

مبانی نظری و عملی بیمه

سپیده شبستری (معاونت امور اقتصادی)

کتاب مبانی نظری و عملی بیمه یکی از جدیدترین و جامع‌ترین کتاب‌های درسی بیمه است. مطالب کتاب تا حد زیادی پایه‌ای، متنوع، جامع و سودمند است. ترجمه این کتاب نه تنها بخش بزرگی از کمبود منابع بیمه‌ای را برطرف می‌کند و موجب ارتقای سطح ادبیات بیمه و مدیریت ریسک به زبان فارسی می‌شود بلکه می‌تواند به عنوان مرجعی شاخص و برجسته باشد. هنر اصلی نویسنده در آن است که در حوزه بیمه و ارتباط آن با سایر علوم همه جوانب امر را به تفصیل مطالعه کرده و این جامع‌نگری از یک سو هم ارتباط منطقی و مستحکمی بین فصل‌های گوناگون کتاب برقرار کرده و از سوی دیگر خواننده کتاب هیچ‌گاه احساس نمی‌کند که از مسیر اصلی خارج شده است. مطالب این کتاب شامل ۱۶ فصل است. در فصل اول به معنای ریسک و طبقه‌بندی جامعی از ریسک پرداخته شده؛ در فصل دوم ضمن بیان مختصری از شیوه پیدایش و گسترش بیمه در جهان ارتباط تنگاتنگ توسعه فعالیت‌های بیمه‌ای با توسعه اقتصادی تجزیه و تحلیل شده؛ در فصل سوم اهمیت فعالیت بیمه‌ای در اقتصاد جهانی امروز و ارتباط بین اندازه بازار بیمه و سطح توسعه اقتصادی هر کشور بحث شده است؛ در فصل چهارم مفاهیم مدیریت ریسک و چارچوب تصمیم‌گیری‌های مالی شرح داده شده است؛ فصل پنجم به مبانی تحلیل ریسک اختصاص دارد در فصل ششم به تصمیمات مربوط به تأمین مالی ریسک می‌پردازد. در فصل هفتم نگرش‌های فردی و تصمیم‌گیری در شرایط ریسکی بررسی می‌شود فصل هشتم به مفاهیم بیمه و ویژگی‌های قراردادهای بیمه‌ای و فصل نهم به قیمت‌گذاری قراردادهای بیمه‌ای اختصاص یافته است. در فصل دهم نیز ماهیت و مفهوم نگاه‌داشت و خود بیمه‌گری بررسی می‌شود. در فصل یازدهم این بخش سازمان بازارهای بیمه، در فصل دوازدهم عملیات شرکت‌های بیمه در فصل سیزدهم ذخایر و سوامیه‌گذاری‌های شرکت‌های بیمه در فصل چهاردهم نیز هدف‌ها و روش‌های بیمه‌اتکالی مطالعه شده است. در فصل پانزدهم برخی از ابزارهای اساسی برای تحلیل مالی شرکت‌های بیمه معرفی می‌شوند و فصل شانزدهم به اصول و روش‌های تنظیم مقررات بیمه‌ای همراه با فهرستی از دلایل و روش‌های نظارت بر فعالیت‌های بیمه‌ای اختصاص دارد.

به خاطر اهمیت مفاهیم بحث‌های نظری این کتاب مروری، به بحث‌ها

و مفاهیم کلیدی مطرح شده در این کتاب خواهیم داشت. ریسک، نااطمینانی، خسارت و آژه‌هایی هستند که به دفعات به ذهن تصمیم‌گیرندگان خطور می‌کنند. بیشتر مواقع در تاریخ اقتصاد ریسک و نااطمینانی از موضوعات مورد توجه جامعه‌شناسان بوده است.

هدف‌های مدیریت ریسک، بیمه در متن هدف‌های بنگاه و یا عامل اقتصادی انفرادی مشخص می‌شوند. در بیشتر عبارات، هدف با اصطلاح "مطلوبیت" یعنی رضایتمندی افراد که به مجموعه‌ای از ترجیحات، آن‌ها منجر شده، بیان می‌شود. مسؤلیت اجتماعی نیز مسأله پیچیده دیگری است که همواره باید مدنظر عامل‌های اقتصادی منفرد، بنگاه و دولت قرار داشته باشد. بیمه یکی از اصلی‌ترین ابزارهای مدیریت ریسک است که در حیات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورها نقش مهمی ایفا می‌کند. رشد اقتصادی در سراسر جهان نیز بر اهمیت نقش بیمه افزوده است. بیمه یک مفهوم، یک تکنیک و یک نهاد اقتصادی است. بنابراین مهم است که خواننده بفهمد چرا بازارهای بیمه مهم هستند و مؤسسه‌های بیمه چگونه کار می‌کنند. همان‌طور که می‌دانیم اساس بیمه، ریسک است درباره آن بین مؤلفان اختلاف نظر وجود دارد. طبقه‌بندی‌هایی در مورد ریسک از این قرار است: ریسک‌های اقتصادی و غیراقتصادی.

ایستا و پویا، سوداگرانه و خالص، خاص و عام، سیستماتیک و غیرسیستماتیک که کشوری و بین‌المللی از آن جمله‌اند. صرف نظر از این که ریسک چه طور تعریف شود، آثار وجود ریسک بر عملکرد اقتصادی عامل‌ها تأثیر می‌گذارد از این رو به تخصیص بهینه منابع و توسعه اقتصادی کشورها محدودیت‌هایی تحمیل می‌کند. تصمیم‌های فردی نیز مانند تصمیم‌های تجاری تحت شرایط اطمینان اتخاذ نمی‌شوند. با وجود این که تجسم و تصور ایده ریسک ممکن است دشوار باشد، همه عامل‌های اقتصادی تصمیم‌هایی می‌گیرند که فکر می‌کنند برای آن‌ها سودآور است.

ریسک وجه مشترک تمامی تصمیم‌هایی است که انسان‌ها می‌گیرند. هدف از تصمیم‌ها این نیست که از ریسک اجتناب کنند بلکه این است که وجود آن را به رسمیت بشناسند. هر عامل اقتصادی انفرادی چنین می‌پندارد که هر عملی را که او انجام می‌دهد به نحوی از انجا برای وی سودی به همراه دارد. این قانون کلی است که اکثر افراد بازده بیشتر را به بازده کمتر

مبنی بر این که هر بازرگان
 سهم اندکی از محموله گندم خود را
 در اسکله باقی گذارد
 آن گاه از هر کشتی مقداری گندم
 باقی می ماند که
 در مجموع حجم زیادی از گندم را
 تشکیل می داد که در مواقع ضروری
 خسارت بازرگانانی را که
 متحمل ضرر شده بودند
 و کل محموله خود را
 از دست داده بودند را جبران کنند

پیدایش فکر بیمه به قرن ها
 پیش از مسیحیت بر می گردد
 زمانی که بازرگانان فنیقی
 در دریای مدیترانه به تجارت گندم
 مشغول بودند به همان شیوه
 مدیریت ریسک عمل می کردند
 یعنی کالاهای خود را
 در چند کشتی قرار می دادند
 ولی از آن جا که ممکن بود
 کشتی ها دچار حادثه شوند
 تدبیر دیگری اندیشیدند

نتیجه تأثیرات مهم تجارت بین الملل، توسعه شهری، افزایش حوادث
 فاجعه آمیز مانند آتش سوزی و انقلاب صنعتی بوده است.
 به دلایل تاریخی، صنعت بیمه از سده هفدهم به بعد در انگلستان
 توسعه و رونق یافت. تکامل بیمه در امریکای شمالی و دیگر مستعمرات
 انگلستان هم با تأسیس نمایندگی های شرکت های بزرگ انگلیس و
 پیروی همه جانبه این مستعمرات از سیاست های انگلستان صورت گرفت.
 در مستعمرات فرانسه و هلند نیز بیمه با الگوی مشابهی توسعه
 یافت. در ایالات متحده امریکا شور و شوق و حرکت
 ملی گرایانه، توسعه اقتصادی و نیز بهبود مقررات
 اولیه بیمه، از تکامل سریع بیمه در چارچوب
 بازار داخلی قدرتمند حمایت می کرد. در
 نتیجه در اواخر دهه ۱۹۳۰ ایالات
 متحده به مهم ترین بازار جهانی
 بیمه تبدیل شد. در نیمه دوم قرن
 بیستم شاهد رشد و بالندگی بخش
 بیمه در بیشتر کشورهای صنعتی
 بودیم. نسبت کل حق بیمه به
 تولید ناخالص داخلی (GDP) در
 یک کشور، (نفوذ بیمه) شاخصی
 است که معمولاً برای ارزیابی میزان
 اهمیت بیمه در اقتصاد کاربرد دارد.
 به جز چند استثنا نسبت کل
 حق بیمه به تولید ناخالص
 داخلی در کشورهای
 صنعتی بسیار بیشتر از
 دو درصد و در
 کشورهای در حال
 توسعه کمتر از دو درصد
 است. رابطه بین توسعه
 اقتصادی و اهمیت

ترجیح می دهند. آن ها به همین قیاس ریسک کمتر را نیز به ریسک بیشتر
 ترجیح می دهند. حدود یک قرن پیش مارشال، در کتاب اصول علم اقتصاد،
 وجود حق بیمه خالص برای قبول ریسک را به رسمیت شناخت.

مهمترین پیشرفتی که در زمینه امور مالی در ۳۰ سال گذشته روی داده،
 توانایی کمی کردن معنای ریسک در تصمیم های تجاری و بازرگانی بوده
 است. اندیشه مدیریت ریسک به زمان های دور بر می گردد. افسانه های بیانگر
 آن است که بازرگانان چینی که در آب های خطرناک رودخانه یانگ تسه
 یانگ و یارودخانه هدانگ هوتردد می کردند. از این ریسک آگاهی داشتند
 که در صورت واژگونی قایق شان در مسیر سواحل چین، کالای خویش را از
 دست خواهند داد، از این رو توافق کردند که این ریسک را بین خود توزیع
 کنند. این کار را با چیدن کالاهای در چند قایق به جای قرار دادن در یک قایق
 انجام می دادند. به این ترتیب در صورت واژگونی یک قایق، سهم هر
 بازرگان از ضرر و زیان وارده اندک بود.

پیدایش فکر بیمه به قرن ها پیش از مسیحیت بر می گردد. زمانی که
 بازرگانان فنیقی در دریای مدیترانه به تجارت گندم مشغول بودند به همان
 شیوه مدیریت ریسک عمل می کردند یعنی کالاهای خود را در چند کشتی
 قرار می دادند ولی از آن جا که ممکن بود کشتی ها دچار حادثه شوند تدبیر
 دیگری اندیشیدند. مبنی بر این که هر بازرگان سهم اندکی از محموله گندم
 خود را در اسکله باقی گذارد آن گاه از هر کشتی مقداری گندم باقی می ماند
 که در مجموع حجم زیادی از گندم را تشکیل می داد که در مواقع ضروری
 خسارت بازرگانانی را که متحمل ضرر شده بودند و کل محموله خود را از
 دست داده بودند را جبران کنند. آن ها فردی را برای حفظ و نگه داری از
 گندم های به جا مانده در اسکله استخدام کردند. که او هم به زودی فهمید
 که می تواند از طریق کاشت گندم ها محموله ای از گندم را تدارک ببیند و
 مقداری هم سود ببرد. و فهمیدند هر چه تعداد بازرگانانی که حاضرند سهمی
 از محموله گندم خود را در اسکله باقی گذارند بیشتر باشد هر بازرگان سهم
 کمتری از محموله خود را در اسکله باقی خواهد گذارد.

تاریخچه بیمه از آغاز پیدایش تاکنون با مفهوم تجارت بین الملل گره
 خورده است. مفاهیم اساسی و ساختار بازار بیمه را می توان بر حسب تکامل
 این صنعت در پاسخ به پیشامدهای جدید توضیح داد. توسعه صنعت بیمه



بخش بیمه وقتی بیشتر تاءید می شود که این نسبت در کشورهای با کمترین توسعه بررسی شود. نسبت کل حق بیمه به تولید ناخالص داخلی طی سال های ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۱ تقریباً در کلیه کشورها افزایش یافته است که به اهمیت روزافزون بخش بیمه در اقتصاد ملی دلالت دارد. این شاخص به ویژه در ژاپن و کره جنوبی چشم گیر است از دو نظر تاءیر صنعت بیمه بر فعالیت اقتصاد کلان را می توان تجزیه و تحلیل کرد:

۱. نقش آن در جبران خسارت؛ ۲. نقش آن به عنوان یک نهاد سرمایه گذار.

در سطح کلان، صنعت بیمه با ایجاد ارزش افزوده به تشکیل درآمد ملی کمک می کند. به نقش دوم اغلب در نظام های حسابداری ملی بی توجهی می شود. این ارزش افزوده به پرداخت حقوق و کارمزد، سودهای سهام و مالیات های غیرمستقیم اختصاص می یابد. رقم باقی مانده سود یا زیان ناخالص، عملیات بیمه را نشان می دهد. از بیمه می توان به عنوان یک فرایند واسطه گری مالی نیز نام برد زیرا چرخه تولید برای بیمه معکوس است. پرداخت قبل از ارائه خدمات صورت می گیرد.

خدماتی که بیمه عرضه می کند یک محصول همگن نیست. انواع مختلف بیمه وجود دارد که جایگزین یکدیگر نمی شوند، بنابراین چند بازار بیمه وجود دارد. بیمه زندگی یعنی بیمه عمر عادی و مستمری. بیمه کسب و کار یعنی بیمه ای که تجار و بازرگانان خریداری می کنند و انواع ریسک را پوشش می دهد. بیمه خانوار یعنی بیمه ای که مصرف کنندگان عادی می خرند. اهمیت نسبی این سه نوع بیمه ممکن است از یک کشور به کشور دیگر متفاوت باشد.

نگاهی به درآمد حق بیمه جهانی و توزیع منطقه ای آن نشان می دهد که بین سطح توسعه و اهمیت بیمه به منزله یک فعالیت اقتصادی رابطه ای وجود دارد. در ۲۰۰۱ نزدیک به ۹۰ درصد بازار بیمه جهان به کشورهای امریکای شمالی، اروپا و ژاپن اختصاص داشت. در واقع فقط پنج کشور نزدیک ۷۵ درصد حق بیمه جهانی را تولید می کردند. امریکا ۳۷/۵۴، ژاپن ۱۸/۵۱، آلمان ۵/۱۴، انگلستان ۹/۰۷ و فرانسه ۴/۷۲ درصد.

امریکای شمالی در دهه ۱۹۸۰ نتوانست سهم خود را در بازار جهانی حفظ کند. امروزه سهم آسیا در بازار جهانی به سهم اروپا نزدیک می شود. قوی ترین جهش ها در کشور ژاپن و به تازگی در کره جنوبی رخ داد. ژاپن در سال های گذشته در بین همه کشورهای

مهم جهان از لحاظ افزایش حق بیمه، بالاترین نرخ واقعی را داشت. سریع ترین اقتصادهای در حال رشد جهان را در آسیای شرقی و آسیای جنوب شرقی می توان مشاهده کرد. همسو با این توسعه اقتصادی، صنعت بیمه کشورهای آسیایی نیز در دهه گذشته روبه توسعه بوده است. بیمه های عمومی بالاترین رشد را داشته اند. حق بیمه خودرو به علت روند سریع افزایش تعداد اتومبیل رو به افزایش بوده و بیمه اموال هم به تناسب افزایش تعداد ساختمان ها گسترش یافته، با افزایش ثروت و رفاه مردم، پس اندازها نیز افزایش یافته و موجب توسعه بیمه های زندگی در منطقه شده است. در کشورهای در حال توسعه، بیمه یکی از ابزارهای اقتصاد کلان به شمار می رود و بسیاری از دولت ها از آن، نه فقط برای تولید خدمات بیمه ای بلکه برای هدف های اقتصاد کلان و هدف های اجتماعی استفاده می کنند. امروزه تمامی بازارهای بیمه محلی کشورهای جهان بیشتر ریسک های داخلی را پوشش می دهند. بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه با هدف هر چه قوی تر کردن بازارهای داخلی خود، شماری از معیارهای دولتی و عمومی را پذیرفته اند. این روزها اغلب چنین استدلال می شود که رقابت جهانی و آزادسازی خدمات مالی موجب گسترش عملکرد نسبی بخش بیمه در هر کشور خواهد شد.

پرداختن به بیمه، نتیجه و بخش اساسی فعالیت های مدیریت ریسک است. مدیریت ریسک از مدیریت بیمه شکل گرفته است و از آن جا که مدیریت ریسک با انتخاب فنون مناسب برای برخورد با ریسک های خالص که شامل بیمه نیز می شود درگیر است. دامنه آن به مراتب وسیع تر از مدیریت بیمه است.

پروفیسور رابرت مهر و پروفیسور باب هجرت در کتاب مدیریت ریسک خود، هدف های مدیریت ریسک را به دو طبقه پیش از خسارت و بعد از خسارت تقسیم کرده اند. بقا اغلب مهمترین هدف شرکت محسوب می شود. هدف های احتمالی دیگر عبارت اند از ۱. تداوم عملیات؛ ۲. ثبات درآمدها و حفظ رشد؛ ۳. تصویر خوب در افکار عمومی. مدیریت ریسک جنبه خاصی از کل مدیریت مالی یک مؤسسه است. هدف ها باید از هدف های مالی سازگار باشند و مثل سایر مسائل مدیریت مالی، جایگزین ها از طریق مزایای مالی بالقوه و ریسک های شان ارزیابی می شوند.

هدف کلی مدیریت، محافظت از دارایی ها و حداکثر کردن ثروت سهامداران است. هدف مدیریت ریسک ایجاد اطمینان از این است که



خسارت های ناشی از ریسک های موجود مانع رسیدن مدیریت به هدف خود نباشد. گرچه اصول و رویکردهای مدیریت ریسک در سطح وسیعی از مسائل مختلف قابل اعمال است. به طور کلی فقط به مسائلی می پردازد که ناشی از وجود ریسک های خالص و ایستاست.

مدیریت ریسک مانند دیگر بخش های مدیریت با مسائل مختلفی سروکار دارد، تعیین و شناسایی کردن هدف ها؛ جمع آوری اطلاعات مربوط با توجه به طبیعت مسأله و محیط پیرامون؛ ارزیابی هزینه ها و سود حاصل از جایگزین های مختلف با استفاده از فنون پیرامون؛ ارزیابی هزینه ها و سود حاصل از جایگزین های مختلف با استفاده از فنون تحلیلی مدرن و انتخاب جایگزین هایی که بیشترین سازگاری با هدف ها را دارند. آیا از ریسک می توان اجتناب کرد؟ زمانی از ریسک اجتناب می شود که یک عامل اقتصادی انفرادی از دست زدن به کاری که ریسک را افزایش می دهد امتناع می ورزد. البته در بسیاری از مواقع این کار غیرممکن و در سطح جامعه بسیار نامطلوب است. اجتناب از ریسک از طریق ترک ریسک، کمتر معمول است اما وقتی وقوع خسارت فرصت مناسبی برای ترک یک سرمایه گذاری به وجود می آورد، اتفاق می افتد. هنگامی که سرمایه ای ایجاد می شود هزینه های محقق شده به هزینه های مستهلک شده تبدیل می شوند و با تصمیم گیری مدیریت مالی مرتبط نخواهند بود. نقش مدیریت مالی در فرایند برنامه ریزی راهبردی، تبدیل سناریوهای عملیاتی آینده به گزارش های مالی معنادار است. این امر ابزاری برای اندازه گیری و کنترل حوزه های کلیدی کار مثل، سودآوری، موقعیت بازار و هزینه ها را فراهم می کند. از سوی دیگر پیش از تصمیم به سرمایه گذاری دوباره برای جایگزینی خسارت های وارده به دارایی ها باید ارزش حال جریان های نقدی مورد انتظار را در نظر بگیرد.

در رویکرد مالی به مدیریت ریسک این پرسش مطرح می شود که آیا ترک ریسک باید پیش از خسارت صورت گیرد یا بعد از آن؟ در بسیاری از متون مدیریت ریسک تصمیم برای سرمایه گذاری دوباره بعد از خسارت مورد توجه قرار نگرفته است. زیرا فرض بر این است که هدف بنگاه ادامه دادن هر چه زودتر عملیات است. با فرض این که سرمایه گذاری پیش از خسارت بهینه بوده است، سرمایه گذاری دوباره در پی خسارت ضرورتاً آن گونه نخواهد بود. ریسک اموال یا مسوولیت فعالیت را می توان به برخی دیگر از عامل های اقتصادی انتقال داد. انتقال از نظر معنا با اجتناب متفاوت است در اولی منبع ریسک تداوم دارد. انتقال زمانی میسر است که بنگاه به توافقی قراردادی با یک شخص یا مؤسسه دیگر برای فروش یا خرید کالاها یا خدمات وارد شود. قرارداد استیجاری مثال خوبی از انتقال ریسک مالک است.

برنامه های کنترل ریسک اساساً برای برخورد کردن با موارد زیر طراحی می شود:

۱. محافظت از اموال: محافظت از همه اموال فیزیکی شرکت.
 ۲. ایمنی و سلامت افراد: پیش گیری از آسیب دیدگی و حفظ سلامت همه کارکنان.
 ۳. ایمنی تولید: طراحی، تولید و توزیع فرآورده های سالم برای مصرف عمومی.
 ۴. حفاظت محیط زیست: حذف یا کاهش آلودگی هوا و آب و دفع مواد زاید.
- تأمین مالی ریسک عاملی مهم در فرایند مدیریت ریسک است. منابع مالی لازم در دسترس، در پی وقوع خسارت تداوم عملیات بنگاه یا سازمان

را حفظ می کند. اساساً گزینه های مالی دربرگیرنده وجوه داخلی در دسترس بنگاه و وجود خارجی یا جبران مالی است که از دیگر عامل های اقتصادی می توان به دست آورد. سازوکار بیمه مطمئناً مهمترین ابزار تأمین مالی پیش از خسارت است. این اهمیت در مورد خسارت های با شدت زیاد، بسیار بیشتر است. نتیجه مهمی که از مطالعه آنکتاده به دست می آید این است که در بیشتر کشورهای در حال توسعه دولت ها باید برای ارتقای مدیریت ریسک، مسوولیت خطیری به عهده گیرند.

در بیشتر کشورهای با اقتصاد بازار، دولت ها برای مدیریت ریسک با وضع قوانین مربوط به کنترل خسارت و ایمنی حفاظت محیط زیست، که از فعالیت های مؤسسه های صنعتی و تجاری نشاءت گرفته است و ایجاد انگیزه می کنند. علت آن است که مدیران در مورد بهزیستی مردم و محیط زیست چندان احساس مسوولیت نمی کنند. در کشورهای در حال توسعه دولت ها نقش برجسته ای ایفا می کنند و می توانند تأثیر بیشتری بر فعالیت های اقتصادی داشته باشند (آنکتاده، ۱۹۸۷: ۱۲).

مدیریت ریسک نیازمند کاربرد مفاهیم کلی مدیریت در زمینه خاص است؛ فرایندی است که از منابع مالی، فیزیکی و انسانی برای شناخت، ارزیابی، کنترل و تأمین مالی بیشتر موارد در معرض خسارت خالص بنگاه استفاده می کند. مدیریت ریسک از بقیه سازمان جدا نیست. مدیر ریسک عضو گروه مدیریت و مسوول تحقق هدف های معین شده سازمان است.

تصمیم های مربوط به بیمه و تأمین مالی ریسک:

امور مالی شرکت ها به رشته جداگانه ای در مطالعات اقتصادی تبدیل شده است و مدیریت مالی در به حداکثر رساندن تحقق هدف های اقتصادی نقش مهمی ایفا می کند. این فصل مروری دارد بر مفاهیم اساسی سرمایه گذاری و تصمیم های مالی که یک مدیر ریسک با آن روبه روست. تقریباً کلیه تصمیم های مالی دربرگیرنده یک معاوضه یا مبادله بین پول امروز و پول آینده است. ارزش پول با ملاحظه زمان دریافت یا پرداخت آن متفاوت است. ارزش یک واحد پولی در زمان حال بیش از ارزش همان یک واحد در آینده است. ارزش حال جریان نقدی در آینده، مقدار پولی است که باعث می شود بین دریافت آن مبلغ به طور نقدی در زمان حال یا دریافت آن در آینده بی تفاوت باشیم.

گرچه در بعضی از تصمیم های مالی فرض شده است که جریان نقدی یکسانی در هر دوره وجود دارد این یک قانون عمومی نیست. بنگاه هایی که تصمیم می گیرند در زمینه تجهیزات و ماشین آلات یا وسایل ایمنی سرمایه گذاری کنند باید ارزش حال روند جریان نقدی نامنظم مورد انتظار را تخمین بزنند.

ارزش اقتصادی یک دارایی (یا یک مطالبه) با توجه به قابلیت ایجاد جریان های نقدی که در طول زمان برای صاحب آن دارایی ایجاد می کند تعیین می شود. این جریان نقدی ممکن است از طریق عواید، صرفه جویی در هزینه ها و یا پرداخت هایی که بر طبق قرارداد تعیین شده است، حاصل شود. ارزش به عنوان ارزش حال این جریان های نقدی تعریف می شود و معیاری بر مبنای برآورد ریسک نسبی از انتظارات آتی است.

خسارت عمده ای که در نتیجه مرگ ناگهانی، آسیب دیدگی یا بیماری به بیشتر خانواده ها وارد می شود کاهش توانایی در کسب درآمد است. این خسارت را به دو طریق می توان تخمین زد: ۱. رویکرد تحلیل نیازها با این فرض که ارزش برآورد شده به فراهم کردن سطح یکسان امید به زندگی کمک می کند. ۲. ارزش حال زیان درآمدی شخص که پس از کم کردن

مالیات از آن تا سن بلوغت در یافت می‌گردد است.

(در صورت سلامت)

اشتباهات یا تغییراتی در مفروضات ممکن است سبب تغییرات چشم‌گیری در تخمین نیازها شود. با فرض این که درآمد جاری در قیمت‌های نسبی یا متوسط درآمد انتظاری در طول زندگی کاری ثابت بماند، زیان درآمدی براساس درآمد جاری فرد محاسبه می‌شود. از طرفی افق زمانی براساس دوره اشتغال انتظاری فرد تنظیم می‌شود. در پایان با در نظر گرفتن میزان بهره واقع بینانه‌ای برای تعیین ارزش حال مستقری در یک دوره معین (معمولاً دوره کاری) ضرورت دارد.

همچنین نیاز بنگاه‌ها در فعالیت‌های بازرگانی خود به بیمه زندگی، بر خسارت تخمین زده شده برای بنگاه به علت مرگ یک کارمند کلیدی، یکی از شرکای بنگاه یا یک سهامدار مهم در شرکت سهامی مبتنی است. مزیت رویکرد نیازها در برآورد زندگی انسان، توجه کردن به هدف‌های ویژه در خرید پوشش بیمه‌ای است.

زیان درآمدی به علت هر نوع وقفه کاری که صورت گیرد نتیجه‌اش خسارت‌های ناگهانی به اموال یا زندگی انسان است و در حکم تغییر در جریان نقدی مورد انتظار. کاهش درآمدها ممکن است به دو علت باشد: ۱. کاهش در اجاره بها سود سهام، حساب‌های دریافتی، ۲. وقفه در عملیات بنگاه‌ها، که سبب کاهش در سود یا عایدات انتظاری بنگاه می‌شود. در همان حال بنگاه برای دایر نگه داشتن فعالیت‌هایش ممکن است با هزینه‌های اضافی روبه‌رو شود.

بسیاری از بنگاه‌های تجاری باید همچنان به فعالیت خویش ادامه دهند و برآورد این هزینه‌ها را مدنظر داشته باشند:

۱. هزینه‌های ثابت اضافی مانند هزینه اجاره، ۲. هزینه‌های متغیر اضافی مانند افزایش قیمت به علت سفارش‌های فوری و افزایش هزینه نیروی کار؛ ۳. هزینه‌های حمل و نقل که شامل هزینه‌های رفت و آمد به مکان‌های موقت است.

افزون بر این که بنگاه یا هر عامل اقتصادی ممکن است درآمد و اموالش در معرض خسارت باشد با حوادثی مواجه می‌شود که به علت خسارت وارده بر اموال یا لطامات شخصی به دیگران از نظر قانونی مسؤول و مدیون خواهد بود. تعیین نوع و میزان خسارت‌هایی که خواهان، متحمل شده اغلب دشوار است.

تصمیم‌گیری در مورد بودجه‌بندی سرمایه‌ای در حقیقت تخصیص بودجه بین فرصت‌های مختلف سرمایه‌گذاری است. توسعه پروژه‌ها برای ایجاد رشد، تعویض تجهیزات و ماشین‌آلات به دلیل کهنگی و یا هر دلیل دیگر، سرمایه‌گذاری مجدد، توقف طرح به دلیل زیان، طرح‌های مدیریت ریسک مانند تجهیزات کنترل آلودگی، تدابیر ایمنی، پیش‌گیری از ضرر و نظایر آن از جمله این فرصت‌هاست. مجموعه فعالیت‌هایی که برای کنترل خسارت انجام می‌گیرد سبب ایجاد جریان‌های نقدی مشخصی می‌شود که در اتخاذ تصمیم‌ها باید به آن توجه کرد. تصمیم‌های مالی نظیر تصمیم‌های مدیریت ریسک باید با راهبرد کلی بنگاه اقتصادی هماهنگ و سازگار باشد. تأمین مالی بعد از خسارت برای حفظ منابع مالی لازم، ضروری است تا فعالیت بنگاه هر چه زودتر شروع شود. در مقابل، تأمین مالی قبل از خسارت با تدابیری مانند بیمه و قبل از تحقق خسارت انجام می‌گیرد. این امر معمولاً با انتقال تأمین مالی ریسک انجام می‌پذیرد.

نگهداشت به تصمیم مدیر ریسک در مورد میزان نگاه‌داری یک بخش یا تمام تأمین مالی قبل از خسارت در نزد خود شرکت گفته می‌شود.

اگر بخشی از خسارت‌ها را بتوان نگاه‌داری کرد، در آن صورت یک تأمین مالی بعد از خسارت برای تأمین بخش نگاه‌داری شده از خسارت وجود خواهد داشت. مدیر ریسک در این شرایط ترکیبی از تأمین مالی بعد از خسارت و پیش از خسارت را در نظر می‌گیرد. در بیشتر مواقع تصمیم به نگهداشت باید متناسب با دیگر هدف‌های بنگاه صورت پذیرد. ملاحظات مالی نقش مهمی در تعیین حداکثر سهم نگهداشت ممکن ایفا می‌کنند. هر چه میزان جریان نقدی مورد انتظار بیشتر و پایدارتر باشد بنگاه در تأمین هزینه‌های ثابت مالی توانمندتر خواهد بود. ترکیب تأثیر خالص مالیات، هزینه‌های بالقوه ورشکستگی و هزینه‌های بنگاه به ساختار بهینه سرمایه منجر می‌شود. همچنین باید گفت که ملاحظات مدیریتی در انتخاب سیاست تقسیم سود، در برگیرنده نیازهای بنگاه به وجوه، ریسک تجاری نقدینگی و توانایی استقراض است.

بنگاه نقدینگی مورد نیاز خود را می‌تواند از منابع مالی داخلی یا خارج بنگاه تهیه کند. منابع نقدی داخلی بیشتر به صورت جریان نقدی حاصل از درآمد فعالیت‌های بنگاه و تبدیل اوراق بهادار قابل فروش بنگاه به پول نقد به دست می‌آید. زمانی که منابع نقدی داخلی برای سرمایه‌گذاری کافی نباشد بنگاه یا باید پروژه را متوقف یا از اعتبارات خارجی استفاده کند. بنگاه‌ها معمولاً ترجیح می‌دهند که اجزای موقت دارایی‌های جاری خود را از طریق منابع مالی کوتاه مدت تأمین کنند. در مورد تأمین مالی ریسک بعد از خسارت، هزینه‌های اضافی موقت از منابع داخلی یا بازارهای کوتاه مدت تأمین می‌شود. بنگاه‌های بزرگتر می‌توانند اسناد تجاری منتشر کنند. هرچند، کیفیت این سفته‌های بدون تضمین از لحاظ اعتبار و موقعیت مالی شرکت منتشرکننده متفاوت است. مؤسسه‌های ارزیابی، تأمین اعتبار بعد از خسارت از طریق اسناد تجاری را نقطه ضعف تلقی می‌کنند.

با سازوکار بیمه، تأمین هزینه مالی برای سرمایه‌گذاری مجدد بعد از خسارت وارده به شرکت به علت پرداخت یک مبلغ ثابت و براساس برنامه‌ای مشخص (معمولاً سالانه) به مؤسسه اقتصادی دیگری واگذار می‌شود.

پروفسور دوهرتی (۱۹۸۵): فصل دهم) توضیح می‌دهد، چرا زمانی که بنگاه بیمه می‌شود ممکن است به ارزش آن افزوده شود. همچنین وی بیمه را با سایر روش‌های تأمین مالی مقایسه کرده و استدلال می‌کند که برای افزایش ارزش دارایی خالص بنگاه، بیمه باید هزینه سرمایه را کاهش دهد. با وجود این، تأثیر هزینه سرمایه‌ای ناشی از بیمه احتمالاً کم است اما تأثیر سایر عوامل در کنار بیمه از جمله ارائه خدمات جنبی، دسترسی فوری به منابع اعتباری، کاهش هزینه ورشکستگی مورد انتظار و کاهش در سایر هزینه‌های بنگاه، تقاضا برای بیمه را افزایش می‌دهد. به این دلیل که شناخت همه عوامل مؤثر بر جریان‌های نقدی دشوار است این مقایسه بسیار پیچیده می‌شود، حتی اگر بپذیریم که بیمه تأثیری بر نرخ تنزیل ندارد.

هدف از تأمین اعتبار ریسک برای بنگاه این است که منابع مالی کافی در دسترس داشته باشد تا هزینه مورد نیاز بنگاه برای هدف‌های پیش از خسارت و بعد از خسارت را پوشش دهد. ابزارهای مورد نیاز تأمین مالی ریسک، منابع متعددی هستند که در دسترس بنگاه قرار دارند. تأمین مالی پیش از خسارت از طریق سازوکار بیمه، هنوز هم در مدیریت ریسک نقشی اساسی دارد. بیمه برای فعالیت‌های تجاری فردی و خانواده‌ها که ممکن است فرصت‌های مالی شرکت‌ها را در دسترس نداشته باشند، بیشتر مطرح است.

بیمه تکنیکی برای تأمین مالی ریسک است و تعداد کافی از واحدهای

در معرض خسارت را ترکیب و خسارت، آن‌ها را قابل پیش‌بینی می‌کند. نگرش‌های متفاوت به مسأله ریسک وجود دارد، روان‌شناسان و سایر دانشمندان در بررسی‌های آماری که درباره افراد ریسک‌پذیر و ریسک‌گریز انجام داده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که افراد متفاوت در موقعیت‌های دارای ریسک مشابه واکنش‌ها و رفتارهای بسیار متفاوتی از خود نشان می‌دهند. این رفتار متفاوت ممکن است ناشی از پیش‌زمینه خانوادگی، آموزش، وضع اجتماعی، تجربه‌های پیشین و موقعیت جغرافیایی باشد. نظریه انسان‌شناسی متداول هم بر این عقیده است که افراد در انتخاب بین ریسک‌گریزی یا ریسک‌پذیری تحت تأثیر فرهنگ‌شان قرار دارند. نگرش ریسک‌پذیرها به جهان مانند تاجر هیمالایی (بودایی‌ها) و نگرش ریسک‌گریزها همانند کشاورزان محتاط (هندوها) بود. پاسخ هندوها که بافت گروهی دارند به نبود اطمینان منفی است. آنان ترجیح می‌دهند کاری را که از نتیجه آن مطمئن نیستند و ممکن است به نتیجه دیگری منتهی شود انجام ندهند.

در تصمیم‌گیری‌هایی مربوط به ریسک در یک موقعیت معین بین افراد تفاوت‌های زیادی وجود دارد.

فرض ریسک‌گریزی در نظریه مطلوبیت بیان می‌کند که مردم ترجیح می‌دهند از شرایط با ریسک همراه با خسارت زیاد اجتناب کنند. اگر پوشش بیمه‌ای با قیمت عادلانه وجود داشته باشد بر طبق نظریه مطلوبیت انتظاری، پیش‌بینی می‌شود هنگامی که خسارت بالقوه افزایش می‌یابد تمایل افراد برای بیمه شدن بیشتر شود.

بیمه را در چارچوب نظریه مطلوبیت انتظاری نیز می‌توان تحلیل کرد یعنی مطلوبیت ناشی از خرید بیمه باید بیشتر از مطلوبیت انتظاری فرد در حالت نخوردن بیمه نامه باشد.

مطلوبیت انتظاری و ریسک‌گریزی تمام پدیده‌های مربوط به خریدهای بیمه‌ای بنگاه‌ها یا افراد را توضیح نمی‌دهند. بنگاه‌های تجاری کوچک ممکن است انگیزه‌هایی برای خرید بیمه (به علت ریسک‌گریزی) داشته باشند ولی سهامداران شرکت‌های بزرگ می‌توانند با استفاده از تنوع دادن به دارایی‌های خود، ریسک‌های قابل بیمه را کاهش دهند و یا آن‌ها را به طور کلی از بین ببرند.

قرارداد بیمه، قراردادی است که به موجب آن یک طرف قرارداد (بیمه‌گر) متعهد می‌شود که در برابر دریافت یک حق بیمه قطعی یا برآوردی، در صورت وقوع حادثه‌ای که هدف قرارداد پوشش دادن به ریسک آن است، مبنی به طرف دیگر (بیمه‌گذار، یا طرف سوم) بپردازد. قرارداد بیمه، قراردادی است که اغلب به عنوان قرارداد جبران خسارت تعریف می‌شود. بیمه شونده هیچ سودی بابت قرارداد بیمه نمی‌برد اما باید تا حدودی خسارت نقدی او جبران شود.

هر چند تعاریف متعددی ارائه شده است اما یکی از بهترین تعاریفها این است که بیمه سازوکاری (یا خدمتی) برای انتقال ریسک‌های مالی، در برابر پرداخت مبلغ ثابت توافق شده به شخصی است که بیمه‌گر خوانده می‌شود. پرداخت حق بیمه پیش از آن که بیمه‌گر خسارت احتمالی را پوشش دهد باید صورت گیرد.

بیمه از دید بیمه‌گذار، یک "انتقال" و از دید بیمه‌گر، یک سازوکار "انباشت" است.

ریسک‌های بسیاری از خسارت‌های اقتصادی وجود دارند که هیچ شرکت بیمه‌ای حاضر به پوشش آن‌ها نیست. از دید مدیریت ریسک ریسک‌های ایده‌آلی که قابلیت بیمه شدن دارند عبارت‌اند از: ریسک

مخض، ریسک ایستا و ریسک خاص. شرط اصلی برای وجود قرارداد بیمه وجود تعداد زیادی از واحدهای در معرض خسارت مشابه است. آن چه قرارداد بیمه را امکان‌پذیر می‌کند، انباشت تعداد زیادی موارد در معرض خسارت است که همگن و مستقل از یکدیگرند.

این خطرها در قالب رشته‌هایی (رشته‌های فعالیت) و مطابق با نظریه احتمالات (قانون اعداد بزرگ) طبقه‌بندی شده‌اند. گرچه میزان احتمال وقوع حادثه به طور دقیق مشخص است، علم آمار برای خطرهای فردی و یا حتی خطرهای مربوط به گروه‌های کوچک کاربرد ندارد. مشابه آن برای شرکت بیمه مشکل است که خطرهای فاجعه‌آمیزی مانند زمین لرزه، سیل یا خسارت‌های جنگی را پوشش دهد، زیرا ممکن است این حوادث تعداد زیادی از بیمه شوندگان را یک‌باره متاثر کند.

برای این که یک ریسک قابلیت بیمه شدن پیدا کند، باید وقوع آن، حالت تصادفی داشته باشد. البته احتمال بیمه کردن ریسک‌هایی که وقوع آن‌ها قطعی است نیز وجود دارد، به شرطی که در مورد زمان وقوع حادثه یا مبلغ خسارت احتمالی، نااطمینانی وجود داشته باشد.

مزیت مستقیم قرارداد بیمه به ازای پرداخت ثابتی عبارت است از، مبادله نبود اطمینان مرتبط با وقوع خسارت بالقوه، در برابر اطمینان از جبران خسارت، در صورتی که بیمه‌گذار با آن خسارت روبه‌رو شود. تضمین خسارت یا جبران خسارت در برابر نبود اطمینان، نخستین فایده‌ای است که افراد یا بنگاه‌ها قرارداد بیمه را خواهند خرید.

کاهش نااطمینانی عامل انگیزشی دیگری برای خرید بیمه است زیرا افراد ریسک‌گریز هستند. اطمینان داشتن از نتیجه یک شرایط ریسکی، در حالت ترتیب نامین مالی پیش از خسارت، یکی از هدف‌های مدیریت ریسک است.

هر چند قراردادهای بیمه هزینه‌های مبادلاتی و اطلاعاتی را به بار می‌آورند در سطح اقتصاد کلان، صنعت بیمه به شکل‌گیری درآمد ملی کمک می‌کند. خدماتی که بیمه‌گر ارائه می‌کند نوعی از خدمات واسطه‌ای است و هزینه بیمه را که معیاری برای نشان دادن تمایل جامعه برای داشتن نظام بیمه (پرداخت حقوق و دستمزد، کارمزدها و سود سهام) است امکان‌پذیر می‌کند.

قراردادهای بیمه، در کلیه کشورها، نه تنها وابسته به مجموعه‌ای از قوانین پایه‌ای هستند که همه انواع قراردادها را تحت شعاع قرار می‌دهند، قوانین جداگانه‌ای نیز وضع شده‌اند تا مسائل مرتبط با بیمه را سامان دهند. برای این که یک قرارداد اعتبار قانونی داشته باشد باید ۱. دو طرف قرارداد (که معمولاً به "پیشنهاد و قبول" اشاره دارد) توافق کنند؛ ۲. موضوع قرارداد با ارزش باشد؛ ۳. هدف و ظرفیت قانونی داشته باشد. علاوه بر حصول شرایط ضروری قراردادها، عناصر معینی وجود دارد که مختص بیمه‌نامه است. به طور کلی بیمه‌نامه عقدی یک طرفه است که فقط بیمه‌گر متعهد می‌شود. همچنین بیمه‌نامه قراردادی مشروط و مقید به دو احتمال وقوع است.

مقررات، قابلیت دسترس به بیمه را با ملاحظه نوع پوششی که می‌توان تعهد کرد و نوع سازمانی که می‌تواند متعهد قراردادهای بیمه شود تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، بیشتر کشورها قانون، شرکت‌های بیمه را مجبور می‌کند تا به طور تخصصی در بیمه عمر یا بیمه اموال و مسؤلیت فعالیت کنند. در سال‌های اولیه فعالیت بیمه، هر رشته از امور بیمه باید جداگانه تأیید شود. از این نظر، مقررات از نظر عرف در آمریکا سخت‌گیرانه‌تر از مقررات در انگلیس بوده است.

وقتی که دولت خودش فعالیت بیمه‌ای انجام می‌دهد، از ابزارهای سیاسی سود می‌برد تا از موقعیت خود در بازار بیمه حمایت کند، یا عقد بعضی از قراردادهای بیمه در رشته‌های معینی را ممنوع می‌کند. برای مثال، بیمه درمان بخشی از نظام تأمین اجتماعی بسیاری از کشورهای اروپایی است که دولت‌ها اداره می‌کنند.

اغلب کشورها با وضع قانون الزام می‌کنند که نفع قابل بیمه داخلی را شرکت‌هایی که در داخل کشور مجوز تأسیس گرفته‌اند باید بیمه کنند. البته هنگامی که عامل اقتصادی در محلی متفاوت از محل نفع قابل بیمه قرارداد ممکن است وضع متضادی ایجاد شود (این مشکل معمولاً در بیمه بازربری پیش می‌آید).

قیمت‌گذاری مناسب، پایه و اساس وجود قراردادهای بیمه است و روش‌ها و تکنیک‌های ویژه‌ای برای قیمت‌گذاری محصولات مختلف بیمه‌ای به وجود آمده است. قیمت‌گذاری یک قرارداد بیمه را می‌توان به صورت فرایند محاسبه خسارت‌های انتظاری که باید به خسارت دیدگان پرداخت شود و هزینه‌های مرتبط با ریسک خسارت بالقوه توصیف کرد.

پیش‌بینی خسارت‌ها در صورتی دقیق است که شناسایی مناسبی از ریسک و تعداد زیادی از خسارت‌های در معرض مشابه (ویژگی‌های یک ریسک قابل بیمه ایده‌آل) وجود داشته باشد، تا از طریق آن فراوانی و شدت انتظاری، خسارت‌ها محاسبه شود.

به چشم‌پوشی از هزینه‌های معاملاتی، یک بیمه‌گر با تعیین حق بیمه معادل با ارزش انتظاری خسارت‌های وارده به تعداد بسیار زیادی از بیمه‌گذاران انتظار دارد که نتیجه عملیاتی‌اش نه سود داشته باشد نه زیان. حق بیمه‌ای که به این روش به دست می‌آید حق بیمه خالص و یا "حق بیمه منصفانه" گویند.

بخش هزینه‌های یک نرخ یا حق بیمه، عنصر مهمی در قیمت‌گذاری قرارداد بیمه است. تمامی هزینه‌هایی که انتظار می‌رود بیمه‌گر با آن‌ها مواجه شود، از جمله هزینه‌های فروش مانند کارمزد واسطه‌ها و سایر هزینه‌های اداری، باید مدنظر قرار گیرد. "رقابتی بودن" یک "حق بیمه بازرگانی" به نحوه اعمال هزینه‌ها و مازاد و سود نهایی در حق بیمه بستگی دارد.

میزانی که شرکت بیمه تعیین می‌کند از بسیاری از جنبه‌های ذهنی و مرتبط با پیش‌بینی‌ها متأثر است اما این میزان نه تنها باید اصول انصاف را منعکس کند بلکه برخی از ملاحظات تجاری نیز باید در نظر گرفته شوند. نرخ بیمه باید متناسب، منطقی و منصفانه باشد. در بسیاری از کشورها کاربرد این اصول در شرکت‌های بیمه، تحت نظارت سازمان مربوط به تعیین مقررات بیمه است. (در ایران بیمه مرکزی ایران این نظارت را انجام می‌دهد) در تعیین میزان بیمه برای جبران هزینه‌های معاملاتی (کارمزد فروش و هزینه‌های اداری قرارداد) و نیز برای فراهم کردن حاشیه سود معمولاً یک درصد ثابتی به نرخ بیمه اضافه می‌شود. معمولاً در چنین مواقعی هزینه‌های کسب بیمه را از هزینه‌های اداری جدا می‌کنند. پرداخت کارمزد واسطه‌ها (کارگزاران و نمایندگان) و برخی از هزینه‌های انگیزشی جزو هزینه‌های جلب بیمه‌گذار محسوب می‌شود.

نهاد‌های قانونی بیمه (وضع‌کنندگان مقررات بیمه‌ای) به تازگی نه تنها بر مسائل سنتی مرتبط با هدف‌های اقتصادی تنظیم مقررات، بلکه بر سیاست‌های عمومی دربرگیرنده افشای هزینه بیمه برای بیمه‌گذاران و ممنوعیت تبعیض قیمتی غیرعادلانه تأکید می‌کنند. بی شک در چنین شرایطی تثبیت میزان کارمزد در ساختار میزان حق بیمه مشمول تصویب یا

کنترل شدید نهادهای نظارتی بیمه بوده است.

زمانی که بیمه تنها با قیمت بالا در دسترس باشد، سازمان‌ها به جای مراجعه به بیمه‌گر بازرگانی، به نگهداشت ریسک روی می‌آورند. پوشش کامل بیمه از دیدگاه بیمه‌گر به علت وجود خطر اخلاقی و انتخاب نامساعد و از نظر فرد بیمه شده نیز به علت بالا بودن هزینه معاملات، ممکن است بهینه و مطلوب نباشد. برای مثال، اگر هزینه‌هایی که بیمه‌گر برای جبران خسارت‌های کوچک متحمل می‌شود به طور نامتناسبی بالا باشد، به اعمال مبلغ کاستنی منجر می‌شود که باید مورد قبول بیمه‌گذار قرار گیرد.

بیمه جزئی به معنای وجود برخی از انواع اشتراک در ریسک در قراردادهای بیمه است. کاستنی‌ها، بیمه مشترک و محدودیت‌های بیمه‌نامه‌ای سه شکل رایج بیمه جزئی هستند. کاستنی معمولاً از دیگر ابزارهای اشتراک متناسب، مانند بیمه مشترک، کارتر است، زیرا هم بیمه‌گذار و هم بیمه‌گر را از هزینه‌های تصفیه خسارت معاف می‌کند. معمولاً پنگاه‌ها برای پرهیز از هزینه‌های تصفیه خسارت‌های ناچیز که به آسانی تأمین مالی می‌شوند، کاستنی‌های نسبتاً زیاد را ترجیح می‌دهند. تأثیر کاستنی‌ها بر توزیع خسارت، شدت خسارت‌ها را کاهش می‌دهد ولی تأثیری بر فراوانی خسارت‌ها ندارد. هر چه مقدار کاستنی بیشتر باشد، کاهش در حق بیمه بیشتر خواهد بود، زیرا احتمال وقوع خسارت‌های کوچک معمولاً بسیار بیشتر از وقوع خسارت‌های بزرگ است.

اگر بیمه جزئی خریداری شود، ضرورت دارد که با دیگر تصمیم‌های مالی، بخش‌های نگاه‌داری شده خسارت‌های انتظاری تأمین مالی شوند. نگهداشت معمولاً به عنوان تصمیم مدیر ریسک مبنی بر نگاه‌داری تمام یا بخشی از تأمین مالی پیش از وقوع خسارت تعریف می‌شود. اگر نگهداشت بدون برنامه‌ریزی باشد، بدیهی است که خسارت‌ها باید از هر منبع مالی در دسترس بنگاه پرداخت شود. اگر مدیر ریسک از وجود امکان و وقوع خسارت آگاه نباشد و در صدد مقابله با آن برنیاید، این بی‌توجهی وی ممکن است پیامدهای وخیمی برای بنگاه به همراه داشته باشد.

نگهداشت برنامه‌ریزی شده، نتیجه تصمیم‌گیری مدیریت ریسک است. بدیهی است که اگر پوشش بیمه‌ای در دسترس نباشد، نگهداشت تنها ابزار ممکن پنگاه برای تأمین مالی ریسک خواهد بود.

مسئله بحرانی که مدیر ریسک با آن مواجه است، تصمیم‌گیری در مورد سطح بهینه نگهداشت است. هدف این است که هزینه‌ها را با نگاه‌داری بیشترین خسارت‌های قابل پیش‌بینی کاهش دهیم. تصمیم‌گیری‌های مربوط به نگهداشت، اغلب براساس اطلاعات موجود در مورد امکان وقوع خسارت، امکان صرفه‌جویی ناشی از کاهش هزینه بنگاه، هدف‌های ویژه مدیریتی و تمایل به ریسک‌گریزی مدیران استوار است.

مفهوم خود بیمه‌گری: به نظر می‌رسد که واژه‌های "خود" و "بیمه" متناقض باشند. یکی از ایده‌های اساسی بیمه، انتقال ریسک مالی به شخص دیگری به نام بیمه‌گر است. با وجود این، مبنای استفاده از سازوکار بیمه، وجود تعداد زیادی از واحدهای در معرض خسارت‌های همگن و مستقل است. خود بیمه‌گری فقط زمانی امکان‌پذیر است که خود بیمه‌گر بالقوه، با دارا بودن حجم مناسبی از واحدهای در معرض خسارت، توانایی لازم برای پیش‌بینی معقول و منطقی از تحمل خسارت را داشته باشد. پیامد این فرض آن است که خود بیمه‌گری نمی‌تواند بدون پشتوانه مالی صورت پذیرد. از آن جا که گاهی خود بیمه‌گری، بیمه تلقی نمی‌شود در نتیجه ابهام‌هایی از لحاظ معنایی در تعریف آن مشاهده می‌شود.

مبانی نظری و عملی بیمه

ژان فرانسوا اوبرونل

میرحاجان:

دکتر عبدالناصر همس

دکتر علی دهقانی

بیمه مرکزی ایران

آن را ارائه می‌کند ولی در سایر کشورها، موسسه‌های بیمه خصوصی این خدمت را عرضه می‌کنند.

بازارهای بیمه: بیمه به دو بخش دریایی و بیمه غیردریایی تقسیم می‌شود. بیمه غیردریایی به بیمه اشخاص، بیمه مسؤلیت و بیمه اموال (بیمه خسارت) تقسیم می‌شود. کارل

بورچ پیشنهاد می‌کند که فعالیت بیمه‌ای را به سه حوزه بیمه‌های زندگی، بیمه‌های کسب و کار و بیمه خانوار، تقسیم کنیم. برای رسیدن به یک طبقه‌بندی مناسب، بازارهای بیمه را به پنج حوزه یعنی بیمه فردی، بیمه خانوار، بیمه کسب و کار، بیمه مزایای کارکنان و بیمه اجتماعی تقسیم می‌کنیم.

شرکت‌های بیمه را بر مبنای انواع پوشش‌های بیمه‌ای که ارائه می‌کنند و ساختار قانونی که براساس آن اداره می‌شوند می‌توان طبقه‌بندی کرد. به شرکت‌های بیمه‌ای که قراردادهای بیمه را با بیمه‌گذار منعقد می‌کنند بیمه‌گران اولیه (یا مستقیم) گفته می‌شود. به شرکت‌هایی نیز که بخشی از ریسک تحت پوشش بیمه‌گران مستقیم را در یک قرارداد جداگانه تحت پوشش خود می‌گیرند. شرکت‌های بیمه اتکایی یا بیمه‌گران اتکایی می‌گویند. در مقایسه با سایر قراردادهای مالی، بازار بیمه اتکایی را می‌توان بازار ثانویه توصیف کرد.

در بیشتر کشورها، بیمه‌گران مستقیم از نظر قانونی به دو گروه تقسیم می‌شوند. ۱. شرکت‌های بیمه زندگی؛ ۲. شرکت‌های بیمه غیرزندگی (اموال، مسؤلیت یا عمومی). در بسیاری از کشورها، شرکت‌های بیمه تحت پوشش یک نام، هر دو فعالیت بیمه‌های زندگی و غیرزندگی را انجام می‌دهند، اما به دلایل قانونی و نظارتی، دو واحد مستقل از هم دارند. بیمه درمان، به دلیل وجود طرح‌های بیمه اجتماعی در بعضی از کشورها، یک مورد استثنایی محسوب می‌شود زیرا در برخی از کشورها شرکت‌های بیمه زندگی و یا در سایر کشورها شرکت‌های بیمه غیرزندگی، این نوع بیمه را عرضه می‌کنند.

طبقه‌بندی شرکت‌های بیمه از نظر شرایط حقوقی عبارت‌اند از:

شرکت سهامی بیمه، شرکتی است که سهامداران، مالک آن هستند. سهامداران بر مبنای تعداد سهام خود حق رأی دارند و بر همین اساس نیز سود سهام دریافت می‌کنند. سهامدار لزوماً بیمه‌گذار شرکت نیست.

مفهوم شرکت بیمه اختصاصی:

شرکت بیمه اختصاصی، نمونه‌ای از برنامه خود بیمه‌گری است. بیمه‌گر اختصاصی ممکن است به معنای یک شرکت بیمه کاملاً وابسته به شرکت مادر تعریف شود که وظیفه اولیه آن، بیمه کردن تمام یا بخشی از خسارت‌های احتمالی شرکت مادر است.

اصطلاح 'Captive' در فرهنگ و بستر به مفهوم 'در تملک یا کنترل قرار گرفتن یک بنگاه اقتصادی توسط بنگاهی دیگر برای رفع نیاز بنگاه اصلی به جای فعالیت در بازار' تعریف شده است.

تعریفی که باکوت پیشنهاد کرده این است: 'شرکت بیمه اختصاصی، شرکت بیمه‌ای است که فقط بخشی یا تمام ریسک‌های مربوط به شرکت مادر را بیمه می‌کند'. شرکت بیمه اختصاصی به یک یا چند سازمان بزرگ غیربیمه‌ای تعلق دارد.

طبقه‌بندی خدمات بیمه: باید گفت، بیمه یک خدمت (یا محصول) مالی همگن نیست. انواع متعددی از پوشش‌های بیمه وجود دارند که نه تنها هرگز جایگزین یکدیگر نیستند بلکه خدمات مکمل یکدیگر هم محسوب نمی‌شوند، بنابراین شایسته نیست که درباره وجود یک بازار بیمه صحبت کنیم. به بیان بهتر، در دنیای واقعی بازارهای متفاوت بسیاری وجود دارند. طبقه‌بندی بازارهای متفاوت بیمه، معمولاً براساس مفهوم نفع قابل بیمه یا براساس ماهیت خطرهایی که بیمه‌گذار با آن روبه‌روست، انجام می‌گیرد.

اصولاً تمایزی اساسی بین 'بیمه اجتماعی' و 'بیمه خصوصی' وجود دارد. بیمه اجتماعی براساس این نظریه شکل گرفته است که عامل‌های اقتصادی با ریسک‌های عامی روبه‌رو هستند که خود از عهده عواقب این گونه ریسک‌ها بر نمی‌آیند. بیمه اجتماعی، بیمه‌ای اجباری است که منافع آن را قانون تعیین می‌کند ولی بیمه خصوصی شامل بیشتر بیمه‌های اختیاری می‌شود که برای پوشش ریسک‌های خاص در نظر گرفته شده است. البته، معیار واحدی برای تمایز بین این دو، که در همه جا کاربرد داشته باشد وجود ندارد. برخی از بیمه‌های خصوصی را دولت به فروش می‌رساند و همه بیمه‌های اجباری نیز از نوع بیمه‌های اجتماعی نیستند. بیمه درمان مثال مناسبی از پوشش بیمه‌ای است که در بعضی از کشورها زیرمجموعه بیمه‌های اجتماعی محسوب می‌شود و دولت (یک مؤسسه بیمه دولتی)

بعضی دیگر اختیار دارند تا شرکت را در مورد قراردادهای بیمه‌ای که به یک بیمه‌گذار بالقوه پیشنهاد می‌کنند، متعهد کنند.

کارگزار بیمه

کارگزار بیمه کسی است که به وکالت از طرف مشتری خود یعنی بیمه‌گذار بالقوه با اختیارات محدودی که دارد، برای یافتن شرکت بیمه‌ای که مایل به پذیرش امور بیمه‌ای مشتری وی باشد، اقدام کند. کارگزار بیمه خود بیمه‌گذار بالقوه است و بدیهی است که برخلاف نماینده شرکت بیمه، فعالیتش محدود می‌شود برای شرکت به وجود نمی‌آورد. به کارگزار نیز کارمزدی پرداخت می‌شود که از بیمه‌گر یعنی کسی که برایش کار انجام داده است دریافت می‌کند.

از نظر درجه تمرکز در بازارهای بیمه وجود تعداد زیادی از بنگاه‌هایی که اصولاً محصولات مشابهی تولید می‌کنند، به تنهایی تضمین کننده وجود ساختار بازار رقابتی در آن صنعت نیست. وجود سطح تمرکز بالا در صنعت

شرکت بیمه متقابل، از لحاظ نظری یک شرکت غیرانتفاعی است. صاحبان شرکت همان بیمه‌گذارانی هستند که این شرکت آن‌ها را بیمه کرده است و بنابراین سهامداران دیگری وجود ندارند. شرکت‌های بیمه تعاونی، شبیه شرکت‌های بیمه متقابل هستند که برای تأمین منافع بیمه‌گذاران سازمان‌دهی می‌شوند.

اتحادیه‌های لویدرز

مشهورترین بیمه‌گر جهان، یعنی لویدرز، یک شرکت بیمه نیست بلکه انجمنی از افراد (بیمه‌گران) است که برای ارائه پوشش‌های بیمه‌ای، دور هم جمع شده و سازمان یافته‌اند. لویدرز لندن بیش از ۳۲۰۰۰ عضو دارد که به آن‌ها "نام‌ها" گفته می‌شود و در بیش از ۴۰۰ سنشیکا دوباره گروه‌بندی شده‌اند. اعضای اصلی بازار بیمه لویدرز عبارتند از، کارگزارانی که انواع تقاضاهای بیمه‌ای را وارد این بازار می‌کنند، بیمه‌گران فعلی که قیمت را تعیین و بیمه‌نامه صادر می‌کنند، نمایندگان بیمه‌گری که بیمه‌گران را

کارگزار بیمه
کسی است که به وکالت
از طرف مشتری خود
یعنی بیمه‌گذار بالقوه
با اختیارات محدودی که دارد
برای یافتن شرکت بیمه‌ای
که مایل به پذیرش امور بیمه‌ای
مشتری وی باشد
اقدام کند



نیز ضرورتاً سبب افزایش کارایی و سودآوری نمی‌شود. با وجود این، ساختار بازار و صنعت بیمه اهمیت بسیاری دارد، زیرا با وجود شرایط فنی، مانند ظرفیت بالای بیمه‌گری، می‌توان عملکرد بازار را در صنعت بیمه تعیین کرد. درجه تمرکز یک بازار را با شمارش تعداد شرکت‌های فعال در آن بازار اندازه‌گیری نمی‌کنند. آن چه شمارش می‌شود تعداد بالقوه شرکت‌هایی است که رقیب سرسخت هم محسوب می‌شوند. رانت ریکار دوپلی، نباید با درآمد انحصاری اشتباه گرفته شود.

جرپان وجود عملیات یک شرکت بیمه

بیمه یک فرایند واسطه‌گری مالی است، زیرا چرخه تولید در آن معکوس شده است. به عبارت دیگر، افراد پیش از این که خدماتی دریافت کنند بهای آن را می‌پردازند. حق بیمه ناخالص برای پرداخت کارمزد نمایندگی‌های شرکت‌های بیمه و هزینه‌های اداری شرکت بیمه، به کار برده می‌شود. خدمات‌رسانی نهایی شرکت بیمه در زمان خسارت انجام می‌گیرد و بنابراین پرداخت خسارت به بیمه‌شدگان گاهی به‌عنوان خدمت و یا ستانده یک شرکت بیمه محسوب می‌شود. از آن‌جا که خسارت‌ها لزوماً در همان سالی

مدیریت و "نام‌ها" را دور هم جمع می‌کنند تا از سندیکاها حمایت و پشتیبانی به عمل آورند و در نهایت "نام‌ها" هستند که جنبه‌های فنی ظرفیت پذیرش ریسک را در لویدرز تأمین می‌کنند.

عملیات لویدرز لندن از ۱۶۸۸ یعنی زمانی که ادوارد لویدرز، قهوه‌خانه لویدرز را افتتاح کرد آغاز شده و تکامل یافته است. این مؤسسه در ۱۸۷۱ با تصویب قانونی در پارلمان، به نام شرکت لویدرز به ثبت رسید.

توزیع خدمات بیمه‌ای

قطع نظر از تشکیلات قانونی شرکت‌های بیمه، توزیع خدمات بیمه‌ای، به بازار کالاها و خدمات بیمه‌گذاران بالقوه بستگی دارد.

نمایندگی بیمه

نمایندگی بیمه، فردی است که نمایندگی شرکت بیمه را دارد. او اختیارات خود را از شرکت (اصلی) دریافت می‌کند و حقوق و وظایف طرفین در قراردادی که معمولاً به آن قرارداد نمایندگی می‌گویند تعیین می‌شود. بعضی از نمایندگی‌های بیمه فقط موظف به جذب مشتری هستند، اما

که حق بیمه وصول شده است اتفاق نمی افتد ذخایر فنی نشان دهندند تعهدات شرکت بیمه در برابر بیمه گذاران است.

مشارکت صنعت بیمه در اقتصاد ملی از طریق سرمایه گذاری ذخایر فنی در کلیه اقلام دارایی های مالی و واقعی تحقق می یابد. بازده این سرمایه گذاری ها منبع مهم دیگری برای شرکت های بیمه است. شرکت های بیمه می توانند از طریق سرمایه گذاری مجدد بخشی از (و یا کل) عواید حاصل از عملکرد هر سال شرکت ارزش دارایی های خود را افزایش دهند. عواید حاصل از عملیات بیمه ای در صورتی تحقق می یابد که درآمد حاصل از حق بیمه بیش از وجوه لازم برای پرداخت کلیه هزینه ها و جبران خسارت ها باشد و ذخایر مناسبی نیز برای ایفای تعهدات در برابر بیمه گذاران وجود داشته باشد.

امور مالی و سرمایه گذاری

وجوه پرداخت شده صاحبان شرکت و ذخایر شرکت برای ایفای تعهدات در برابر بیمه گذاران، مهمترین منابع دارایی های شرکت بیمه است. در کلیه کشورها برای تأسیس شرکت بیمه حداقل سرمایه اولیه و مقابله وجوه مازاد مورد نیاز است. در شرکت های سهامی، این سرمایه و وجوه را سهامداران تأمین می کنند. در شرکت های بیمه متقابل، سرمایه اولیه را معمولاً سرمایه تضمین شده می نامند.

پس از این که شرکت با وجوه مازاد اولیه سازمان دهی شد می تواند فعالیت خود را شروع کند. ارزش خالص (وجوه مازاد بیمه گذاران)، مازاد دارایی در برابر تعهدات شرکت است. منابع درآمدی بالقوه شرکت شامل سود عملیات بیمه ای شرکت (سود بیمه گری) و عواید ناشی از سرمایه گذاری هاست. شرکت بیمه در هر سال می تواند از این دو طریق، وجوه بازار خود را افزایش دهد و یا آن را بین سهامداران و بیمه گذاران (در مورد شرکت بیمه متقابل) تقسیم کند. با وجود این، بیشتر شرکت های بیمه ترجیح می دهند که وجوه مازاد خویش را با هدف تأمین نیازهای مالی رشد شرکت افزایش دهند.

واحد سرمایه گذاری در شرکت بیمه، وظیفه مدیریت سبد دارایی های مالی شرکت را بر عهده دارد، اما راهبرد سرمایه گذاری را بالاترین سطح مدیریت شرکت تعیین می کند.

در بسیاری از کشورها، سرمایه گذاری های شرکت های بیمه تحت قوانین و مقررات انجام می گیرد و به طور دقیق نظارت می شود.

تعهدات شرکت های بیمه:

بخش بزرگی از تعهدات یک شرکت بیمه مبالغی است که برای پرداخت خسارت های آتی به بیمه گذاران مورد نیاز است. تعهدات شامل تمام ذخایری است که ماهیت فعالیت را الزامی می کند. تقریباً در کلیه کشورها، الزامات و توصیه ها را نهاد نظارتی بیمه تعیین می کند (و یا حتی این الزامات، بخشی از قانون بیمه است). ذخایر اختیاری و عمومی که ماهیتاً جزو تعهدات محسوب نمی شوند در صورت حساب سالانه شرکت های بیمه، همراه با وجوه سرمایه ای و تضمینی، به عنوان بخشی از مازاد بیمه گذاران انعکاس می یابند.

ذخایر خسارت:

کل میزان ذخایر خسارت یک بیمه گر، متناظر با تمام ادعاهای خسارت های آتی شناخته شده و ناشناخته ای است که یک شرکت بیمه

برای یک پوشش بیمه ای با آن روبه روست این ذخایر معمولاً به چهار دسته طبقه بندی می شوند:

۱. خسارت های اعلام شده و ارزیابی شده اما هنوز پرداخت نشده؛
۲. خسارت های اعلام شده اما ارزیابی نشده؛
۳. خسارت های واقع شده اما اعلام نشده؛
۴. هزینه های تصفیه خسارت.

هدف های سرمایه گذاری:

آمادگی برای پرداخت خسارت های آتی و گردش پروتفوی سرمایه گذاری موجود، اینجاب می کند که وجوهی برای سرمایه گذاری های مختلف مالی موجود در بازار مالی فراهم شود. اصل راهنمای اساسی فلسفه سرمایه گذاری پایه ای شرکت های بیمه این است که ماهیت دارایی هایی که در یک پروتفوی باید گنجانده شوند، براساس ماهیت تعهدات تقبل شده تعیین می شود.

بیشتر شرکت های بیمه در جهان، در برنامه سرمایه گذاری خود توجه اصلی را به تضمین اصل سرمایه مطلق می کنند. در داخل مجموعه ای از دارایی ها که شرایط لازم را برای تضمین اصل سرمایه فراهم می کنند، دل مشغولی میدان کسب بالاترین بازده ممکن است. محدودیت سوم، نقدینگی پروتفوی در زمانی است که برای پرداخت به موقع خسارت یا تأمین خسارت های غیرمنتظره، به پول نقد نیاز باشد.

درآمد ناشی از سرمایه گذاری، در کاهش هزینه بیمه برای بیمه گذار نیز اهمیت دارد. برای محاسبه حق بیمه ها در بیمه زندگی، یک حداقل نرخ تضمین شده بازده فرض می شود. درآمد ناشی از سرمایه گذاری، علاوه بر هدف تعریف شده، در پرداخت سود سهام مربوط به قراردادهای بیمه زندگی نیز منعکس می شود.

در سال های اخیر اهمیت عملکرد سرمایه گذاری بیشتر به دلیل افزایش رقابت در ارائه خدمات مالی و رقابت بین شرکت های بیمه زندگی و سایر رقیبان آن ها به طور چشم گیری افزایش یافته است. معرفی و گسترش محصولات حساس به میزان بهره نیز دغدغه های مدیریت را در مورد هدف ها و راهبرد سرمایه گذاری تغییر داده است.

بیمه اتکایی:

به معامله بین دو شرکت بیمه که طی آن یک شرکت، قرارداد بیمه ای را برای شرکت بیمه دیگر صادر می کند بیمه اتکایی گفته می شود.

به بیان ساده، بیمه اتکایی را می توان به انتقال مسؤلیت از یک شرکت واگذار کننده بیمه (شرکت اولیه ای که پیشتر بیمه نامه را صادر کرده است) به شرکت بیمه دیگر (شرکت بیمه اتکایی) تعریف کرد. انتقال یک ریسک به شرکت بیمه اتکایی را واگذاری گویند. معمولاً به این حالت، بیمه کردن یک شرکت بیمه گفته می شود. ممکن است شرکت بیمه اتکایی نیز قسمتی از تعهدات خود را به شرکت بیمه دیگری منتقل کند. این انتقال دوم، واگذاری مجدد نامیده می شود و شرکت بیمه اتکایی مذکور را واگذار کننده مجدد گویند.

هیچ شرکت بیمه ای به تنهایی ظرفیت مالی کافی برای پوشش بیمه ای تعداد نامحدودی از قراردادها را در هر یک از رشته های بیمه ای ندارد. مشابه این، یک شرکت بیمه همیشه با توجه به اندازه هر ریسک واحدی که بتواند آن ها را با اطمینان بپذیرد، محدودیت دارد. ممکن است گفته شود که اگر ریسکی برای یک شرکت بسیار زیاد باشد، می توان این

ریسک را بین چند شرکت بیمه تقسیم کرد. این فرایند، بیمه مشترک نامیده می‌شود که هنوز هم در بین شرکت‌های بیمه متداول است. بیمه اتکایی از شرایطی که چند شرکت بیمه بخش‌هایی از یک خسارت احتمالی را جداگانه بیمه کرده باشند، به مراتب کارتر است و هزینه کمتری دارد. همچنین بیمه اتکایی روشی کارا در پخش ریسک در بین چند شرکت است اما برای پاسخ به این پرسش که چرا یک شرکت بیمه، خرید یک قرارداد بیمه اتکایی را سودمند می‌داند، دلایل دیگری نیز وجود دارد. کارکردها یا امتیازات بیمه اتکایی شامل مواردی است:

۱. تأمین مالی؛
۲. افزایش ظرفیت؛
۳. تثبیت هزینه‌های خسارت؛
۴. حمایت در برابر حوادث فاجعه‌آمیز؛
۵. مساعدت در بیمه‌گری؛

۶. تسهیل ورود و خروج از قلمرو جغرافیایی یا یک حوزه فعالیت بیمه‌ای.

اصول یک برنامه بیمه اتکایی:

نخستین گام در تهیه یک برنامه بیمه اتکایی برای شرکت بیمه، انتخاب تعداد صحیح نگهداری خالص و حدود پوشش بیمه اتکایی است. اگر سطح نگهداشت خیلی پایین باشد، شرکت از سرمایه و مازاد خود استفاده مؤثر نخواهد کرد. سطح پایین نگهداشت، به معنای نتایج نامطلوب در بیمه‌گری و درآمد سرمایه‌کمز برای شرکت بیمه و همچنین نشان دهنده مشارکت نکردن بیمه‌گرا اصلی است. هرگاه سهم زیاد یا تمام ریسک، بیمه اتکایی شود به این عمل "قبول ریسک به نیت واگذاری کامل" گویند که یک فعالیت ضعیف بیمه‌ای قلمداد و از آن انتقال شده است. اگر سطح نگهداشت خیلی بالا باشد بیمه‌گر، ریسکی با تغییرات زیاد در نتایج را تقبل کرده که در موارد خیلی شدید ممکن است به شکست مالی بینجامد.

صندوق‌های مشترک:

صندوق مشترک بیمه اتکایی بر این اصل استوار است که همه اعضا برای گروه خاصی از ریسک‌ها صندوقی عمومی تشکیل می‌دهند و به نسبت‌های توافقی در کل خسارت‌هایی که به وجود می‌آیند، مشارکت می‌کنند. سود، زیان و هزینه‌ها نیز به یک نسبت بین اعضا تقسیم می‌شود. مزیت اصلی صندوق مشترک، ایجاد ظرفیت برای ریسک‌هایی با ماهیت فاجعه‌آمیز طبیعی یا مواردی از ریسک‌های بزرگ (مانند ریسک‌های هواپیمایی) است.

فشارهای دولتی نیز نیروی اولیه‌ای برای تشکیل بعضی از صندوق‌ها مثل صندوق مشترک انرژی هسته‌ای است. همچنین در بعضی از طبقات ریسک‌ها مانند بیمه محصولات کشاورزی و پوشش‌های بیمه‌ای دام، که علاوه بر حجم بالا مشکلات دیگری نیز دارند، از صندوق مشترک استفاده می‌شود. ممکن است گروهی از شرکت‌های بیمه اصلی یا شرکت‌های بیمه اتکایی نیز برای افزایش سود، یک نظام مشارکتی مانند صندوق مشترک "فیر" تشکیل دهند.

در برخی از کشورهای در حال توسعه، صندوق‌های مشترک برای کاهش جریان حق بیمه‌های اتکایی به بیمه‌گران خارج از این مناطق تشکیل شده‌اند.

نظارت بر عملیات بیمه:

بر سر این موضوع که نظارت بیمه‌ای یک نیاز اساسی برای توسعه با ثبات فعالیت‌های بیمه‌ای است، توافق همگانی وجود دارد. اصل دخالت دولت تقریباً در کلیه کشورها پذیرفته شده است، اما واقع‌بینانه نخواهد بود که انتظار داشته باشیم بر سر روش‌ها و میزان دخالت دولت، یک توافق همگانی وجود داشته باشد.

دیدگاه عمومی درباره مقررات این گونه بیان می‌دارد که تنظیم مقررات برای تصحیح شکست‌های بازار، آثار خارجی اطلاعات ناقص و حمایت از مصرف‌کنندگان صورت می‌گیرد.

سه انگیزه اصلی برای تنظیم مقررات و نظارت بر واسطه‌های مالی وجود دارد:

۱. مراقبت احتیاطی در مورد ثبات کلی نظام مالی (عقلانیت کلان)؛
۲. حمایت احتیاطی از سپرده‌گذاران و سرمایه‌گذاران (عقلانیت خرد)؛
۳. جلوگیری از تمرکز بیش از اندازه قدرت اقتصادی و ارتقای رقابت بین مؤسسه‌های مالی.

دو دلیل برای طبقه‌بندی بیمه به عنوان یک کسب و کار دارای منافع عمومی وجود دارد. ۱. شرکت‌های بیمه تعهدات آبی پیچیده‌ای می‌فروشند، نه عملکرد فوری ۲. کسب و کار بیمه‌ای، پتانسیل درخور توجهی برای تبعیض و سوء استفاده از مصرف‌کنندگان دارد.

گرچه امروزه تمایل به آزادسازی خدمات مالی دارند، اما بر سر این موضوع که نظارت بر بیمه یک نیاز اساسی برای توسعه همه جانبه فعالیت بیمه‌ای است، یک توافق عمومی وجود دارد. فعالیت‌های تنظیم مقررات بیمه‌ای به دو دسته تقسیم می‌شوند: ۱. مقررات مربوط به توانگری؛ ۲. تنظیم مقررات بازار بیمه.

تنظیم مقررات مربوط به توانگری برای حمایت از جامعه در برابر ریسک مربوط به توانگر نبودن شرکت‌های بیمه صورت می‌پذیرد تنظیم بازار بیمه، مرتبط با کارایی اقتصادی بازار بیمه است. یک بازار وقتی مناسب است که دارای این شرایط باشد:

۱. همه گروه‌های ذی‌نفع، اطلاعات کافی و مناسب داشته باشند.
۲. بازار با توجه به تغییرات عرضه و تقاضا به سرعت تعدیل شود.
۳. در بازار رقابت کافی وجود داشته باشد.

مقررات بیمه‌ای در کشورهای مختلف، به دلیل هدف‌های ملی متفاوت در حمایت از مصرف‌کننده و یا براساس هدف‌های اقتصادی ملی متفاوت است. اصل نظارت بر شرکت‌های بیمه و چارچوب قانونی فرایند تنظیم مقررات در کشورهای مختلف را نظام قانونی این کشورها مشخص می‌کند.

تمایل به حمایت از بیمه‌گذار در برابر فروش پوشش‌های بیمه‌ای شرکت‌های ساختگی و یا ناسالم، دلیل وضع مقررات بیمه‌ای در اواخر سده نوزدهم در اروپا و آمریکا بوده است که تقریباً به طور هم زمان پی‌گیری شد.

تقریباً کلیه ابعاد بیمه، از شکل‌گیری تا انحلال شرکت بیمه، تابع مقررات است. نهاد نظارتی معیارها و استانداردهایی برای مفاد بیمه‌نامه، نرخ‌ها، محدودیت‌های هزینه‌ها، ارزیابی دارایی‌ها و بدهی‌ها، سرمایه‌گذاری وجوه و شرایط لازم برای نمایندگی‌های فروش، تنظیم و ارائه می‌کند. تنظیم مقررات در بعضی از انواع بیمه‌ها دقیق‌تر و کامل‌تر و در برخی موارد، پیچیده‌تر از سایر رشته‌های بیمه‌ای است. درجه و میزان

نظارت در کشورهای مختلف، به ویژه زمانی که اصل حمایت‌گرایی در کانون توجه قرار گرفته باشد متفاوت است.

اصل مجوز قبلی

تقریباً در کلیه کشورهای، هیچ شخصیتی حقیقی یا حقوقی نمی‌تواند در صنعت بیمه فعالیت کند، مگر این که از دولت اجازه قبلی دریافت کرده باشد. قدرت اعطای مجوز به شرکت‌های بیمه (یا فسخ مجوز) یکی از بزرگ‌ترین ابزارهای نظارتی است. در برخی از کشورها، این شرط همان طور که شامل بیمه‌گران می‌شود کارگزاران و نمایندگی‌های شرکت‌های بیمه را نیز در بر می‌گیرد.

الزامات قانونی

نهاد نظارتی تقریباً در کلیه کشورهای، شرکت‌های بیمه را ملزم به رعایت یک رویه قانونی می‌کند که به استثنای انجمن بیمه‌گران، تمام

مالی مواجه‌اند و یا در فعالیت‌های نامناسب درگیرند، شناسایی شوند. نهاد نظارتی در مورد ناتوانگری، گرچه به ندرت اتفاق می‌افتد، باید اقدام‌های لازم را برای احیای شرکت به عمل آورد یا در نهایت، شرکت را منحل کند.

در نظام مالی ملی، صنعت بیمه نقشی اساسی ایفا می‌کند و اعتماد مشتریان به شرکت‌ها و محصولات آن‌ها باید به بهترین نحو بهبود یابد. نهاد نظارتی برای اثربخشی بیشتر باید مشکلات را به موقع شناسایی و عواملی را که باعث به‌وجود آمدن این مشکلات می‌شوند به‌طور مؤثر مشخص کند.

ابزارهای در اختیار نهاد نظارتی:

اولین و مهمترین ابزار نهاد نظارتی، گزارش‌های مالی است که شرکت‌های بیمه مجبور به ارائه آن هستند. این گزارش‌های اجباری، عموماً شامل ترازنامه، حساب‌ها، گزارش ذخایر فنی و صورت وضع

صندوق مشترک بیمه اتکایی

بر این اصل استوار است که

همه اعضا

برای گروه خاصی از ریسک‌ها

صندوقی عمومی تشکیل می‌دهند

و به نسبت‌های توافقی

در کل خسارت‌هایی که

به وجود می‌آیند

مشارکت می‌کنند



دارایی‌هاست. برای سهولت تحلیل، چارچوب این گزارش‌های رسمی را نهاد نظارتی تعیین می‌کند.

در بسیاری از کشورها، نهادهای نظارتی دارای قسمت بازرسی در محل از شرکت‌های بیمه هستند. ممکن است این بازرسی‌ها دوره‌ای و بدون اطلاع قبلی انجام گیرند. برای این که بازرسی‌ها مؤثر واقع شوند بازرسان نهاد نظارتی باید به تمام اسناد محرمانه شرکت بیمه دسترسی داشته باشند.

در تعدادی از کشورها، ادارات رسمی برای رسیدگی به شکایت‌های مشتریان یا در داخل نهاد نظارتی و یا در تشکیلاتی تحت عنوان اداره رسیدگی به شکایت‌ها تاسیس شده‌اند.

رشد صنعت بیمه و افزایش پیچیدگی بازارها، به وجود یک نهاد نظارتی کارا نیاز دارد.

وقتی دامنه مشکلاتی که ممکن است در شرکت‌های بیمه بروز کند و مشکلاتی را که نهاد نظارتی در شناسایی همه عوامل مداخله‌گر باید لحاظ کند در نظر می‌گیریم. به سادگی مشخص می‌شود که هیچ راه حل آسانی جز کارایی واقعی خدمات نهاد نظارتی وجود ندارد.

شرکت‌های داخلی و خارجی معمولاً باید این الزامات را رعایت کنند. همچنین تقریباً در کلیه کشورهای، شرکت‌های بیمه ملزم به تسلیم اسناد و مدارکی به نهاد نظارتی هستند که این اسناد، اصول قراردادی روابط با بیمه‌گذاران را تعیین می‌کند.

معنای توانگری

در متون نظارتی، یک شرکت بیمه وقتی توانگر است که دارایی‌های مجاز آن بیشتر از حداقل سرمایه یا حداقل مازادی باشد که بر طبق قانون موردنیاز است. در عمل، شرکت بیمه زمانی دچار ناتوانگری می‌شود که دیون و تعهداتش در زمان سررسید، بیش از دارایی‌هایش باشد. معمولاً این وضع تا مدتی پس از شروع مشکل، احساس نمی‌شود. تقریباً تمام ناتوانگری‌ها، شامل شکل‌هایی از سوی مدیریت است و شباهت‌های زیادی بین بخش‌های بیمه زندگی و غیرزندگی وجود دارد.

الزامات مربوط به گزارش‌های مالی و به‌کار گرفتن آزمون‌های تشخیص در اطلاعات مالی شرکت بیمه، ابزارهای اولیه نهاد نظارتی است. هدف از بازرسی‌ها این است که تا حد امکان شرکت‌هایی که با مشکلات