

## اصول بیمه

(اصول بیمه قوانین و مقرراتی است که بیمه بر پایه آن استوار است.) .

1. اصل (حد اعلائی) حسن نیت:

تمام قراردادهای و روابط باید مبتنی بر حسن نیت باشد ولی در بیمه، حسن نیت از عوامل اساسی تنظیم رابطه بین تعهدات طرفین است. برای طرفین بیمه گر این امکان وجود ندارد که قبل از صدور بیمه نامه و قبول تعهد جبران خسارت احتمالی هر یک از اموالی را که برای بیمه کردن به او عرضه می شود از نزدیک ملاحظه و کیفیت خطر آن را ارزیابی کند. لذا از نظر قانون بیمه وظایفی برای طرفین قرارداد در نظر گرفته شده (در جهت اجرای اصل حسن نیت) که به شرح زیر است :

الف) اصل حسن نیت در مورد بیمه گذار

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

ب) اصل حسن نیت در مورد بیمه گر

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

از لحاظ ضمانت اجرا : هر یک از طرفین عقد (بیمه گر - بیمه گذار) در صورت تخلف طرف دیگر می تواند عقد بیمه را باطل اعلام کند. بعد از تعریفی که از اصل حسن نیت به عمل آمد، این تذکر لازم است که هر آنچه در قسمت (الف) در بیان و تعریف اصل حسن نیت در وظایف بیمه گذار گفته شد، اصولاً مورد قبول اکثر صاحب نظران این فن است و اگر هم احیاناً اختلاف باشد، این اختلاف بسیار اندک و قابل اغماض است و تأثیری در برداشت کلی از آن ندارد. ولی آنچه در تعریف اصل در شرح وظایف بیمه گر در قسمت (ب) گفته شد، اینچنین نیست و اختلافات اصولی بین نظریات اهل فن درباره آن وجود دارد به طوری که گروهی اعتبار اصل را در این قسمت منحصرأ در اجرای صحیح مفاد و شرایط قرارداد (بیمه نامه) می دانند و بر این باورند که بیمه گر با ایفای به موقع تعهداتش که در قبال بیمه گذار بر ذمه دارد آنچه مقصود و منظور اصل است بجا می آورد. در اینجا آن قسمت از اصل حسن نیت را که مخاطب آن بیمه گذار است توأماً با ماده ۱ قانون بیمه که در بیان عقد بیمه است مورد بررسی قرار می دهیم.

ماده ۱ قانون بیمه : (( بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازای پرداخت وجه یا جوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه گر و طرف تعهد را بیمه گذار و وجهی که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه میشود موضوع بیمه می نامند.))

با این بیان قانونی از عقد بیمه، عمل بیمه گری عبارت است از دریافت حق بیمه از بیمه گذاران و پرداخت خسارت به بیمه گذار زیان دیده (در صورتی که زیان وارده در نتیجه بروز یا وقوع حادثه مورد بیمه باشد). به بیان ساده، افراد (بیمه گذاران) مبالغی پول (حق بیمه) می پردازند تا از محل وجوه جمع آوری شده در صورتی که به هر یک از این افراد بر اثر بروز یا وقوع حادثه مورد بیمه زبانی وارد شود، این زیان جبران گردد. بنابراین باید وجوه جمع آوری شده تکافوی جبران زیان احتمالی افراد را بر اثر بروز حادثه بنماید. پس باید الزاماً رابطه ای بین حق بیمه و خسارت و همچنین بین حق بیمه و احتمال بروز حادثه موجود باشد.

وظایف بیمه گر : بیمه گر در اجرای اصل حد اعلای حسن نیت با این مشکل مواجه است که اکثر بیمه گذاران با امور بیمه آشنایی کافی ندارند و بیان هر آنچه باید به موجب این اصل با زبانی ساده به بیمه گذار تفهیم شود عملاً ناممکن است. ولی خوشبختانه قسمتی از وظایف سازمان بیمه مرکزی ایران در جهت تحقق این قسمت از اصل تعیین شده است .

## 2. اصل غرامت یا اصل زیان

بیمه، قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارایی بیمه گذار است. به موجب اصل غرامت، بیمه نباید هرگز به صورت منبع استفاده برای بیمه گذار درآید. بیمه گر متعهد جبران خسارت و رفع بی تعادلی است که در پی حادثه مورد بیمه در وضع مالی بیمه گذار پدیدار می شود. بنابراین، جبران خسارت نباید بیمه گذار را در وضعی مساعدتر از قبل از وقوع حادثه قرار دهد. به دیگر سخن، وقتی بیمه به طور کامل و صحیح انجام گرفته باشد نباید پرداخت خسارت تغییری به نفع بیمه گذار در وضع مالی او به وجود آورد. اگر این اصل ملاک پرداخت خسارت نباشد و بپذیریم که بیمه، منبع استفاده بیمه گذار شود، فساد ایجاد می کند و مخل نظم عمومی است و تشویقی خواهد بود برای ایجاد خسارتهای عمدی. اصل جبران خسارت واقعی به بیمه های اشخاص صدق نمی کند، زیرا از یک سو در بیمه اشخاص، نگرانی خسارتهای عمدی مثل مرگ یا نقص عضو موردی ندارد و از سوی دیگر، بیمه حالت شرط بندی پیدا نمی کند. ضمناً حیات و زندگی اشخاص تبدیل پذیر به میزان مشخصی پول نیست. در بیمه های زیان، بیمه گذار برای دریافت خسارت باید:

اولاً، ثابت کند که حادثه مورد بیمه اتفاق افتاده است. زیرا تنها در صورت وقوع حادثه موضوع بیمه است که بیمه گر ملزم به ایفای تعهد خود در قبال بیمه گذار خواهد بود.

ثانیاً، ثابت کند که حادثه موضوع بیمه برای وی ایجاد خسارت کرده است زیرا صرف تحقق حادثه موضوع بیمه، بیمه گر را به ایفای تعهدی ملزم نمی کند بلکه تنها حادثه خسارت آور است که با وقوع آن بیمه گر باید تعهد خود را انجام دهد.

ثالثاً، بیمه گذار باید ثابت کند که بین وقوع حادثه و خسارت وارده رابطه علیت وجود داشته، یعنی خسارت، معلول حادثه موضوع بیمه بوده است. زیرا بیمه گر هر گونه خسارت وارده به بیمه گذار را جبران نمی کند، بلکه تنها خسارتی را جبران خواهد کرد که مستقیماً در نتیجه وقوع حادثه موضوع بیمه وارد آمده باشد. مثلاً اگر مورد بیمه ای در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده باشد ولی مورد بیمه قبل از وقوع آتش سوزی در نتیجه دیگری مثل زلزله ویران شده باشد و حادثه آتش سوزی در پی زمین لرزه تغییری در میزان خسارت نداده باشد طبعاً بیمه گر هم الزامی به جبران خسارت ندارد. زیرا فرض بر این است که خسارت ناشی از زمین لرزه

بیمه نشده است ولی اگر بر اثر آتش سوزی نیز خسارتی وارد آید، آن قسمت از خسارت که صرفاً ناشی از آتش سوزی باشد جبران پذیرد خواهد بود.

رایعاً، بیمه گذار باید موجودیت و ارزش مورد بیمه را در لحظه حادثه اثبات کند. زیرا صدور بیمه به تنهایی دلیل وجود یا ارزش شیء مورد بیمه در زمان تحقق حادثه موضوع بیمه نیست. حتی چنانچه بیمه گر در هنگام صدور بیمه نامه وجود و ارزش مورد بیمه را تأیید کرده باشد، این تکلیف از بیمه گذار ساقط نمی شود. زیرا ممکن است بعد از رویت بیمه گر در ارزش یا وجود مورد بیمه تغییری حاصل شده باشد.

با توجه به آنچه مورد بحث قرار گرفت و با در نظر گرفتن ارتباط و تناسبی که بین مبلغ بیمه شده و ارزش حقیقی مورد بیمه و خسارت واقعی وجود دارد، نتایج مهمی بدست می آید که بشرح زیر است .

- تأثیر مبلغ بیمه شده در غرامت : تعیین سرمایه بیمه شده در انواع مختلف بیمه، خاصه بیمه های اشیا، اهمیت زیادی دارد. چه نه تنها مبلغ بیمه شده اساس تعیین حق بیمه قرار می گیرد بلکه حدود تعهد بیمه گر را مشخص می کند و در میزان خسارت به نحو بارزی موثر خواهد بود. منطق حکم می کند و نفع بیمه گذار نیز ایجاب می نماید که سرمایه بیمه شده که در میزان تعهد طرفین قرارداد، یعنی بیمه گر و بیمه گذار تا این حد اثر می گذارد مطابق با قیمت واقعی و حقیقی مورد بیمه باشد اما متأسفانه در عمل همواره مبلغ بیمه شده با قیمت واقعی مورد بیمه یکی نیست و اغلب بیمه گذاران از روی تعمد یا اشتباه سرمایه بیمه شده در میزان غرامت در صورتی که مساوی، بیشتر یا کمتر از قیمت واقعی مورد بیمه باشد شرح داده می شود .

- تساوی سرمایه بیمه شده با قیمت واقعی مورد بیمه : وقتی مبلغ بیمه شده با قیمت واقعی مورد بیمه تطبیق کند هیچ گونه مسأله ای مطرح نمی شود. بیمه گر تمامی خسارت وارده به بیمه گذار را با توجه به شری و استثنائات مندرج در بیمه نامه جبران می کند. این مورد از هر حیث منطبق با فلسفه اصل جبران خسارت است. بیمه گذار از روی کمال حسن نیت قیمت واقعی اموال خود را بیمه کرده بنابراین خسارت او هم، خواه خسارت کلی یا جزئی باشد، به طور کامل باید جبران شود. اساس تعیین خسارت هم این است که قیمت مال بیمه شده در لحظه قبل از وقوع خسارت ملاک قرار می گیرد. اگر مبلغ با قیمت واقعی مورد بیمه مساوی باشد، بیمه گر ارزش باقیمانده را نیز بی درنگ بعد از وقوع حادثه تعیین می کند و تفاوت این دو مبلغ را به عنوان خسارت به بیمه گذار می پردازد، مگر اینکه ترتیب جبران خسارت به صورت تعمیر یا تعویض مورد توافق قرار گرفته باشد که در این صورت بیمه گر در مورد تعمیر یا تعویض در مدتی که منطقیاً زودتر از آن ممکن نیست اقدام می کند.

ماده ۱۹ قانون بیمه در این خصوص اشعار می دارد که (( مسئولیت بیمه گر عبارت است از تفاوت قیمت مال بیمه شده بلافاصله قبل از وقوع حادثه با قیمت باقیمانده آن که بلافاصله بعد از حادثه خسارت حاصله به پول نقد پرداخت خواهد شد مگر اینکه حق تعمیر و یا عوض برای بیمه گر در سند بیمه پیش بینی شده باشد. در این صورت بیمه گر ملزم است موضوع بیمه را در مدتی که عرفاً کمتر از آن نمی شود تعمیر کرده یا عوض آن را تهیه و تحویل نماید. )) ..

پس اصل پرداخت خسارت به پول نقد خواهد بود، یعنی در صورتی که بیمه نامه ساکت باشد، بیمه گذار حق ندارد به جای پول نقد ادعای تعمیر یا عوض بکند و بیمه گر هم نمی تواند به صورتی دیگر غیر از تصفیه نقدی در مقام جبران خسارت برآید.

-بالتر بودن سرمایه بیمه شده از قیمت واقعی مورد بیمه : حکم این مورد که مصداق واقعی اصل غرامت است بنابراینکه بیمه گذار متقلبانه و با قصد سوء استفاده از بیمه قیمت بیمه شده را اضافه بر ارزش واقعی مورد بیمه تعیین کرده باشد یا بر عکس، در افزایش مبلغ بیمه شده سوء نیتی در کار نباشد فرق می کند.

الف) افزایش قیمت با قصد تقلب:

تکلیف این مورد به موجب ماده ۱۱ قانون بیمه تعیین شده است. ماده مذکور اشعار می دارد که چنانچه بیمه گذار یا نماینده او به قصد تقلب، مالی را اضافه بر قیمت عادلانه در موقع عقد قرارداد بیمه داده باشد، عقد باطل و حق بیمه دریافتی قابل استرداد نیست.

بدین ترتیب ملاحظه می شود که قانون گذار برای جلوگیری از اضافه بیمه کردنی که مبتنی بر سوء نیت بیمه گذار باشد، دو ضمانت اجرای شدید در نظر گرفته است. یکی، بطلان عقد بیمه و دیگری غیر قابل استرداد بودن حق بیمه. یعنی در حقیقت ضمانت اجرای مذکور در ماده ۱۱ به مراتب از ضمانت اجرایی که در حقوق عمومی مورد نظر است شدیدتر است. در حقوق عمومی وقتی قراردادی محکوم به بطلان است همه آثار آن هم از تاریخ شروع زایل می شود و حال آنکه در اینجا علاوه بر بطلان، حق بیمه پرداختی هم غیر قابل استرداد دانسته شده است. ملاک مقایسه مبلغ بیمه شده با قیمت واقعی هم به موجب ماده مذکور، ارزش در زمان انعقاد قرارداد است نه تاریخ وقوع حادثه موضوع بیمه.

ب) افزایش قیمت بدون قصد تقلب:

در این مورد با توجه به اینکه هدف جبران خسارت واقعی بیمه گذار است و بیمه نباید منبع و وسیله برای استفاده بیمه گذار باشد، خسارت به صورتی جبران می شود که قبل از وقوع حادثه و بعد از پرداخت خسارت تفاوت محسوسی در وضع مالی بیمه گذار پیدا نشود و بیمه گذار نتواند از طریق خسارت بر دارایی حقیقی خود بیفزاید. بنابراین خسارت بر مبنای قیمت واقعی مورد بیمه جبران می شود و نه سرمایه بیمه شده، این حکم در مورد خسارتهای کلی و جزئی یکسان جاری است زیرا لطمه و بی تعادلی که در دارایی بیمه گذار در نتیجه وقوع خسارت پدیدار شده، معادل خسارت است و به سرمایه بیمه شده ربطی ندارد. برای مثال، اگر غیر منقولی که ارزش واقعی و عادلانه آن ۱۰۰ میلیون ریال است به مبلغ ۱۵۰ میلیون ریال در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده باشد، وقوع آتش سوزی به فرض اینکه تمامی ساختمان منهدم شود حداکثر خسارتی که به بیمه گذار وارد می آورد ۱۰۰ میلیون ریال یعنی معادل ارزش واقعی ساختمان است و نه ۱۵۰ میلیون ریال که بر هیچ مبنایی استوار نیست. به همین سبب، حداکثر تعهد بیمه گر در این مثال قیمت واقعی مورد بیمه یعنی ۱۰۰ میلیون ریال است. چنانچه بیمه گر ناگزیر باشد به جای ۱۰۰ میلیون ریال، ۱۵۰ میلیون ریال، یعنی مبلغ بیمه شده را بپردازد، این بیمه برای بیمه گذار به صورت منبع استفاده در خواهد آمد و بی دلیل بر دارایی او افزوده خواهد شد. ایرادی که ممکن است در اینجا مطرح شود این است که بیمه گر به جای اینکه حق بیمه را براساس ارزش واقعی محاسبه کند، اساس محاسبه حق بیمه را ارزش اعلام شده قرار داده است و در نتیجه، مبلغی بیش از حق بیمه واقعی از بیمه گذار وصول کرده است. این ایراد به دو دلیل وارد نیست:

اولاً، ممکن است در خلال صدور بیمه نامه و وقوع حادثه، ارزش واقعی مورد بیمه تقلیل یافته باشد که چون بیمه گر هم تعهدی جز جبران خسارت واقعی ندارد لاجرم فقط خسارت واقعی را می پردازد و نه ارزشی را که بیمه گذار برای شیء مورد بیمه قابل بوده است.

ثانیاً، این ضمانت اجرا موجب می شود که بیمه گذار در اعلام ارزش مورد بیمه بیشتر دقت کند .

-پایین تر بودن مبلغ بیمه شده از قیمت واقعی مورد بیمه:

الف ( اعمال قاعده نسبی سرمایه:

ماده ۱۰ قانون بیمه ایران مقرر می دارد: (( در صورتی که مالی به کمتر از قیمت واقعی بیمه شده باشد بیمه گر فقط به تناسب مبلغی که بیمه کرده است با قیمت واقعی مال مسئول خسارت خواهد بود.))

این مسأله در صورتی مطرح خواهد شد که در روز حادثه معلوم شود قیمت واقعی مورد بیمه از سرمایه بیمه شده متجاوز است و اینجاست که موضوع اعمال قاعده نسبی سرمایه به میان می آید. در اینصورت بیمه گذار برای تفاوت بین قیمت واقعی و سرمایه بیمه شده، بیمه گر خود تلقی می شود و سهمی از خسارت متناسب با تفاوت حاصل بین این دو مبلغ را تحمل می کند. به عبارت دیگر، تعهد بیمه گر برای جبران خسارت محدود به مبلغی معادل نسبت بین سرمایه بیمه شده و قیمت واقعی مورد بیمه خواهد بود.

قاعده نسبی سرمایه که معمولاً اغلب بیمه گذاران از آن ناراضی هستند و کوشش می نمایند به نحوی از انحا خود را از زیر بار آن خلاص کنند، قاعده ای است کاملاً عادلانه و منطبق با موازین انصاف و منطقی. قاعده ای است که بیمه گذاران را ناگزیر خواهد کرد قیمت حقیقی مورد بیمه را به بیمه گران خود اعلام دارند. زیرا نفع بیمه گر اقتضا می کند که از بهای واقعی خطری که به عهده می گیرد به درستی آگاه باشد. بدین منظور، برای اجبار بیمه گذار به اعلام قیمت واقعی، مقرر شده است که بیمه گذار در صورتی حق دریافت خسارت کامل دارد که مورد بیمه را به قیمت واقعی بیمه کرده و حق بیمه مربوط را به طور کامل پرداخته باشد. چنانچه آن را به قیمتی کمتر از قیمت واقعی بیمه کرده باشد طبعاً خسارتی کمتر از خسارتی که دریافت کرده است فرض می شود که بیمه گذار، بیمه گر خود باقی مانده است. یعنی به جای اینکه حق بیمه کامل را براساس قیمت واقعی بپردازد، قسمتی از حق بیمه را متناسب با مبلغ بیمه شده پرداخته است و بدین ترتیب خسارت وارده بین بیمه گر و بیمه گذار به نسبت سهم آنها تقسیم خواهد شد. به عبارت دیگر، تعهد بیمه گر به میزان تناسب موجود بین مبلغ بیمه شده و قیمت واقعی مورد بیمه کاهش می یابد و تفاوت آن را بیمه گذار متحمل خواهد شد. این طرز پرداخت خسارت به قاعده نسبی سرمایه موسوم است.

ب ( عدول از قاعده نسبی سرمایه:

در خلال مباحث گذشته متذکر شدیم که از قاعده نسبی سرمایه با همه اهمیتی که دارد می توان با شرایطی عدول کرد. عدول از قاعده نسبی، به موافقت صریح بیمه گر و بیمه گذار وابسته است و در صورتی که در بیمه نامه خلاف آن شرط نشده باشد قابل

اجراست. بنابراین، اصل، اعمال قاعده نسبی سرمایه است مگر اینکه بین طرفین خلاف آن توافق شده باشد. به هر حال مورد زیر استثناست و قاعده نسبی سرمایه در آن رعایت نمی شود:

بیمه به صورت نخستین خسارت یا اولین آتش سوزی:

بیمه نخستین خسارت بر این اساس مبتنی است که بیمه گذار می داند حادثه هر اندازه هم شدید باشد قادر نیست همه مورد بیمه را یکجا از بین ببرد و لاجرم بیمه کردن مورد بیمه به قیمت کامل آن ضرورتی ندارد. بنابراین به جای اینکه مورد بیمه را قیمت واقعی آن بیمه کند آن را به میزان حداکثر خسارتی که ممکن است وارد شود بیمه می کند، در مقابل، بیمه گر در حق بیمه تخفیف می دهد. در مورد بیمه اولین خسارت، بیمه گر تمام خسارت وارده را مشروط بر اینکه از مبلغ بیمه شده تجاوز نکند بدون اعمال قاعده نسبی سرمایه جبران خواهد کرد.

بیمه به صورت اولین خسارت، اختصاص به بیمه آتش سوزی ندارد بلکه در انواع بیمه های اشیاء متداول است، منتهی چون این بیمه نخستین بار در بیمه آتش سوزی باب شده این عنوان را برای خود محفوظ داشته و به بیمه به صورت نخستین خطر هم معروف است .

### 3 اصل نفع بیمه پذیر

در بیمه های گرامتی براساس نفع بیمه پذیر، تصور این است که بیمه شده یا استفاده کننده علاقه مند و ذی نفع است که خطر بیمه شده بروز نکند. در واقع علاقه و نفع بیمه شده در عدم وقوع حادثه موضوع تعهد بیمه گر است. بیمه گذار برای اثبات خسارت خود باید ثابت کند که با از بین رفتن اموال یا کالای مورد بیمه دچار خسارت و زیان شده و برای اثبات این امر بیمه گذار باید در خصوص مورد بیمه نفع بیمه پذیر داشته باشد.

می توان شرایطی را تصور کرد که شخصی اموال شخص دیگری را بیمه کند و در صورت خسارت دیدن این اموال از بیمه گر خسارت دریافت نماید. برای جلوگیری از این احتمال، یکی از اصول بیمه این است که شخص بیمه گذار باید کسی باشد که در صورت ورود خسارت، از این اتفاق دچار زیان مالی شود. برای مثال، چنانچه بیمه گذاری اموال بیمه شده اش را فروخته باشد یا به علل قانونی این اموال به تصرف غیر درآمده باشد، از نظر بیمه در این مورد نفع بیمه پذیر بیمه گذار در زمینه مورد بیمه قطع شده است. شایان ذکر است که نفع بیمه پذیر تنها به مالکان منحصر نیست و اشخاص زیر نیز دارای نفع بیمه پذیر هستند : مالکیت، مالکیت محدود، راهن و مرتهن، موجر و مستأجر، مسوولیت قانونی، امین و وصی و قیم، طلبکار، کارفرما و زن و شوهر .

-اصل نفع بیمه پذیر در رشته های مختلف بیمه:

در بیمه حمل و نقل، بیمه نامه باربری دریایی را حتی بدون ذکر نام یعنی به نام حامل تنظیم کرد. در این صورت اگر اشخاص ذی نفع، خواه به شکل مالک و خواه تحت هر عنوان دیگری، هنگام صدور بیمه نامه یا در فاصله بین صدور بیمه نامه و وقوع حادثه در مورد حفظ کالای بیمه شده نفع شخصی پیدا کنند، می توانند بیمه شوند و استفاده کننده از بیمه نامه باشند. هر کس که در مورد حفظ و مراقبت شیئی ذی نفع باشد می تواند آن را بیمه کند. نفع بیمه پذیر معادل ارزش مادی شیئی است که بر اثر حادثه در

معرض تلف است و موضوع قرارداد قرار می گیرد. به عبارت دیگر، ارزش مادی شیء زبانی است که با بروز حادثه به دارایی بیمه شده یا استفاده کننده وارد می شود. برای آنکه منفعتی بیمه پذیر باشد باید نفع مالی قابل تقویم به پول باشد. نفع بیمه پذیر به اشکال مختلف وجود دارد. غالب اوقات نفع بیمه پذیر ناشی از حق مالکیت و علاقه مالک به حفظ شیء بیمه شده است. گاهی نفع بیمه پذیر ناشی از حق منتفع نسبت به مورد حق انتفاع و حق موقوف علیه نسبت به مورد انتفاع و موقوفه است. یعنی منتفع و موقوف علیه می توانند مورد انتفاع و موقوفه را در مقابل مخاطراتی که عین یا منفعت را تهدید می کند بیمه نمایند. ولی و قیم موظفند اموال و دارایی اشخاص تحت ولایت یا قیمیت خود را به نحوی که صلاح بدانند اداره کنند. این حق و وظیفه آنها موجب نفع بیمه پذیر هم هست و می توانند اموال و دارایی صغیر و محجور را بیمه کنند .

#### 4 اصل جانشینی (حق رجوع بیمه گر به مسئول خسارت)

در بسیاری از موارد، خسارت وارده بر اثر غفلت، کوتاهی و قصور اشخاص به وجود می آید. معمولاً بیمه گذاران تمایل ندارند که از دریافت خسارت خود از بیمه گر صرف نظر و به مسئول حادثه رجوع کنند. بدین لحاظ، در قراردادهای بیمه بین طرفین توافق می شود که در چنین مواردی بیمه گر خسارت وارده را بپردازد و از حق بیمه گذار نسبت به رجوع به مسئول خسارت استفاده کند. بنابراین، با پرداخت خسارت حق رجوع به بیمه گر منتقل می شود (از طریق وکالتنامه) و بیمه گر می تواند اقدامهای قضایی لازم را به عمل آورد. باید به این نکته توجه شود که اگر بیمه گذار قبل از دریافت خسارت از بیمه گر خسارت را از مقصر حادثه دریافت کند بیمه گر از پرداخت خسارت مبرا است. اگر بیمه گر، حق رجوع به مقصر حادثه را برای بازپایان خسارت پرداختی نداشت، این مشکل پیش می آمد که: اولاً، بیمه گذار می توانست دو بار خسارت دریافت کند؛ و ثانیاً، شخص یا اشخاص مقصر، قادر به شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت و پرداخت خسارتی که مقصر آن هستند می شدند. ماده ۳۰ قانون بیمه ایران به شرح زیر اشاره به اصل جانشینی دارد:

((بیمه گر در حدودی که خسارت وارده را قبول یا پرداخت می کند، در مقابل اشخاصی که مسئول وقوع حادثه یا خسارات هستند قائم مقام بیمه گذار خواهد بود و اگر بیمه گذار اقدامی کند که منافی با حق مزبور باشد در مقابل بیمه گر مسئول شناخته می شود.))

انتقال حق مراجعه به مسئول خسارت از بیمه شده (زیان دیده) به بیمه گر از اصول مسلم در بیمه های غرامت (بیمه های اشیا و بیمه های مسئولیت) به شمار می رود. بدیهی است این حق زمانی تحقق می یابد که علت وقوع خسارت، عمل ناشی از انسان غیر از شخص بیمه شده باشد و الا در مواردی که علت وقوع حادثه عوامل طبیعی و موارد قهریه باشند، بیمه گر ناگزیر غرامت را به تنهایی خواهد پرداخت. اگر خسارت ناشی از موارد قهریه و عمل بیمه شده باشد، بیمه گر تحت شرایط بیمه نامه غرامت وارده را می پردازد و موضوع به همین جا خاتمه می پذیرد. در صورتی که خسارت ناشی از عمل شخص ثالث و احیاناً مسئول واقعی وقوع حادثه باشد، موضوع فرق می کند زیرا در صورتی که بیمه وجود نداشت قهراً زیان دیده حق داشت به مناسبت مسئولیت مدنی ناشی از ضمان قهری فاعل عمل از او بخواهد که زیان وارده را جبران کند و در صورتی که اختلاف، دوستانه حل نشود برای احقاق حق به دادگستری مراجعه کند. وقتی بیمه گر به علت تعهدی که در بیمه نامه کرده است زیان وارده را جبران می کند، پرداخت غرامت از طرف او مسئولیت فاعل عمل و مسئول واقعی وقوع حادثه را سلب نمی کند. اما بیمه شده هم نمی تواند انتظار داشته

باشد که دو بار از او رفع ضرر شود، بنابراین چون تکلیف قانونی مسئول حادثه به رفع زیان باقی می ماند منطقی است که حق مراجعه بیمه شده به مسئول حادثه به بیمه گر انتقال یابد و بیمه گر بتواند به قائم مقامی و جانشینی بیمه شده از مسئول حادثه بخواهد که زیان وارده را جبران کند. این از موارد جانشینی حق قانونی است که در قوانین مدنی هم شناخته شده است. بدیهی است همان طور که در دستور ماده ۳۰ قانون بیمه ایران تصریح شده است، حق بیمه گر محدود به مبلغ پرداختی اوست و اگر دادگاه مسئول حادثه را به مبلغ بیشتری محکوم کند مازاد، متعلق به بیمه شده یعنی زیان دیده است. در واقع در موارد زیر حق بیمه شده به دریافت غرامت از مسئول حادثه به قوت خود باقی است:

کافی نبودن مبلغ بیمه شده (ماده ۱۳ قانون بیمه ایران ©).

وقتی تعهد بیمه گر دارای فرانشیز باشد ©.

اعمال قاعده نسبی حق بیمه (ماده ۱۳ قانون بیمه ایران ©).

از سوی دیگر، شناسایی حق جانشینی بیمه گر برای مراجعه به مسئول حادثه ناشی از این نظر است که بیمه گر در تعیین نرخ بیمه و تهیه تعرفه های خود قهراً به امکان استرداد قسمتی از مبالغ بیمه شده از مسئولان حادثه توجه دارد و آن را در محاسبه حق بیمه خود منظور می کند و منطقی نیست که با انعقاد قرارداد بیمه گذار و بیمه گر مسئول واقعی حادثه که قانوناً مکلف به تحمل آثار مادی عمل خود است از تکلیف قانونی معاف شود و بیمه گر نتایج تقصیر یا بی مبالاتی او را تحمل کند والا بیمه در حقیقت پوششی برای مسئولان حادثه خواهد بود نه تأمینتی برای دارایی بیمه شده .

5. اصل تعدد بیمه .

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

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

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

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

در توضیح شرط اول، می توان گفت مانعی وجود ندارد که بیمه گذار برای بیمه یک شیء به چند بیمه گر مراجعه کند و نزد هر یک از آنها قسمتی از ارزش شیء مورد بیمه را بیمه کند به طوری که جمع مبالغ بیمه شده از ارزش واقعی شیء بیمه شده تجاوز نکند. بیمه های متعدد در برخی موارد در جهت حفظ منافع بیمه گذار است. اگر ارزش شیء مورد بیمه زیاد باشد، تقسیم خطر بین چند بیمه گر تأمین بیشتری برای بیمه گذار در بردارد. در این صورت احتمال اینکه ورشکستگی یکی از بیمه گران، بیمه گذار را با بحران مالی مواجه کند تقریباً منتفی است. در صورت وقوع خسارت، هر یک از بیمه گران پرداخت خسارت را به نسبت سهمی



از مورد بیمه که بیمه کرده است به عهده دارد و بدین ترتیب سهمی که پرداخت آن احياناً با اشکال مواجه می شود زیاد نخواهد بود. به طوری که ملاحظه خواهیم کرد با درج فرانشیز در بیمه نامه در صورت وقوع خسارت مبلغی از آن از طرف بیمه گر پرداخت نمی شود و نسبت به آن مبلغ بیمه گذار، بیمه گر خود محسوب می شود. در این فرض برای اینکه کلیه زیانهای وارده جبران شود ممکن است بیمه گذار برای بیمه مبلغی که پوشش ندارد به بیمه گر دیگری مراجعه کند. در این صورت خسارت تا حدی که در بیمه نامه اول پیش بینی شده است از طرف بیمه گر نخست و مبلغی که به موجب شرط فرانشیز، تحت این بیمه نامه بیمه نیست از طرف بیمه گر دوم پرداخت می شود.

شرط دوم از شرایط سه گانه یادشده نیز لازم است. زیرا هرگاه برای یک شیء در قبال خطرهای معین تا میزان تمام قیمت آن بیمه های متعدد انجام شود و اشخاصی که هر یک نفعی در حفظ شیء بیمه شده دارند بیمه ها را عمل کنند، تعدد بیمه ها در این مورد با اصل غرامت مخالف نیست. کالایی را که ارسال می شود ممکن است فرستنده، گیرنده و طلبکار با حق وثیقه بیمه کنند. در صورت وقوع خسارت هر یک از این اشخاص که ادعای غرامت کند، باید ثابت نماید که در لحظه وقوع خسارت نفع بیمه پذیر داشته است. مثلاً در صورتی که طلبکار با حق وثیقه، برای دریافت خسارت به بیمه گری که کالا را نزد او بیمه کرده است مراجعه کند، باید با ابراز اسناد کالا نشان دهد که کالا در وثیقه اوست و گیرنده بدهی مربوط به کالا را پرداخت نکرده است.

وجود شرط سوم از این لحاظ لازم است که مانعی وجود ندارد که مثلاً بیمه کالا یا کشتی طی چند بیمه نامه به عمل آید و در هر بیمه نامه تمام ارزش کالا بیمه شود. لکن در هر یک خطرهایی بیمه شود که در دیگری بیمه نشده است. مثلاً در یک بیمه نامه حوادث دریا بیمه می شود و در بیمه نامه دیگر، خطر جنگ به عمل می آید .

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

1-اینکه قراردادهای بیمه در یک زمان منعقد شده باشند.

2-اینکه هر قرارداد متعاقب دیگری امضاء شود و این امر با موافقت همه بیمه گران صورت گیرد.

در دو فرض بالا قراردادهایی که منعقد شده اند همگی معتبرند، لکن در صورت وقوع خطر، خسارت باید به نحوی بین بیمه گران سرشکن شود که مجموع مبالغی که پرداخت می شود از ارزش واقعی شیء بیمه شده تجاوز نکند.

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

اجتماع بیمه ها : هنگامی اجتماع بیمه ها محقق می شود که بیمه های متعدد با اصل غرامت ناسازگار باشد. در این حال قراردادهای بیمه در یک تاریخ منعقد نمی شوند و موافقت بیمه گران هم جلب نمی گردد. بیمه گذار برای شیء مورد بیمه پوشش بیمه ای کامل دارد مع ذالک برای به دست آوردن پوشش بیمه ای جدید اقدام می کند. این امر به نظر برخی مولفان حاکی از سوء نیت بیمه گذار است. با وجود بیمه های متعدد به ترتیب یاد شده سوء نیت بیمه گذار مفروض است. لازم نیست بیمه گر ثابت کند که بیمه گذار سوء نیت داشته است، به عهده بیمه گذار است که حسن نیت خود را ثابت کند. به نظر این عده، نه تنها بیمه گذار به علت بطلان قرارداد از منافع بیمه نامه محروم می شود بلکه حق بیمه ای را هم که پرداخته است به او مسترد نمی شود. بیمه گذار فقط می تواند از بیمه نامه اول استفاده کند. سایر بیمه نامه ها بی اثر هستند.

از ماده ۸ قانون بیمه ایران مستفاد می شود که قانون گذار نظر دوم را پذیرفته است. طبق ماده مزبور نمی توان مالی را که بیمه شده است به نفع همان بیمه گذار و در قبال خطر بیمه شده مجدداً بیمه کرد. از این ماده چنین برمی آید که قرارداد دوم معتبر نیست. ولی نمی توان نتیجه گرفت که بیمه گذار نمی تواند استرداد حق بیمه بیمه نامه دوم را خواستار شود .

-بیمه مشترک : بیمه مشترک مشخص یا معلوم که بدان بیمه مشترک با نسبت معین هم می گویند، از انواع بسیار رایج بیمه است. در این نوع بیمه، چندین بیمه گر خطر واحدی را بیمه می کنند و تعهد هر کدام با نسبت معلومی (در صد یا کسر و نسبت معین) مشخص شده است. مجموع تعهدات بیمه گران، یعنی کل کسرهایی که وجود دارد از یک تجاوز نمی کند، مثل آنکه در بیمه آتش سوزی، سه بیمه گر مشترکاً تعهد می کنند و نسبت تعهد آنها به ترتیب  $\frac{1}{6}$  و  $\frac{1}{3}$  و  $\frac{1}{2}$  است. این نوع بیمه مشترک همان طور که اشاره شد، در عمل بسیار معمول است. هر وقت خطری بسیار بزرگ و تعهد آن از طرف یک شرکت و بیش از توانایی شرکت باشد، بیمه گر یا بیمه گذار با پیشنهاد قبول قسمتی از تعهد به وسیله بیمه گر یا بیمه گران دیگر بیمه مشترک انجام می دهند. خطرهای بزرگ صنعتی و بازرگانی، کشتی های عظیم اقیانوس پیما، نفتکش ها و هواپیماهای بزرگ، تقریباً همیشه با بیمه مشترک بیمه می شوند. با بیمه مشترک، تقسیم خطر و هماهنگی و تجانس بین تعهدات موسسه بیمه بهتر تأمین می شود. گهگاه ۲۰ تا ۴۰ و حتی تعداد بیشتری از بیمه گران در قبول و تعهد خطری واحد یا گروهی از خطرها سهیم می شوند. لویدز لندن، نمونه بارز بیمه مشترک است. یعنی موسسه لویدز اصولاً براساس تعدد بیمه و به منظور بیمه مشترک تشکیل شده است. سازمان مرکزی که کمیته لویدز نام دارد، سازمان اداری موسسه است و در انعقاد قراردادهای نقشی ندارد. صدور بیمه نامه را، بیمه گران یا گروهی از بیمه گران و با مداخله واسطه های بیمه یا نمایندگان بیمه انجام می دهند. هر بیمه گری در بیمه نامه ای که دست به دست می شود، نسبت یا مقدار معینی از مبلغ بیمه شده را تعهد می کند.

برای اجتناب از بیمه با مبلغ بیمه شده بیش از ارزش واقعی بیمه گذار متعهد است که تعدد بیمه را در هر حال به اطلاع بیمه گر برساند. بیمه مشترک معلوم تعدد بیمه محسوب است ولی بیمه با مبلغ بیمه شده اضافی نیست زیرا کل تعهد بیمه گران هرگز از ارزش واقعی شیء بیمه شده بیشتر نمی شود و جمع نسبتهای تعهد شده از یک تجاوز نمی کند. در حقیقت در بیمه مشترک به نحوی که در لویدز لندن معمول است، بیمه گران با یک بیمه نامه جمعی تعهد می کنند. بیمه گذار با چندین بیمه گر طرف قرارداد است ولی هر بیمه گر به نسبت تعهدی که کرده متعهد است بی آنکه بیمه گران، بین هم مسئولیت مشترک داشته باشند. بیمه نامه که در واقع جمع آوری قبولی بیمه گران است با تعیین نسبت تعهد و میزان حق بیمه هریک و امضای بیمه گران تنظیم می شود و بدیهی است که سایر شرایط بیمه برای کلیه تعهدکنندگان یکی است.

برای تسهیل روابط بین بیمه گذار و بیمه گران مختلف، معمولاً یکی از بیمه گران به سمت رهبر (لیدر) انتخاب می شود که مسئول تنظیم قرارداد و صدور بیمه نامه است. بیمه نامه را کلیه بیمه گران متعهد امضاء می کنند و یک نسخه نزد شرکت بیمه رهبر گذاشته می شود. احياناً یک نسخه هم به نماینده بیمه داده می شود و اصل بیمه نامه به بیمه گذار تسلیم می گردد. سایر بیمه گران هر یک رونوشت معمولی از بیمه نامه دریافت می دارند .

#### 6. اصل داوری

هر گونه اختلاف بین بیمه گر و بیمه گذار، به ویژه از نظر فنی، ترجیحاً در مرحله نخست از طریق توافق و سازش انجام می گیرد. طرفین قرارداد به ویژه بیمه گر، علاقه ای به طرح دعوا در دادگاه ندارند. زیرا اولاً مراحل رسیدگی طولانی است و ثانیاً ممکن است به اعتبار حرفه ای و حسن شهرت شرکت بیمه لطمه وارد شود. اگر اختلاف و عدم توافق طرفین در شمول یا عدم شمول قرارداد یا میزان خسارت از طریق سازش امکان پذیر نباشد موضوع به داوری ارجاع می گردد. مزیت داوری در این است که اولاً به دور از تشریفات دست و پاگیر اداری و کم هزینه است و ثانیاً داوران اغلب از میان افراد صاحب نظر فنی و مدیران بازنشسته یا شاغل متخصص در امر بیمه و موضوع مورد اختلاف طرفین انتخاب می شوند. شرایط داوری در شرایط بیمه نامه درج می شود. اگر طرفین توافق کنند موضوع به یک داور واحد ارجاع می شود در غیر این صورت هر یک از طرفین اختلاف، یک داور انتخاب می کند که مشترکاً به موضوع اختلاف رسیدگی نماید. در این مرحله نیز اگر موضوع اختلاف حل نشود یا داوران در مورد نکته خاصی هم رأی نداشته باشند سرداور انتخاب می شود که به موضوع رسیدگی می کند و رأی هیئت داوران به طرفین برای اجرا ابلاغ می شود.

هر کدام از طرفین قرارداد حق الزحمه داور خود را می پردازد و حق الزحمه سرداور، بالمناصفه بین طرفین تقسیم می شود. هرگاه یکی از طرفین یا هر دو طرف، در مدت تعیین شده، داور خود را انتخاب و معرفی نکند یا اینکه در انتخاب سرداور به توافق نرسند پیش بینی می شود که مرجع صلاحیت داری مثل اتاق بازرگانی یا دادگاه محل در مورد انتخاب داور یا سرداور تصمیم بگیرد .

#### 7. اصل علت نزدیک

بیمه گذار در اندیشه دریافت خسارت از بیمه گر است باید نشان دهد که بین وقوع حادثه و خسارت وارد شده رابطه علت و معلولی نزدیک و مستقیم وجود دارد. علت نزدیک خسارت وارده باید حادثه بیمه شده باشد تا بیمه گر آن را بپردازد. یعنی خسارت در نتیجه وقوع حادثه بیمه شده وارد آمده باشد. خسارت وارده ممکن است ناشی از مجموعه علت‌های به هم پیوسته باشد که هر یک در پی دیگری و از نتیجه آن ناشی شود. امکان دارد این پیوستگی را علتی مستقل و بی ارتباط با دلایل پیش گفته، از هم بگسند. مثلاً:

مورد بیمه، در مقابل خطر آتش سوزی بیمه شده که بر اثر جاری شدن سیل خسارت می بیند و در پی آن، آتش سوزی واقع می شود که بقایای آن را نیز منهدم می سازد. بیمه گر آتش سوزی تنها خسارت آتش سوزی را می پردازد چون خطر سیل در این بیمه نامه مورد تعهد بیمه گر نیست. ممکن است بیمه گر دیگری خطر سیل را بیمه کرده باشد که خسارت سیل جزء تعهد او خواهد بود. ولی اگر مورد بیمه قبل از وقوع آتش سوزی در نتیجه حادثه سیل به کلی ویران شده باشد و حادثه آتش سوزی

تغییری در میزان خسارت نداده باشد طبعاً بیمه گر آتش سوزی تعهدی در مورد جبران خسارت ندارد. برای اینکه کل خسارت وارده ناشی از سیل است که بیمه نشده است یا فرض کنید اگر خسارت از دودی ناشی شود که نتیجه یک آتش سوزی به مفهوم قرارداد بیمه باشد جزء تعهدات بیمه گر محسوب می شود هرگاه این دودزدگی از لوله بخاری باشد بیمه گر در خصوص جبران آن تعهدی ندارد .

#### 8. اصل اتکایی

از اصول اولیه بیمه در کلیه رشته ها این است که ریسک بیمه شده تا جایی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. بیمه اتکایی راه حل این اصل است. بیمه اتکایی نظامی است که بیمه گر صادرکننده بیمه نامه را قادر می سازد که با توجه به سرمایه و ذخایر خود بخشی از ریسکهای صادره را به حساب خود نگه دارد و مازاد بر توان خود را بین بیمه گران اتکایی مختلف تقسیم کند. به بیان دیگر، بیمه اتکایی را می توان توزیع جهانی ریسک نامید. بیمه اتکایی موجب می شود که بیمه گر صادرکننده ظرفیت خود را به مبلغ خاصی که توانایی او اجازه می دهد محدود نکند، بلکه ریسکهای بزرگ با سرمایه های بالا را به راحتی قبول و مازاد را بیمه اتکایی کند. در نظام بیمه اتکایی شرکتی که بخشی از صادره های خود را به بیمه گر اتکایی واگذار می کند "شرکت واگذارنده" نامیده می شود. قرارداد اتکایی که بیمه گر واگذارنده با بیمه گر اتکایی منعقد می کند قرارداد مستقلی است که هیچ ارتباطی با قرارداد بیمه بین بیمه گر واگذارنده با بیمه گذار ندارد. نتیجه اینکه هیچ گونه رابطه حقوقی بین بیمه گذار و بیمه گر اتکایی نیست و در صورت تحقق خطر بیمه گذار برای دریافت خسارت خود باید به بیمه گر مراجعه کند و او مسئول پرداخت خسارت است و خسارت سهم بیمه گران اتکایی را خود محاسبه و وصول می نماید. نتیجه دیگری که از مفهوم منفک و مستقل بودن قرارداد بیمه مستقیم از قرار بیمه اتکایی به دست می آید این است که هرگاه بیمه گر اتکایی دچار ورشکستگی و اعسار شود بیمه گر واگذارنده در مقابل بیمه گذار مسئول پرداخت خسارت است و هرگاه بیمه گر واگذارنده ورشکسته شود بیمه گر اتکایی به میزان سهم خود از خسارت در مقابل واگذارنده مسئول است. در این صورت بدهی بیمه گر اتکایی جزو دارایی بیمه گر واگذارنده محسوب می شود

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.