

# مروری بر استاندارد IFRS17 و تاثیر آن بر شرکت‌های بیمه‌ای

اما در سال ۲۰۰۲ بنیاد تدوین استانداردهای بین‌المللی<sup>۲</sup> به این نتیجه رسید که با توجه به پیچیدگی‌هایی که خاص صنعت بیمه است و ما در صنایع دیگر نمی‌بینیم، بهتر است این پروژه را به دو بخش تفکیک کرد، در بخش اول الزامات گزارشگری و افشا منتشر گردید تا شرکت‌های بیمه‌ای دستورالعمل اجرایی داشته باشند و موارد پرچالش از جمله اندازه‌گیری‌ها، شناسایی ذخایر، تنزیل بدهی‌ها، محاسبات ریسک و ... در مرحله دوم و با فراغ‌بال بیش‌تر منتشر شود. در نتیجه در سال ۲۰۰۴ استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۴ و در سال ۲۰۱۷ استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ منتشر شد.

در این فرایند سازمان‌های زیادی تأثیر می‌گذارند. در صنعت بیمه، سازمان‌های تأثیرگذار در فرایند استانداردگذاری دو، سه سازمان بزرگ بودند. مهم‌ترین آن‌ها انجمن بین‌المللی ناظران بیمه‌ای<sup>۳</sup> است که در سال ۱۹۹۴ در کشور سوئیس تأسیس شده و شامل بیش از ۲۰۰ عضو (اعضا آن نهادهای ناظر هر کشور می‌باشند به عنوان مثال از کشور آلمان چهار نهاد ناظر عضو هستند) از کشورهای مختلف دنیا است و بیش از ۹۷٪ پرتفوی بیمه‌نامه‌های صادره در دنیا را شامل می‌شوند. هدف این نهاد افزایش کارایی، نظارت بر صنعت بیمه و توسعه منصفانه بازار بیمه‌ای در سطح دنیا است. این نهاد استانداردهای خود را با عنوان ICP منتشر می‌کند (تاکنون ۲۶ عدد ICP منتشر نموده

هدف از این استاندارد افزایش آگاهی افراد در مورد نحوه پرداختن و افشای قراردادهای بیمه بر اساس مفاد استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ می‌باشد. این استاندارد به عنوان فاز دوم پروژه بیمه جایگزین استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۴ خواهد شد. این استاندارد در مورد کلیه صورت‌های مالی که سال مالی آنان از اول ژانویه ۲۰۲۱ و پس از آن آغاز می‌گردد، لازم‌الاجرا است. لازم به ذکر است که اجرا برای دوره‌ای پیش از تاریخ مذکور، مجاز است.

استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی  
شماره ۱۷ با عنوان قراردادهای بیمه جایگزین استاندارد  
بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۴ خواهد شد.

## بررسی علت انتشار این استاندارد

اگر بخواهیم پیشینه استانداردهای بیمه‌ای را مرور کنیم، ملاحظه می‌کنیم که حتی قبل از انحلال کمیته‌ی تدوین استانداردهای بین‌المللی<sup>۱</sup>، یعنی از سال ۱۹۹۷ پروژه بیمه در استانداردهای بین‌المللی کلید خورده و شروع شده بود. در دسامبر سال ۱۹۹۹ اولین پیش‌نویس استاندارد بیمه‌ای منتشر شد



کوروش شایان



سید محمد باقر آبادی

باشند) صادر می‌شوند. با این حال این استاندارد در مورد تمامی صادرکننده‌های بیمه‌نامه (بیمه‌گر) اعمال می‌شود.<sup>۴</sup>

استاندارد بین‌المللی گزارشگری دارای سه سطح می‌باشد: افشا، هماهنگی و استانداردسازی.

بیمه‌گران در شروع اجرای سیاست یا بیمه‌نامه، پول نقد دریافت می‌کنند. (شرایط قرارداد ممکن است امکان پرداخت‌های ماهانه را به ازای دریافت هزینه بهره فراهم کند) در نتیجه، بیمه‌گذاران دارایی (پول نقد) را قبل از پرداخت هر گونه بدهی (مطالبه) در اختیار دارند. این گونه سرمایه در گردش منفی نیز در صندوق‌های بازنشستگی، سوپر مارکت‌ها و دانشگاه‌ها یافت می‌شود.

دریافت پول نقد قبل از پرداخت مطالبات، بیمه‌گران را قادر به سرمایه‌گذاری پول نقد و تولید درآمد مالی علاوه بر سود ناشی از عواید بیمه و مطالبات و هزینه‌های پایین‌تر می‌نماید. شرکت‌های بیمه طیف گسترده‌ای از سیاست‌ها را ارائه می‌دهند، اما به طور کلی این شرکت را می‌توان به صورت زیر گروه‌بندی کرد:

بیمه اموال و تلفات/خسارت  
بیمه عمر و سلامت  
بیمه اتکایی چند منظوره

### مسائل حسابداری عبارتند از:

**شناسایی درآمد:** اگر چه بیمه‌گر حق بیمه در روز اول دریافت می‌کند، اما درآمد او در طول دوره اعتبار بیمه‌نامه حاصل می‌شود.

**بدهی‌های بلند و کوتاه مدت:** بیمه اموال و خسارت عمدتاً برای دوره‌های کوتاه‌تر است، مانند بیمه سالانه خودرو. اگر چه مطالبات مربوط به خسارت خودرو در طول دوره بیمه ممکن است به سرعت مورد ارزیابی قرار گیرد، اما ارزیابی آسیب‌های ناشی از تصادفات خودرو ممکن است در مدت زمان طولانی‌تری انجام شود.

اکثر این شرکت‌ها از یک رویکرد ساده شده برای اکثر قراردادهای بیمه‌ای خود استفاده می‌کنند. بیش‌ترین تأثیر اجرای استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ برای این شرکت‌ها به خاطر نیاز به در نظر گرفتن الزام تنزیل و اعمال تعدیل ریسک مشخص برای مطالبات ایجاد شده می‌باشد.

در مقابل، شرکت‌های بیمه عمر و سلامت به طور معمول محصولاتی را به فروش می‌رسانند که ریسک را در طول دوره‌های طولانی، احتمالاً چند دهه، تحت پوشش قرار می‌دهند. انتظار می‌رود این شرکت‌ها بیش‌تر تحت تأثیر استاندارد

است) طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ خصوصاً در استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ در فاز اول این انجمن نقشی اساسی داشته است. مهم‌ترین تأثیر آن مفهوم ارزیابی اعتبار و آزمون کفایت سرمایه بود که در استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ ناشی از پیشنهادات و ارائه طریق این انجمن بود.

انجمن بعدی انجمن CFO متشکل از ۲۰ بیمه‌گر بزرگ اروپایی بود که در تدوین استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ و مباحث مربوط به اندازه‌گیری و تنزیل بدهی‌های بیمه‌ای نقش پررنگی داشتند.

گروه دیگر واحدهای تجاری بیمه‌ای آمریکای شمالی به اضافه چهار بیمه‌گر زندگی بزرگ ژاپنی بودند که اصولی برای بیمه زندگی و اصولی برای بیمه غیرزندگی مطرح کردند که بخش مهمی از استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ را به خود اختصاص می‌دهد.

نکته مهم توجه به این مطلب است که

استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ زیربنا بوده یعنی این گونه نیست که استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ کلاً استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ را نقض کند.

استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ الزامات گزارشگری و افشا را شامل می‌شود در حالی که استاندارد استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ همان الزامات گزارشگری و افشا را همراه با الزامات اندازه‌گیری‌ها، طبقه‌بندی‌ها و محاسبات شامل می‌شود، یعنی استاندارد قبلی را تکمیل می‌کند و به همین علت استاندارد قبلی ملغی و استاندارد جدیدی لازم‌الاجرا می‌شود. فعلاً تا سال ۲۰۲۱ باید الزامات استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۰۴ را رعایت کنیم و از ۲۰۲۱ به بعد علاوه بر قبلی، محاسبات و اندازه‌گیری‌ها را هم رعایت کنیم، یعنی اجرا شدن استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷.

### دامنه‌ی کاربرد

قراردادهای بیمه ریسک را از دارنده بیمه‌نامه به صادرکننده (بیمه‌گر) انتقال می‌دهند. این استاندارد برای استفاده توسط بیمه‌گر تدوین شده است. اکثر بیمه‌نامه‌ها توسط شرکت‌های بیمه (که ممکن است شرکت‌های تابعه از شرکت‌های دیگر





بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ قرار گیرند. دلیل این امر این است که اگرچه تفاوت‌های قابل توجهی بین روش‌های مورد استفاده کنونی برای بررسی قرارداد بلند مدت وجود دارد، اما معمولاً این شرکت‌ها قراردادهای بیمه خود را با استفاده از اطلاعات به روز شده که یکی از آن‌ها استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ می‌باشد، محاسبه نمی‌کنند.

بیمه اتکایی خط مشی‌هایی را برای بیمه‌گذاران فراهم می‌کند تا آن‌ها را مجبور به فروش بخش یا تمام ریسک‌های بیمه شده نباشند. دریافت پول نقد در شروع اجرای بیمه نامه از طریق درآمد انتقالی (بدهی) متعادل خواهد شد.

**سپرده‌ها:** ممکن است سپرده قابل پرداخت به عنوان بخشی از قرارداد بیمه باشد. پول نقد باید با بدهی منطبق باشد و منعکس کننده این مسئله باشد که بدهی‌ها بازپرداخت خواهد شد. پول نقد به منزله درآمد نیست و باید به طور جداگانه نشان داده شود. **ارزش زمانی پول:** زمانی که پیش بینی می‌شود بدهی‌ها در یک دوره زمانی بیش از یک ساله متمایز شوند، از تنزیل برخوردار خواهند شد.

#### استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی

شماره ۱۷ با عنوان قراردادهای بیمه، اصول شناسایی، اندازه‌گیری، پیش‌گیری و افشای قراردادهای بیمه در دامنه کاربرد استاندارد را تعیین می‌کند. هدف از استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ این است که اطمینان حاصل شود که نهادها اطلاعات مرتبط مورد نیاز که به صورت صادقانه نمایان‌گر و معرف این قراردادها باشد را ارائه نمایند. این اطلاعات مبنایی را برای کاربران صورت‌های مالی جهت ارزیابی تأثیر قراردادهای بیمه‌ای بر وضعیت مالی شرکت، عملکرد مالی و جریان‌های نقدی فراهم می‌کند.

یک شرکت باید استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ در زمینه قراردادهای بیمه را در موارد زیر اعمال کند: ۵ قراردادهای بیمه از جمله قراردادهای بیمه اتکایی که توسط شرکت یا واحد اقتصادی صادر می‌شود. ۵ قراردادهای بیمه اتکایی که در اختیار شرکت می‌باشد. ۵ قراردادهای سرمایه‌گذاری با ویژگی‌های مشارکت احتیاطی که توسط شرکت صادر شده، مشروط بر این که خود شرکت قراردادهای بیمه را نیز صادر کند.

برخی از قراردادها با تعریف قرارداد بیمه هم خوانی دارند؛ اما هدف اصلی آن‌ها ارائه خدمات به ازای یک هزینه ثابت است. چنین قراردادهای صادر شده در محدوده استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ قرار دارند، مگر این که یک شرکت تصمیم بگیرد استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۵ درآمد حاصل از قرارداد با مشتریان را در مورد آن‌ها اعمال کند، مشروط بر این که شرایط زیر تحقق یابد:

الف) واحد اقتصادی ارزیابی ریسک مرتبط با مشتری را در تعیین قیمت قرارداد با مشتری منعکس ننماید.

ب) قرارداد به جای پرداخت نقد به مشتری، در ازای پول پرداختی توسط به مشتری به وی خدماتی را ارائه نماید.

پ) ریسک بیمه انتقالی از طریق قرارداد عمدتاً ناشی از استفاده مشتری از خدمات باشد نه این که ناشی از عدم اطمینان مربوط به هزینه خدمات باشد.

#### تعاریف کلیدی

##### قرارداد بیمه<sup>۹</sup>

قراردادی است که به موجب آن یکی از طرفین (صادرکننده) ریسک قابل ملاحظه بیمه را از طرف دیگر می‌پذیرد و موافقت می‌نماید در صورتی که یک رویداد نامطمئن مشخص در آینده (رویداد بیمه شده) بر دارنده‌ی بیمه‌نامه تأثیر نامطلوب بگذارد، خسارات احتمالی وارد شده بر آن‌ها را جبران نماید.

##### پرتفوی قراردادهای بیمه<sup>۱۰</sup>

قراردادهای بیمه در معرض ریسک‌های مشابه قرار داشته و با هم مدیریت می‌شوند.

##### حاشیه سود خدمات قراردادی<sup>۱۱</sup>

جزئی از مبلغ دفتری دارایی و یا بدهی برای دسته‌ای از قراردادهای بیمه می‌باشد که منعکس کننده سود کسب نشده شناسایی شده توسط واحد اقتصادی در هنگام ارائه‌ی خدمات به موجب قراردادهای بیمه در گروه می‌باشد.

##### ریسک بیمه<sup>۱۲</sup>

ریسک، به جز ریسک مالی از دارنده قرارداد به صادرکننده منتقل می‌شود.

##### تحقق جریان‌های نقدی<sup>۱۳</sup>

برآورد دقیق عینی و تعدیل شده بر اساس احتمالات (ارزش

### تعدیل ریسک غیر مالی<sup>۴</sup>

جبران خسارت توسط یک واحد اقتصادی مستلزم تقبل عدم اطمینان مربوط به مقدار و زمان بندی جریان های نقدی ناشی از ریسک غیر مالی در هنگام تحقق قراردادهای بیمه توسط واحد بیمه گر می باشد.

انتظاری) ارزش فعلی خروجی های نقدی آینده به جز ارزش فعلی ورودی های نقدی آینده در نتیجه اجرای قراردادهای بیمه توسط واحد اقتصادی از جمله تعدیل ریسک غیر مالی.

### تفاوت های استاندارد بین المللی گزینگری مالی شماره ۴ و ۱۷:

استاندارد بین المللی گزینگری مالی شماره ۴	استاندارد بین المللی گزینگری مالی شماره ۱۷
الزام افشای اطلاعات ارزش قراردادهای بیمه ای	
تعدادی از شرکت های بیمه برای اندازه گیری اثرات سود و زیانی قراردادهای بیمه ای و محاسبه جریان نقدی آن ها (پرداخت خسارت و تعهدات) در آینده از اطلاعات به روز شده و مطابق شرایط اقتصادی، استفاده نمی کنند.	شرکت ها بیمه برای اندازه گیری اثرات قراردادهای بیمه ای از ارزش جاری و اطلاعات به روز شده که مطابق شرایط اقتصادی است، برای تعیین جریان نقدی آتی، استفاده خواهند نمود. نرخ تنزیل، محاسبه ریسک ها و هر گزارشی که منجر به تصمیم گیری خواهد شد بر اساس ارزش جاری محاسبه و گزارش خواهد شد.
تعدادی از شرکت های بیمه برای محاسبه تعهدات و خسارت های آتی از روش ارزش جاری پول استفاده نمی نمایند. گزارش هزینه پرداخت خسارت منعکس کننده اثرات اقتصادی ارزش پول که در آینده پرداخت خواهد شد، نیست.	شرکت ها میزان مبالغ برآوردی تسویه خسارت ها در آینده را، براساس یک نرخ تنزیل برآورد و گزارش خواهند نمود. زیرا ارزش جاری پول در هنگام تهیه گزارش، انعکاس هزینه خسارت در آینده تصویر مناسب تری از هزینه های اقتصادی که تحمیل خواهد شد را منعکس می نماید.
تعدادی شرکت ها ارزش نرخ بازگشت دارایی ها را مبنای تنزیل قراردادهای بیمه ای قرار می دهند که با توجه به عدم تطبیق زمانی با تعهدات قراردادهای بیمه منجر به تحریف برآورد گزارش شده می شود.	شرکت ها از نرخ تنزیلی برای گزارش تعهدات خود استفاده خواهند نمود که از ماهیت جریان نقدی قراردادهای بیمه بدست آمده استفاده نمایند. صورت های مالی شرکت های بیمه بیان گر ریسک های اجباری بیمه گری است که شاید با شرایط اقتصادی (ارزش) دارائی های فعلی شرکت بیمه مطابقت نداشته باشد.
اطلاعات مربوط به سودآوری	
تعدادی از شرکت های اطلاعات ثابت و کامل را برای شناسایی منابع سودآوری قراردادهای بیمه، فراهم نمی کنند به ویژه وقتی درآمد بر اساس روش نقدی گزارش می شود.	شرکت ها اطلاعات متفاوت در مورد اجزای سودآوری جاری و آتی ناشی از قراردادهای بیمه را فراهم خواهند نمود. شرکت ها درآمد خود را براساس پوشش های بیمه ای که ارائه می دهند، شناسایی خواهند نمود.
اکثر شرکت ها برای تکمیل اطلاعات مورد نیاز IFRS از روش اندازه گیری GAAP استفاده نمی نمایند به طور مثال اطلاعات مربوط به ارزش تعیین شده (Embedded Value). این اطلاعات شامل هر آنچه به صورت مستقل از IFRS تعریف شده به صورت یک روش ثابت اساسی نمایش داده نمی شود.	شرکت ها و استفاده کنندگان از صورت های مالی نیازمند استفاده از روش اندازه گیری GAAP به مقدار کمی هستند. اطلاعات در مورد سود مورد انتظار قراردادهای بیمه ای به صورت معیار قابل مقایسه ای در شرکت ها تهیه خواهد شد.





استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۴	استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۲
<p><b>مقایسه پذیری بین شرکت‌ها در کشورهای مختلف</b></p> <p>حسابداری قراردادهای بیمه که در کشورهای مختلف فعالیت می‌کنند، بسیار متفاوت است.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعدادی از شرکت‌ها از نرخ‌های تنزیل جاری برای اندازه‌گیری قراردادهای بیمه‌ای خودشان استفاده می‌کنند و تعدادی دیگر از نرخ تنزیل تاریخی استفاده می‌نمایند.</li> <li>• تعدادی از شرکت‌ها برای سرمایه‌گذاری و استهلاک هزینه‌های بیمه‌گری در طی سال به محض صدور بیمه‌نامه‌ها اعمال می‌نمایند.</li> <li>• در حالی که بعضی از شرکت‌ها هنگام وقوع هزینه اقدام می‌نمایند.</li> <li>• تعدادی از شرکت‌ها تمامی حق بیمه وصولی را به عنوان درآمد شناسایی می‌کند (بیمه‌نامه صادر می‌شود) در حالی که دیگر شرکت‌ها از روش حق بیمه عاید شده استفاده می‌کنند.</li> </ul>	
<p><b>مقایسه پذیری قراردادهای بیمه‌ای</b></p> <p>تعدادی از شرکت‌های چند ملیتی که حساب‌های شرکت‌های زیر مجموعه خود را تلفیق می‌نمایند از حسابداری واحد برای شرکت‌های زیر مجموعه که قرارداد بیمه‌ای دارند در مناطق مختلف استفاده می‌کنند. این موضوع منجر به ضعف مقایسه‌پذیری بین شرکت‌های یک زیر مجموعه در مناطق مختلف می‌شود.</p>	
<p><b>مقایسه پذیری در میان صنایع</b></p> <p>تعدادی از شرکت‌ها از روش نقدی یا سود سپرده وصولی برای نشان دادن درآمدها استفاده می‌کنند. این تفاوتی است بین روش حسابداری تجویز شده با سایر صنایع به ویژه در بانک‌داری و صنعت مدیریت سرمایه‌گذاری است.</p>	
<p>درآمد قراردادهای بیمه‌ای بدون در نظر گرفتن سپرده وصولی منعکس خواهد شد، مانند سایر صنایع، افزایش مقایسه‌پذیری و درک صحیح سود و زیان شرکت صادر کننده قرارداد بیمه. این موضوع مقایسه‌پذیری شرکت‌های بیمه با سایر صنایع و امکانات لازم برای درک افراد غیر متخصص در امور سرمایه‌گذاری را فراهم خواهد کرد.</p>	<p>شرکت‌های چند ملیتی از روش ثابت برای اندازه‌گیری قراردادهای بیمه‌ای در گروه استفاده می‌کنند، این روش افزایش مقایسه‌پذیری نتایج حاصل از محصولات و مناطق جغرافیای را در بر دارد. در نهایت خاصیت IFRS که مقایسه‌پذیری و شفافیت قراردادهای بیمه‌ای است به این وسیله حاصل می‌شود.</p>

### تفکیک اجزا از قرارداد بیمه<sup>۱۵</sup>

قرارداد بیمه ممکن است دربرگیرنده یک یا چند جزء باشد که در قراردادهای جداگانه در حوزه یک استاندارد دیگر قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، قرارداد بیمه ممکن است شامل یک جزء سرمایه‌گذاری و یا یک جزء خدماتی (و یا هر دو) باشد. استاندارد معیارهای تعیین زمان تفکیک اجزای غیر بیمه‌ای از قرارداد بیمه اصلی را مشخص می‌کند.

یک شرکت/واحد اقتصادی باید موارد زیر را رعایت کند:

- الف) استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۹<sup>۱۶</sup> را جهت تعیین وجود یا عدم وجود یک جزء مشتقه گنجانده شده جهت تفکیک و یا نحوه پرداختن به این جزء مشتقه اعمال نماید.
- ب) تفکیک جزء سرمایه‌گذاری از قرارداد اصلی بیمه تنها در صورتی که جزء سرمایه‌گذاری متمایز باشد. واحد اقتصادی باید استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۹ را جهت بررسی جزء سرمایه‌گذاری تفکیک شده اعمال نماید.
- ج) پس از انجام مراحل فوق، هر نوع تعهد جهت انتقال کالاها

موارد زیر صادر شده‌اند، شناسایی نماید:

الف- قراردادهای صادر شده در ابتدای دوره پوشش گروه قراردادهای

ب- زمان اولین سررسید پرداخت دارنده بیمه‌نامه در گروه  
پ- دسته قراردادهای زیان‌بار زمانی که گروه به عنوان گروه زیان‌بار دسته‌بندی می‌شوند.

### اندازه‌گیری<sup>۱۹</sup>

در زمان شناسایی اولیه، واحد اقتصادی باید دسته‌ای از قراردادهای بیمه را به صورت زیر اندازه‌گیری کند:

۰ تحقق جریان‌های نقدی که

شامل موارد زیر می‌شود:

الف: برآورد

جریان‌های نقدی آینده

ب: تعدیل جهت

منعکس کردن ارزش زمانی

پول (TVM<sup>20</sup>) و ریسک‌های

مالی مرتبط با جریان‌های نقدی

آینده

ج: تعدیل ریسک غیر مالی

۰ حاشیه سود خدمات قراردادی

(CSM<sup>۲۱</sup>)

واحد اقتصادی باید تمام جریان‌های

نقدی آینده را درون محدوده هر قرارداد

در گروه قراردادهای قرار دهد. واحد

اقتصادی می‌تواند جریان‌های نقدی آینده

را در سطح بالاتری از انباشت برآورد کند

و سپس جریان‌های نقدی تحقق قرارداد را به

گروه‌های قراردادی مجزا تخصیص دهد.

برآوردهای جریان‌های نقدی آینده در حال

حاضر باید صریح و دقیق و منعکس‌کننده

تمام اطلاعات در دسترس واحد اقتصادی بدون در نظر

گرفتن هزینه و تلاش قابل توجه در ارتباط با مبلغ، زمان

بندی و عدم اطمینان جریان‌های نقدی آینده باشد. این

برآوردها همچنین باید منعکس‌کننده چشم‌انداز واحد

اقتصادی باشد، مشروط بر این که محاسبات مربوط به

متغیرهای بازار با قیمت‌های قابل مشاهده بازار هم‌خوانی داشته

باشند.

و خدمات غیر بیمه‌ای را متمایز نماید. این گونه تعهدات بر اساس ماده در آمد ناشی از انعقاد قرارداد با مشتریان بر اساس استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۵ مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### سطح انباشت<sup>۱۷</sup>

استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ واحدهای اقتصادی را ملزم به شناسایی پرتفوی‌های قراردادهای بیمه از جمله قراردادهایی که در معرض ریسک‌های مشابه قرار

دارند و با هم مدیریت می‌شود، می‌نماید. انتظار

می‌رود قراردادهای مربوط به خط تولید دارای

ریسک‌های مشابهی باشند و بنابراین در صورتی

که با هم مدیریت شوند، انتظار می‌رود در یک

پرتفوی قرار گیرند.

هر پرتفوی قراردادهای بیمه باید حداقل

به دسته‌های زیر تقسیم شوند:

۰ دسته‌ای از قراردادهای که در شناسایی

اولیه به صورت قراردادهای زیان‌بار

هستند.

۰ دسته‌ای از قراردادهای که در

شناسایی اولیه احتمال تبدیل شدن

آنها به قراردادهای زیان‌بار وجود

ندارد.

۰ دسته‌ای از قراردادهای در

پرتفوی در هر نوع.

واحدهای اقتصادی اجازه

ندارند قراردادهای صادر

شده به صورت جداگانه

در طول یک دوره بیش از

یک ساله را در یک گروه

قرار دهد.

قراردادهای موجود در یک پرتفوی تنها در صورتی در

دسته‌های جداگانه قرار می‌گیرند که قوانین و مقررات توانایی

عملی واحد اقتصادی جهت تعیین قیمت متفاوت و یا سطح

مزایای دارندگان بیمه‌نامه با ویژگی‌های متفاوت را محدود

سازد. در این صورت واحد اقتصادی می‌تواند این قراردادهای را

در یک دسته قرار دهد.

### شناخت<sup>۱۸</sup>

واحد اقتصادی باید دسته‌ای از قراردادهای بیمه را که در





## نرخ تنزیل<sup>۲۲</sup>

نرخ تنزیل مورد استفاده برای برآورد جریان‌های نقدی باید دارای شرایط زیر باشد:

الف: منعکس‌کننده ارزش زمانی پول، ویژگی‌های جریان‌های نقدی و ویژگی‌های نقدینگی قراردادهای بیمه باشد.

ب: با قیمت‌های کنونی بازار ابزارهای مالی که ویژگی‌های آن‌ها با مفاد قراردادهای بیمه هم‌خوانی دارند، مطابقت داشته باشد.

ج: تاثیر عوامل تاثیرگذار بر قیمت‌های قابل مشاهده بازار که بر جریان‌های نقدی آینده قراردادهای بیمه تأثیر نمی‌گذارند را نادیده بگیرند.

## تعدیل ریسک غیر مالی<sup>۲۳</sup>

برآورد ارزش فعلی جریان‌های نقدی آتی جهت انعکاس میزان برآورد خسارت تقبل شده توسط واحد اقتصادی در ارتباط با عدم اطمینان مربوط به مبلغ و زمان بندی جریان‌های نقدی آتی ناشی از ریسک غیر مالی، تعدیل می‌شود.

## حاشیه سود خدمات قراردادی<sup>۲۴</sup>

حاشیه سود خدمات قراردادی نمایانگر سود ناخالص دسته‌ای از قراردادهای بیمه‌ای است که توسط واحد اقتصادی

یا شرکت جهت ارائه خدمات در آینده

منعقد می‌شود. این نوع سود در شناسایی اولیه دسته‌ای از قراردادهای بیمه به میزانی که در غیر این صورت دسته قراردادهای زیان‌بار می‌شوند، اندازه‌گیری شده و منجر به درآمد یا هزینه ناشی از موارد زیر می‌گردند:

الف: شناسایی اولیه مقدار جریان‌های نقدی آزاد<sup>۲۵</sup>

ب: قطع شناخت در تاریخی که دارایی‌ها و یا بدهی‌ها برای جریان‌های نقدی بیمه تحصیل شده شناسایی می‌شوند.

ج: هر نوع جریان نقدی ناشی از قراردادهای موجود در گروه در تاریخ مذکور

## اندازه‌گیری بعدی<sup>۲۶</sup>

در هنگام اندازه‌گیری‌های بعدی، مبلغ دفتری بدون استهلاک دسته قراردادهای بیمه در پایان هر دوره گزارشگری باید معادل مجموع موارد زیر باشد:

الف: بدهی مربوط به پوشش باقی‌مانده بیمه شامل

۱. جریان نقدی آزاد مربوط به خدمات آینده

۲. حاشیه سود خدمات قراردادی دسته قراردادها در آن تاریخ

ب: بدهی مربوط به مطالبات ایجاد شده شامل جریان‌های

نقدی آزاد مربوط به خدمات گذشته تخصیص یافته به گروه

قراردادها در تاریخ مذکور.

## قراردادهای

### زیان‌بار<sup>۲۷</sup>

یک قرارداد بیمه در

صورتی در زمان شناخت

اولیه به عنوان قرارداد زیان‌بار

تلقی می‌شود که مجموع

جریان‌های نقدی آزاد یعنی هر

نوع جریان نقدی تحصیل که قبلاً

شناسایی شده و جریان‌های نقدی

ناشی از قرارداد در آن تاریخ یک

جریان خروجی خالص را تشکیل دهند.

هر واحد اقتصادی باید سود خالص یا

زیان جریان خروجی خالص را شناسایی

کند که منجر به مبلغ دفتری بدهی برای آن

گروه معادل جریان نقدی آزاد و حاشیه سود

خدمات قراردادی گروه معادل صفر، شود.

در هنگام اندازه‌گیری بعدی، در صورتی که

دسته‌ای از قراردادهای بیمه زیان‌بار (یا زیان‌بارتر)

شوند، مازاد قرارداد باید به صورت سود و یا

زیان شناسایی شود. هم‌چنین نمی‌توان حاشیه سود

خدمات قراردادی را افزایش داد و یا سود را شناسایی کرد مگر

اینکه مقدار زیان‌باری شناسایی شده قبلی در حساب سود و زیان به

عنوان بخشی از هزینه‌های خدماتی معکوس شود.

واحد اقتصادی می‌تواند اندازه‌گیری بدهی مربوط به پوشش

باقی‌مانده دسته قراردادهای بیمه را با استفاده از رویکرد تعیین حق

بیمه (PAA<sup>۲۸</sup>) ساده نمایند، مشروط بر این که در ابتدای دسته:

الف: واحد اقتصادی به طور منطقی پیش‌بینی نماید این

اندازه‌گیری تقریب منطقی مدل کلی است.



از تاریخ وقوع مطالبات پرداخت شود، نیازی به محاسبه تنزیل این جریان‌های نقدی نخواهد بود.

## قراردادهای سرمایه‌گذاری با ویژگی‌های مشارکت احتیاطی<sup>۲۹</sup>

قرارداد سرمایه‌گذاری با ویژگی‌های مشارکت احتیاطی یک ابزار مالی است و شامل انتقال ریسک قابل توجه بیمه نمی‌شود. رسیدگی صدور قراردادهای بیمه توسط بیمه‌گر در حیطه استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷ می‌باشد. شرایط و الزامات این استاندارد برای این‌گونه قراردادهای سرمایه‌گذاری اصلاح می‌شوند.

## قراردادهای بیمه اتکایی نگهداری<sup>۳۰</sup>

شرایط و الزامات این استاندارد برای قراردادهای بیمه اتکایی اصلاح می‌شوند. واحدهای اقتصادی هنگام محاسبه ارزش فعلی جریان‌های نقدی انتظاری برای قراردادهای بیمه اتکایی از فرضیاتی استفاده می‌کنند که با فرضیات مورد استفاده برای قراردادهای بیمه اتکایی مربوطه هم‌خوانی دارند. علاوه بر این، این برآوردها شامل ریسک عدم اجرای قرارداد توسط بیمه‌گر نیز می‌شود. تعدیل ریسک غیر مالی جهت انعکاس انتقال ریسک از دارنده قرارداد بیمه اتکایی به بیمه‌گر محاسبه می‌شود.

در شناخت اولیه، حاشیه سود خدمات قراردادی مانند سود قراردادهای مستقیم بیمه محاسبه می‌شود، با این تفاوت که حاشیه سود خدمات قراردادی نشان‌دهنده سود و یا زیان خالص خریداری بیمه اتکایی می‌باشد. در زمان شناخت اولیه، این سود یا زیان خالص مدت دار می‌باشد، مگر این که هیچ‌زیانی با رویداد اتفاق افتاده قبل از انعقاد قرارداد بیمه اتکایی مرتبط نباشد (که در این مورد بلافاصله هزینه می‌شود).

در مرحله بعد، قراردادهای بیمه اتکایی مانند قراردادهای بیمه بر اساس مدل کلی مورد بررسی قرار می‌گیرند. تغییرات در ریسک

ب: دوره پوشش هر قرارداد در گروه یک سال یا کم‌تر است. در صورتی که در آغاز گروه، واحد اقتصادی نوسانات قابل توجهی را در جریان‌های نقدی آزاد در دوره قبل از ایجاد مطالبه پیش‌بینی نماید، این‌گونه قراردادها را نمی‌توان در مورد رویکرد تعیین حق بیمه اعمال کرد.

با استفاده از رویکرد تعیین حق بیمه، بدهی مربوط به پوشش باقی‌مانده باید ابتدا به عنوان حق بیمه دریافتی در زمان شناخت اولیه منهای هرگونه جریان نقدی بیمه تحویل شده شناسایی شود. در مرحله بعد، مبلغ دفتری بدهی برابر با مبلغ دفتری در آغاز دوره گزارشگری به علاوه حق بیمه دریافتی در آن دوره منهای جریان‌های نقدی کسب بیمه به علاوه استهلاک جریان‌های نقدی کسب بیمه، منهای مقدار شناسایی شده به عنوان درآمد بیمه برای پوشش ارائه شده در دوره مورد نظر، منهای هر نوع جزء سرمایه‌گذاری پرداختی و یا انتقالی به بدهی مطالبات ایجاد شده می‌باشد.

## شرایط عملی موجود در رویکرد تعیین حق بیمه

در صورتی که قراردادهای بیمه در گروه دارای یک جزء تأمین مالی قابل توجه باشد، بدهی مربوط به پوشش باقی‌مانده باید با تنزیل محاسبه شود. با این حال در صورتی که نیاز به این کار نباشد، واحد اقتصادی در زمان شناخت اولیه پیش‌بینی می‌کند که فاصله

زمانی بین ارائه هر بخش از پوشش و تاریخ سررسید مربوطه به حق بیمه بیش از یکسال نمی‌باشد.

در هنگام استفاده از رویکرد تعیین حق بیمه، واحد اقتصادی ممکن است تصمیم بگیرد هر نوع جریان نقدی بیمه تحویل شده را به عنوان هزینه در زمان وقوع هزینه‌ها در نظر بگیرد، مشروط بر این که دوره پوشش در شناسایی اولیه بیش از یکسال نباشد.

ساده‌سازی‌های ناشی از رویکرد تعیین حق بیمه در مورد اندازه‌گیری بدهی مطالبات ایجاد شده برای گروه که بر اساس مدل کلی اندازه‌گیری می‌شوند، اعمال نمی‌گردند. با این حال در صورتی که پیش‌بینی شود مقدار باقی‌مانده در طول یکسال





ناشی از عدم اجرای قرارداد توسط بیمه‌گر در صورت سود و زیان منعکس شده و سود خدمات قراردادی را تعدیل نمی‌کند.

## اصلاح و قطع شناخت اصلاح قرارداد بیمه<sup>۳۱</sup>

جهت اصلاح قرارداد بیمه، واحد اقتصادی باید قرارداد اولیه را به رسمیت نشناسد و قرارداد اصلاح شده را در صورت وجود اصلاحات قابل توجه به عنوان قرارداد جدید بر اساس تحقیق هر یک از معیارهای تعیین شده به رسمیت بشناسد. در صورت تحقق شرایط زیر، اصلاح قرارداد قابل توجه تلقی می‌شود:

- الف: در صورتی که شرایط اصلاح شده در آغاز قرارداد منجر به موارد زیر شود:
۱. حذف قرارداد از دامنه کاربرد استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی
  ۲. تفکیک مشتقات مختلف گنجانده شده

۳. بازتعریف دامنه کاربرد قرارداد
۴. تعیین مجدد دسته‌ای متفاوت از قراردادها

ب: در صورتی که قرارداد اولیه با تعریف قراردادهای بیمه هم تراز مستقیم هم‌خوانی داشته باشد؛ اما قرارداد اصلاح شده با آن تعریف هم‌خوانی نداشته باشد، یا بالعکس. ج: واحد اقتصادی در ابتدا رویکرد تعیین حق بیمه را اعمال کرده باشد، اما اصلاحات قرارداد باعث شوند که قرارداد با این رویکرد هم‌خوانی نداشته باشد.

## قطع شناخت<sup>۳۲</sup>

زمانی که قرارداد منقضی می‌شود و یا هر یک از شرایط اصلاحات قابل توجه در قرارداد بیمه تحقق یابد، واحد اقتصادی نباید آن را به رسمیت بشناسد.

## ارائه در صورت وضعیت مالی<sup>۳۳</sup>

واحد اقتصادی باید به صورت جداگانه مبلغ دفتری گروه‌های

زیر را در صورت وضعیت مالی ارائه نماید:

- الف: قراردادهای بیمه صادر شده به صورت دارایی  
ب: قراردادهای بیمه صادر شده به صورت بدهی  
ج: قراردادهای بیمه اتکایی منعقد شده به صورت دارایی  
د: قراردادهای بیمه اتکایی منعقد شده به صورت بدهی

## شناسایی و ارائه در صورت‌های عملکرد مالی<sup>۳۴</sup>

واحد اقتصادی باید مقادیر شناسایی شده در صورت‌های عملکرد مالی را به صورت زیر تفکیک کند:

- الف: نتیجه خدمات بیمه‌ای شامل درآمد و هزینه‌های بیمه

- ب: درآمد یا هزینه‌های تأمین مالی بیمه  
درآمد یا هزینه‌های ناشی از قراردادهای بیمه اتکایی باید به صورت مجزا از درآمدها و هزینه‌های قراردادهای صادر شده بیمه ارائه شوند.

## نتیجه خدمات بیمه<sup>۳۵</sup>

هر واحد اقتصادی موظف به ارائه درآمد یا هزینه‌های ناشی از گروه قراردادهای صادر شده بیمه، هزینه خدمات بیمه‌ای ناشی از گروه قراردادهای بیمه صادر شده شامل مطالبات ایجاد شده و سایر هزینه‌های خدمات بیمه‌ای می‌باشد.

درآمد و هزینه خدمات بیمه‌ای باید بدون اجزای سرمایه‌گذاری در نظر گرفته شوند. واحدهای اقتصادی اجازه ندارند حق بیمه را در صورتی که اطلاعات مربوطه با درآمد ارائه شده

هم‌خوانی ندارد، در صورت سود و زیان ارائه نمایند.

درآمد و هزینه تأمین مالی بیمه شامل تغییر در مبلغ دفتری گروه قراردادهای بیمه ناشی از موارد زیر می‌شود:

- الف: اثر ارزش زمانی پول و تغییرات در ارزش زمانی پول  
ب: اثر تغییرات ایجاد شده در فرضیات مربوط به ریسک مالی  
ج: در نظر نگرفتن این‌گونه تغییرات برای گروه‌های قراردادهای بیمه با قراردادهای مستقیم بیمه مشارکتی که باعث



## افشا

هر واحد اقتصادی باید اطلاعات کیفی و کمی مربوط به موارد زیر را افشا کند:

الف: مقادیر شناسایی شده در صورت‌های مالی که ناشی از قراردادهای سمه می‌باشند.

ب: ارزیابی‌های قابل توجه و تغییرات ایجاد شده در این ارزیابی‌ها در زمان اجرای استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۱۷.

ج: ماهیت و میزان ریسک‌های ناشی از قراردادهای بیمه

الزامات اساسی استاندارد بین‌المللی گزارشگری  
مالی، شماره ۱۲

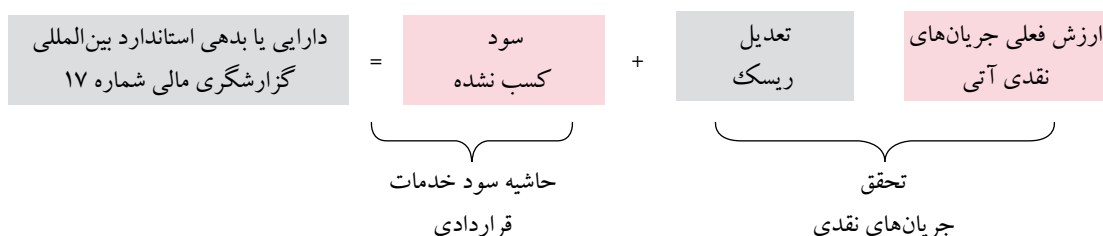
- قراردادهای بیمه به صورت مجموع موارد زیر اندازه گیری می شوند:
  - جریان های نقدی اجرای قرارداد
۱. ارائه کننده ارزش جریان های نقدی انتظاری تعدیل شده بر اساس احتمالات - منعکس کننده ریسک مالی
  ۲. بعلاوه تعدیل مشخص ریسک برای ریسک بیمه
  - حاشیه سود خدمات قراردادی
  ۳. سود کسب نشده ناشی از قرارداد ■

تعدیل سود خدمات قراردادی می‌شود.

هر واحد اقتصادی دارای یک سیاست حسابداری است که می‌تواند تمامی درآمدها یا هزینه‌های تأمین مالی بیمه را برای دوره مورد نظر در حساب سود و زیان بگنجانند و یا آن‌ها را به مقادیر ارائه شده در حساب سود و زیان و مقادیر ارائه شده در سایر درآمدهای جامع (OCI) تفکیک نماید.

بر اساس مدل عمومی، تفکیک به معنای ارائه مقدار تعیین شده از طریق تخصیص نظام مند درآمدها و هزینه‌های پیش‌بینی شده تأمین مالی کل بیمه در مدت گروه قراردادهای در صورت سود و زیان می‌باشد. در هنگام قطع شناخت گروه‌ها، مقادیر باقی‌مانده در سایر درآمدهای جامع به صورت سود و زیان دسته‌بندی می‌شوند.

بر اساس رویکرد هزینه متغیر (VFA)، برای قراردادهای مستقیم هم تراز بیمه، تنها در زمانی که واحد اقتصادی اقلام اصلی را در اختیار دارد، تفکیک به معنای ارائه درآمدها یا هزینه‌های تأمین مالی بیمه در صورت سود و زیان به عنوان مقداری که باعث از بین رفتن عدم انطباق حسابداری می‌شود شده و به همراه هزینه‌ها و درآمد تأمین مالی ناشی از اقلام زیربنایی تعریف می‌شود. در زمان قطع شناخت گروه‌های قرارداد، مقداری که قبلاً در سایر درآمدهای جامع شناسایی شده‌اند، هم‌چنان در این دسته باقی می‌مانند.



منابع:

- |   |   |
|---|---|
| 1- IASB   | 21- Measurement   |
| 2- IASB   | 20- Time Value of Money   |
| 3- IASB   | 21- Contractual Service Margin  |
| ۴- در ایران و طبق قوانین بیمه مرکزی فقط شرکت های بیمه ای حق صدور بیمه نامه دارند. | 22- Discount rates  |
| 5- Revenue recognition  | 23- Risk adjustment for non-financial risk                                    |
| 6- Liabilities – long- and short-term   | 24- Contractual service margin  |
| 7- Deposits   | 25- FCF   |
| 8- Time Value of Money  | 26- Subsequent measurement  |
| 9- Insurance contract   | 27- Onerous contracts   |
| 10- Portfolio of insurance contracts  | 28- Premium Allocation Approach   |
| 11- Contractual service margin  | 29- Investment contracts with a DPf   |
| 12- Insurance risk  | 30- Reinsurance contracts held  |
| 13- Fulfilment cash flows   | 31- Modification of an insurance contract                                     |
| 14- Risk adjustment for non-financial risk  | 32- Derecognition   |
| 15- Separating components from an insurance contract                              | 33- Presentation in the statement of financial position                       |
| 16- IFRS 9 Financial Instruments  | 34- Recognition and presentation in the statement(s) of financial performance |
| 17- Level of aggregation  | 35- Insurance service result  |
| 18- Recognition   |   |