت باقی خواهد بود. تصمیم به درخواست بطلان معامله با مجمع عمومی عادی صاحبان سهام است که پس از استماع گزارش بازرس مشعر بر عدم رعایت تشریفات لازم جهت انجام معامله در این مورد رأی خواهد داد. مدیر یا مدیر عامل ذینفع در معامله حق شرکت در رأی نخواهد داشت. مجمع عمومی مذکور در این ماده به دعوت هیأت مدیره یا بازرس شرکت تشکیل خواهد شد.

ماده ۱۳۲ - مدیر عامل شرکت و اعضاء هیأت مدیره به استثناء اشخاص حقوقی حق ندارند هیچگونه وام یا اعتبار از شرکت تحصیل نمایند و شرکت نمی‌تواند دیون آنان را تضمین یا تعهد کند. اینگونه عملیات به خودی خود باطل است. در مورد بانک‌ها و شرکت‌های مالی و اعتباری معاملات مذکور در این ماده به شرط آن که تحت قیود و شرایط عادی و جاری انجام گیرد معتبر خواهد بود. ممنوعیت مذکور در این ماده شامل اشخاصی نیز که به نمایندگی شخص حقوقی عضو هیأت مدیره در جلسات هیأت مدیره شرکت می‌کنند و همچنین شامل همسر و پدر و مادر و اجداد و اولاد و اولاداولاد و برادر و خواهر اشخاص مذکور در این ماده می‌باشد.

ماده ۱۳۳ - مدیران و مدیر عامل نمی‌توانند معاملاتی نظیر معاملات شرکت که متضمن رقابت با عملیات شرکت باشد انجام دهند. هر مدیری که از مقررات این ماده تخلف کند و تخلف او موجب ضرر شرکت گردد مسئول جبران آن خواهد بود. منظور از ضرر در این ماده اعم است از ورود خسارت یا تقویت منفعت.

ماده ۱۳۴ - مجمع عمومی عادی صاحبان سهام می‌تواند با توجه به ساعات حضور اعضاء غیر موظف هیأت مدیره در جلسات هیأت مزبور پرداخت مبلغی را به آنها به طور مقطوع بابت حق حضور آنها در جلسات تصویب کند مجمع عمومی این مبلغ را با توجه به تعداد ساعات و اوقاتی که هر عضو هیأت مدیره در جلسات هیأت حضور داشته است تعیین خواهد کرد. هم چنین در صورتی که در اساسنامه پیش‌بینی شده باشد مجمع عمومی می‌تواند تصویب کند که نسبت معینی از سود خالص سالانه شرکت به عنوان پاداش به اعضاء هیأت مدیره تخصیص داده شود اعضاء غیر موظف هیأت مدیره حق ندارند به جز آنچه در این ماده پیش‌بینی

شده است در قبال سمت مدیریت خود به طور مستمر یا غیر مستمر بابت حقوق یا پاداش یا حق الزحمه وجهی از شرکت دریافت کنند.

ماده ۱۳۵ - کلیه اعمال و اقدامات مدیران و مدیر عامل شرکت در مقابل اشخاص ثالث نافذ و معتبر است و نمی توان به عذر عدم اجرای تشریفات مربوط به طرز انتخاب آنها اعمال و اقدامات آنان را غیر معتبر دانست.

ماده ۱۳۶ - در صورت انقضاء مدت مأموریت مدیران تا زمان انتخاب مدیران جدید مدیران سابق کماکان مسئول امور شرکت و اداره آن خواهند بود. هرگاه مراجع موظف به دعوت مجمع عمومی به وظیفه خود عمل نکنند هر ذینفع می تواند از مرجع ثبت شرکت ها دعوت مجمع عمومی عادی را برای انتخاب مدیران تقاضا نماید.

ماده ۱۳۷ - هیأت مدیره باید لااقل هر شش ماه یک بار خلاصه صورت دارایی و قروض شرکت را تنظیم کرده به بازرسان بدهد.

ماده ۱۳۸ - هیأت مدیره موظف است بعد از انقضای سال مالی شرکت ظرف مهلتی که در اساسنامه پیش بینی شده است مجمع عمومی سالیانه را برای تصویب عملیات سال مالی قبل و تصویب ترازنامه و حساب سود و زیان شرکت دعوت نماید.

ماده ۱۳۹ - هر صاحب سهم می تواند از پانزده روز قبل از انعقاد مجمع عمومی در مرکز شرکت به صورت حساب ها مراجعه کرده و از ترازنامه و حساب سود و زیان و گزارش عملیات مدیران و گزارش بازرسان رونوشت بگیرد.

ماده ۱۴۰ - هیأت مدیره مکلف است هر سال یک بیستم از سود خالص شرکت را به عنوان اندوخته قانونی موضوع نماید. همین که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه شرکت رسید موضوع کردن آن اختیاری است و در صورتی که سرمایه شرکت افزایش یابد کسر یک بیستم مذکور ادامه خواهد یافت تا وقتی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه بالغ گردد.

ماده ۱۴۱ - اگر بر اثر زیان های وارده حداقل نصف سرمایه شرکت از میان برود هیأت مدیره مکلف است بلافاصله مجمع عمومی فوق العاده صاحبان سهام را دعوت نماید تا موضوع انحلال یا بقاء شرکت مورد شور و رأی واقع شود. هرگاه مجمع مزبور رأی به انحلال شرکت ندهد باید در همان جلسه و با رعایت مقررات ماده ۶ این قانون سرمایه شرکت را به مبلغ سرمایه موجود کاهش دهد.

در صورتی که هیأت مدیره برخلاف این ماده به دعوت مجمع عمومی فوق العاده مبادرت ننماید و یا مجمعی که دعوت می شود نتواند مطابق مقررات قانونی منعقد گردد هر ذینفع می تواند انحلال شرکت را از دادگاه صلاحیتدار درخواست کند.

ماده ۱۴۲ - مدیران و مدیر عامل شرکت در مقابل شرکت و اشخاص ثالث نسبت به تخلف از مقررات قانونی یا اساسنامه شرکت و یا مصوبات مجمع عمومی بر حسب مورد منفرداً یا مشترکاً مسئول می باشند و دادگاه حدود مسئولیت هر یک را برای جبران خسارت تعیین خواهد نمود.

ماده ۱۴۳ - در صورتی که شرکت ورشکسته شود یا پس از انحلال معلوم شود که دارایی شرکت برای تأدیه دیون آن کافی نیست دادگاه صلاحیتدار می تواند به تقاضای هر ذینفع هر یک از مدیران و یا مدیر عامل را که ورشکستگی شرکت یا کافی نبودن دارایی شرکت به نحوی از انحاء معلول تخلفات او بوده است منفرداً یا متضامناً به تأدیه آن قسمت از دیونی که پرداخت آن از دارایی شرکت ممکن نیست محکوم نماید.

فهرست منابع

IAIS .۲۰۰۳, *Insurance core principles*, International association of insurance super visors.

IAIS .۲۰۱۱, *Insurance core principles*, International association of insurance supervisors.

IAIS .۲۰۱۵, *Insurance core principles*, international assosiation of insurance supervisors.

Venuti, F & Alfiero, S .۲۰۱۶, *The Impact of Corporate on Risk Taking in European Insurance Industry*. world academy of science, engineering and technology , pp-۱۹۰ . ۱۹۴

اداره تدوین آیین نامه‌های بیمه‌ای، ۱۳۹۴. گزارش توجیهی آیین نامه نحوه احراز صلاحیت‌های حرفه ای کارکنان کلیدی و عملیاتی موسسات بیمه، بیمه مرکزی

اعلایی، م، موسوی، م، حضارمقدم، ن، خلیقی، ف، ۱۳۹۵. حاکمیت شرکتی در موسسات بیمه، پژوهشکده بیمه.

انستیتو چارتر بیمه، ترجمه معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران، ۱۳۹۳. الگوی شایستگی در صنعت بیمه، معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران.

ساجدی، و، ۱۳۸۵. مسئولیت اعضای هیئت مدیره در شرکت‌های سهامی. بورس.

گشادرو، م، ۱۳۹۵. صندوق حمایت بیمه گذاران، تضمین حقوق مشتری بیمه، مکمل اقدامات نظارتی نهاد ناظر، معاونت نظارت بیمه مرکزی.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران، ۱۳۹۳. اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه فصل بیست و شش - اطلاعات، افشای آن و شفافیت در قبال بازار، بیمه مرکزی ج. ا. ایران.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران، ۱۳۹۳. اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه فصل هفتم - صلاحیت افراد.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران، ۱۳۹۳. اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه فصل شانزدهم.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج. ا. ایران، ۱۳۹۳. طراحی الگوی راهنمای تعیین تعداد بهینه نماینده بیمه و ارائه راهکارهای پیشنهادی برای اصلاح نظام توزیع خدمات صنعت بیمه کشور، بیمه مرکزی.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا. ایران، ۱۳۹۶. دستورالعمل بازرسی در محل شرکت های بیمه، بیمه مرکزی.

منطقه پور، م.، خلیقی، ف.، اعلائی، م.، غریبی، ز.، موسوی، ا.، ۱۳۹۵. درس های بحران شرکت بیمه توسعه (جلد اول)، پژوهشکده بیمه.

مهدی زاده، م.، حائری، م.، ۱۳۹۶. گزارش موردی: اصول اساسی بیمه انجمن بین المللی ناظران بیمه (اصول ۱ / ۱۳)، پژوهشکده بیمه.

موسوی، ۱۳۹۵. طرح پژوهشی انتقال پرتفو، دفتر حقوقی و امور مجلس بیمه مرکزی.

معاونت نظارت بیمه مرکزی ج.ا. ایران، ۱۳۹۳. اصول ۲۸ گانه اساسی بیمه: فصل سیزدهم، بیمه مرکزی ج.ا. ایران.