



همراه با امتیاز آموزش
مورد قبول جامعه
حسابداران رسمی ایران

جمعه ۱۷ تیر ۱۴۰۱

چهل و چهارمین همایش انجمن حسابداران خبره ایران وبینار بزرگ بررسی چالش‌های حسابداری و حسابرسی در صنعت بیمه



انجمن حسابداران خبره ایران

بیمه
day insurance

بیش از ۶۰۰ نفر از علاقمندان حوزه مالی، حسابداری و حسابرسی در چهل و چهارمین همایش انجمن حسابداران خبره ایران با عنوان «وبینار بزرگ بررسی چالش‌های حسابداری و حسابرسی در صنعت بیمه» که در روز جمعه ۱۷ تیر ۱۴۰۱ از ساعت ۸:۳۰ الی ۱۴:۳۰ برگزار شد، شرکت کردند.

صنعت بیمه یکی از مهم‌ترین ارکان توسعه اقتصادی کشورها است. بشر امروز به هدف جلوگیری از ضررهای مالی و اقتصادی و با توجه به حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی که محتمل می‌شود به صنعت بیمه نیاز دارد، در این وبینار به بحث در مورد چالش‌های حسابداری و حسابرسی در صنعت بیمه پرداخته شد.



کازم ولای زاده



مجید بنویدی



علی صلاحی نژاد



محمود حق وردیلو



سید امید میر آقا زاده



علی رحمانی



محمد رضا کشاورز



سید محمد باقریانی



زهره کیا



امیر حمزه ملکیان



رامین محمدی



علی اکبر شمس



حمید دیناتی

بحث خواهیم کرد)، آزمون کفایت بدهی در شرکت بیمه (Liability Ad-equacy Test)، تغییرات در سیستم‌های فناوری اطلاعات و در کل بیمه داری نوین، روش‌های حسابداری متناسب با قراردادهای بلند مدت بیمه‌ای، و ضرورت آموزش و توانمندسازی حسابداران یکی از وجوه تمایز شرکت‌های بیمه با سایر صنایع بحث «مدیریت وجوه نقد و سرمایه‌گذاری در شرکت‌های بیمه‌ای» است. اساساً در هر صنعتی قیمت تمام شده به دست می‌آید و بعد فروش اتفاق می‌افتد؛ در حالی که در صنعت بیمه، ابتدا فروش انجام می‌شود و بعد از آن قیمت تمام شده به دست می‌آید.

وجود نقدینگی قابل توجه ناشی از فروش تعداد زیادی بیمه‌نامه به بیمه‌گذاران، از مشخصات بارز شرکت‌های بیمه به شمار می‌آید؛ از سوی دیگر ممکن است در اثر وقوع حوادث بابت پوشش بیمه‌نامه‌های صادره، وجوه نقد زیادی برای پرداخت خسارت‌های احتمالی مورد نیاز باشد. فاصله زمانی بین دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت در یک شرکت بیمه، ضرورت استفاده بهینه از وجوه نقد را دوچندان می‌کند؛ از این‌رو مدیریت سرمایه‌گذاری و وجوه نقد در شرکت‌های بیمه از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و جزء فعالیت‌های اصلی آن‌ها به شمار می‌رود. اهمیت حیاتی مدیریت وجوه نقد در شرکت‌های بیمه‌ای به حدی است که درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری از محل ذخایر فنی توسط شرکت‌های بیمه به جای اینکه در طبقه سایر درآمدها قرار گیرد، جزء درآمد اصلی آن‌ها به شمار آمده و در تعیین سود و زیان ناخالص حاصل از فعالیت بیمه‌ای محاسبه می‌شود



دکتر محمدرضا کشاورز: مدیر عامل بیمه دی چشم‌انداز حسابداری در صنعت بیمه

ضرورت توجه به مفاهیمی چون حسابداری نقدی و تعهدی در صنعت بیمه، کمبود اطلاعات مفید و کارآمد در ثبت عملیات بیمه‌گری، کمبود شفافیت در ارائه سود و زیان؛ این موضوعی است که ما همواره در بازار سرمایه با آن روبه رو هستیم، فربه شدن مقررات نظارتی در صنعت بیمه و اقتصادی نامطمئن، و ضرورت تکامل تدریجی فرهنگ سازمانی با موازین حسابداری (روی این موضوع

در اینجا می‌خواهیم به این موارد بپردازیم:

- نقش حسابداری در ثبات و پیش‌بینی صنعت بیمه
- چالش‌های حسابداری در صنعت بیمه
- چشم‌انداز و جایگاه حسابداری در آینده صنعت بیمه
- اهم چالش‌های موجود در صنعت بیمه عبارتند از:

و در آمد حاصل از سرمایه‌گذاری از محل ذخایر فنی همانند درآمد حق بیمه صادره جزء درآمد اصلی شرکت‌های بیمه بوده و در محاسبه سود و زیان حاصل از فعالیت بیمه‌ای نقش تعیین‌کننده دارد.

جایگاه حسابداری در شرکت‌های بیمه

اهمیت حسابداری در صنعت بیمه، به لحاظ نوع فعالیت و پیچیدگی

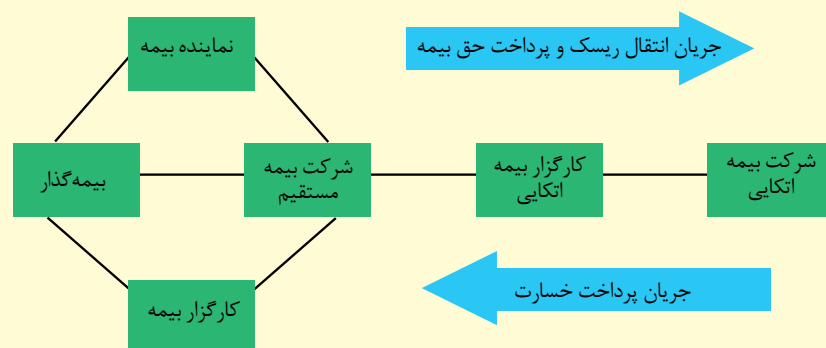
عملیات بیمه و در نهایت استفاده بسیار زیاد از نتایج مالی عملیات بیمه‌ای در اتخاذ تصمیم و تعیین خط مشی آتی شرکت‌های بیمه است.

وضعیت حسابداری در صنعت بیمه به گونه‌ای است که بیمه‌گر باید حساب تعداد بی‌شماری بیمه‌گذار و بیمه‌شده را نگه داشته و همیشه در وضعی باشد که بتواند پاسخگوی سهام داران، بیمه‌گذاران و سایر استفاده‌کنندگان از

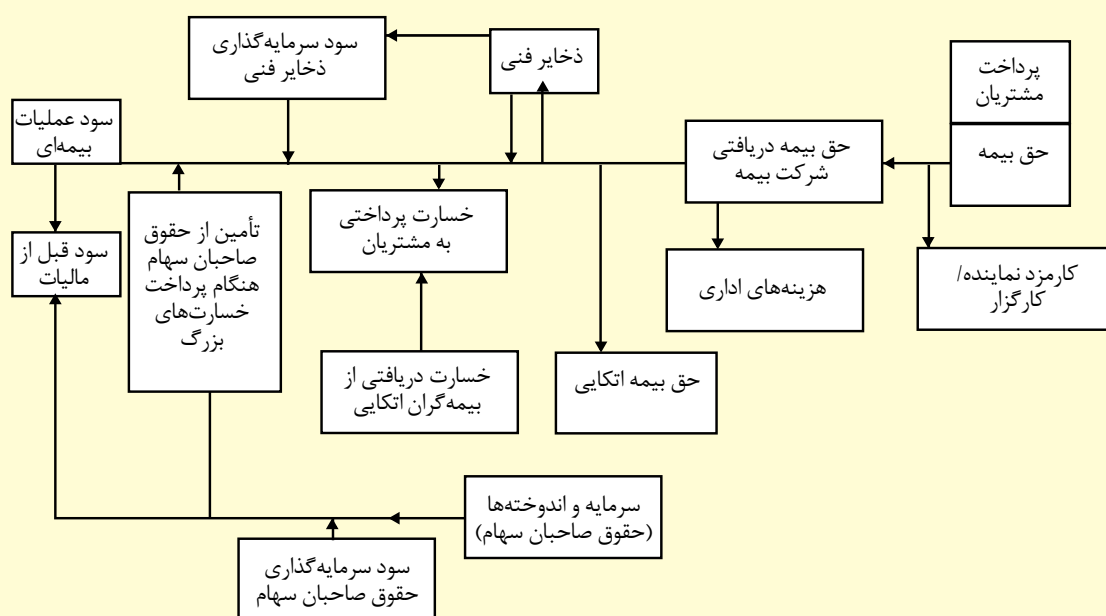
صورت وضعیت مالی باشد. لازم به ذکر است در شرکت‌های بیمه، حسابداری و نحوه نگهداری حساب‌ها تنها وسیله قابل اطمینان است و همین امر سبب شده که در این مؤسسات، مدیریت مالی و حسابداری از جایگاه ویژه‌ای نسبت به سایر مؤسسات برخوردار شود.

نمودار زیر خدمات بیمه‌ای و جریان گردش وجوه در شرکت بیمه را نشان می‌دهد.

خدمات بیمه‌ای و جریان گردش وجوه



جریان وجوه در شرکت بیمه



یکی از بحث‌های مهمی که مطرح است، استانداردهای گزارشگری مالی بین‌المللی (IFRS) است. اکثر ما این استاندارد گزارشگری آشنا هستیم، به مجموعه‌ای از استانداردهای حسابداری گفته می‌شود که توسط هیئت استانداردهای حسابداری بین‌المللی تدوین شده است. پایه‌گذاری این هیئت توسط شرکت‌های بزرگ حسابداری، مؤسسات مالی خصوصی و

تعدادی دیگر از سازمان‌های حرفه‌ای در حوزه حسابداری انجام شده است. تاکنون بیش از ۱۵۴ کشور IFRS را برای گزارش‌دهی مالی شرکت‌های خود الزامی دانسته‌اند. هدف این استانداردها، تهیه صورت‌های مالی شرکت‌های سهامی در قالب یک استاندارد جهانی است. استانداردهای مذکور با افزایش قابلیت مقایسه و

کیفیت اطلاعات مالی موجب شفافیت اطلاعاتی می‌شود که از یک طرف به سرمایه‌گذاران و سایر ذینفعان در اتخاذ تصمیمات اقتصادی آگاهانه‌تر و بموقع کمک می‌کند و از طرف دیگر با کاهش شکاف اطلاعاتی بین دارندگان اطلاعات و سرمایه‌گذاران، موجب تقویت پاسخگویی خواهد شد. ضمن اینکه سرمایه‌گذاران با فرصت‌ها و تهدیدهای سرمایه‌گذاری در سطح جهان آشنا شده و امکان تخصیص بهینه سرمایه و افزایش کارایی اقتصاد فراهم می‌شود. باید در نظر داشته باشیم که قانون و مقررات بیمه‌ای کشور حاکمی است اما استانداردهای حسابداری ضوابط لازم‌الاجرا و مقررات حاکمیتی بر ضوابط استاندارد تر جیح و الویت دارد.

چالش اجرای استانداردهای حسابداری با قانون و مقررات بیمه‌ای در ایران

- اولویت قوانین و مقررات حاکمیتی بیمه‌ای کشور بر ضوابط حسابداری
- الزام شرکت‌های بیمه‌ای به رعایت استاندارد حسابداری شماره ۲۸ و از سوی دیگر رعایت آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه و مغایرت این دو در برخی از موارد
- نحوه محاسبه حق بیمه عاید نشده
- نحوه محاسبه ذخایر بیمه‌ای
- الزام محاسبه ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی توسط شرکت‌های بیمه به استناد ماده (۱) آیین‌نامه شماره (۵۸) بیمه مرکزی و عدم تطابق آن با استانداردهای حسابداری با توجه به چارچوب گزارشگری مالی
- ذخیره برگشت حق بیمه



مقایسه استاندارد حسابداری فعالیت‌های بیمه عمومی در کشورهای مختلف - حق بیمه

موضوع	استرالیا	مالزی	آمریکا	انگلستان	هنگ کنگ	ایران
حق بیمه	درآمد حق بیمه باید از تاریخ شروع دوره پوشش خطر به محض اینکه حق بیمه به نحو اتکاپذیر قابل اندازه‌گیری است، شناسایی شود.	حق بیمه باید در دوره‌ای مالی شناسایی شود که خطرات در طول آن دوره زمانی پذیرفته شده‌اند.	حق بیمه قراردادهای کوتاه‌مدت معمولاً به تناسب میزان پوشش بیمه‌ای فراهم شده در طول قرارداد، به عنوان درآمد شناسایی می‌شود در مواردی که دوره قرارداد با دوره پوشش خطر متفاوت باشد، حق بیمه به تناسب میزان پوشش بیمه‌ای فراهم شده در دوره خطر، به عنوان درآمد شناسایی می‌شود.	هنگامی که از مبنای حسابداری سالیانه استفاده می‌شود، تمامی حق بیمه‌ها باید در دوره مالی که قراردادها در آن شروع می‌شود به حساب درآمد منظور شود و هنگامی که از مبنای حسابداری انتقالی یک ساله استفاده می‌شود، حق بیمه‌های مربوط به سال قبل باید به حساب درآمد منظور گردد و حق بیمه‌های مربوط به عملیات به دوره جاری نیز باید به دوره مالی مربوط به دوره جاری نیز باید به دوره مالی بعد منتقل شود. در مبنای سال صدور نیز باید تمامی حق بیمه‌های اعلام شده به شرکت در یک دوره مالی در همان دوره مالی به حساب گرفته شود و در حساب خاص سال صدور مربوطه منظور شود.	بیمه‌گر از تاریخی که طبق قرارداد بیمه، خطر را پذیرفته است و مبلغ حق بیمه به نحو اتکاپذیر قابل اندازه‌گیری است، حق بیمه بیمه‌نامه‌های صادر شده را شناسایی کند.	درآمد حق بیمه باید از تاریخ شروع دوره پوشش خطر به محض اینکه حق بیمه به نحو اتکاپذیر قابل اندازه‌گیری است، شناسایی شود.



مقایسه استاندارد حسابداری فعالیت‌های بیمه عمومی در کشورهای مختلف - الگوی شناخت درآمد

موضوع	استرالیا	مالزی	آمریکا	انگلستان	هنگ کنگ	ایران
الگوی شناخت درآمد	در طول دوره بیمه، درآمد حق بیمه باید مطابق با الگوی وقوع خطر شناسایی شود یا در صورتی که نتایج به نحوه قابل ملاحظه‌ای متفاوت نباشند، به طور یکنواخت در طول دوره بیمه‌نامه (در بیمه‌های مستقیم) یا در طول دوره تأمین خسارت (در بیمه‌های اتکایی) شناسایی شود.	حق بیمه باید به طور یکنواخت در طول دوره پوشش خط بیمه‌نامه‌های صادر شده به عنوان کسب شده، شناسایی شود. این روش مبتنی بر گذشت زمان است و در صورتی مناسب است که توزیع خطرات در طول دوره بیمه‌نامه تقریباً یکسان باشد.	حق بیمه‌ها به جز در موارد اندکی که میزان پوشش بیمه‌ای بر اساس یک برنامه از پیش تعیین شده کاهش یابد، معمولاً به طور یکنواخت در طول دوره قرارداد (یا در صورت متفاوت بودن، در طول خطر) شناسایی می‌شوند.	محاسبه ذخیره حق بیمه‌های کسب نشده باید بر مبنای مدت منقضی نشده بیمه‌نامه‌ها صورت پذیرد. مگر در مواردی که به لحاظ یکنواخت نبودن خطرات در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه‌ها بتوان از روش مناسب‌تری استفاده کرد (مثل تگرگ و سرمایه‌زدگی)	در مورد اکثر بیمه‌نامه‌ها یا قرارداد، سطح توزیع خطر در طول دوره پوشش خطر (مدت بیمه‌نامه) نوسانات زیادی ندارد. در این شرایط فرض بر این است که حق بیمه به طور یکنواخت در طول دوره خطر کسب می‌شود. چنانچه انتظار رود سطح توزیع خطر در طول دوره پوشش خطر نوسان قابل ملاحظه‌ای داشته باشد، ممکن است مبنای دیگری به غیر از تسهیم به نسبت زمان، مناسب به نظر برسد. مبنای مورد استفاده باید الگوی وقوع خطر در طول دوره بیمه منعکس کند.	درآمد حق بیمه باید از تاریخ شروع دوره پوشش خطر به محض اینکه حق بیمه به نحو اتکاپذیر قابل اندازه‌گیری است، شناسایی شود.



یکی از نکات مهمی که در آینده صنعت بیمه تأثیرگذار است نقش تکنولوژی نوین در صنعت بیمه است؛ مهم‌ترین فن‌آوری نوینی که در آینده نزدیک صنعت بیمه را محلول خواهد ساخت بلاک‌چین نام دارد. آشنایی با این فن‌آوری و تأثیرات شگرفی که بر صنعت بیمه و به ویژه در حسابداری شرکت‌های بیمه‌ای پیش خواهد آورد از اولویت خاصی برخوردار است.

بلاک‌چین را می‌توان برای ایجاد یکپارچگی بین سامانه‌های اطلاعاتی حسابداری شرکت با دیگر طرف‌های قرارداد با شرکت دانست. اگر شرکت را تجمیعی از قراردادهای بین واحد گزارشگر مرکزی با سایر اشخاص حاضر در کسب و کار فرض کنیم، می‌توان مدلی را برای سامانه‌ی اطلاعاتی حسابداری فرض کرد که در آن بخش عمده‌ای از تراکنش‌های فی‌مابین به صورت خودکار، امن، ساختارمند روزآمد، آنی و نظارت شده با رعایت کنترل داخلی پایه‌ی تعبیه شده در قراردادهای هوشمند ثبت و نگهداری شود.

مطرح شدن حسابداری سه طرف یا حتی طرفه با توجه به ویژگی قراردادهای هوشمند از جمله برگشت‌ناپذیری تعهدات یکی دیگر از نکات بسیار مهم برای آینده حسابداری صنعت بیمه مطرح شده است. کاربرد بلاک‌چین در انجام حسابرسی نیز از اهمیت به سزایی برخوردار است. سامانه‌ی اطلاعاتی حسابداری مبتنی بر بلاک‌چین را می‌توان یک سامانه‌ی تراکنشی دانست که: اولاً، دارای یک دفتر کل عمومی توزیع شده برای نگهداری داده‌های گذشته است. ثانیاً، ثبت‌های درون آن توسط همه کابران تأیید می‌شود. ثالثاً همه ذینفعان

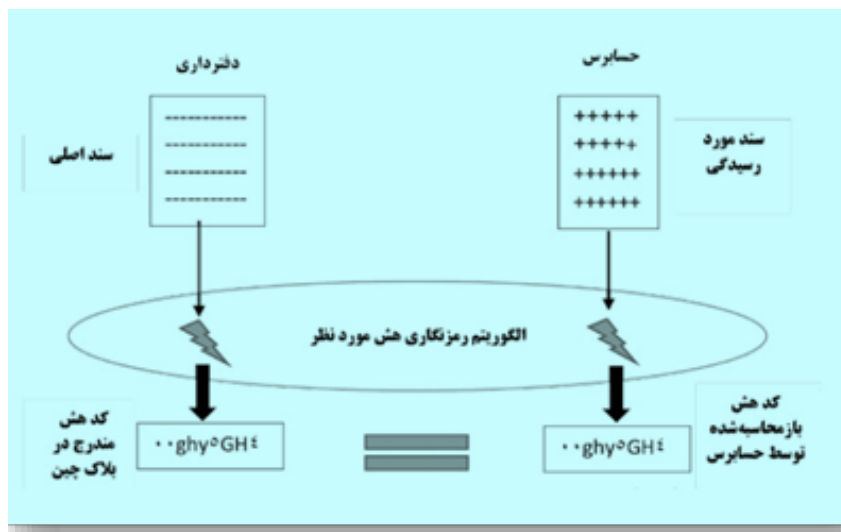
مشارکت‌کننده از طریق دسترسی به داده‌های دفتر کل می‌توانند به صورت آنی صورت‌های مالی مورد نیاز خود را تهیه و مشاهده کنند.

چشم‌انداز حسابداری در ابعاد مختلف چشم‌انداز حسابداری در ابعاد مختلف را می‌توان به سه قسمت تقسیم کرد که بخش اول عوامل محیطی که در برگزیده رفع ابهام در برآورد، کنترل تکثیر مقررات و ایجاد رویه در استانداردها، روابط میان شرکت‌های بیمه با مؤسسات حسابرسی که شرایط بهتری برای آنها باید در نظر بگیریم، و همین‌طور توجه به ابرداده‌های کلان و هوش مصنوعی است که باید

مقایسه استاندارد حسابداری فعالیت‌های بیمه عمومی در کشورهای مختلف - ذخیره حق بیمه کسب نشده

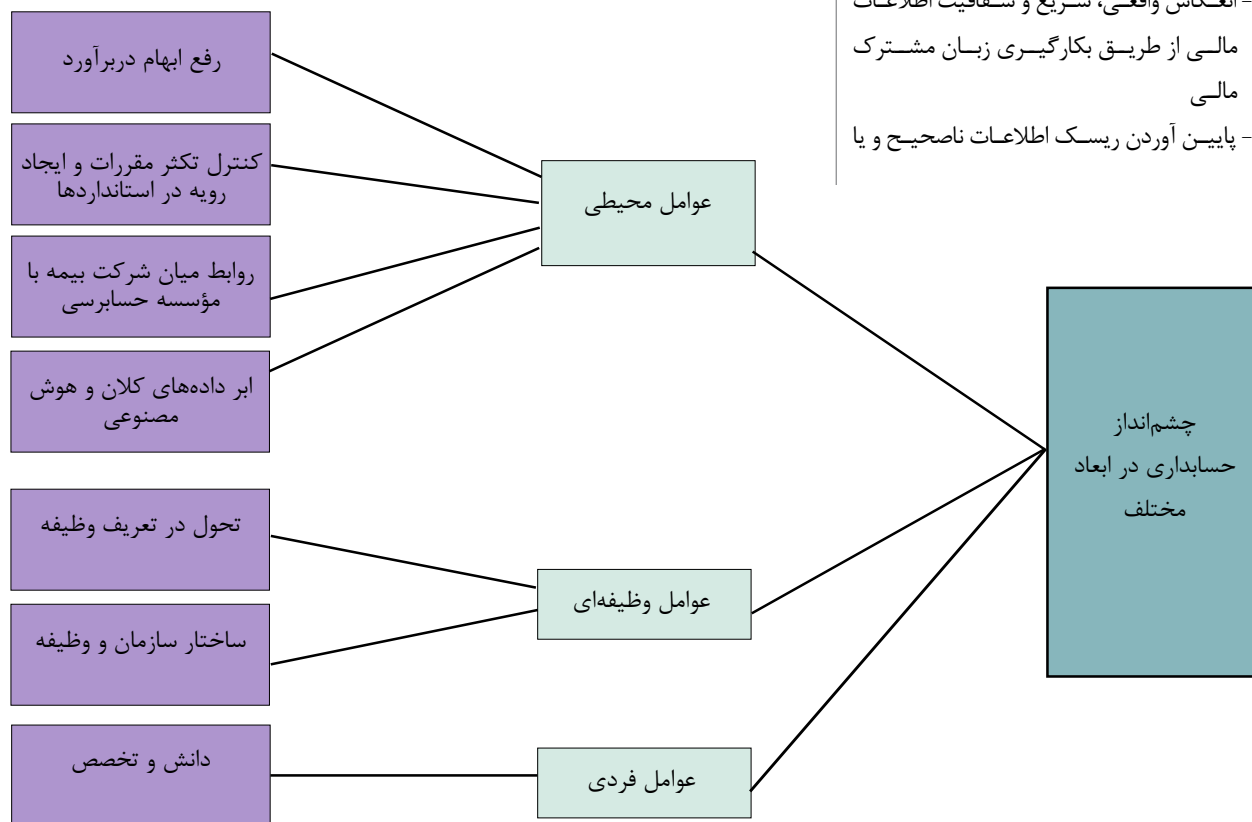
موضوع	استرالیا	مالزی	آمریکا	انگلستان	هنگ کنگ	ایران
ذخیره حق بیمه کسب نشده	حق بیمه ناخالص بیمه‌نامه‌های صادر شده معمولاً شامل مبالغی است که در تاریخ گزارش هنوز کسب نشده‌اند. این مبالغ توسط بیمه‌گر در سال مالی یا سال‌های مالی بعد در طول مدت باقی‌مانده بیمه‌نامه‌ها کسر خواهد شد.	بخشی از حق بیمه خالص بیمه‌نامه‌های صادر شده که با دوره‌های منقضی نشده بیمه‌نامه‌ها در پایان دوره مالی بیمه‌گر مرتبط است باید توسط شرکت بیمه عمومی به حساب ذخیره حق بیمه کسب نشده منظور شود.	-	با توجه به این واقعیت که تمامی بیمه‌نامه‌ها در ابتدای دوره مالی شروع نمی‌شوند، قسمتی از حق بیمه‌ها صورت ذخیره حق بیمه‌های کسب نشده به سال بعد منتقل می‌شوند، تا خساراتی را که در دوره مالی بعد ایجاد می‌شود، جبران کنند.	بیمه‌گر به جای ذخیره حق بیمه و کسب نشده و کسری حق بیمه، ذخیره خطرات منقضی نشده را شناسایی کند.	بخشی از حق بیمه مرتبط با بیمه‌نامه‌های صادر شده، طی دوره مالی که قابل انتساب به پوشش خطر بعد از پایان دوره مالی است، به عنوان حق بیمه عاید نشده، شناسایی می‌شود.

نمودار کاربرد بلاک چین در انجام حسابداری



ایجاد چشم اندازهای مالی دقیق تر
- ایجاد یک راهنمای کلی برای منعقد کردن قراردادهای بیمه‌ای در سطوح خرد و کلان و آرایه تضمین‌های مالی به صورتی مشخص و شفاف

ناقص و افزایش اعتماد تصمیم‌گیرندگان
- قابل فهم‌تر شدن صورت‌های مالی بر عموم
- تحکیم و تداوم ثبات مالی شرکت‌های بیمه و افزایش توانگری مالی از طریق



افزایش پیدا کنند. بخش دوم عوامل وظیفه‌ای است که شامل تحول در تعریف وظیفه و ساختار سازمان و وظیفه است. بخش سوم عوامل فردی است که حسابداران محترم شرکت‌های بیمه و مدیران مالی در واقع باید به آن توجه داشته باشند، ارتقای دانش و تخصص است.

استفاده از نظام IFRS در صنعت بیمه

- باز تعریف مفاهیم حسابداری و اتفاق نظر بر آنها (مفهوم درآمد و تفاوت آن با پس انداز)
- مقایسه پذیری جامع صورت‌های مالی در صنایع مختلف
- سنجش و برآورد مناسب و به روز بدهی‌ها و دارایی‌های شرکت بیمه
- افشای ریسک‌های مالی و خطاهای اقتصادی
- انعکاس واقعی، سریع و شفافیت اطلاعات مالی از طریق بکارگیری زبان مشترک مالی
- پایین آوردن ریسک اطلاعات ناصحیح و یا

نشان می‌دهد. استاندارد جدید، شفافیت وضعیت مالی و عملکرد بیمه‌گران را افزایش می‌دهد. این استاندارد رویکرد ارزش فعلی را برای اندازه‌گیری قراردادهای بیمه اعمال می‌کند و سود را با ارائه خدمات بیمه‌گران به بیمه‌گذاران شناسایی می‌کند. سود یا زیان حاصل از فعالیت‌های بیمه‌گری جدا از فعالیت‌های سرمایه‌گذاری گزارش می‌شود. در جدول زیر ویژگی‌های کلیدی ابگم ۱۷ و ۴ بیان شده است.

محدوده ابگم ۱۷

طبق ابگم ۱۷ قرارداد بیمه، قراردادی است که به موجب آن یکی از طرفین (بیمه‌گر)، ریسک بیمه‌ای بااهمیت طرف دیگر (بیمه‌گذار) را می‌پذیرد. به موجب این قرارداد در صورتی که رویداد نامشخصی در آینده (حادثه بیمه‌شده) بر بیمه‌گذار تأثیر نامطلوب بگذارد، بیمه‌گر متعهد به جبران خسارت وی می‌شود. تعریف قرارداد بیمه در اصل همان تعریف ذکر شده در ابگم ۴ است؛ بنابراین، در بسیاری از موارد، قراردادهایی که طبق ابگم ۴ به عنوان قراردادهای بیمه محسوب می‌شدند، انتظار می‌رود در ذیل ابگم ۱۷ نیز قابلیت کاربرد داشته باشد. برخی از قراردادهای بیمه در محدوده سایر استانداردها (نه ابگم ۱۷) باقی می‌مانند. از این رو استثناهای به کارگیری ابگم ۱۷ به شرح موارد زیر است:

- ضمانت‌نامه‌های (گارانتی) صادرشده توسط تولیدکنندگان
- تعهدات مربوط به مزایای بازنشستگی
- قراردادهای بیمه‌ای واگذاری، مگر اینکه این قراردادهای از نوع قراردادهای



بیمه صادره، قراردادهای بیمه اتکایی واگذاری و قراردادهای سرمایه‌گذاری دارای ویژگی‌های مشارکت اختیاری که واحد تجاری صادر می‌کند، بیان شده است. همچنین ابگم ۱۷، یک مدل حسابداری برای همه قراردادهای بیمه در همه حوزه‌ها و سیستم‌های قانونی‌ای است که ابگم را بکار می‌گیرند.

ابگم ۱۷ جایگزین ابگم ۴ خواهد شد. ابگم ۱۷ طی بیش از ۲۰ سال توسعه و تدوین شد و پیچیدگی بازنگری کامل حسابداری قراردادهای بیمه را

هیئت استانداردهای حسابداری بین‌المللی (هابج) در می ۲۰۱۷ استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی (ابگم) ۱۷ را با عنوان قراردادهای بیمه منتشر کرد. در ژوئن ۲۰۲۰، ابگم ۱۷ مورد بازنگری قرار گرفت. به دنبال این اصلاحات، ابگم ۱۷ برای سال مالی که از ۱ ژانویه ۲۰۲۳ یا پس از آن شروع می‌شوند، مشروط بر اینکه واحد تجاری ابگم ۹ را در خصوص ابزارهای مالی هم‌زمان استفاده کند، لازم‌الاجرا است. در ابگم ۱۷ اصولی برای شناخت، اندازه‌گیری، ارائه و افشای قراردادهای

جدول ۱. ویژگی‌های کلیدی ابگم ۱۷ و ۴

ابگم ۱۷	ابگم ۴
یک چارچوب جدید و سازگار، جایگزین طیف گسترده‌ای از روش‌های حسابداری خواهد شد	عدم قابلیت مقایسه در بین بیمه گران • شرکت‌ها، قراردادهای بیمه را با استفاده از شیوه‌های مختلف گزارش می‌کنند گزارش غیریکنواخت در گروه‌ها • قراردادهای بیمه شرکت‌های فرعی با استفاده از روش‌های مختلف ادغام و تجمیع می‌شوند
درآمد منعکس‌کننده خدمات ارائه‌شده خواهد بود و مانند سایر صنایع، سپرده‌ها در نظر گرفته نمی‌شود	ناسازگاری با سایر صنایع • درآمد شامل سپرده‌ها می‌شود • درآمد با استفاده از مبنای نقدی گزارش شده است

در مجموع اندازه‌گیری می‌کند. سازه‌های بلوکی سنگ بنای مدل اندازه‌گیری ابگم ۱۷ است که اصلاحات خاص یا تلویحات بر اساس ویژگی‌های مربوطه برای انواع خاصی از قراردادهای اعمال می‌شود. برای هر کدام از این گروه‌ها، سازه‌های بلوکی به شرح ذیل است:

- جریان‌های نقدی بیمه ای که شامل:
- برآورد جریان‌های نقدی مورد انتظار آتی در طول عمر قرارداد
- تعدیل برای انعکاس ارزش زمانی پول و ریسک‌های مالی مربوط به جریان‌های نقدی آتی تا حدی که ریسک‌های مالی در برآورد جریان‌های نقدی آتی لحاظ نشده باشد.

- تعدیل ریسک بابت ریسک غیرمالی.
- یک حاشیه خدمات قراردادی که نشان‌دهنده سود تحقق‌نیافته است که واحد تجاری با ارائه خدمات تحت قراردادهای بیمه در گروه شناسایی می‌کند

پس از شناخت اولیه گروه قراردادهای بیمه، مبلغ دفتری گروه در هر تاریخ گزارشگری مجموع موارد زیر است:

- بدهی بابت پوشش بیمه‌ای باقیمانده، شامل:

- جریان‌های نقدی بیمه ای مربوط به

می‌گیرند. چنین اجزایی ممکن است مشتقات تعبیه‌شده، جزء سرمایه‌گذاری یا جزئی برای خدماتی غیر از خدمات قرارداد بیمه باشد. ابگم ۱۷ یک بیمه‌گر را ملزم می‌کند که در شرایط خاص، اجزا را شناسایی و جدا کند. در صورت تفکیک، آن اجزاء باید به جای ابگم ۱۷، طبق ابگم مربوطه به حساب آیند. هابج در نظر دارد که حسابداری جداگانه چنین اجزایی با استفاده از سایر استانداردهای قابل اجرا انجام شود.

تأثیر بر کسب‌وکارها

شرکت‌های بیمه دارای محصولات و پوشش‌های بیمه‌ای مختلف مانند اموال و حوادث، زندگی و سلامت و بیمه اتکایی هستند. در جدول زیر اثر تغییرات حاصل از ابگم ۱۷ بر کسب‌وکارها بر اساس نوع محصولات ارائه شده بیان شده است. ابگم ۱۷، یک رویکرد پیش‌فرض برای اندازه‌گیری گروه قراردادهای بیمه دارد (منظور واحد حساب برای اندازه‌گیری است). مدل عمومی بین قراردادهای بیمه کوتاه‌مدت و بلندمدت (یا عمر و غیرزندگی) و نیز بین محصولات بیمه تمایزی قائل نمی‌شود.

مدل عمومی گروه قراردادهای بیمه را

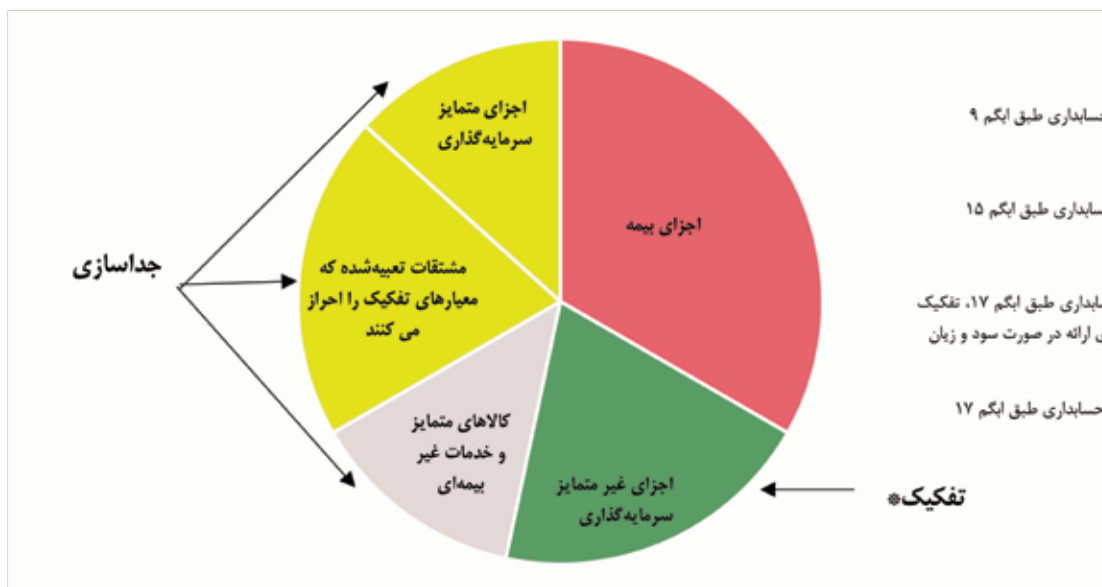
بیمه اتکایی باشند.

همچنین دو اختیار (آپشن) برای حسابداری برخی از قراردادهای بیمه با استفاده از ابگم ۱۷ یا سایر استانداردهای وجود دارد: ■ قراردادهای تضمین مالی (ابگم ۱۷ یا ابگم ۹ (ابزارهای مالی)). این مورد نسبت به نسبت به ابگم ۴ تغییری نداشته است. ■ قراردادهای خدماتی دارای حق‌الزحمه ثابت مشخص (ابگم ۱۷ یا ابگم ۱۵ (درآمد حاصل از قرارداد با مشتریان)). این مورد دارای تغییر نسبت به ابگم ۴ بوده است.

لازم به ذکر است که دامنه ابگم ۱۷ شامل قراردادهای بیمه اتکایی و اگذاری و قراردادهای سرمایه‌گذاری دارای ویژگی‌های مشارکت اختیاری است که توسط «واحد تجاری صادرکننده قرارداد بیمه‌ای» صادر شده است.

تفکیک اجزای قرارداد بیمه

تفکیک عبارت است از حذف یک جزء سرمایه‌گذاری غیرمتمايز از درآمد بیمه و هزینه‌های خدمات بیمه. قراردادهای بیمه ممکن است شامل یک یا چند جزء باشد که اگر قراردادهای جداگانه‌ای باشند، در محدوده ابگم دیگری قرار



شکل ۱- تفکیک اجرای قرارداد بیمه

بیمه را که توسط الزامات اندازه‌گیری جداگانه تعدیل شده است، اعمال کند. ■ «رویکرد حق الزحمه متغیر» برای قراردادهای بیمه دارای ویژگی‌های مشارکت مستقیم اعمال می‌شود. ■ برای گروه قراردادهای سرمایه‌گذاری دارای ویژگی‌های مشارکت اختیاری، واحد تجاری از مدل عمومی استفاده می‌کند؛ زیرا ریسک بیمه در قراردادها وجود ندارد. در شکل زیر مدل‌های اندازه‌گیری به اختصار بیان شده است.

شرایط خاص قابل اعمال است. از همین رو واحد تجاری باید مدل عمومی را برای همه گروه‌های قراردادهای بیمه به جز موارد زیر اعمال کند: ■ یک رویکرد تخصیص ساده یا پیشرفته ممکن است برای گروه قراردادهای بیمه که هر یک از معیارهای مشخص شده برای آن رویکرد را دارند اعمال شود. ■ برای گروه‌های قراردادهای بیمه اتکایی و اگذاری، واحد تجاری باید مدل عمومی یا رویکرد تخصیص حق

خدمات آتی تخصیص یافته به گروه در آن تاریخ ■ حاشیه خدمات قراردادی گروه در آن تاریخ ■ بدهی بابت خسارات ناشی از جریان‌های نقدی تحقق یافته مربوط به خدمات گذشته تخصیص یافته به گروه در آن تاریخ.

تعدیلات مدل عمومی

ابگم ۱۷ همچنین شامل تعدیلات و ساده‌سازی مدل عمومی است که در

جدول ۲. تأثیر ابگم ۱۷ بر کسب و کارها

کسب و کار اصلی	اثرات احتمالی ابگم ۱۷
اموال و حوادث	عدم تغییر با اهمیت در درآمدها بدهی‌های مربوط به خسارات تنزیل شده ریسک صریح
زندگی و سلامت	تغییرات در بدهی‌های قرارداد بیمه برای شرکت‌هایی که از مفروضات جاری (فعلی) استفاده نکرده‌اند یا به طور کامل اختیارها (آپشنها) و ضمانت‌ها را در نظر نگرفته‌اند. • کاهش درآمد و هزینه برای شرکت‌هایی که بازپرداخت سپرده‌های تحت عناوینی چون هزینه و حق بیمه مربوطه را به عنوان درآمد گزارش می‌کنند.
خطوط و حوزه‌های چندگانه	به ترکیب قراردادهای بیمه‌ای که صادر می‌کنند بستگی دارد
بیمه اتکایی	به ترکیب قراردادهای بیمه اتکایی که صادر می‌کنند بستگی دارد

رویکرد اندازه‌گیری: مدل عمومی

نتیجه‌گیری

به‌کارگیری ابگم ۱۷ باعث ارائه اطلاعات مفیدتر و شفاف‌تر می‌شود. از سویی واحدهای تجاری قادر خواهند بود درآمد حاصل از خدمات بیمه‌ای را به‌طور یکنواخت شناسایی نمایند. ابگم ۱۷ دارای تأثیرات مختلفی بر صنعت بیمه خواهد بود. از همین رو در دانشگاه الزهرا (س) یک طرح پژوهشی با حمایت مادی و معنوی پژوهشکده بیمه و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در حال انجام و البته اتمام است. خروجی این طرح شامل؛ شناسایی چالش‌های به‌کارگیری ابگم ۱۷، شناسایی مسائل و مشکلات حسابداری و گزارشگری

مالی شرکت‌های بیمه، پیش‌نویس راهنمای شناسایی و اندازه‌گیری اقلام بیمه، تدوین رهنمود به‌کارگیری ابگم ۱۷ و تدوین لیست آئین‌نامه‌های موردنیاز برای عملیاتی‌سازی استاندارد است. در این طرح پژوهشی مدیران و کارشناسان متخصصی از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شرکت‌های بیمه مشارکت داشته‌اند و ماحصل آن زمینه مشاوره و کمک به شرکت‌ها برای به‌کارگیری ابگم ۱۷ را فراهم می‌نماید. امید می‌رود که شرکت‌های بیمه بتوانند هر چه زودتر زمینه آمادگی به‌کارگیری ابگم ۱۷ را فراهم آورند.

منابع

- EY. (2021). Applying IFRS 17: A closer look at the new Insurance Contracts Standard.
- Society of Actuaries in Ireland. (2019). IFRS 17-VFA and PAA.
- IFRS Foundation. (2017). Application of IFRS 17 in Emerging Economies. Emerging Economies Group Meeting.
- IFRS Foundation. (2017). IFRS 17: Insurance Contracts.
- IFRS Foundation. (2017). Fact Sheet: IFRS 17 Insurance Contracts.

مدل‌های اندازه‌گیری ابگم ۱۷

مدل اندازه‌گیری عمومی	تعدیل مدل اندازه‌گیری کلی	
رویکرد پیش فرض (الزامی)	رویکرد حق الزحمه متغیر (الزامی) (قراردادهای بیمه‌ای با ویژگی‌های مشارکت مستقیم)	رویکرد تخصیص حق بیمه (اختیاری) (تعهد در قبال پوشش موارد باقیمانده)
استفاده در گذار/عمر/ تولید هر دو بیمه عمر و بیمه عمومی (معروف به رویکرد سازه‌های بلوکی)	باید مورد استفاده قرار گیرد، در صورتی که در شروع * قرارداد: (۱) بیمه‌گذار به‌طور قراردادی در مجموعه‌ای از اقلام پایه که به وضوح مشخص شده است مشارکت می‌کند. (۲) بیمه‌گذار سهم قابل توجهی از بازده اقلام پایه را دریافت می‌کند. (۳) تغییرات در مزایای بیمه‌گذاران به‌طور قابل ملاحظه‌ای با تغییر در اقلام پایه تغییر می‌کند. * این امر برای کسب و کار در حال گذار متفاوت است.	برای ساده‌سازی قراردادهای کوتاه مدت که نوسانات کمی دارند ممکن است مورد استفاده قرار گیرد، اگر در شروع برای یک گروه قرارداد: (۱) تفاوت با اهمیتی با مدل عمومی نداشته باشد. (۲) دوره پوشش گروه حداکثر یک سال است. (بسیاری از قراردادهای بیمه عمومی؛ احتمالاً قراردادهای عمر قابل تمدید (سالانه) قابل بیان است). توجه داشته باشید که در اینجا سایر ترجیحات نیز ممکن است بر تصمیم‌گیری تأثیر بگذارند.

شکل ۲. مدل‌های اندازه‌گیری در ابگم ۱۷

تمام ابعاد پیچیده حسابداری بیمه‌ای نبوده است.

مرحله اول: استاندارد نهایی محصول این پروژه که فاز یک (مرحله اول) هم نامیده شده اوایل ۲۰۰۴ به عنوان IFRS4 "قراردادهای بیمه‌ای" منتشر شد و از ابتدای ۲۰۰۵ بکارگیری لازم‌الاجرا شد.

مرحله دوم: متعاقب ابلاغ IFRS4 هیئت استانداردهای حسابداری بین‌المللی (IASB) در فاز دوم به تبیین موارد مربوط به بیمه را ادامه داد که شامل موارد زیادی مانند مسائل مربوط به اندازه‌گیری اولیه، تنزیل، تعدیلات ریسک و ... می‌باشد.

هدف از انتشار IFRS04

هدف از انتشار این استاندارد توسط هیئت استانداردهای بین‌المللی عبارت است از: الف) ایجاد بهبود محدود در فرآیند حسابداری قراردادهای بیمه‌ای (تأ زمانی که هیئت فاز دوم پروژه استانداردهای حسابداری قراردادهای بیمه‌ای را تکمیل کنند).

ب) تأمین نیازهای گزارشگری واحدهای تجاری صادرکننده بیمه (بیمه‌گر) در خصوص اطلاعات مورد نیاز برای افشاء در مورد قراردادهای بیمه‌ای.

ک) کمک به استفاده‌کنندگان برای درک مبلغ، زمانبندی و عدم اطمینان جریان‌های نقدی آتی قراردادهای بیمه

نکته قابل توجه این است که این استاندارد به عنوان زیربنای فاز دوم پروژه استاندارد حسابداری قراردادهای بیمه‌ای است و همچنین FASB نیز زمینه‌های



**علی صلاحی نژاد: مدیر عامل اسبق بیمه ملت وقائم مقام بیمه دی
بررسی الزامات استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی ۴ (IFRS4)**

تاریخچه پروژه بیمه‌ای در استانداردهای بین‌المللی
پروژه بحث برانگیز بیمه قبل از انحلال IASC در سال ۱۹۹۷ شروع شد که هدف آن تبیین حسابداری قراردادهای بیمه بوده و قابل ذکر است که هدف آن بررسی

از علل استقلال بحث حسابداری بیمه به طور جداگانه؛ استفاده از برآورد در سطحی گسترده به منظور ارزیابی تعهدات و تعیین نتیجه عملکرد و دیگری پیچیدگی و وسعت حسابداری شرکت‌های بیمه در سرمایه‌گذاری وجوه در اختیار تعهدات آتی گسترده و قابل توجه در شرکت‌های بیمه، که موجب می‌شود در بحث بیمه به قوانینی بالاتر از اصول و رویه‌های حسابداری نگریسته شود.

۲۰۱۷	۲۰۰۴	۲۰۰۲	۱۹۹۹	۱۹۹۷
IFRS17	IFRS 04	تقسیم پروژه به دو مرحله	دسامبر: صدور DSOP	شروع پروژه بیمه

احتمالی تدوین استاندارد هم‌انگ با IFRS را در قالب USGAAP بررسی می‌کند.

الزامات اساسی در فاز اول

فاز اول پروژه بیمه الزامات خاصی در خصوص افزایش افشاهای کمی و کیفی مرتبط با ریسک شرکت‌های بیمه‌ای ارائه کرد.

به عنوان مثال الزام به ارائه اطلاعات کامل و جامع در خصوص مبالغ، رویدادهای حسابداری، مفروضات عمده و تغییرات قابل توجه در بدهی‌های بیمه‌ای و دارایی‌های مرتبط با بیمه‌های اتکایی یا الزام به ارائه توضیحات کاملی در خصوص سیاست‌های مدیریت ریسک، و شرایطی که تأثیر با اهمیت بر روی مبلغ، زمانبندی و عدم اطمینان جریان‌ات نقدی بیمه‌گذار دارد.

دامنه کاربرد IFRS04

این استاندارد در موارد زیر کاربرد دارد:

الف- قراردادهای بیمه‌ای صادر شده توسط واحد تجاری

ب- بیمه‌های اتکائی نگهداری شده توسط واحد تجاری

ج- ابزارهای مالی که واحد تجاری از طریق انتشار طرح‌های مشارکت احتیاطی (Discretionary Participation Feature) ایجاد کند. (تفاوت با استاندارد ایران)

این استاندارد نحوه گزارشگری مالی قراردادهای بیمه‌ای صادر شده توسط واحد بیمه‌گر را تعیین می‌کند. استاندارد از واژه «بیمه‌گر» استفاده می‌کند تا طرف پذیرنده بدهی به عنوان یک بیمه‌گر را مشخص سازد خواه یک شرکت بیمه باشد، خواه نباشد.

رویکرد قرارداد در برابر رویکرد شرکت واحد تجاری نباید الزامات این استاندارد را در خصوص موارد زیر به کارگیرد:

(۱) ضمانت‌نامه‌های محصولات که به

طور مستقیم توسط تولیدکننده، عمده فروش و یا خرده فروش صادر می‌شود. در این خصوص IFRS15 با عنوان درآمد عملیاتی حاصل از قرارداد با مشتریان و IAS37 با عنوان ذخایر و دارایی و بدهی‌های احتمالی کاربرد دارد.

(۲) دارایی‌های کارفرمایان در طرح‌های مزایای کارکنان، در این خصوص IAS19 با عنوان طرح‌های مزایای بازنشستگی و IFRS2 با عنوان پرداخت‌های مبتنی بر سهام کاربرد دارد.

(۳) حقوق قراردادی یا تعهدات قراردادی که مشروط به استفاده آتی، یا حق استفاده، از یک قلم غیر مالی است مثل حق الامتیاز، حق التألیف، اجاره‌های احتمالی و... در این خصوص IAS17 با عنوان اجاره‌ها، IFRS15 با عنوان درآمد عملیاتی حاصل از قرارداد با مشتریان و IAS38 با عنوان دارایی‌های نامشهود کاربرد دارد.

(۴) ما به ازای احتمالی پرداختی یا دریافتی در ترکیب‌های تجاری، در این خصوص IFRS03 با عنوان ترکیب تجاری کاربرد دارد.

(۵) قراردادهای تضمین مالی، مگر اینکه صادرکننده در گذشته به صراحت اظهار کرده باشد که این قراردادها را به عنوان قراردادهای بیمه در نظر می‌گیرد و حسابداری مربوط به قراردادهای بیمه را به کار گرفته باشد؛ در این مورد صادرکننده می‌تواند تصمیم بگیرد که IFRS09، IFRS07، IAS32 و یا

IFRS04 را انتخاب کند و نکات مهم در این خصوص انتخاب برای هر قرارداد و اینکه این انتخاب صورت گرفته برای هر قرارداد، برگشت ناپذیر است.

قرارداد بیمه

قراردادی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) با پذیرش جبران خسارت وارد شده به طرف دیگر (بیمه‌گذار) در نتیجه وقوع رویداد نامطمئن مشخص (رویداد بیمه شده) که دارای آثار نامطلوب بر بیمه‌گذار است، ریسک بیمه‌ای بیمه‌گذار را می‌پذیرد. مطابق این تعریف IFRS4 همه انواع قراردادهای بیمه‌ای را می‌پوشاند

نکات مهم: قراردادهایی که هیچ ریسک بیمه‌ای با اهمیتی را منتقل نمی‌کنند بدون توجه به شکل قانونی آنها طبق IAS39 به عنوان ابزارهای مالی تقلی می‌شوند. به طور کلی سایر قراردادهای مشابه با قراردادهای بیمه که IFRS4 در مورد آنها اعمال نمی‌شود تحت سایر استانداردهای IAS با آنها برخورد می‌شود. در اینجا مثال‌هایی از مواردی که IFRS4 جزء قراردادهای بیمه‌ای دسته‌بندی نمی‌شوند را مطرح می‌کنیم

(۱) قراردادهای سرمایه‌گذاری که شکل قانونی آن مشابه قراردادهای بیمه‌ای است ولیکن ریسک قابل توجهی را متوجه بیمه‌گر نمی‌کند.

(۲) قراردادهایی که کلیه ریسک‌های قابل توجه آن سپری شده است و در حال حاضر ریسکی متوجه بیمه‌گر نمی‌شود.

(۳) قراردادهایی که ماهیت قمارگونه دارند.

(۴) اوراق مشتقه‌ای که خود را در معرض ریسک‌های مالی قرار می‌دهند ولیکن

فاقد ریسک بیمه‌ای هستند.

۵) گارانتی محصولات که مستقیماً توسط تولیدکننده کالا، کارگزار و یا خرده فروش ارائه می‌شود.

۶) قراردادهای مالی که تحت الزامات IAS39 با عنوان ابزار مالی شناسایی و اندازه‌گیری می‌شود.

نکته: برخی قراردادهای افزون بر ریسک بیمه‌ای عمده، صادرکننده را در معرض ریسک مالی نیز قرار می‌دهند مثل قرارداد بیمه عمر که تضمین حداقل نرخ بازده (ریسک مالی) و تضمین پرداخت منافع در صورت فوت (ریسک بیمه‌ای)

تفکیک اجزای سپرده

برخی قراردادهای بیمه‌ای شامل هر دو جزء بیمه‌ای و جزء سپرده هستند.

نحوه برخورد بیمه‌گر در خصوص تفکیک این دو جزء شامل این موارد است: الزام به تفکیک، مجاز به تفکیک، و ممنوعیت تفکیک که این تفکیک در نمودار ذیل نشان داده شده است.

برای جداسازی بخش‌های یک قرارداد، بیمه‌گر باید موارد زیر را رعایت کند: الف) الزامات این استاندارد را برای جزء بیمه‌ای به کار گیرد.

ب) الزامات IAS39 با عنوان ابزارهای مالی، شناخت و اندازه‌گیری را برای جزء سپرده‌ای به کار گیرد.

آزمون کفایت بدهی

Liability adequacy test

واحد بیمه‌گر باید در پایان هر دوره گزارشگری نسبت به ارزیابی کفایت بدهی‌های شناسایی اقدام کند. برای این منظور واحد بیمه‌گر می‌تواند

از برآوردهای فعلی جریان نقدی آتی قراردادهای بیمه‌ای استفاده کند.

اگر ارزیابی‌های صورت گرفته بیانگر این مطلب باشد که مبلغ دفتری بدهی‌های بیمه‌ای به ظرفیت حساب هزینه‌های جاری افزایش پیدا کند.

اگر واحد بیمه‌گر حداقل‌های مورد نیاز برای انجام آزمون کفایت بدهی را انجام بدهد، این استاندارد الزامات بیشتری را مطالبه نخواهد کرد، حداقل الزامات مورد نیاز عبارتند از:

۱) آزمون انجام شده شامل برآوردهای فعلی کلیه جریان نقدی (مخارج رسیدگی به ادعاها، اختیارات تعبیه شده و تضمین‌ها) قراردادی باشد.

۲) اگر آزمون بیانگر کسری کفایت

بدهی باشد.

۲) اگر آزمون بیانگر کسری کفایت بدهی باشد، واحد بیمه‌گر نسبت به تأمین بدهی اقدام و کسری را در سود و زیان دوره منظور کند.

کاهش ارزش دارایی‌های بیمه اتکایی

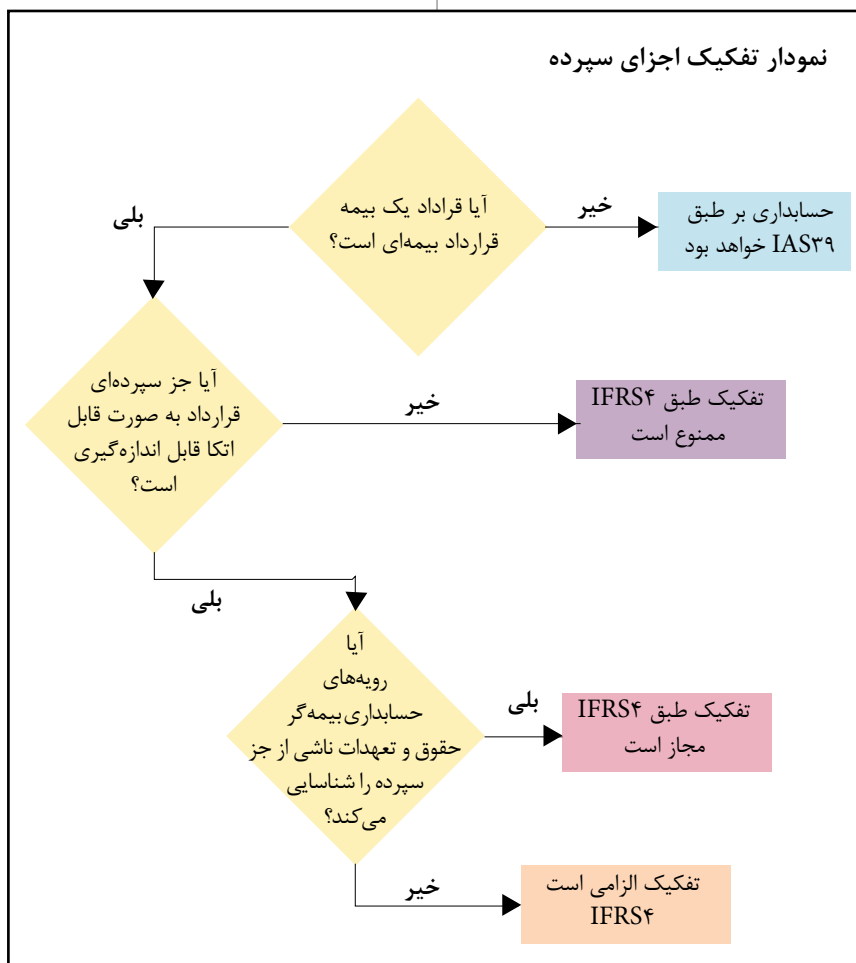
Impqairment of reinsurance assets

اگر دارایی بیمه اتکایی کاهش داشته باشد، واحد تجاری باید کاهش مبلغ دفتری را شناسایی کرده و هزینه کاهش ارزش را در صورت سود و زیان جاری شناسایی کند.

تنها و تنها در صورت تحقق این دو شرط:

الف) وجود شواهد عینی مبنی بر

نمودار تفکیک اجزای سپرده



اتفاقی که بعد از شناسایی اولیه می‌تواند موجب شود که واحد تجاری قادر به دریافت تمام مبلغ سررسید طبق قرارداد نباشد.

(ب) اتفاق بحث شده در بند الف به شکل قابل اتکایی اندازه‌گیری باشد
دارایی بیمه اتکایی دچار کاهش ارزش خواهد شد.

ویژگی مشارکت احتیاطی DPF

حق قراردادی برای دریافت مزایای اضافی
نسب به مزایای تضمین شده:
الف) که به احتمال زیاد به عنوان یک بخش قابل ملاحظه از مجموع مزایای قراردادی است.

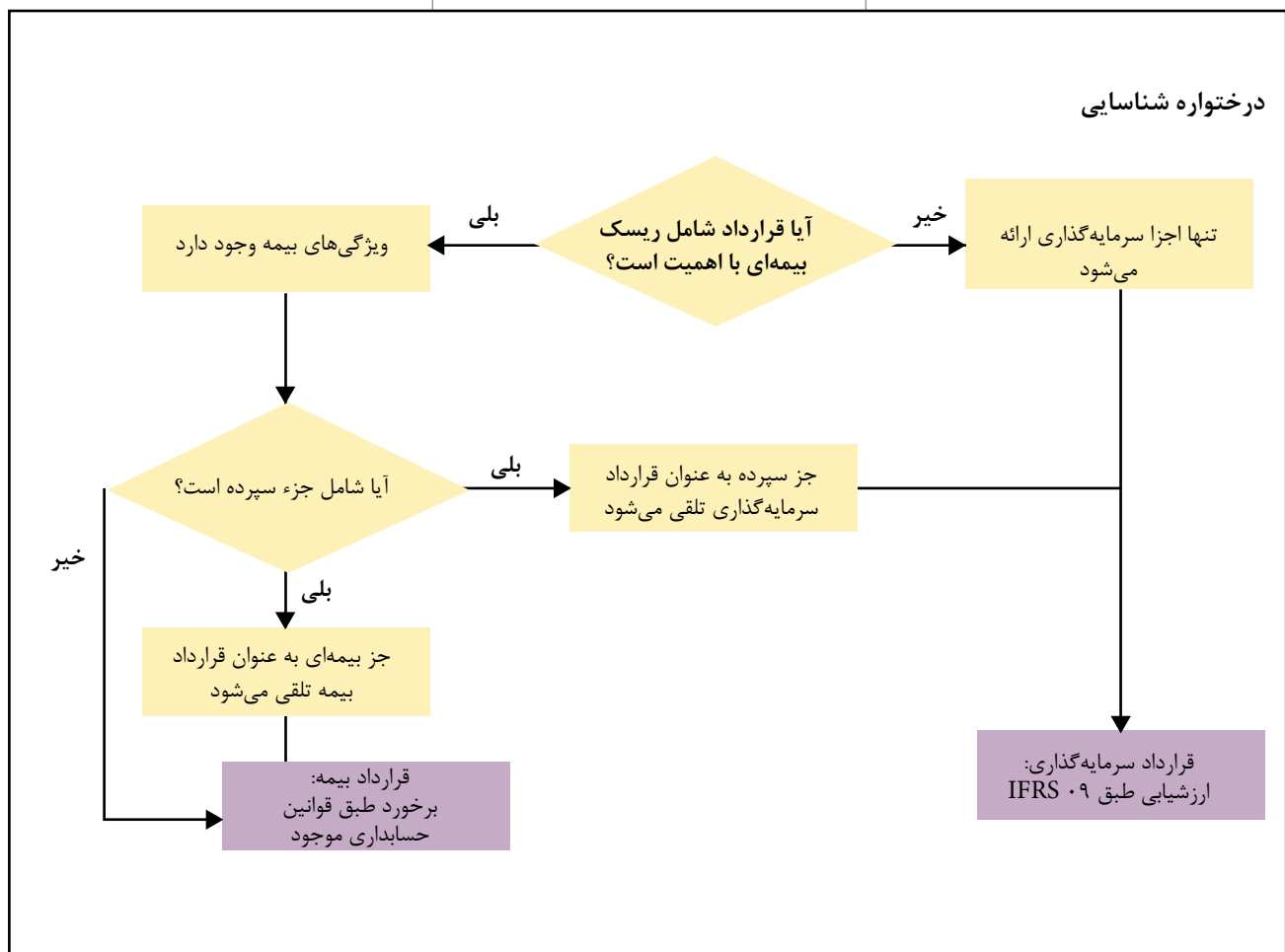
(ب) که مبلغ یا زمان‌بندی آن با صلاحدید بیمه‌گر و براساس شرایط قراردادی است.
(ج) که براساس شرایط قراردادی مبتنی بر موارد زیر است:

- کارایی مجموعه مشخصی از قراردادها
- بازده سرمایه‌گذاری در مجموعه مشخصی از دارایی‌های نگهداری شده توسط بیمه‌گر.
- سود و زیان دوره شرکت بیمه‌گر

ویژگی مشارکت احتیاطی در قراردادهای بیمه‌ای

برخی از قراردادهای بیمه‌ای علاوه بر جزء تضمین شده، دارای ویژگی مشارکت اختیاری هستند. بیمه‌گر منتشرکننده

چنین قراردادهایی می‌تواند، اما الزامی ندارد، بخش تضمین شده را جدای از ویژگی مشارکت احتیاطی شناسایی کند. در صورتی که جداگانه شناسایی نکند، باید کل قرارداد را به عنوان بدهی طبقه‌بندی کند. اما اگر جداگانه شناسایی بکند، باید ویژگی مشارکت احتیاطی را به عنوان بدهی یا حقوق مالکانه شناسایی کند. عموماً ابزارهای مالی دارای طرح‌های مشارکت احتیاطی دامنه گسترده‌ای را شامل می‌شوند و دارای ساختار و پیچیدگی بسیار زیادی می‌باشند. به همین دلیل تجویز نحوه حسابداری، شناخت، اندازه‌گیری و ... این ابزارها به فاز دوم موکول شده است.





سید امید میر آقازاده: مدیر کل حساب و ذخایر اتکایی بیمه مرکزی مقایسه صورتهای مالی نمونه جدید صنعت بیمه با صورتهای مالی پیشین، نحوه ثبت و گزارشگری حسابداری بیمه‌های اتکایی و کنسرسیونهای بیمه

در سال ۱۳۹۸ نمونه صورتهای مالی شرکت‌های بیمه، پس از سه سال کار مداوم گروهی از سازمان حسابرسی، سازمان بورس، بیمه مرکزی ج.ا. و سندیکای بیمه‌گران براساس صورتهای مالی، EY، KPMG، طراحی، بومی‌سازی و ابلاغ شد. نمونه فوق در حالی که در صورتهای مالی اساسی ساده سازی شده ذخایر فنی به یادداشت‌ها منتقل شده و اطلاعات

قابل توجه‌ای را به استفاده‌کنندگان از صورتهای مالی منتقل می‌کند، لیکن در یادداشت‌ها به صورت گسترده‌ای به شفاف‌سازی پرداخته است و اطلاعات به صورت زنجیره‌ای به یکدیگر وابسته شده و از چند جهت کنترل می‌شوند. عناصر سود و زیان در شرکتهای بیمه و بیمه‌گران اتکایی، نظیر حق بیمه، کارمزد، خسارت، تفاوت در ذخایر فنی به تفکیک

در قبولی و واگذاری، رشته‌های بیمه‌ای و تفکیک صدور بیمه‌های مستقیم و اتکایی به تفصیل در یادداشت‌ها افشاء می‌شوند. همچنین اقلام ترازنامه نظیر مطالبات، بدهی‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها به تفصیل با توجه به منشاء و سال ایجاد و سایر اقلام با اهمیت افشاء می‌شوند.

در صورتهای نمونه، شرکت‌های بیمه موظف هستند، منابع حاصل از بیمه‌نامه‌های عمر اندوخته‌دار (نظیر بیمه عمر و پس‌انداز، عمر و مستمری، عمر مانده دهکار و ...) که پس از خاتمه بیمه‌نامه، سرمایه با سود حاصل از سرمایه‌گذاری به بیمه‌گذار عودت می‌شود، از سایر منابع بیمه‌های غیرزندگی و حقوق صاحبان سهام جدا کرده و درآمد حاصل را افشاء کنند.

سرمایه‌گذاری در بخش منابع بانکی، بازار سرمایه، ساختمان و ... به صورت ارزی و ریالی نیز به طور کامل می‌بایست افشاء شود.

در صورتهای مالی نمونه جدید، افشای سرمایه‌گذاری در بیمه‌نامه‌های عمر و پس‌انداز که پوشش عمر از سرمایه‌گذاری مجزا هستند (Universal Life) پیش‌بینی و شرکتهایی که مجوز صدور این بیمه‌نامه‌ها را دارا هستند می‌بایست بخش پس‌اندازی را در بدهی‌های خود نمایش و فقط بابت اداره سرمایه‌گذاری، حق مدیریت دریافت کنند.

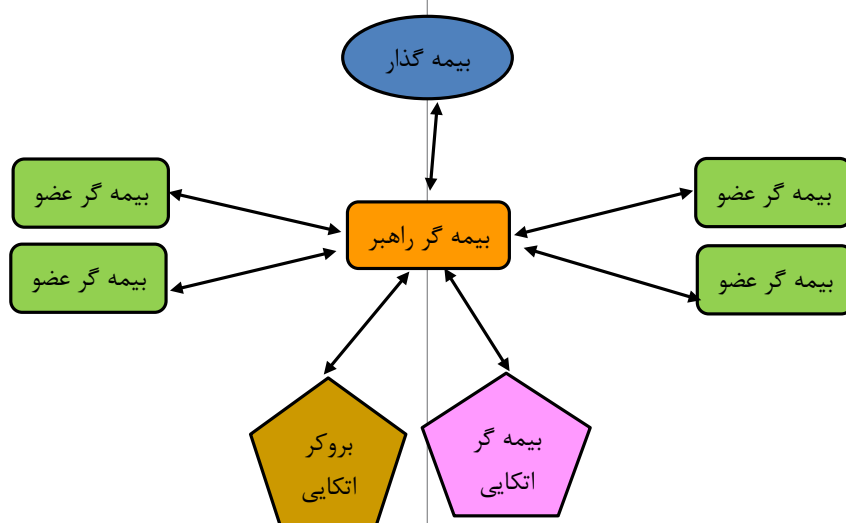
حسابداری اتکایی در صنعت بیمه و چالش‌های موجود

حسابداری اتکایی تفاوت بسیاری با حسابداری عمومی شرکت‌های بیمه دارد. در حسابداری عمومی هر بیمه‌نامه در حساب‌ها ثبت و با توجه به رشته

در حسابداری اتکایی فرق اساسی فیمابین نگهداری حساب بروکر و بیمه‌گر اتکایی وجود دارد. بروکرها اساساً مسئولیتی در قبال ورشکستگی بیمه‌گران اتکایی نداشته و با ارسال اعلامیه ورشکستگی بیمه‌گران اتکایی، مسئولیت از ایشان رفع می‌گردد.

مبنای حسابداری بیمه مشترک، آیین نامه ۹۵ مصوب شورای عالی بیمه و پیوست‌های آن است که به تفصیل به ثبت‌های حسابداری مقرر در آن پرداخته است. در حسابداری بیمه‌های مشترک الگوی ذیل فیما بین روابط بیمه‌گزار، بیمه‌گر و بیمه‌گر اتکایی وجود دارد.

۳- از آنجا که مسئولیت دریافت و پرداخت حق بیمه و خسارت از اعضاء و بیمه‌گران انکایی بر عهده بیمه‌گر راهبر بوده و از این بابت حق مدیریت می‌توانند دریافت نمایند، پس از شناسایی درآمد حق بیمه



۲-۶- راهبر به میزان مشارکت هر عضو و سهم نگهداری آن اقدام به واگذاری از سوی اعضا می‌نماید.

که بر اساس مراحل فوق، ثبت‌های حسابداری به صورت کاملاً متفاوت خواهد بود.

مؤتسات بیمه جهت ایفای تعهدهای ناشی از صدور بیمه‌نامه‌ها. به دلیل اینکه همواره تعهدهایی برای شرکت‌های بیمه در مقابل ریسک‌های منقضی نشده وجود دارد، این ذخیره‌ها قابل تقسیم نیست؛ شرکت‌های بیمه از محل ذخایر فنی، سرمایه‌گذاری می‌کنند و عواید آن متعلق به سهامداران است و در صورتی که خسارتی رخ دهد، منابع لازم از این محل تامین می‌شود.

۱- ذخایر فنی بیمه‌های زندگی:

۱-۱ ذخیره ریاضی:

عبارت است از ذخیره حق بیمه که به دلیل طولانی بودن مدت بیمه زندگی و بالا بودن بخش پس‌انداز، این نوع بیمه مستلزم استفاده از فرمول‌های ریاضی است. تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گذاران.

۱-۲ ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع:

عبارت است از درصدی از منافع حاصل از معاملات بیمه‌های زندگی و سرمایه‌گذاری ذخایر فنی آن که به موجب شرایط قراردادهای بیمه‌های زندگی باید بین بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی تقسیم شود.

۲- ذخایر فنی بیمه‌های غیر زندگی:

۲-۱ ذخیره حق بیمه (حق بیمه عاید نشده):

حق بیمه‌های مربوط به فاصله زمانی بین تاریخ ترازنامه تا انقضای مدت قراردادهای بیمه.

۲-۲ ذخیره ریسک منقضی نشده:

این ذخیره مربوط به رشته‌هایی است که ضریب خسارت آن‌ها بیش از ۸۵ درصد است.



حمید دیانت‌پی: مشاور مدیر عامل و عضو کمیته حسابرسی شرکت‌های بیمه
نکات مهم در تجزیه و تحلیل صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای

بخش اول: اقلام با اهمیت صورت‌های

مالی شرکت‌های بیمه

در تهیه صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه رعایت موارد زیر الزامی است:

- استفاده از نمونه صورت‌های مالی مصوب شورای عالی بیمه
- اساسنامه شرکت، قوانین و مقررات آمره جاری شامل قانون مالیات‌های مستقیم، اصلاحیه قانون تجارت و سایر
- استانداردهای حسابداری و آیین‌نامه‌های

مصوب جاری بیمه مرکزی

الف) اقلام با اهمیت صورت سود و زیان

شرکت‌های بیمه

۱-۱ درآمدهای شرکت بیمه (نمودار ۱)

۱-۲ هزینه‌های شرکت بیمه (نمودار ۲)

ب) انواع ذخایر فنی در شرکت‌های بیمه

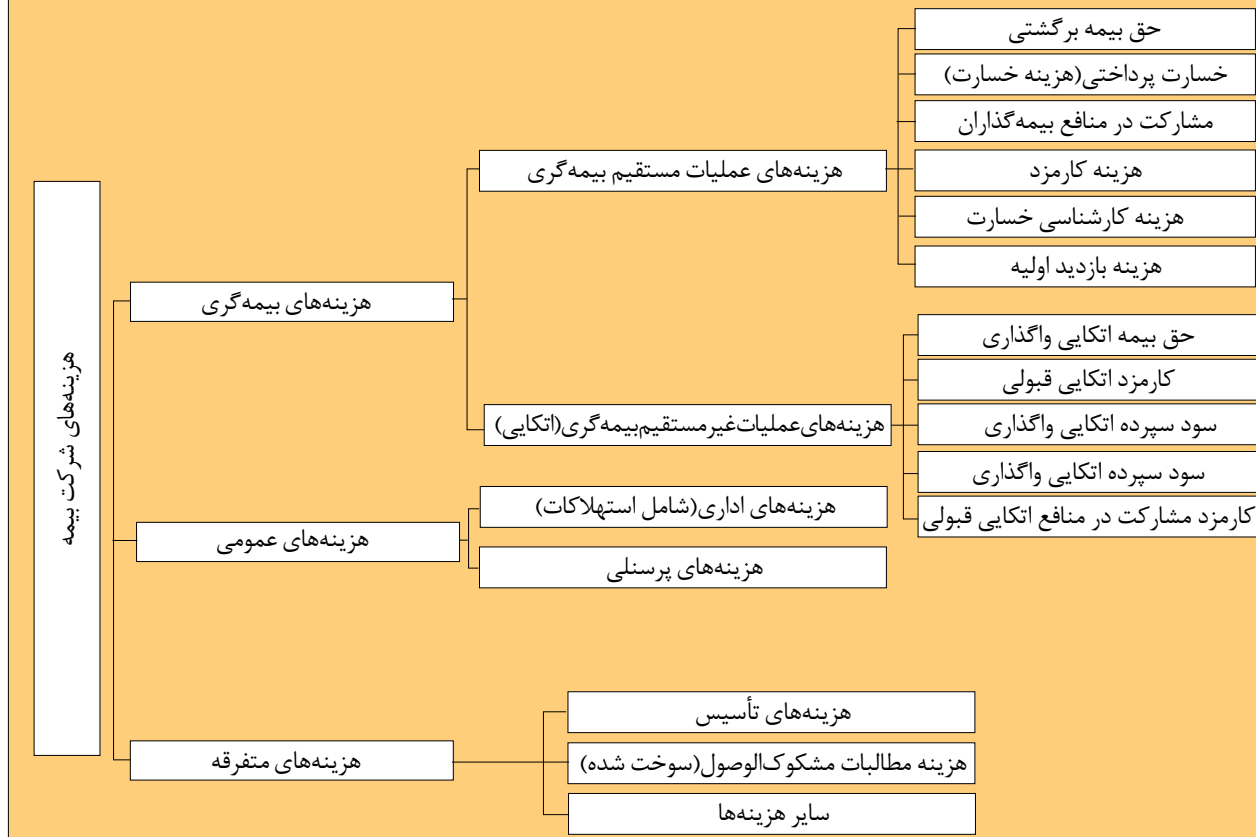
مطابق آیین‌نامه ۵۸ بیمه مرکزی

ذخایر فنی در شرکت‌های بیمه، عبارت است از ذخیره‌های نگهداری شده

نمودار ۱: درآمدهای شرکت بیمه را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد:



نمودار ۲: هزینه‌های شرکت بیمه را می‌توان به صورت زیر طبقه‌بندی کرد:



۲-۳ ذخیره خسارت معوق:

الف) خسارات اعلام شده در دست رسیدگی به علاوه برآورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی
ب) خساراتی که تا قبل از پایان دوره مالی ایجاد شده و هنوز به بیمه‌گر اعلام نشده است به علاوه برآورد مخارج تسویه خسارت پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی

۲-۴ ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی:

بابت تضمین تعهدات مؤسسات بیمه در مقابل خسارات ناشی از حوادث فاجعه‌آمیز منظور می‌شود. این ذخیره در استاندارد حسابداری شماره ۲۸، پیش‌بینی نشده است.

۲-۵ ذخیره برگشت حق بیمه:

عبارتست از برآوردی از حق بیمه‌های برگشتی در دوره مالی بعد (به دلیل

انصراف بیمه‌گذاران) که به عنوان ذخیره شناسایی می‌شود. این ذخیره در استاندارد حسابداری شماره ۲۸ پیش‌بینی نشده است که عبارت است از:
۵۰ درصد نسبت حق بیمه‌های برگشتی به کل حق بیمه‌ها (صادره و قبولی) در سه سال مالی قبل ضربدر حق بیمه صادره سال مالی جاری پس از کسر حق بیمه اتکایی واگذاری.

۲-۶ ذخیره مشارکت بیمه‌گذاران در منافع:

درصدی از منافع حاصل از هر یک از قراردادهای بیمه که به موجب شرایط قرارداد به بیمه‌گذاران قابل پرداخت باشد.

۲-۷ ذخیره ریاضی:

عبارت است از ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر پس از کسر سهم بیمه‌گر اتکایی. این ذخیره جهت پرداخت مستمری‌هایی که قطعی شده است مانند بیمه‌های حوادث

و مسئولیت کاربرد دارد.

پ) انواع اندوخته در شرکت‌های بیمه مطابق آیین‌نامه ۶۱ بیمه مرکزی

ماده ۱- مؤسسات بیمه مکلفند برای تقویت سرمایه و بنیه مالی خود، اندوخته‌های زیر را محاسبه کنند و در حساب‌های خود منعکس کنند:

الف) اندوخته قانونی

ب) اندوخته سرمایه‌ای

ماده ۲- مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک بیستم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته قانونی موضوع کنند. زمانی که اندوخته قانونی به یک دهم سرمایه رسید، موضوع کردن آن اختیاری است. در صورتی که سرمایه مؤسسه افزایش یابد، کسر یک بیستم مذکور ادامه خواهد یافت تا وقتی که اندوخته قانونی به یک

$$\text{حق بیمه صادره} = \text{حق بیمه برگشتی} + \text{کاهش (افزایش) ذخیره ریسه‌های منقضی نشده} + \text{کاهش (افزایش) ذخیره حق بیمه عاید نشده / ذخیره ریاضی} = \text{درآمد حق بیمه ناخالص}$$

*** چنانچه دوره بیمه‌نامه بیش از یک سال باشد، حق بیمه مازاد بر یک سال، به طور کامل به عنوان حق بیمه سال‌های آتی محسوب می‌شود. حق بیمه سال‌های آتی باید به تفکیک مشخص و در سال مربوطه به عنوان حق بیمه صادره شناسایی شود.

$$\text{حق بیمه اجباری} + \text{حق بیمه غیر اجباری} + \text{کاهش (افزایش) ذخیره حق بیمه عاید نشده / ریاضی سهم اتکایی} = \text{حق بیمه اتکایی واگذاری}$$

$$\text{خسارت پرداختی} + \text{خسارت قبولی} + \text{هزینه خسارت کارشناسی} = \text{باز یافت خسارت} + \text{افزایش (کاهش) ذخیره خسارت معوق} = \text{خسارت و مزایای پرداختی ناخالص}$$

$$\text{خسارت اجباری} + \text{خسارت غیر اجباری} + \text{کاهش (افزایش) ذخیره خسارت معوق سهم اتکایی} = \text{خسارت سهم بیمه‌گران اتکایی}$$

$$\text{افزایش (کاهش) ذخیره حق بیمه برگشتی} + \text{افزایش (کاهش) ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی} = \text{تغییرات سایر ذخایر فنی}$$

دهم سرمایه بالغ شود.

ماده ۳- مؤسسات بیمه مکلفند هر سال حداقل یک دهم از سود خالص مؤسسه را به عنوان اندوخته سرمایه‌ای موضوع کنند. احتساب اندوخته سرمایه‌ای تا رسیدن به ۱۰۰ درصد سرمایه مؤسسه الزامی است. در

صورتی که اندوخته سرمایه‌ای به سرمایه افزوده شود، کسر اندوخته مذکور تا رسیدن به ۱۰۰ درصد سرمایه جدید ضروری خواهد بود. تبصره - در صورتی که موضوع کردن اندوخته قانونی با توجه به نصاب تعیین

شده در ماده دو متوقف شود، اندوخته سرمایه‌ای هر سال به حداقل پانزده درصد سود خالص افزایش خواهد یافت. (ت) برخی اقلام با اهمیت در صورت سود و زیان

بخش دوم: نسبت‌های مالی و عملیاتی مهم در شرکت‌های بیمه





مقدمه:

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۳۰/۰۲/۱۳۹۸ در اجرای ماده ۶۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و به استناد ماده ۱۷ همان قانون، «آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه» را مشتمل بر ۱۹ ماده و ۱۹ تبصره تصویب کرد. عمده‌ترین تفاوت آیین‌نامه جدید با آیین‌نامه ۶۰، تفکیک ضوابط مربوط به سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه از محل

ذخیره ریاضی از ضوابط سرمایه‌گذاری از محل حقوق مالکانه و سایر ذخایر فنی است. از این رو، در گزارش حاضر، ابتدا به مفاهیم و ضوابط مندرج در آیین‌نامه ۹۷ اشاره شده است و سپس، به وضعیت منابع و عملکرد سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه در پایان سال ۱۴۰۰ اشاره شده است و در نهایت به نحوه نظارت و ضمانت‌های اجرایی مقرر در آیین‌نامه ۹۷ پرداخته شده است.

۱- منابع سرمایه‌گذاری

۱-۱- مفاهیم

طبق ماده ۱ آیین‌نامه ۹۷، منابع سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه اعم از: مستقیم یا اتکابی عبارت است از: مجموع حقوق مالکانه، ذخایر ریاضی سهم نگهداری و سایر ذخایر فنی سهم نگهداری.

نکات حائز اهمیت در تعیین منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره عبارت است از:

- محاسبه براساس اقلام مندرج در آخرین صورت‌های مالی حسابرسی شده (سالانه یا شش ماهه)؛

- احتساب افزایش سرمایه ثبت شده طی دوره مالی به‌عنوان منابع سرمایه‌گذاری؛

- در آیین‌نامه، به دلیل عدم دسترسی به مبالغ سرمایه در گردش طی دوره، از احتساب سایر منابعی که خالص جریان نقد ورودی (منابع بالقوه سرمایه‌گذاری) ایجاد می‌کنند صرف‌نظر شده است؛

- عدم احتساب منابع حاصل از تجدید ارزیابی دارایی‌های ثابت مؤسسه بیمه تا سه سال پس از تجدید ارزیابی.

به‌منظور توضیحات بیشتر، تعریف ذخایر فنی و حقوق مالکانه به شرح زیر ارائه شده است:

ذخیره ریاضی بیمه‌های زندگی عبارت است از: تفاوت بین ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گر (اعم از سرمایه و مستمری) و ارزش فعلی تعهدات بیمه‌گذاران که با رعایت مبانی فنی مورد استفاده در محاسبه حق بیمه و نسبت به سهم نگهداری مؤسسه بیمه محاسبه می‌شود. حقوق مالکانه براساس صورت‌های مالی نمونه عبارت است از سرمایه شرکت‌ها،

میزان افزایش سرمایه در جریان، صرف سهام، صرف سهام خزانه، اندوخته قانونی، اندوخته سرمایه‌ای، سایر اندوخته‌ها، مازاد تجدید ارزیابی دارایی‌ها، تأثیر تغییرات نرخ ارز، سود (زیان) انباشته و سهام خزانه.

سایر ذخایر فنی شامل ذخیره حق بیمه عاید نشده، ذخیره ریسک‌های منقضی نشده، ذخیره خسارت معوق، ذخیره برگشت حق بیمه، ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی و ذخیره مشارکت در منافع است.

۲-۱- وضعیت منابع سرمایه‌گذاری ابتدای

دوره شرکت‌های بیمه و سهم هر یک از اقلام تشکیل دهنده آن

۲- سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه ۲-۱- آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه

- شورای عالی بیمه، آیین‌نامه ۹۷ را با مد نظر قراردادن محورهای ذیل، جایگزین آیین‌نامه قبلی سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه (آیین‌نامه ۶۰) کرد:
- توجه به ریسک و بازدهی انواع سرمایه‌گذاری‌ها؛
- توزیع ریسک سرمایه‌گذاری از طریق متنوع‌سازی پرتفوی سرمایه‌گذاری‌ها؛

- توجه به قدرت نقدشوندگی سرمایه‌گذاری‌ها به دلیل اهمیت ایفای تعهدات آتی؛
- توجه به تفاوت ماهیت متفاوت بدهی‌های شرکت‌های بیمه فعال در حوزه بیمه‌های زندگی با شرکت‌های غیرزندگی از حیث سررسید تعهدات. به عبارت دیگر تفکیک سرمایه‌گذاری‌های مجاز از محل ذخایر ریاضی از سایر منابع.

۲-۲- نصاب سرمایه‌گذاری‌های مجاز وفق ضوابط آیین‌نامه شماره ۹۷ و مکمل آن

منابع سرمایه‌گذاری ابتدای دوره (مبالغ به میلیارد ریال)				
شرح	حقوق مالکانه	ذخایر ریاضی سهم نگهداری	سایر ذخایر فنی سهم نگهداری	مجموع منابع سرمایه‌گذاری
بازار	۲۵۵,۸۴۶	۲۷۷,۷۶۹	۶۴۱,۱۰۴	۱,۱۷۴,۷۱۹



افزایش منابع سرمایه‌گذاری در دسترس
شرکت‌ها؛

۳-۲- ضمانت‌های اجرایی نظارت بر عملکرد سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه وفق ماده ۱۷ آیین‌نامه ۹۷، در صورت احراز تخلف مؤسسه بیمه از مقررات آیین‌نامه ۹۷، بیمه مرکزی می‌تواند یکی از اقدامات زیر را انجام دهد:

- تذکر به مسئول امور سرمایه‌گذاری، مالی، مدیرعامل و یا هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه؛
- اخطار کتبی به مسئول امور سرمایه‌گذاری، مالی، مدیرعامل یا هیئت‌مدیره مؤسسه بیمه با درج در سوابق مربوط؛
- سلب صلاحیت هریک از اعضای هیئت‌مدیره، مدیرعامل، مسئول امور سرمایه‌گذاری یا مالی با درج در سوابق؛
- تعلیق پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه از سه ماه تا یک سال با تأیید شورای عالی بیمه؛
- لغو پروانه فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه با تأیید شورای عالی بیمه و تصویب مجمع عمومی بیمه مرکزی؛

۴- موارد بااهمیت در حسابرسی عملکرد سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه

- کنترل چک‌لیست مربوط به رعایت ضوابط و نصاب‌های آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه و مکمل آن؛
- کنترل صحت طبقه‌بندی سرمایه‌گذاری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت،
- کنترل لزوم رعایت استاندارد شماره ۱۵ حسابداری در خصوص سرمایه‌گذاری‌ها؛



۲-۲- وضعیت سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه

براساس اطلاعات موجود در سامانه سنهاب، بهای تمام شده سرمایه‌گذاری‌های مؤسسات بیمه در سال ۱۴۰۰ بیش از ۹۰۰ میلیارد ریال بوده است و نمودار زیر ترکیب سرمایه‌گذاری‌های مزبور را در پایان سال مورد بحث نشان می‌دهد:

۳- نظارت و ضمانت‌های اجرایی آن
۳-۱- نحوه نظارت بر عملکرد سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه
نحوه نظارت بر عملکرد سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه طبق ضوابط مندرج در آیین‌نامه سرمایه‌گذاری مؤسسات بیمه و رویه‌های مورد عمل بیمه مرکزی به شرح ذیل است:

- اخذ اطلاعات مربوط به عملکرد سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه در

مقاطع زمانی مختلف از طریق سامانه سنهاب و همچنین صورت‌های مالی؛

- حسب ضرورت، انجام بازدید میدانی از شرکت‌های بیمه به منظور بررسی عملکرد سرمایه‌گذاری‌ها؛
- بررسی و احصای مغایرت‌های عملکرد سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه در انطباق با ضوابط آیین‌نامه ۹۷ و مکمل آن؛

- اعلام مغایرت‌های احصاء شده به شرکت‌های مربوطه و تعیین مهلت زمانی به منظور رفع آنها؛
- تهیه گزارش عملکرد سرمایه‌گذاری شرکت‌های بیمه مشتمل بر پیشنهاد اعمال جرایم در چهارچوب ضوابط مندرج در آیین‌نامه ۹۷؛
- بررسی مطالبات شرکت‌های بیمه علی‌الخصوص مطالبات راکد و سنواتی و پیگیری وصول مطالبات به منظور

- تفکیک سرمایه‌گذاری‌های جاری از سریع‌ال معامله،
- افشای صحیح سرمایه‌گذاری در سبدهای اختصاصی، صندوق‌های سرمایه‌گذاری و صندوق‌های بازارگردانی سهام در دفاتر و صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه؛

- کنترل تفکیک و افشای صحیح سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی و سایر ذخایر فنی و سایر منابع در صورت‌های مالی؛
- رعایت استانداردهای حسابداری در خصوص طبقه‌بندی، ارزشیابی و

- شناسایی درآمد سرمایه‌گذاری‌ها؛
- تفکیک صحیح درآمد سرمایه‌گذاری از محل ذخایر ریاضی و سایر ذخایر فنی و سایر منابع در صورت‌های مالی؛
- کنترل صحت محاسبه سهم مشارکت در منافع بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی.

شرح		مواد آیین‌نامه		نصاب مجاز سرمایه‌گذاری از محل سایر منابع		نصاب مجاز سرمایه‌گذاری از محل ذخیره ریاضی	
				حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر
سرمایه‌گذاری‌های مجاز							
سپرده‌گذاری نزد بانک‌ها و مؤسسات اعتباری دارای مجوز بانک مرکزی		بند ۱ مواد ۲ و ۳		۱۰٪	۷۰٪	۱۰٪	۶۰٪
خرید اوراق مالی اسلامی (اوراق مشارکت/اسناد خزانه/مراجعه/اجاره/ منفعت /...)		بند ۲ مواد ۲ و ۳		۱۰٪	۲۰٪	۱۰٪	۲۰٪
سرمایه‌گذاری در سایر ابزارهای پولی و مالی نظیر اوراق گواهی سپرده/ اوراق مشتقه/ سایر		بند ۳ مواد ۲ و ۳		-	۱۰٪	-	۱۰٪
سرمایه‌گذاری در سهام شرکت‌های بورسی و فرابورسی		بند ۴ مواد ۲ و ۳		-	۴۸٪	-	۴۸٪
سرمایه‌گذاری در سهام شرکت‌های پایه فرابورس و شرکت‌های سهامی عام غیربورسی و شرکت‌های سهامی خاص		بند ۵ ماده ۳		-	۲۰٪	-	-
سرمایه‌گذاری در واحدهای صندوق‌های سرمایه‌گذاری ثبت شده نزد سازمان بورس و اوراق بهادار		بند ۶ ماده ۳ و بند ۵ ماده ۲		-	۲۰٪	-	۲۰٪
مشارکت در طرح‌ها، اجرای عملیات عمرانی و ساختمانی و املاک و مستغلات		بند ۷ ماده ۳ و بند ۶ ماده ۲		-	۲۵٪	-	۳۵٪
سایر ضوابط							
دارایی‌های ثابت مشهود و نامشهود		ماده ۴		۳۰٪ حقوق مالکانه			
درصد مالکیت در سهام هر شرکت		ماده ۵		۱۵٪			
درصد سرمایه‌گذاری در سهام هر شرکت		تبصره ۱ بند ۴		۴,۸٪ منابع سرمایه‌گذاری (۱۰٪ منابع موضوع مواد ۲ و ۳)			
درصد سرمایه‌گذاری در سهام شرکت‌های طبقه‌بندی شده در یک صنعت		تبصره ۲ بند ۴		۱۴,۴٪ منابع ابتدای دوره (۳۰٪ منابع موضوع مواد ۲ و ۳)			
سایر گزینه‌های سرمایه‌گذاری (براساس مجوز بیمه مرکزی)		ماده ۶		۱۰٪ مجموع حقوق مالکانه و ذخایر فنی سهم نگهداری			
تسهیلات اعطایی به بیمه‌گذاران		ماده ۱۰		طبق شرایط بیمه‌نامه‌های زندگی			
تسهیلات اعطایی به نمایندگان		ماده ۱۱		۵٪ مجموع حقوق مالکانه و ذخایر فنی سهم نگهداری			
تسهیلات اعطایی به کارکنان		ماده ۱۲		۵٪ مجموع حقوق مالکانه و ذخایر فنی سهم نگهداری			

تأثیر قرار خواهد داد، بلکه بسیاری از افراد جامعه شامل بیمه‌گذاران و سایر ذینفعان از آن متأثر خواهند شد، رعایت اصول حاکمیت شرکتی برای شرکت‌های بیمه از اهمیت بیشتری برخوردار است. اگر واقعهٔ رسوایی شرکت انرون^۴ در سال ۲۰۰۱ منجر به توجه بیشتر به اصول حاکمیت شرکتی در عرصهٔ جهانی شد، در صنعت بیمه هم رسوایی‌های مالی شرکت‌های بزرگ بیمه‌گر که بر شمار زیادی از ذینفعان تأثیر گذاشتند باعث شد اهمیت بیشتر رعایت اصول حاکمیت شرکتی در این صنعت نمایان شود. در این رابطه می‌توان به شرکت‌های بزرگ بیمه‌ای مثل AIG در آمریکا، Fuji Fire & Marine در ژاپن، Equitable Life در انگلستان و hih insurance در استرالیا که در حد فاصل ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۴ در آنها به دلیل فقدان حاکمیت شرکتی مناسب رسوایی‌های مالی رخ داد، اشاره کرد.

تعریف حاکمیت شرکتی:

از نظر سازمان بین‌المللی همکاری‌های اقتصادی OECD^۵ حاکمیت شرکتی چنین تعریف شده است: «حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه شامل ساختاری است برای توزیع اختیارات و مسئولیت‌ها در بین عوامل مختلف یک سازمان بیمه‌ای که به نوعی بر سرنوشت سازمان تأثیرگذار هستند مانند هیئت مدیره، مدیرعامل، مدیران اجرایی، سهامداران و سایر ذینفعان، کسانی که در نهایت تصمیم‌گیری‌های آنها سازمان را به سمتی هدایت می‌کند که منجر به حفاظت و افزایش منافع کلیه ذینفعان می‌شود».

تعاریفی دیگر نیز برای اصول حاکمیت

مجد بنویدی: مدیر کل نظارت مالی بیمه مرکزی
حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه

حفاظت از منافع سهامداران براساس اصول حاکمیت شرکتی^۲ و مسئولیت اجتماعی^۳ و در نظر داشتن این نکته که شرکت‌های بیمه به‌عنوان مؤسسات مالی و پذیرندهٔ ریسک به‌عنوان یک پایگاه اجتماعی برای پهنهٔ اقتصادی و عموم مردم یک جامعه، از نقطه نظر سلامت مالی و توانگری حائز اهمیت بالایی هستند و بروز هرگونه مشکلات مالی و رسوایی در اینگونه شرکت‌ها نه تنها سهامداران آنها را تحت

ورود شرکت‌های بیمه از اوایل دهه ۱۳۸۰ و خصوصی‌سازی شرکت‌های بزرگ بیمه‌ای در ادامه موجب شد شمار ذینفعان^۱ شرکت‌های بیمه که قبل از آن عمدتاً بیمه‌گذاران و دولت را شامل می‌شد، افزایش یابد و فعالان بازار سرمایه شامل سرمایه‌گذاران خرد و کلان نیز در زمرهٔ ذینفعان این صنعت، قرار گیرند. تحولات اخیر در عرصه‌های بین‌المللی و توجه به رعایت حقوق کلیه ذینفعان در کنار

شرکتی مطرح است؛ از جمله: حاکمیت شرکتی به ساختارها و فرآیندهای تصمیم‌گیری، پاسخگویی و رفتار در صدر سازمان می‌پردازد.

حاکمیت شرکتی در مورد روابط میان مدیریت، هیئت مدیره، سهام‌داران و سایر ذینفعان شرکت است.

حاکمیت شرکتی همچنین ساختاری را فراهم می‌کند که از طریق آن اهداف شرکت تنظیم می‌شوند و روش‌های دستیابی به آن اهداف و نظارت بر عملکرد تعیین می‌شوند (رهبری خرازی، ۱۳۸۳). حاکمیت شرکتی اصولی هستند که به‌وسیله آن می‌توان اختیارات و مسئولیت‌های تفویض‌شده به هیئت مدیره و مدیران اجرایی شرکت را از طریق آن کنترل کرد و ایشان را به سمتی هدایت کرد که علاوه بر پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در مورد اعمال و تصمیمات خود در رابطه با شرکت، به‌صورت شفاف و بدون جانب‌داری، تصمیم‌گیری و اطلاع‌رسانی کنند (بنویدی، ۱۳۹۰).

لزوم حاکمیت شرکتی در شرکت‌های

بیمه:

اهمیت مسائل مدیریتی و هدایت شرکت بر مبنای اصول و قواعد علمی در اداره

یک واحد تجاری بر هیچ‌کس پوشیده نیست و مضاعف بودن این اصول و رعایت این قواعد در شرکت‌هایی که با ریسک بیشتری مواجه هستند و شمار ذینفعان آنها گسترده‌تر هستند، امری است بدیهی و اجتناب‌ناپذیر.

بیمه‌گران به‌عنوان امانت‌دار گروهی از افراد تحت عنوان بیمه‌گذار در وهله اول وظیفه دارند شرایطی را فراهم کنند که حقوق بیمه‌گذاران رعایت شود و سپس از محل منافع بیمه‌ای و سرمایه‌گذاری وجوه رسوب شده از فعالیت‌های بیمه و سایر منابع، منافع بیمه‌ای برای صاحبان بنگاه (شرکت بیمه) یا همان سهامداران فراهم شود. هر بیمه‌گذار با پرداخت حق بیمه متناسب با ریسک معین در صورت تحقق ریسک و مواجه شدن با حادثه تعریف شده در بیمه‌نامه، طبق شرایط بیمه‌نامه خسارت و زیان خود را دریافت می‌کند یا زیان افراد ثالث آسیب دیده از حادثه از محل پوشش‌های بیمه‌نامه تأمین می‌شود لذا محصولات بیمه‌ای محصولاتی هستند که علاوه بر تأمین پوشش بیمه‌ای برای بیمه‌گذار و تأمین منافع بیمه‌ای برای بیمه‌گر، افراد دیگر جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند و براین اساس، دامنه ذینفعان آنها فراتر از

دو طرف قرارداد بیمه‌ای است.

قوانین و آیین‌نامه‌های بیمه‌ای به نوعی تهیه شده‌اند که حقوق بیمه‌گذاران در هر حال محافظت شود و اصول بیمه‌گری به نحوی است که تعاون ایجاد شده در عملیات بیمه‌ای هر دو طرف بیمه‌گر و بیمه‌گذار را از منافع متناسب با هزینه پرداخت شده، بهره‌مند می‌سازد ولی از آن جهت که شرکت‌های بیمه براساس تفکرات و مهارت‌های فردی افراد بنا نهاده می‌شوند، رعایت چهارچوبی که بتواند این افراد (مدیران) را به سمتی هدایت کند که ضمن رعایت کامل اصول و قوانین بیمه‌گری، به‌گونه‌ای عمل کند که منافع کلیه ذینفعان رعایت شود، ضروری به‌نظر می‌رسد. شرکت‌های بیمه می‌بایست با دقت و وسواس بیشتری اداره شوند و حاکمیت شرکتی هیئت مدیره را به سمتی سوق می‌دهد که شفاف عمل کنند و مسئولانه تصمیم بگیرند و در نهایت پاسخگوی عملیات انجام شده تحت نظارت خود باشند (IAIS ۲۰۰۴).

چهارچوب اصول حاکمیت شرکتی برای شرکت‌های بیمه از منظر سازمان^۶ IAIS: پس از رسوایی‌های مالی در شرکت‌های بیمه در اوایل قرن ۲۱، سازمان‌های



بین‌المللی به اهمیت خاص و لزوم برقراری سیستم ویژه حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه پی‌بردند و براین اساس در پی تحقیق و بررسی اصولی این موضوع برآمدند و برای تهیه راهنمای اصول حاکمیت شرکتی مختص شرکت‌های بیمه اقدام کردند. از جمله سازمان‌های مهمی که به تهیه اصول خاص برای مؤسسات پذیرنده ریسک مانند بیمه پرداختند سازمان OECD و IAIS هستند که با بررسی مشترک در نهایت رهنمودی برای تهیه اصول خاص حاکمیت شرکتی برای شرکت‌های بیمه را منتشر کرده‌اند. به‌منظور یکنواخت‌سازی این اصول IAIS در سال ۲۰۰۴ پیشنهاد کرد که یک کارگروه فرعی GCS^۷ در مورد تجربیات مربوط به این موضوع در صنعت بیمه تحقیق کند بنابراین دو سازمان OECD و IAIS در مورد همکاری مشترک، توافق کردند تا ضمن جلوگیری از موازی‌کاری و بارعایت احترام متقابل، در نهایت با همکاری یکدیگر اصول حاکمیت شرکتی مؤثر برای شرکت‌های بیمه تهیه شود و پیشنهاد شد GCS از تجربیات به‌دست آمده در این‌باره تحقیق و بررسی کند و از یافته‌ها برای تهیه مجموعه اصول حاکمیت شرکتی مناسب برای شرکت‌های بیمه استفاده کند. این اصول می‌بایست از یک سو به‌نحو تهیه می‌شد که خواسته سازمان‌های نظارتی را در حفاظت از منافع سهامداران و ذینفعان تأمین کند و از سوی دیگر براساس تجربیات قبلی شرکت‌های بیمه، قابلیت اجرا توسط بیمه‌گران را داشته باشد. در نهایت چهارچوبی تهیه شد که شرکت‌های بیمه بتوانند اصول حاکمیت شرکتی خود را براساس آن تهیه کنند که

خلاصه آن به شرح زیر است:

تعیین وظایف و مسئولیت اعضای هیئت مدیره و مدیران عالی اجرایی (صادرکنندگان بیمه و پرداخت‌کنندگان خسارت)

- نظارت بر اجرای خدمات بیمه‌ای و عملیات فنی توسط کمیته‌های فرعی تحت نظارت و مسئولیت هیئت مدیره - بازبینی استراتژی‌های مدیریت ریسک و برنامه تصمیم‌گیری درمورد ریسک‌های بزرگ بیمه‌ای

- انتخاب و تعیین روش‌هایی برای پرداخت خسارت و نظارت بر آن از طریق استفاده از مدیریت منابع و حساب‌رسان و اکچوئرها - نظارت بر مدیریت تضاد منافع مدیران - حصول اطمینان از اجرای مقررات و قوانین بیمه‌ای در شرکت - نظارت بر اثربخش بودن اجرای حاکمیت شرکتی

- تناسب تجربیات و تخصص مدیران با مسئولیت‌های ایشان در شرکت بیمه - پاسخگو بودن و شفافیت در تصمیم‌گیری در مورد قراردادهای بیمه و عملیات بیمه‌گری و خسارت

- انتخاب اکچوئری مستقل و متخصص در بیمه‌های زندگی و غیرزندگی جهت ارائه گزارشات مستقیم به هیئت مدیره

- تعیین واحد حسابرسی جداگانه که به امور بیمه تسلط داشته باشد و بتواند در مواقع لزوم هشدارهای لازم را ارائه دهد. (سیاست‌های پیشگیری و هشدار)^۸

- تدوین روش‌های کنترل داخلی متناسب با فعالیت بیمه‌ای

- تدوین روش تهیه گزارش‌های خاص بیمه‌ای

- اولویت حفاظت از حقوق بیمه‌گذاران - شفافیت در انجام عملیات بیمه (صدور

و خسارت)

بر این اساس کشورهای مختلف نسبت به تهیه اصول حاکمیت شرکتی مخصوص بیمه‌گران اقدام کردند. این اصول در بعضی از کشورها به‌صورت توصیه‌ای و در بعضی دیگر به‌صورت قانونی و اجبار از سوی مقامات نظارتی ارائه شد. به‌عنوان مثال در ایران، بیمه مرکزی با تدوین آیین‌نامه ۹۳ و تصویب آن در شورای عالی بیمه، بیمه‌گران را موظف به رعایت موازین حاکمیت شرکتی کرد و در کشور هند سازمان نظارت و توسعه بیمه IRDA راهنمای اصول حاکمیت شرکتی را برای شرکت‌های بیمه فعال در این کشور تهیه کرده است که اساس آن بر مبنای اصول تهیه شده سازمان OECD و IAIS است. در نهایت IAIS اصول حاکمیت شرکتی شرکت‌های بیمه و مواردی را که می‌بایست در تدوین این اصول در نظر گرفته شود و سازمان‌های ناظر برای رعایت آن باید تلاش کنند تحت عنوان ICP^۷ منتشر کرد که متن انگلیسی و فارسی از طریق پژوهشکده بیمه در دسترس است. اصولی که IAIS برای تقویت نظارت بر اجرای مؤثر حاکمیت شرکتی تدوین و منتشر کرده است به شرح ذیل است:

- ICP5 صلاحیت حرفه‌ای افراد

- ICP7 حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه

- ICP8 مدیریت ریسک و کنترل‌های داخلی

- ICP16 مدیریت ریسک شرکتی با هدف توانگری مالی

- ICP19 اداره کسب و کار بیمه

- ICP20 افشای عمومی



برای درک بهتر اهمیت اجرای حاکمیت شرکتی مؤثر در شرکت‌های بیمه از دو منظر می‌توان ویژگی رعایت اصول حاکمیت شرکتی را در شرکت‌های بیمه مورد بررسی قرار داد:

تکمیل خلاءهای نظارتی سازمان‌های ناظر:

اصولاً فعالیت شرکت‌های بیمه در تمام کشورهای دنیا براساس قوانین بیمه‌گری و مقرراتی تعیین می‌شود که در وهله اول حفاظت از منافع بیمه‌گذاران را در نظر گرفته است و ناظران بازار بیمه همواره بر عملیات شرکت‌های بیمه در جهت حفظ حقوق بیمه‌گذاران نظارت می‌کنند. قوانین و مقررات تعریف شده برای شرکت‌های بیمه از منظر این سازمان‌ها در نهایت تأمین‌کننده منافع بیمه‌گذاران است و بعضاً منافع سهامداران به جهت سخت‌گیری ناظران بیمه‌ای فراموش می‌شود یا مدیران شرکت‌های بیمه‌گر را در وضعیتی قرار می‌دهد که مجبور می‌شوند برای جلب رضایت ناظران بیمه‌ای از حقوق سهامداران چشم‌پوشی کنند و در نهایت سرمایه‌گذاران این عرصه، منافع مورد انتظار خود را به‌دست نمی‌آورند. حفظ منافع بیمه‌گذاران در قبال کاسته شدن سود سهامداران، جدالی است بین بیمه‌گران و سازمان‌های ناظر که می‌توان با برقراری اصول حاکمیت شرکتی مناسب و در نظر گرفتن تمام جوانب آن به بهترین وجه از تعاون به‌وجود آمده در بیمه برای منافع کلیه ذینفعان استفاده کرد، زیرا اساس جاری‌سازی این اصول در شرکت‌های تجاری به‌نحوی است که منجر به پیاده‌سازی مناسب استراتژی‌ها خواهد شد، استراتژی‌هایی که با آینده‌نگری

پرداخت حق بیمه از سوی بیمه‌گذاران است و به‌عبارت بهتر تداوم پرداخت مبالغ حق بیمه از سوی این گروه از ذینفعان است که منجر به رونق و ادامه فعالیت شرکت‌های بیمه می‌شود. این گروه از ذینفعان که از نظر تعدادی بسیار بیشتر از سهامداران هستند، درحقیقت به‌عنوان مالکان اصلی شرکت‌های بیمه محسوب می‌شوند ولی با این تفاوت که حق رأی و دخالت در اداره امور شرکت را ندارند یا امکان دخالت در مسائل مدیریتی شرکت برای آنها فراهم نیست. گروهی دیگر

منطقی، راهی را برای بیمه‌گر ترسیم می‌کنند که در کنار جلب رضایت بیمه‌گذاران و پرداخت خسارت منصفانه آنها که آرمان سازمان‌های ناظر است، منجر به کسب منافع بیمه‌ای معقول برای بهره‌وری مناسب از ثروت سهامداران و افزایش آن شود.

اصول خاص برای رعایت حقوق ذینفعان خاص (بیمه‌گذاران و اشخاص ثالث ذینفع):

اساساً حیات شرکت‌های بیمه وابسته به

از ذینفعان شرکت‌های بیمه که افراد ثالثی هستند که به‌واسطه بیمه‌نامه‌های صادر توسط این مؤسسات در هنگام خسارت یا براساس شرایط بیمه‌نامه، منتفع و مستحق دریافت خدمات بیمه‌ای می‌شوند، هستند که مانند بیمه‌گذاران در اداره امور شرکت و مدیریت آن هیچ نقشی ندارند و هرگونه ضعف مدیریتی و بی‌نظمی مالی به‌واسطه نقص حاکمیت شرکتی می‌تواند آنها را از دریافت منافع و حقوق منصفانه محروم کند. بنابراین اجرای حاکمیت شرکتی مناسب برای بیمه‌گران که بتوانند ضمن رعایت منافع سهامداران اصلی، منافع گروه بی‌شمار ذینفعان و به‌ویژه بیمه‌گذاران و افراد ثالث را در نظر بگیرد، اجتناب ناپذیر و الزامی است.

اصول حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه:

کلیه متون مربوط به حاکمیت شرکتی و رویه‌های تهیه دستورالعمل آن بر مبنای چهار اصل اساسی اصول حاکمیت

شرکتی بنا نهاده شده است که عبارتند از بی‌طرفی^۹، شفافیت^{۱۰}، پاسخگویی و حسابداری^{۱۱} و مسئولیت‌پذیری^{۱۲} که در تدوین چهار چوب راهبری شرکتی نقش اساسی را ایفا می‌کنند. برای درک مناسب این اصول و کاربرد آن در نظام حاکمیت شرکتی شرکت‌های بیمه، در ادامه به تعریف خلاصه‌ای از این اصول و کاربرد آنها در یک شرکت بیمه، پرداخته می‌شود.

اصل بی‌طرفی:

این اصل در حاکمیت شرکتی برای برخورداری سهامداران از حقوق مساوی تدوین شده است و هیئت مدیره را مکلف می‌کنند در اقدامات خود اصل بی‌طرفی را رعایت کند و براساس اصول حرفه‌ای در جهت منافع کلیه ذینفعان عمل کنند. مطابق این اصل هیئت مدیره و مدیران اجرایی نباید به جهت حفظ منافع یک گروه از ذینفعان یا سهامداران، منافع گروه دیگری را تضییع کنند. رعایت حقوق سهامداران حداقلی در مقابل سهامداران

عمده که اداره شرکت به‌واسطه تصاحب کرسی‌های هیئت مدیره به عهده آنهاست، از این اصل پیروی می‌کند. با در نظر داشتن این اصل از اصول حاکمیت شرکتی که به نحوه برخورد بی‌طرفانه با کلیه ذینفعان می‌پردازد و با عنایت به اینکه بیمه‌گذاران از ذینفعان اصلی شرکت‌های بیمه محسوب می‌شوند، در نظر گرفتن چهارچوبی که بتواند تضمین کننده رفتارها و تصمیمات بی‌طرفانه مدیران اجرایی و هیئت مدیره برای رعایت این اصل در شرکت‌های بیمه باشد، الزامی است تا علاوه بر سهامداران به رعایت برخورد بی‌طرفانه با بیمه‌گذاران شرکت‌های بیمه که از امتیازات قانونی سهامداران برخوردار نیستند، بپردازد. یک بیمه‌گذار براساس شرایط ذکر شده در بیمه‌نامه که اصولاً توسط شرکت‌های بیمه و براساس مقررات و قوانین بیمه‌گری تدوین می‌شود با پرداخت حق بیمه از حقوقی برخوردار می‌شود که می‌تواند به وسیله آن در هنگام حادثه یا بعد از پایان مدت بیمه‌نامه (عمر و پس‌انداز) حقوق خود را مطالبه کند لذا تدوین این اصول براساس اصل بی‌طرفی و رعایت کلیه حقوق مصرف‌کننده محصولات بیمه از اهمیت خاصی برخوردار است و می‌بایست شرایط به ترتیبی باشد که متناسب با حق بیمه پرداخت شده حقوق مناسب و منصفانه برای بیمه‌گذار فراهم شود. شرایط بیمه‌نامه با در نظر گرفتن منافع بیمه‌ای که منجر به سود سهامداران شرکت بیمه می‌شود، درکنار مصالح بیمه‌گذار می‌بایست به نحوی تعیین شود که بر مبنای اصل تعاون نه تنها منافع سهامداران حفظ گردد بلکه



حقوق بیمه‌گذاران نیز به‌طور منصفانه‌ای رعایت شده و درنهایت هیچ یک از طرفین دچار زیان یا صاحب منافع مازاد نشوند. نکته دیگر در رعایت این اصل در شرکت‌های بیمه نگاه بی‌طرفانه به بیمه‌گذارانی است که سهامدار شرکت هستند. بی‌طرفی در برخورد با این گروهی از سهامداران شرکت‌های بیمه که خود از بیمه‌گذاران بزرگ شرکت محسوب می‌شوند (این موضوع در شرکت‌های بیمه خصوصی تأسیس شده در کشورمان کاملاً صدق می‌کند) در هنگامی که در مقام بیمه‌گذار به منظور خرید محصولات بیمه‌ای یا دریافت خسارت به شرکت بیمه مراجعه می‌کنند، موضوعی است که می‌بایست مدنظر قرار گیرد و توسط حسابرسان مستقل کنترل شود. احتمال جانب داری اعضاء هیئت مدیره منتخب سهامدار عمده در معاملات بیمه‌ای و نقض شرایط بی‌طرفی در هنگام پرداخت خسارت و تعیین حق بیمه غیرحرفه‌ای در شرکت‌های بیمه‌ای که توسط هلدینگ‌های بزرگ اداره می‌شوند و خود از بیمه‌گذاران شرکت بیمه هستند، در زمره این موارد است.

شفافیت:

از نظر اصول کلی حاکمیت شرکتی شفافیت فعالیت‌های شرکت و صورت‌های مالی و معاملات از عوامل اصلی حفاظت حقوق تمام سهامداران است و آگاهی آنها به تمام این امور بر مبنای شفافیت گزارشات حقیقی است که در اصول حاکمیت شرکتی به آن اهمیت داده شده است. اعلام شفاف رویدادهای شرکت و وضعیت مالی آن برای تصمیم‌گیری‌های سهامداران و سایر ذینفعان از جمله

مواردی است که اصول حاکمیت شرکتی به آن اهمیت داده و رعایت آن را برای هیئت مدیره و مدیران اجرایی الزامی کرده است. کتمان حقیقت در مورد ذخایر خسارت‌های معوق و عدم افشای اثرات مالی خسارت‌های بزرگ بیمه‌ای در صورت‌های مالی و گزارشات از موارد مهم نقض حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه است. در مورد بیمه‌گذاران به‌عنوان ذینفعان اصلی شرکت‌های بیمه شفافیت معاملات بیمه‌ای که با بیمه‌گران انجام می‌دهند از اهمیت خاصی برخوردار است. هنگامی که بیمه‌گذاری تصمیم به خرید محصول بیمه‌ای می‌گیرد شفاف کردن موضوع معامله از جمله وظایف بیمه‌گر تلقی می‌شود و می‌بایست تمامی جوانب مربوط به ریسک برای ایشان به نحوی مؤثر افشا شود و بیمه‌گذار در جریان تمامی جوانب حقوق خود در قبال هر میزان حق بیمه‌ای که پرداخت می‌کند قرار گیرد. هرچند اجرای این نوع رفتار در اصول حرفه‌ای شرکت‌های بیمه ذکر می‌شود ولی برای ضمانت اجرای آن و التزام مدیران صنعت بیمه می‌بایست به‌عنوان یکی از اصول اصلی حاکمیت شرکتی در هنگام تهیه دستورالعمل راهبری شرکتی بیمه به آن پرداخته شود تا کلیه ارکان شرکت به آن التزام داشته و نسبت به رعایت آن مقید باشند.

پاسخگویی و حسابدهی:

این اصل مدیران را موظف به پاسخگویی خود در قبال سهامداران می‌کند و در نگاه اول ارتباطی با بیمه‌گذاران شرکت‌های بیمه ندارد، زیرا اصولاً سهامداران حق حساب‌خواهی از هیئت مدیره شرکت‌ها را دارا بوده و مسئولیت اجرای صحیح

این اصول بر عهده حسابرسان منتخب سهامداران است که نتیجه آن در گزارشات مالی و حسابرسی متبلور می‌شود، ولی همانطور که مشخص شد در شرکت‌های بیمه، بیمه‌گذاران به‌عنوان ذینفعان اصلی می‌بایست از وضعیت شرکتی که از آن محصول بیمه‌ای خود را خریداری کرده‌اند مطلع باشند. اصل حساب‌دهی در مورد بیمه‌گرانی که محصولات بیمه‌های زندگی و پس‌اندازی را عرضه می‌کنند از اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا ایشان براساس مبالغی که از بیمه‌گذاران خود دریافت می‌کنند نسبت به تنظیم حساب‌های خود اقدام نموده و خدشه دار شدن این حساب‌ها و عدم حساب‌دهی در مورد وضعیت مالی و سرمایه‌گذاری‌های انجام شده، منافع بیمه‌گذاران را با خطر مواجه خواهد ساخت و به عبارت بهتر بیمه‌گذاران به‌عنوان گروه اصلی ذینفعان یک شرکت بیمه این حق را دارند که از حساب‌های شرکت و وضعیت مالی و نحوه سرمایه‌گذاری سپرده‌های خود مطلع باشند تا با درنظر داشتن وضعیت مالی بیمه‌گر بیمه‌نامه خود را تهیه یا تمدید کنند و براساس این اصل است که می‌توانند سود دریافتی را با سود واقعی که در صورت‌های مالی ذکر شده است تطبیق دهند. افشای صورت‌های مالی در نشریات عمومی و ارائه اطلاعات در مورد توانگری مالی شرکت‌های بیمه از جمله موارد رعایت اصل شفافیت و پاسخگویی است که در اساسنامه و قوانین بیمه‌ای به آن پرداخته شده است.

مسئولیت‌پذیری:

اصل مسئولیت‌پذیری در اصول حاکمیت شرکتی به این موضوع می‌پردازد که

مدیران اجرایی و اعضاء هیئت مدیره در قبال تصمیمات و اقدامات خود مسئولیت دارند و می‌بایست در قبال اثراتی که اقدامات و تصمیمات آنها بر منافع ذینفعان ایجاد می‌کنند، مسئولیت‌پذیر بوده و این مسئولیت‌پذیری را به کلیه سطوح سازمان القاء کنند به نحوی که از مسئولیت هیئت مدیره و مدیران ارشد اجرایی کاسته نشود. هر شرکت و مؤسسه تجاری جهت بقا در بازار رقابتی و جامعه تجاری و ادامه حیات خود نیازمند ارتباط خوب و مستمر با مشتریان خود است. جذب بیمه‌گذاران به‌عنوان یک شبکه عظیم مصرفی محصولات بیمه از اهداف اصلی شرکت‌های بیمه محسوب می‌شود

لذا جلب رضایت این شبکه در نهایت منجر به رونق کسب و کار شرکت‌های بیمه می‌شود و وجود هر عاملی که تمایل بیمه‌گذاران را به خرید محصولات بیمه‌ای کم یا اعتماد آنها را سلب کند، در نهایت به نفع شرکت‌های بیمه و کل صنعت بیمه نیست. یکی از عواملی که موجبات رضایت بیمه‌گذاران را در سطح جامعه تأمین می‌کند مسئولیت‌پذیری شرکت‌های بیمه است. اصولاً هنگام فروش محصولات بیمه‌ای رابطه میان بیمه‌گر و مشتریان بسیار خوب است و ایشان با تمامی توان در جلب نظر مشتری تلاش می‌کنند، ولی در هنگام خسارت وضعیت تغییر کرده و بیمه‌گر

در مقام پرداخت‌کننده خسارت بعضاً مدارکی را از زیان دیده مطالبه می‌کند یا براساس دلایلی نسبت به پرداخت خسارت به‌صورت کامل اقدام نمی‌کنند. در این مرحله بیمه‌گر مسئولیت دارد که دلایل این امر را برای بیمه‌گذار روشن کند. این الزامات برای پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری می‌بایست به نحوی باشد که بیمه‌گذار بتواند در ادامه کار بهترین گزینه را انتخاب کند و در صورت لزوم نسبت به اقدامات مؤثر جهت احقاق حقوق خود اقدام کند یا در آینده تمامی جوانب را قبل از خرید محصولات بیمه‌ای در نظر بگیرد.

اصول کلی حاکمیت شرکتی که در بالا به‌صورت خلاصه به آن پرداخته شد، چهارچوب اصلی برای اجرای حاکمیت شرکتی مناسب را تشکیل می‌دهد، ولی آنچه در شرکت‌های بیمه می‌تواند تقویت‌کننده اثربخشی حاکمیت شرکتی مناسب باشد مدیریت ریسک است که به‌عنوان یک اصل دیگر می‌بایست به این اصول چهارگانه آنرا اضافه کرد و در هنگام اداره شرکت براساس اصول حاکمیت شرکتی آن را در نظر گرفت. این اصل مضاعف که اساس کار شرکت‌های بیمه بر آن بنا نهاده شده است به نحوی باید در دستورالعمل حاکمیت شرکتی شرکت‌های بیمه در نظر گرفته شود که هیئت مدیره و مدیران اجرایی را ملزم کند با مدیریت ریسک مناسب نسبت به رعایت مصالح سهامداران در کنار منافع بیمه‌گذاران و کلیه ذینفعان اقدام کنند.

حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه از نظر تئوری‌های مدیریت:

علاوه بر اصول ذکر شده چند تئوری مدیریتی وجود دارد که در هنگام اجرای





محاسبه‌کننده خسارت^{۱۵} در هنگام پرداخت خسارت می‌توانند با در نظر گرفتن منافع کوتاه‌مدت و شخصی خود زمینه متضرر شدن سهامداران یا بی‌عدالتی در مورد بیمه‌گذاران (ذینفعان) را فراهم سازند.

تئوری معاملات در صنعت بیمه:

براساس تئوری معاملات، معاملات انجام شده در شرکت‌ها می‌تواند به‌صورت جهت‌دار صرفاً منافع گروه خاصی را مدنظر قرار دهد و در نهایت موجب تضییع منافع گروهی دیگر از سهامداران و ذینفعان شود. در شرکت‌های بیمه که مبنای کار آنها صدور بیمه‌نامه است، صدور بیمه‌نامه به‌عنوان یکی از معاملات بیمه‌ای می‌تواند با در نظر گرفتن منافع گروه خاصی که شاید سهامداران یا بیمه‌گذاران خاصی باشند، انجام شود به‌ترتیبی که در نهایت موجبات ضرر و زیان گروهی دیگر از سهامداران یا بیمه‌گذاران را فراهم کنند. به‌طور مثال در هنگام صدور بیمه‌نامه

شخصی و کوتاه‌مدت خود به منافع بلندمدت سهامداران قرار دارند. ساختار شرکت‌های بیمه بر پایه تفکرات و توانایی‌های نیروی انسانی بنا نهاده شده است و دیدگاه این تئوری نقش مؤثرتری در اینگونه شرکت‌ها ایفا می‌کنند. به عبارت بهتر کلیه تصمیماتی که در یک شرکت بیمه اتخاذ می‌شود توسط هیئت مدیره و مدیران اجرایی و افراد کلیدی^{۱۳} شرکت صورت می‌گیرد و این تصمیمات می‌توانند در میزان و نحوه دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت بسیار مؤثر باشند. در نظر داشتن موضوع این تئوری در تدوین دستورالعمل حاکمیت شرکتی در شرکت‌های بیمه بسیار حائز اهمیت است زیرا تصمیم‌گیری جهت‌دار افراد کلیدی شرکت در مورد پرداخت خسارت و دریافت حق بیمه است که در نهایت منافع گروه سهامداران و ذینفعان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مدیر اجرایی یا صادرکننده بیمه‌نامه^{۱۴} هنگام صدور بیمه‌نامه یا

حاکمیت شرکتی مناسب می‌توان از آنها بهره‌برداری کرد. در تئوری‌های مطرح شده در مورد حاکمیت شرکتی، روابط میان مدیران حاکم بر شرکت و منافع ایشان با منافع سهامداران و گروه ذینفعان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. تطبیق این تئوری‌ها با جریان واقعی در شرکت‌های بیمه می‌تواند برای تهیه دستورالعمل‌های حاکمیت شرکتی مناسب برای یک شرکت بیمه که بتواند ضمن حفاظت از منافع سهامداران، در برگیرنده حقوق کلیه ذینفعان به‌ویژه بیمه‌گذاران این شرکت‌ها باشد، خالی از فایده نیست.

تئوری نمایندگی در صنعت بیمه:

براساس این تئوری در حاکمیت شرکتی مدیران و حاکمان شرکت که به نمایندگی از طرف سهامداران عهده‌دار اداره امور شرکت و تصمیم‌گیری‌های اساسی هستند، در معرض ترجیح دادن منافع



با سرمایه بالا در صورتی که صرفاً انجام معامله به نفع گروه خاصی در نظر گرفته شود نرخ فنی مناسب ارائه نخواهد شد یا بدون در نظر گرفتن تمهیدات اتکایی^{۱۶} ریسک پذیرفته می‌شود و ممکن است این معامله شرکت را با خساراتی مواجه سازد که موجب فروپاشی آن شود. مثال دیگر در هنگام پرداخت و محاسبه خسارت به‌عنوان یک معامله دیگر بیمه‌ای است، این معامله می‌تواند در نهایت به نفع گروهی خاص صادره شود و منافع سهامداران و ذینفعان را با خطر مواجه سازد. در نظر گرفتن تمهیدات خاص برای رعایت این تئوری در دستورالعمل حاکمیت شرکتی یک شرکت بیمه که بتواند هیئت مدیره و مدیران اجرایی را از انجام اینگونه معاملات منع کند و ایشان را ملزم به نظارت بر رعایت آن کند، می‌تواند موجب حفاظت از منافع کلیه ذینفعان شود.

تئوری ذینفعان در صنعت بیمه:

این تئوری که منافع گروه‌های مختلف را در کنار منافع سهامداران در نظر می‌گیرد از بارزترین مصادیق برای ارتباط شرکت‌های بیمه با ذینفعان خود است زیرا که شرکت‌های بیمه با دارا بودن گروه عظیم ذینفعان در یک پهنه اقتصادی می‌بایست با در نظر داشتن عوامل این تئوری، موجبات رضایت این گروه‌ها را فراهم کنند تا در نهایت منافع دراز مدت سهامداران حفظ شود. به‌طور مثال در صورتی که یک شرکت بیمه در هنگام عرضه محصولات بیمه‌ای خود یا پرداخت خسارت به بیمه‌گذاران صرفاً منافع سهامداران را در نظر بگیرد

به سمتی خواهد رفت که حقوق ذینفعان پایمال شود و در نهایت در آینده بیمه‌گذاران خود را از دست خواهد داد. براساس این تئوری که ابراز می‌دارد ذینفعان شرکت‌ها صرفاً مشتریان و سهامداران شرکت محسوب نمی‌شوند بلکه گروه‌های مختلف جامعه که ارتباط مستقیم با شرکت نداشته است در زمره ذینفعان قرار می‌گیرند، می‌بایست مورد توجه شرکت‌های بیمه در اجرای مناسب حاکمیت شرکتی قرار بگیرند، زیرا عملیات شرکت‌های بیمه براساس اعتماد متقابل شرکت و جامعه بیرونی خود است و در صورتی که این اعتماد به دلیل در نظر نگرفتن منافع گروهی که ارتباط کاری با شرکت ندارند (اشخاص ثالث^{۱۷}) رعایت نشود در نهایت به نفع شرکت‌های بیمه نخواهد بود.

موارد با اهمیت در مورد اجرای حاکمیت شرکتی مناسب در شرکت‌های بیمه:

موارد ذیل، موارد با اهمیتی است که می‌بایست برای اجرای حاکمیت شرکتی

مناسب در یک شرکت بیمه در نظر گرفته شود:

- تعیین وظایف و مسئولیت اعضا هیئت مدیره و مدیران عالی اجرایی
- نظارت بر اجرای خدمات بیمه‌ای و عملیات فنی توسط کمیته‌های فرعی
- تحت نظارت و مسئولیت هیئت مدیره
- بازبینی استراتژی‌های مدیریت ریسک و برنامه تصمیم‌گیری در مورد ریسک‌های بزرگ بیمه‌ای
- انتخاب و تعیین روش‌هایی برای پرداخت خسارت و نظارت بر آن از طریق استفاده از مدیریت منابع و حساب‌رسان و اکچوئرها
- نظارت بر مدیریت تضاد منافع مدیران
- حصول اطمینان از اجرای مقررات و قوانین بیمه‌ای در شرکت بیمه
- نظارت بر اثربخش بودن اجرای حاکمیت شرکتی
- تناسب تجربیات و تخصص مدیران با مسئولیت‌های ایشان در شرکت بیمه
- پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در قبال همه ذینفعان، به‌ویژه بیمه‌گذاران و زیان‌دیدگان
- انتخاب اکچوئر مستقل و متخصص در بیمه‌های زندگی و غیرزندگی جهت ارائه

بیمه‌گران ایرانی بوده است.

پی‌نوشت‌ها:

- 1- Stakeholders
- 2- Corporate Governance
- 3- Social Responsibility
- 4- Enron
- 5- The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
- 6- International Association Insurance Supervisors
- 7- Governance and Compliance Subcommittee (GCS)
- 8- Whistle blowing policy
- 9- Fairness
- 10- Transparency
- 11- Accountability
- 12- Responsibility
- 13- Key Persons
- 14- Underwriter
- 15- Adjuster
- 16- Reinsurance
- 17- Third Party

عالی بیمه: اکچوئری

- آیین‌نامه شماره ۸۸ مصوبه شورای عالی

بیمه: گزارشگری و افشای اطلاعات

- آیین‌نامه شماره ۹۰ مصوبه شورای عالی

بیمه: نحوه احراز صلاحیت حرفه‌ای

کارکنان کلیدی

- آیین‌نامه شماره ۹۳ مصوبه شورای عالی

بیمه: حاکمیت شرکتی

- آیین‌نامه شماره ۹۴ مصوبه شورای عالی

بیمه: تعیین تعرفه داخلی

- آیین‌نامه شماره ۹۷ مصوبه شورای عالی

بیمه: سرمایه‌گذاری

- آیین‌نامه شماره ۱۰۰ مصوبه شورای

عالی بیمه: ضوابط تأسیس مؤسسات

بیمه

بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

به‌عنوان ناظر اصلی شرکت‌های بیمه و

سازمان بورس اوراق بهادار به‌عنوان ناظر

بازار سرمایه با دو دیدگاه متفاوت از منظر

بیمه‌گذاران و سهامداران به ترتیبی بر

شرکت‌های بیمه نظارت می‌کنند که

در نهایت شرکت‌های بیمه سمت اجرای

حاکمیت شرکتی مناسب هدایت شوند و

اصلاحات انجام شده در سال‌های اخیر

در شرکت‌های بیمه در راستای همین

دیگاه مقامات نظارت‌کننده بر عملکرد

گزارشات مستقیم به مجمع عمومی و هیئت مدیره

- تعیین واحد حسابرسی داخلی که به

امور بیمه تسلط داشته باشد و بتواند در

مواقع لزوم هشدارهای لازم را ارائه دهد

(سیاست‌های پیشگیری و هشدار)

- تدوین روش‌های کنترل داخلی متناسب

با فعالیت بیمه‌ای از طریق اشاعه مدل

سه لایه دفاعی (Three Line Defense);

- تدوین روش تهیه گزارش‌های خاص

بیمه‌ای

- اولویت حفاظت از حقوق بیمه‌گذاران و

شفافیت در انجام عملیات بیمه (صدور و

خسارت)

صنعت بیمه در ایران به‌واسطه حضور

شرکت‌های بیمه سهامی عام و اهمیت

به موضوع اجرای حاکمیت شرکتی

مناسب، مقررات و آیین‌نامه‌هایی در نظر

گرفته شده است که شاید بعضی از آنها

صرفاً در مورد موضوع حاکمیت شرکتی

نباشد ولی اجرای مناسب آن منجر به

رعایت اصول حاکمیت شرکتی می‌شود.

از جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره

کرد:

قانون بیمه و قانون تأسیس بیمه

مرکزی

- قانون تجارت و قوانین بازار سرمایه

برای شرکت‌های سهامی عام

- اساسنامه نمونه شرکت‌های بیمه

- آیین‌نامه شماره ۵۸ مصوبه شورای

عالی بیمه: ذخایر فنی

- آیین‌نامه شماره ۶۹ مصوبه شورای عالی

بیمه: توانگری

- آیین‌نامه شماره ۷۱ مصوبه شورای عالی

بیمه: حمایت از حقوق بیمه‌گذاران

- آیین‌نامه شماره ۷۸ مصوبه شورای





کاظم وادی زاده: عضو شورای عالی انجمن حسابداران خبره ایران انواع تقلب در شرکت‌های بیمه‌ای

جرائم اقتصادی

بروز فساد مالی و متقلب به عنوان یک جرم کیفری، و مخاطره و تهدیدی برای حیات اقتصادی سازمان بوده و منجر به سلب اعتماد عمومی خواهد شد. این مخاطرات بر منافع کنشگران اقتصادی تأثیرگذارده و منجر به تضعیف بخش مالی سازمان‌ها و مؤسسات می‌شود. تعریف فساد اقتصادی مطابق گزارش انجمن بازرسان ویژه تقلب آمریکا ۲۰۰۶

بیانگر سوءاستفاده از موقعیت برای کسب منفعت شخصی یا سوء استفاده از دارایی‌های متعلق به سازمان است. طبق استاندارد حسابرسی ۲۴۰، تقلب، یک اقدام عمدی است که توسط یک شخص حقیقی یا حقوقی مانند: مدیریت، کارکنان، اشخاص ثالث و غیره با هدف ایجاد بی‌نظمی در صورت‌های مالی صورت می‌پذیرد. این اقدامات عمدی شامل:

۱. تصرف ملک

۲. دستکاری، جعل یا تغییر داده‌ها و اسناد

۳. حذف اثرات معاملات و سوابق حسابداری

۴. استفاده نادرست از رویه‌های

حسابداری ۵. ثبت معاملات مشکوک

جرائم اقتصادی در مقیاس خرد، به

عنوان مثال در شرکت‌ها و غیرمستقیم

تخلفات مالیاتی و بیمه‌ای کارمندان،

جعل ترازنامه و سوابق حسابداری و جرائم

رایانه‌ای می‌باشد. فساد اقتصادی را

به منزله تصرف مستقیم و غیرمستقیم

اموال مبتنی بر فریبکاری، جعل و

سرقت تعریف می‌کنند. فساد در حوزه

حسابداری، عملی عمدی با هدف

فریب و سردرگمی استفاده‌کنندگان

صورت‌های مالی بوده، و در این راستا،

تقلب به معنی گمراهی سرمایه‌گذاران

و اعتباردهندگان با انگیزه کسب منفعت

شخصی خواهد بود. یک ویژگی مشترک

تمامی جرائم اقتصادی، جنبه مجرمانه

بودن آن به دلیل تحمیل مخاطرات

گسترده بر کسب و کار مناسب اقتصادی

است. در واقع وجود قوانین جزایی،

بیانگر مسئولیت‌پذیری اشخاص در قبال

نقص قوانین و مقررات است. انواع جرائم

اقتصادی عبارتند از:

۱- جرائم پولشویی

۲- نقض اعتماد ذینفعان

۳- زیان به شرکت

۴- جرائم سایبری و الکترونیکی

۵- جرائم در بازار سرمایه

۶- جرائم مالیاتی، اعتباری، بیمه‌ای و

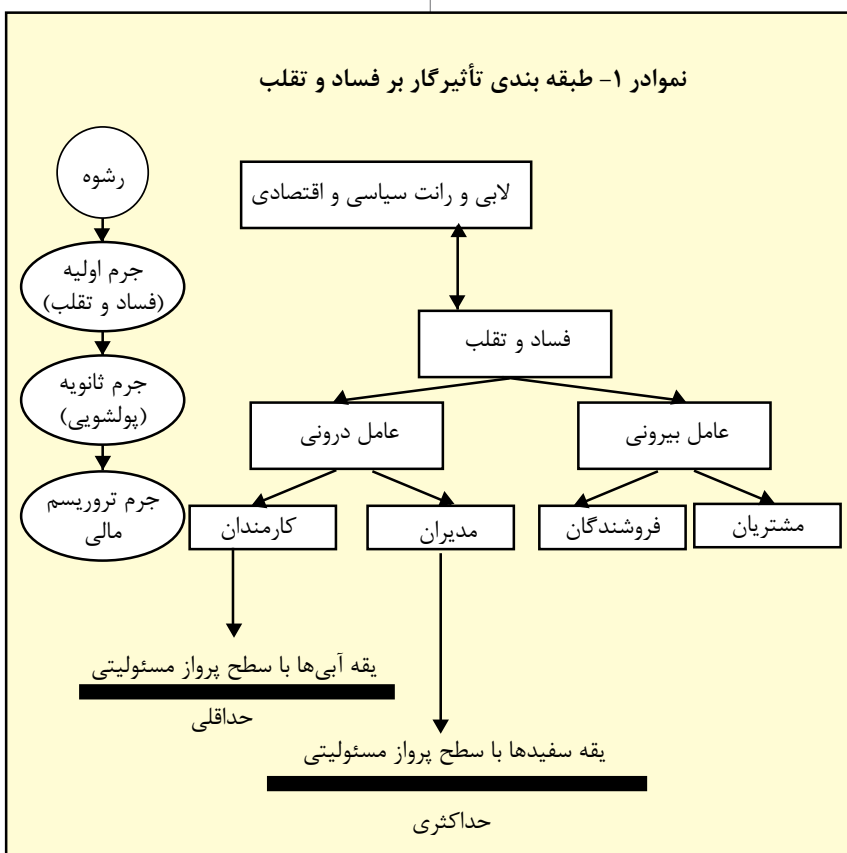
تقلب

۷- تخلفات بانکی

۸- رقابت ناعادلانه



نمودار ۱- طبقه بندی تأثیرگذار بر فساد و تقلب



طبقه‌بندی تأثیرگذار بر فساد و تقلب

یکی از ریسک‌های در هر صنعت با آن روبه‌رو می‌شویم ریسک تقلب است. هر فساد اقتصادی از ایتمی به نام رشوه شروع می‌شود اصولاً رشوه اقتصادی که ما مطرح می‌کنیم با رشوه‌هایی که به اصطلاح زیرمیزی یا حق تعامل یا تسهیل در کار است، فرق می‌کند. رشوه اقتصادی بیشتر برای کسانی است که می‌توانند کار خاصی و منفعتی را برای اشخاص یا گروه خاصی متصور شوند. عوامل تأثیرگذار بر فساد و تقلب به دو بخش تقسیم می‌شود:

۱- عامل درونی

۲- عامل بیرونی

(نمودار ۱- طبقه‌بندی تأثیرگذار بر فساد و تقلب را نشان داده شده است).

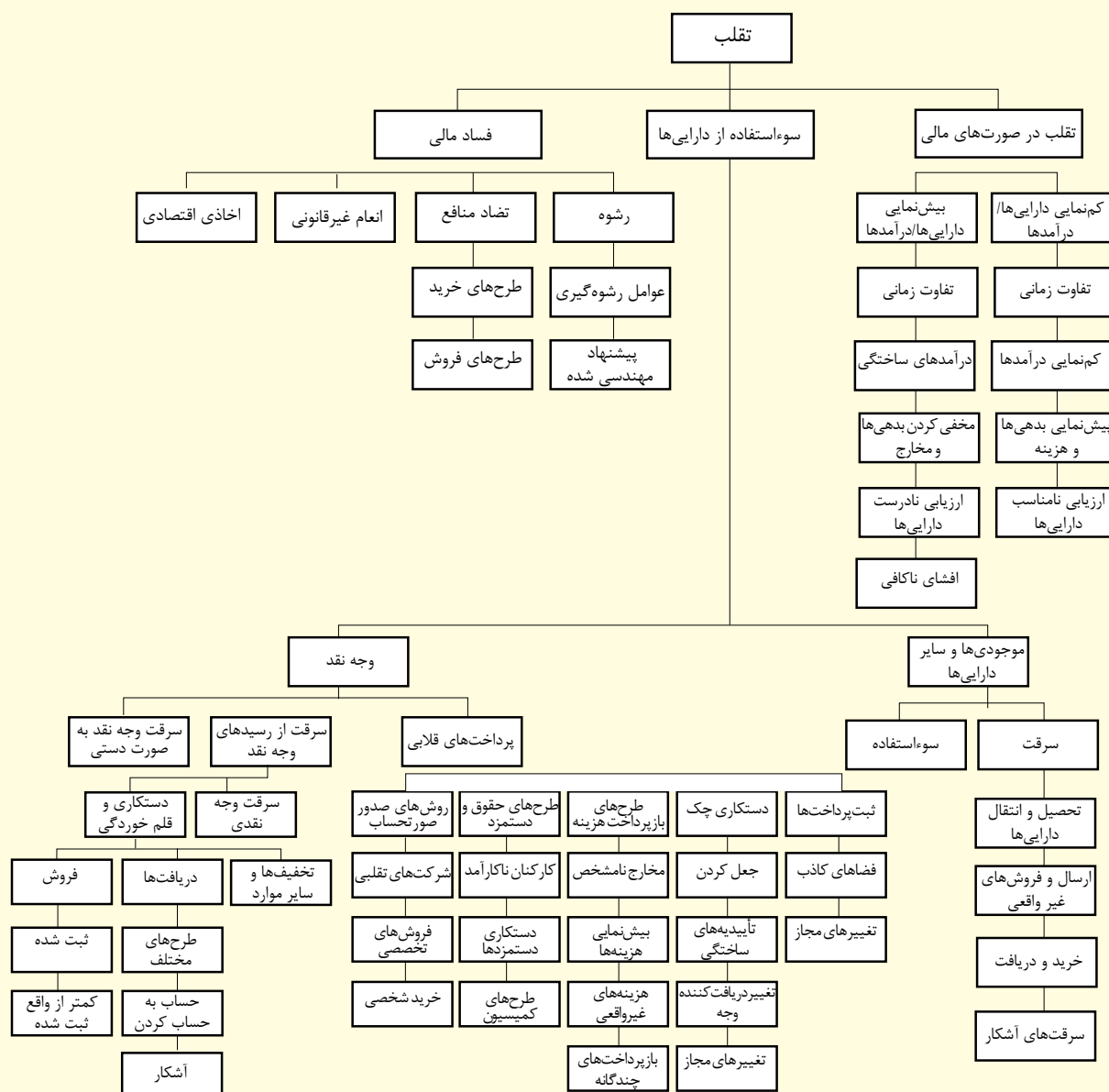
ما مثل سایر کشورها، سه گونه جرم را از سال‌های قبل تعریف کردیم و قوانین مربوط به آن را هم در کشور تصویب کردیم، مثل جرم مبارزه با فساد و تقلب که ما در سال ۱۳۹۰ به نام قانون ارتقای سلامت اداری داشتیم. تقلب مه‌آفرید خسروی که یک فساد بزرگ

در نظام بانکی بود باعث شد سیستم دولتی، قانون ارتقاء سلامت اداری را تدوین کردند که تا امروز هم در حال اجرا است. قانون بعدی بحث مبارزه با پولشویی که سال ۱۳۸۶ تصویب شد و از ۱۳۹۲/۱/۱ لازم‌الاجرا شد و ما در حال حاضر شاهد تأثیر آن در سطح

بانگاه‌های اقتصادی و دولت هستیم و قانون سوم تأمین مالی تروریسم هست که قاعداً پوشش دهنده جرم اول و جرم ثانویه است.

مروری می‌کنیم بر آمارهای ۲۰۲۱ که AFE (انجمن بازرسان رسمی تقلب آمریکا) منتشر شده است (نمودار ۲-)

نمودار ۲- آمارهای ۲۰۲۱ که AFE (انجمن بازرسان رسمی تقلب آمریکا)





آمارهای ۲۰۲۱ که AFE)، انجمن بازرسان رسمی قلب آمریکا هر سال گزارشی را دربارهٔ قلب و سوءاستفاده‌های شغلی ارائه می‌کند که در این گزارش مشخص می‌شود کدام صنایع یا سرفصلها پرریسک هستند، اینکه چه افرادی قلب می‌کنند یا کسانی که قلب رو کشف می‌کنند (افشاکنندگان) را تحلیل می‌کند.

قلب

سه رکن اصلی قلب در هر صنعتی شامل موارد ذیل است:

۱- قلب در صورت‌های مالی

۲- سوء استفاده از دارایی‌ها

۳- فساد مالی

که در نمودار ۲ نشان داده شده است.

سرفصل دارایی‌ها، بدهی‌ها و سود و زیان در صورت‌های مالی شرکتهای بیمه ای		
دارایی‌ها	بدهی‌ها	سود و زیان
موجودی نقد	بدهی به بیمه‌گذاران و نمایندگان	درآمد حق بیمه ناخالص
مطالبات از بیمه‌گذاران و نمایندگان	بدهی به بیمه‌گران و بیمه‌گران انکابی	حق بیمه انکابی واکتاری
مطالبات از بیمه‌گران و بیمه‌گران انکابی	مالیات پرداختی	درآمد سرمایه گذاری از محل منابع بیمه ای
سهم بیمه‌گران انکابی از ذخایر فنی	سود سهام پرداختی	سایر درآمدهای بیمه ای
سایر دریافتی‌ها و پیش‌پرداخت‌ها	تسهیلات مالی	خسارت و مزایای پرداختی (ناخالص)
تسهیلات اعطایی به اشخاص	سایر پرداختی‌ها	خسارت سهم بیمه‌گران انکابی
سرمایه‌گذاری در اوراق بهادار و سپرده های بانکی	بدهی پانچت بیمه عمر و مدیریت سرمایه	هزینه سهم مشارکت در منافع
سرمایه گذاری در املاک	بدهی مرتبط با دارایی های غیرجاری نگهداری شده برای فروش	تغییرات سایر ذخایر فنی
سایر سرمایه گذاری ها	ذخیره خسارت معوق	سایر هزینه های بیمه ای
دارایی های غیرجاری نگهداری شده برای فروش	ذخیره ریسکهای منقusi نشده	هزینه های اداری و عمومی
دارایی‌های ثابت مشهود	ذخیره حق بیمه عاید نشده	سایر درآمدها و هزینه های عملیاتی
دارایی‌های تا مشهود	ذخیره ریاضی بیمه - عمر و تشکیل سرمایه	هزینه های مالی
سایر دارایی ها	سایر ذخایر فنی	سایر درآمدها و هزینه های غیر عملیاتی
	ذخیره مزایای پایان خدمت کارکنان	مالیات بر درآمد
	حقوق مالکانه	
	سرمایه	
	افزایش سرمایه در جریان	
	صرف سهام	
	صرف سهام خزانه	
	اندوخته فایض	
	اندوخته سرمایه‌ای	
	سایر اندوخته‌ها	
	عازاد تجدیدارزایی دارایی‌ها	
	تأثیر تغییرات نرخ ارز	
	سود (زیان) اثباتشده	
	سهام خزانه	

در صنعت بیمه، رشوه و رشاء از ارکان اصلی فساد هستند چون رضایت مشتری نقش مهمی را ایفا می‌کند. ما هنوز تکنیکی خوبی برای کشف تقلب در سطح بیمه و دیگر صنایع نداریم و بیشتر به صورت آزمون و خطا حرکت می‌کنیم.

آمارها نشان می‌دهد که تقلب از انفرادی به سمت تقلب گروهی یا سازمانی پیش می‌رود. در سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ ۲۰۲۱ تقلب انفرادی ۵۸ درصد به ۴۲ درصد و تقلب گروهی از ۴۲ درصد به ۵۸ درصد رسیده است. تقلب‌های آقایون از ۶۵ درصد به ۷۲ درصد افزایش پیدا کرده است و خانم‌ها از ۳۵ درصد به ۲۷ درصد کاهش یافته، شاید یکی از دلایل این باشد که خانم‌ها کمتر در پست‌های کلیدی و حساس قرار دارند. بیشترین تقلب‌های کشف شده از طریق سرنخ‌ها ۴۲ درصد، حساب‌رسان داخلی ۱۶ درصد، حساب‌رسان مستقل ۴ درصد است. وهمانطور که در نمودار نشان داده شده است. در سرنخ‌ها ۵۵ درصد تقلب‌ها از طریق کارمندان، ۱۸ درصد از طریق مشتریان، و ۱۶ درصد از طریق رقبا و افراد ناشناس کشف شده است که این نشان‌دهنده این است که تکنیک‌ها و استانداردهای به کار گرفته شده کافی نیستند و بیشتر تقلب‌ها توسط عامل بیرونی کشف شده اند.

سه سرفصل‌های دارایی‌ها، بدهی‌ها و سود و زیان در صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای داریم:

- دارایی‌ها

- بدهی‌ها

- سود و زیان

که در هر کدام از اینها ایت‌های پرریسک با رنگ قرمز نشان داده شده

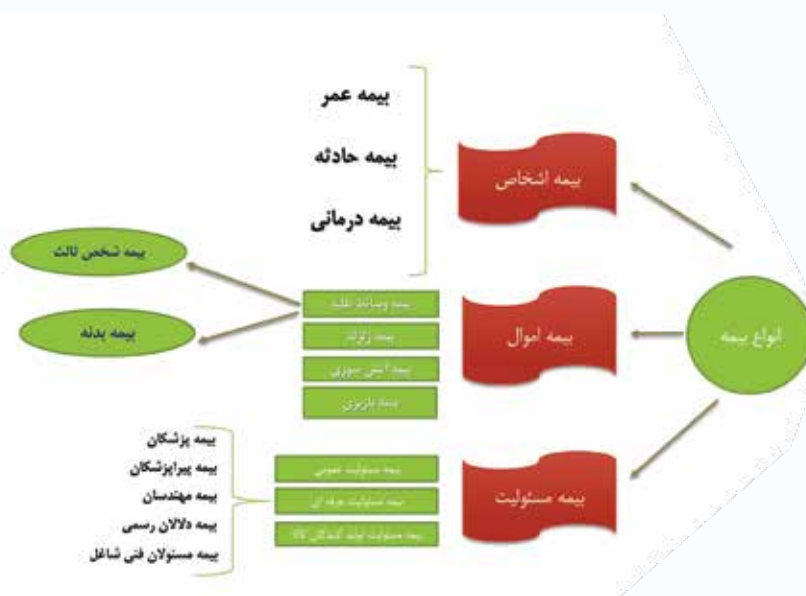
است که حساب‌رسان باید توجه ویژه‌ای به آنها داشته باشند.

بیمه

بیمه به عنوان یکی از ابزارهای کارای مدیریت ریسک و تأمین امنیت و آسایش

خاطر، از یک سو سبب گسترش رفاه اجتماعی و از سوی دیگر باعث رشد سرمایه‌گذاری شده و به دنبال آن، تولید با سرعت بیشتری رشد کرده و اقتصاد رونق می‌گیرد. شرکت‌های بیمه به عنوان مؤسسات خدماتی که ارتباط

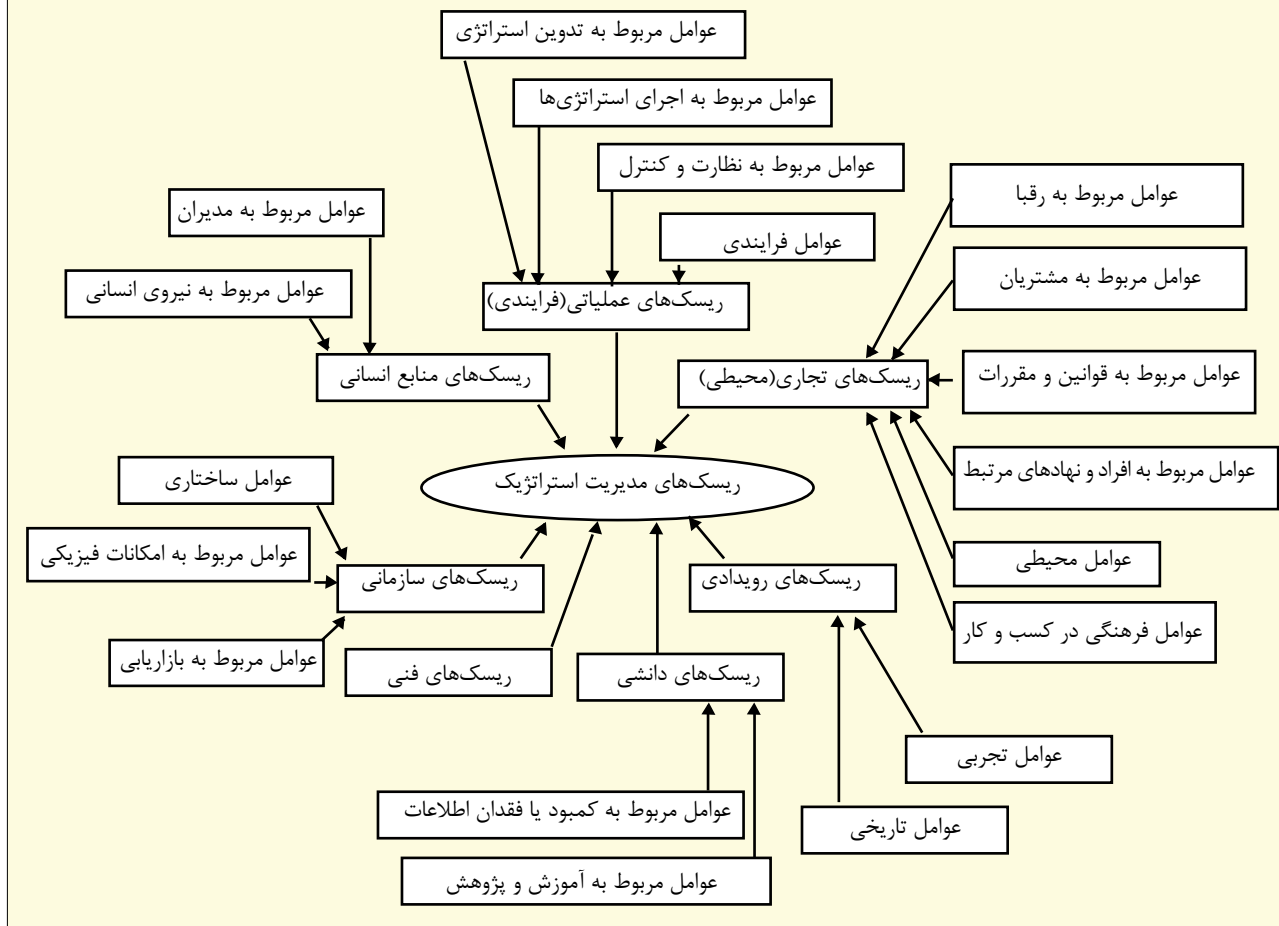
نمودار ۳- انواع بیمه



نمودار ۴- مدل مفهومی بررسی ادعای خسارت در شرکت‌های بیمه‌ای



نمودار ۵- ریسک‌های صنعت بیمه



بیمه اموال، بیمه مسئولیت (نمودار ۳). بیشترین تخلفات را ما در بیمه‌ی اموال داریم و زد و بندهایی که بابت این مبالغی رو به بیمه‌گذار داده می‌شود که بیشتر باید رصد شود.

نمودار ۴ مدل مفهومی بررسی ادعای خسارت در شرکت‌های بیمه‌ای را نشان می‌دهد که اکثر تقلب‌های بیمه‌ای در این مدل اعلام خسارت واهی است که نیاز به بررسی کارشناسی اولیه دارد و پرداخت خسارت حتماً باید با نظر بازرسی ویژه در واحد تحقیقات و در نهایت مذاکرات و طرح دعاوی و رفع ابهامات انجام شود.

صداقت نداشتن و تقلب مشتریانشان دست و پنجه نرم می‌کنند، در حالیکه مشتریانشان از شکاف بین انتظارات ایجاد شده توسط شرکت‌های بیمه‌ای و منافع واقعی حاصل از بیمه‌شدنشان شکایت می‌کنند (KVALNES, 2011). کلاهبرداری‌های بیمه‌ای، هر ساله خسارت‌های زیادی را به شرکت‌های بیمه تحمیل می‌کند. با وجود پیشرفت‌های فراوان در شناسایی این تقلب‌ها، هزینه‌های ایجاد شده برای شرکت‌های بیمه در اثر کلاهبرداری‌ها در حال افزایش است (Terisa, 2010). ما سه نوع بیمه داریم، بیمه اشخاص،

مستقیمی به طور روزمره با شهروندان مراجعه‌کننده دارند، باید بتوانند رضایت ارباب رجوع را کسب کنند، زیرا تأمین مالی شرکت‌های بیمه در مرحله اول توسط بیمه‌گذاران انجام می‌شود؛ بنابراین، ضرورت دارد که در مرحله اول، عوامل مؤثر و تأثیرگذار بر افزایش رضایت بیمه‌گذاران به درستی تعیین شود و در مرحله بعد، راهکارهای اجرایی و عملی برای رعایت این عوامل توسط مدیران و کارکنان تدوین شده و اجرای آن توسط سیاستگذاران و مدیران عالی سازمان پیگیری شود. با این حال شرکت‌های بیمه با زیان‌های قابل توجهی به خاطر



امیر حمزه ملکیان: کارشناس صنعت بیمه بررسی نکات مهم حسابداری و حسابرسی آیین نامه شماره ۸۸ شورای عالی بیمه مرکزی (گزارشگری و افشای اطلاعات در شرکت های بیمه ای)

رسیدن به اهداف و چشم انداز مورد نظر است. رکن مقررات گذاری صنعت بیمه وفق ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه گری بر عهده شورای عالی بیمه است که از جمله وظایف این شورا تصویب آیین نامه های لازم برای هدایت امر بیمه و فعالیت مؤسسات بیمه در کشور است.

شورای عالی بیمه از سال ۱۳۵۱ تاکنون تعداد ۱۰۲ آیین نامه مصوب کرده است که از این بین ۴۹ آیین نامه به دلیل اصلاح یا جایگزینی لغو شده است و ۵۳ آیین نامه همچنان معتبر است. از جمله آیین نامه های معتبر که در راستای گزارش دهی و شفافیت توسط این شورا تصویب شده است آیین نامه شماره ۸۸ با عنوان گزارشگری و افشای اطلاعات در مؤسسات بیمه است که با هدف استقرار نظام حاکمیت شرکتی به استناد مواد ۵-۱۷ - ۴۳-۵۵ -۵۹-۶۳ قانون تأسیس بیمه مرکزی در تاریخ ۱۳۹۳/۰۹/۲۵ با ۱۲ ماده مصوب و ابلاغ شده است.

حوزه های گزارشگری و افشای اطلاعات

وفق ماده (۴) این آیین نامه، مؤسسات بیمه موظف به ایجاد بخشی با عنوان گزارشگری و افشای اطلاعات در صفحه اول پورتال خود هستند و همچنین مکلف به ارسال برخی از اطلاعات از طریق سامانه سنبه (سامانه نظارت و هدایت الکترونیکی بیمه) به بیمه مرکزی هستند. مؤسسات بیمه موظف به افشای اطلاعات ذیل در پایگاه اطلاع رسانی خود هستند:

حوادث فاجعه آمیز، گاه هولناک و ویرانگر، که همیشه شرکت ها و افراد بشر را تهدید می کند نقشی بنیادین در رشد و توسعه پایدار اقتصاد ملی دارد. تدوین و تصویب مقررات بیمه ای در صنعتی که عنصر پیچیدگی در تار و پود آن نهفته است، یکی از مهمترین عوامل در مسیر

گزارشگری و افشای اطلاعات در مؤسسات بیمه

بیمه از عوامل بسیار مؤثر در توسعه اقتصادی کشور، بالا رفتن سطح رفاه، ایجاد امنیت و آسایش برای عملیات مؤسسات اقتصادی و افراد جامعه است و امروزه به واسطه خطرهای گوناگون و



الف) حوزه معرفی مؤسسه و برنامه کسب و کار

- ۱- اساسنامه، پروانه فعالیت، چشم انداز و مأموریت
- ۲- ترکیب سهامداران، ساختار سازمانی
- ۳- مشخصات مدیران و ترکیب کارکنان
- ۴- اطلاعات شعب و مراکز پرداخت خسارت، مشخصات نمایندگان، کارگزاران و ارزیابان خسارت

ب) حوزه راهبری شرکتی

- ۱- کلیات سیستم کنترل داخلی و حسابرسی داخلی
- ۲- تشریح وظایف اکچوئر
- ۳- گزارش سالانه هیئت مدیره به مجمع عمومی
- ۴- معاملات غیربیمه‌ای اعضای هیئت مدیره و مدیرعامل با مؤسسه





بیمه یا با شرکت‌هایی که بیش از ۲۰ درصد سرمایه آن به مؤسسه بیمه تعلق دارد

۵- سیاست‌های اعطای پاداش و جبران خدمات اعضای هیئت‌مدیره

۶- سیاست‌های تقسیم سود به سهامداران

۷- عناوین و شرح وظایف شوراها و کمیته‌های داخلی مؤسسه بیمه

۸- تصمیم مؤسسه بیمه برای ورود یا خروج از بورس و تغییر وضعیت سهام آن در بورس

۹- تعیین حدود اختیارات واحدهای مختلف مؤسسه بیمه در بخش صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت

ج) حوزه مدیریت ریسک و توانگری

۱- نظام مدیریت ریسک مؤسسه بیمه

۲- جزئیات محاسبه نسبت توانگری مالی مؤسسه بیمه

۳- برنامه‌های ترمیم وضعیت مالی و افزایش سرمایه

۴- موارد تهرین، توثیق، صلح حقوق یا هرگونه معامله با حق استرداد اموال مؤسسه بیمه حسب مقررات مربوط

۵- برنامه افزایش سرمایه مؤسسه بیمه همراه با گزارش توجیهی برای هر مرحله

۶- برنامه انتشار انواع اوراق مشارکت، صکوک یا سایر اوراق بهادار

۷- درصد تملک سهام سایر مؤسسات بیمه داخلی یا خارجی

۸- موارد تجدید ارزیابی دارایی‌ها و برنامه اعمال آن در سرمایه مؤسسه بیمه

د) حوزه وضعیت و عملکرد مالی مؤسسه بیمه

وضعیت و عملکرد مالی مؤسسه بیمه (مستند به صورت‌های مالی حسابرسی شده):

۱- صورت‌های مالی به همراه یادداشت‌های توضیحی و صورت‌های مالی تلفیقی حسب مورد

۲- نسبت‌های عملیاتی و مالی بااهمیت دوره سه ساله آخر فعالیت مؤسسه بیمه

۳- تراز مشارکت در منافع بیمه‌گذاران بیمه‌های زندگی

صورت‌های مالی مؤسسات بیمه

فعالیت‌های بیمه در دامنه کاربرد استاندارد حسابداری شماره ۲۸ قرار دارد و این استاندارد در برخی موارد با آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه به‌ویژه آیین‌نامه شماره ۵۸ (آیین‌نامه ذخایر فنی) مغایرت دارد.

مؤسسات بیمه موظف به تنظیم صورت‌های مالی طبق نمونه شورای عالی بیمه هستند و پس از تصویب صورت‌های مالی، باید نسخه‌ای از آن به بیمه مرکزی ارسال کنند. آخرین نمونه صورت‌های مالی مؤسسات بیمه در مورخ ۱۳۹۸/۹/۲۷ شورای عالی بیمه تصویب و برای اجرا در دوره مالی ۱۳۹۸ و دوره‌های بعد ابلاغ شده

بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای یا تمام رشته‌ها به شورای عالی بیمه. (ب) مسئولیت صحت اطلاعات موضوع این آیین‌نامه با هیئت‌مدیره و مدیرعامل و مسئولیت گزارشگری و افشای آن با مدیرعامل مؤسسه بیمه است. (ج) بیمه مرکزی ملزم به حفظ اسرار و اطلاعات مؤسسات بیمه است و به هیچ وجه نباید از اطلاعاتی که در اجرای این آیین‌نامه به‌دست می‌آورد، جز در موارد مصرح در این آیین‌نامه یا قانون استفاده کند.

(د) مؤسسات بیمه صرف نظر از تکالیف مشابه در زمینه گزارشگری و افشای اطلاعات در سایر مقررات و مصوبات شورای عالی بیمه، موظفند تکالیف مربوط به گزارشگری و افشای اطلاعات را به ترتیب مقرر در این آیین‌نامه انجام دهند.



تعدد قصور و تخلف، به موجب تصمیم هیئت عامل بیمه مرکزی اقدامات ذیل را به عمل می‌آورد:

- ۱- اخطار کتبی به مدیران مرتبط مؤسسه بیمه.
- ۲- سلب صلاحیت حرفه‌ای مدیران مرتبط مؤسسه بیمه.
- ۳- پیشنهاد تعلیق فعالیت مؤسسه بیمه در یک یا چند رشته بیمه‌ای یا تمام رشته‌ها به شورای عالی بیمه.
- ۴- پیشنهاد لغو پروانه فعالیت مؤسسه

است.

این مؤسسات موظف به اخذ گزارش بررسی ذخایر فنی توسط اکچوئر مستقل و دریافت تأییدیه ذخایر فنی صورت‌های مالی از بیمه مرکزی هستند.

نظارت بر آیین‌نامه

(الف) بیمه مرکزی برحسب اجرای مفاد این آیین‌نامه نظارت می‌کند و در صورت قصور یا تخلف در اجرای آن حسب مورد و متناسب با نوع، سابقه، تکرار و

است که توسط صندوق بین‌المللی پول (IMF) International Monetary Fund استفاده می‌شود که می‌تواند به‌عنوان یک ارز بین‌المللی نیز استفاده شود اما چون این واحد پولی تنها توسط صندوق بین‌المللی پول، کشورهای عضو آن و سازمان‌های بین‌المللی منتخب که مجوز دارند، قابل استفاده است، نمی‌تواند از طریق شرکت‌های خصوصی یا افراد معمولی معامله شود.

Japan Yen	United Kingdom Pound
¥	£
JPY	GBP
8.33%	8.09%
Euro Member Countries	China Yuan Renminbi
€	¥
EUR	CNY
30.93%	10.92%
United States Dollar	
\$	
USD	
41.73%	

نرخ ارز به‌صورت روزانه محاسبه و توسط صندوق بین‌المللی پول اعلام می‌شود. این نرخ ترکیبی از دلار آمریکا، یورو، ین ژاپن، پوند استرلینگ و رمنمبی چین است.

کنوانسیون جادهای «CMR»

جامعه بین‌الملل به‌جهت امنیت حمل‌ونقل و یکنواخت کردن شرایط حاکم بر قراردادهای حمل‌ونقل کالا از طریق جاده، اقدام به تصویب کنوانسیون CMR کرده است. براساس مفاد این



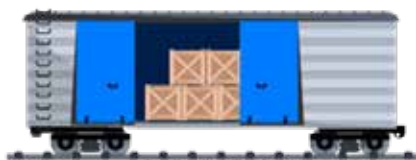
زهره کیا: مدیرعامل شرکت حمل و نقل بین‌المللی رینا حمل پارس سقف مسئولیت متصدی حمل و نقل و لزوم تهیه بیمه باربری



برای رسیدن به زبان مشترک لازم است بدانیم که SDR چیست؟

Special Drawing Rights «حق برداشت ویژه» یک نوع ارز غیرواقعی

امروزه به جهت گسترش واردات و صادرات، تجار و بازرگانان به دنبال سریع‌ترین و امن‌ترین وسایل حمل‌ونقل هستند. در حقوق داخلی، قانون تجارت و قانون مدنی به‌صورت کلی به مسئولیت متصدی حمل‌ونقل پرداخته است اما به‌جهت ارتباطات اقتصادی با کشورهای دیگر ضرورت آگاهی از قوانین حقوق بین‌الملل احساس می‌شود.



کنوانسیون ریل «CIM»

مقاوله نامه بین المللی مربوط به
حمل و نقل کالا با راه آهن

سقف مسئولیت:

برای خسارت یا تلف کالا، حداکثر ۱۷
SDR به ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص کالا

کنوانسیون های دریایی

۱- لاهه

۱۰۰ استرلینگ برای هر بسته یا واحد
کالا

۲- لاهه ویزی

میزان خسارت بر اساس هر کدام از
دو مقدار زیر که بیشتر باشد، محاسبه
خواهد شد:

SDR 2 به ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص
کالا

SDR 667 برای هر بسته

۳- هامبورگ

میزان خسارت بر اساس هر کدام از دو
مقدار زیر که بیشتر باشد، محاسبه
خواهد شد:

SDR 2.5 به ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص
کالا

SDR 835 برای هر بسته

موارد عدم مسئولیت متصدی

حمل و نقل دریایی

۱- نداشتن مسئولیت متصدی حمل و نقل
دریایی در رابطه با خسارت ناشی از

خسارت تأخیر معادل کرایه حمل

تأخیر و عدم تحویل:

۳۰ روز بعد از مهلت توافقی یا ۶۰ روز بعد
از تحویل گرفتن کالا در مبدأ به منظور
حمل، عدم تحویل معنی پیدا می کند.

فقدان قسمتی از کالا:

خسارت یا تأخیر در تحویل از تاریخ
تحویل کالا

فقدان تمام کالا:

۳۰ روز بعد از مهلت توافقی یا ۶۰ روز بعد از
تحویل گرفتن کالا در مبدأ به منظور حمل

موارد دیگر

سه ماه بعد از عقد قرارداد

موارد معافیت متصدی حمل و نقل

جاده های در کنوانسیون (CMR)

در صورتی که متصدی حمل و نقل بتواند
یکی از موارد ذیل را در محکمه ثابت
کند، از مسئولیت معاف است:

۱- عیب ذاتی کالا سبب فقدان یا
خسارت به کالا شده باشد.

۲- عیب ناشی از مسائلی باشد که
متصدی حمل و نقل قادر به جلوگیری آن
نبوده است.

۳- مرسالیه یا ارسال کننده سبب ورود
خسارت به کالا را فراهم کرده باشد.

مثال نحوه محاسبه خسارت:

بازرگانی ۲۰ تن محموله با ارزش
واقعی ۷۰۰ هزار دلار را برای حمل به

شرکت حمل و نقل بین المللی سپرده
است. مسئولیت شرکت حمل و نقل یا

بیمه گذار در قبال خسارت احتمالی
چقدر خواهد بود؟ «با فرض برابری هر

SDR معادل ۱.۳۲ دلار»

USD = x1.32 x 20000 x 8.33 219.912

کنوانسیون، متصدی حمل و نقل، مسئول
خسارات وارده به کالا خواهد بود مگر این
که بتواند خلاف آن را اثبات کند.

در کلیه موارد حمل و نقل جاده های به
استثنای حمل های پستی، اثاثیه منزل و
جنایزه قابلیت اجرایی دارد. علاوه بر ناظر
بودن بر روابط بین حمل کننده، گیرنده
و فرستنده، پوشش بیمه ای برای مسئولیت
شرکت های کریر است.

قرارداد حمل و نقل بین المللی، در صورت
وجود شرایط ذیل مشمول کنوانسیون
CMR است:

۱- انعقاد قرارداد حمل و نقل از طریق جاده
با وسیله نقلیه به منظور کسب اجرت.

۲- محل دریافت و تحویل کالا در دو کشور
مختلف باشد.

۳- یکی از دو طرف عضو کنوانسیون باشد.

مبنای مسئولیت متصدی حمل و نقل

جاده های در کنوانسیون (CMR)

بر اساس کنوانسیون (CMR) اصل بر
مسئولیت متصدی حمل و نقل است مگر
اینکه بتواند عدم تقصیر خود را در مرجع
صالح اثبات کند. طبق بند ۱ ماده ۱۷
کنوانسیون، متصدی حمل، در فاصله زمانی
میان بارگیری تا زمان تحویل، مسئول
تلف یا خسارات کلی و جزئی وارد شده
بر محموله و همچنین تأخیر در تحویل آن
است.

سقف مسئولیت:

حداکثر SDR 8.33 برای هر کیلوگرم وزن
ناخالص کالا برای خسارت یا تلف کالا

گرامت بر اساس ارزش کالا در زمان و مکان
تحویل محاسبه می شود به شرطی که از
ارزش واقعی کالا تجاوز نکند.

خسارت تأخیر:



حمل چند وجهی «MTC»

حمل هماهنگ شدهٔ محموله با بیش از یک شیوهٔ حمل با استفاده از کانتینرهای که در آن شیوه‌های حمل، قابلیت برنامه‌ریزی دارند.

حمل بین وجهی

چند وجهی هماهنگ شده است که کالا از بارگیر تخلیه نشود.

نکته: اگر حمل چند وجهی شامل دریا نباشد همان مقررات CMR حاکم است.

سقف مسئولیت:

میزان خسارت براساس هر کدام از دو مقدار زیر که بیشتر باشد، محاسبه خواهد شد:

SDR 2.75 در ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص کالا

SDR 920 برای هر بسته

مفهوم حمل و نقل ترکیبی به استناد

کنوانسیون ژنو

طبق کنوانسیون ژنو، حمل و نقل ترکیبی بین‌المللی عبارت است از حمل کالا به وسیلهٔ حداقل دو روش مختلف حمل تحت یک قرارداد حمل و نقل ترکیبی، از محلی واقع در

نحوه طرح دعاوی حمل و نقل

هواپی

۱- مرور زمان در طرح دعاوی

حمل و نقل هواپی

بر طبق ماده ۲۶ معاهده ورشو، در صورت ایراد خسارت به کالا، شخصی که حق دارد شکایت کند، می‌بایست پس از مشاهده خسارت، حداکثر ظرف سه روز برای لوازم شخصی و هفت روز برای کالا از تاریخ دریافت آنها به متصدی حمل و نقل شکایت کند. در صورت تأخیر، طرح شکایت باید کتباً به عمل آید.

۲- دادگاه صالح جهت رسیدگی به

دعاوی حمل و نقل هواپی

مطابق با معاهده ورشو چهار دادگاه، صلاحیت رسیدگی به دعاوی حمل و نقل هواپی را دارند:

- ۱- دادگاه محل سکونت متصدی حمل و نقل.
- ۲- دادگاه محلی که مقر اصلی متصدی حمل و نقل در آن جا واقع است.
- ۳- دادگاه محلی که یکی از شعبات متصدی حمل و نقل در آنجا واقع بوده است و قرارداد حمل و نقل در آنجا منعقد شده است.
- ۴- دادگاه مقصد.

کشتی یا کارکنان آن

- ۲- نداشتن مسئولیت متصدی حمل و نقل دریایی در رابطه با خسارت ناشی از اقدام فرستنده یا نوع و جنس کالا
- ۳- نداشتن مسئولیت متصدی حمل و نقل دریایی در رابطه با خسارت ناشی از علل خارجی که ماهیت قوه قهریه و حوادث غیر مترقبه دارند.

کنوانسیون هواپی «ورشو»

کنوانسیون مربوط به یکسان کردن مقررات حمل و نقل هواپی بین‌المللی است.



سقف مسئولیت:

۲۵۰ فرانک طلا و نهایتاً SDR 17

۲۰ دلار در هر کیلو

نکته: منظور از فرانک، فرانک فرانسه معادل ۶۵/۵ میلی گرم طلا با عیار ۹۰۰ هزارم است.



خسارت یا فقدان، حداکثر معادل دو برابر کرایه حمل است.
طبق قانون ایران حداکثر معادل یک کرایه حمل پرداخت خواهد شد.

تعریف فقدان

۹۰ روز پس از تاریخ توافقی یا تاریخ منطقی و عرف حمل
مرور زمان اقامه دعوی حداکثر تا ۹ ماه

در صورت عدم صحت اظهارات بازرگان
جریمه‌ای معادل هر کدام از دو مقدار زیر
که کمتر باشد، محاسبه خواهد شد:
۵- برابر تفاوت کرایه واقعی با کرایه
منظور شده
۲- برابر کرایه واقعی پس از کسر کرایه
منظور شده

حق برخورداری از سقف مسئولیت هنگام بروز تأخیر در حمل

طبق ماده ۳۸۷ قانون تجارت
در مورد خسارات ناشی از تأخیر تسلیم یا

فیاتا «FIATA»

فدراسیون بین‌المللی اتحادیه‌های
شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی
فورواردر

سقف مسئولیت:

میزان خسارت بر اساس هر کدام از
دو مقدار زیر که بیشتر باشد، محاسبه
خواهد شد:

SDR 2 در ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص
کالا

SDR 67، 667 برای هر بسته

نکته: در صورتی که شیوه حمل و نقل
غیر آبی باشد، 8، SDR 33 در ازای هر
کیلوگرم وزن ناخالص کالا

نکته: در صورتی که ارزش کالا در متن
بارنامه درج شده باشد، متعهد به پرداخت
ارزش اظهار شده کالا خواهد بود.

خسارت تأخیر

تعهدات تأخیر یا هر موضوعی به غیر از

یک کشور که کالا توسط عامل حمل و نقل
ترکیبی به عهده گرفته می‌شود، به محلی
واقع در یک کشور متفاوت.

به جهت آنکه قراردادهای حمل و نقل
ترکیبی، تحت کنوانسیون ژنو قرار
بگیرد، میبایست محل تحویل گرفتن کالا
توسط عامل یا محل تحویل دادن کالا
در کشوری باشد که عضو کنوانسیون ژنو
است.

مفهوم عامل حمل و نقل ترکیبی

در قراردادهای حمل و نقل ترکیبی،
قراردادی فیما بین فرستنده و شخص ثالث
منعقد میشود که شخصی به‌عنوان اصیل،
مسئول رساندن کالا از مبدأ به مقصد است.
طبق ماده ۲ کنوانسیون ژنو، عامل
حمل و نقل ترکیبی عبارت است از هر
شخصی که به حساب خود یا توسط
شخصی ثالث یک قرارداد حمل و نقل
ترکیبی منعقد می‌کند و به عنوان
اصیل و نه مأمور یا نماینده فرستنده یا
حمل‌کنندگان شرکت‌کننده در عملیات
حمل و نقل اقدام می‌کند و مسئول
اجرای قرارداد فرض می‌شود.

موارد معافیت مسئولیت متصدی

حمل و نقل ترکیبی

متصدی حمل و نقل ترکیبی در صورتی
که در مرجع صالح ثابت کند که خود
او یا مأمورین و نمایندگان کلیه اقداماتی
که به‌طور معقول جهت احتراز از واقعه و
پیامدهای آن لازم بوده است را انجام داده
است، همچنین با اثبات این موضوع که
تلف کالا به سبب تقصیر فرستنده، عیوب
مخفی کالا و قوه قاهره رخ داده است،
عامل حمل و نقل ترکیبی را از مسئولیت
مبرا می‌کند.



واژگان اصلی مصلح در بیمه‌های باربری «Insurance terms, Widely used»

Cargo	کالا
Deck Cargo	کالای روی عرشه
Type of Cargo	نوع کالا
Rate/Premium	نرخ، حق بیمه
Modes Of Transportation	شیوه حمل
Packaging	بسته بندی
Value/Sum Insured	ارزش کالا/ مبلغ بیمه
General Average	خسارت همگانی

بیمه حمل و نقل کالا یا بیمه باربری

بیمه‌ای است که به موجب آن بیمه‌گر در مقابل حق بیمه‌ای که از بیمه‌گذار دریافت می‌کند متعهد می‌شود چنانچه در جریان حمل کالا از نقطه‌ای به نقطه دیگر در نتیجه وقوع خطرهای موضوع بیمه، کالا تلف یا دچار خسارت شود یا بیمه‌گذار هزینه‌هایی در رابطه با این خطرات متحمل شود، زیان وارده را جبران کند.

خسارت و تأخیر، چنین برداشت می‌شود که هر چه از ابتدای قرن ۲۰ به سمت زمان حال حرکت می‌کنیم، سقف مسئولیت متصدیان حمل افزایش یافته است.

بیمه باربری

بیمه باربری، قدیمی‌ترین رشته بیمه‌های بازرگانی است. شاید بتوان منشأ بیمه باربری را به خسارت همگانی «General Average» نسبت داد که قرن‌ها قبل از میلاد مسیح وجود داشته است و به موجب آن چنانچه مال‌التجاره یکی از صاحبان کالا در کشتی، متعاقب وقوع خطر به دریا ریخته می‌شد، کلیه صاحبان کالا و کشتی می‌بایست در جبران خسارت وی شرکت کنند.

کلیه واردکنندگان کالا ملزم هستند هنگام گشایش اعتبار اسنادی در ایران بیمه‌نامه باربری صادره توسط یکی از شرکت‌های بیمه کشور را به بانک گشاینده اعتبار ارائه نمایند.

کلیه کالاها با هر شیوه حمل و نقل تحت پوشش این نوع بیمه قرار می‌گیرند.

نقص یا خسارات بحری (آواری) مال‌التجاره نیز متصدی حمل و نقل در حدود ماده فوق مسئول خواهد بود. خسارات مزبور نمی‌تواند از خساراتی که ممکن بود در صورت تلف شدن تمام مال‌التجاره حکم به آن شود تجاوز کند؛ مگر اینکه قرارداد طرفین، خلاف این ترتیب را مقرر داشته باشد.

ولی به جز این قانون، در سایر کنوانسیون‌ها تابع کرایه حمل است و در دو کنوانسیون نیز موضوع تأخیر مسکوت واقع شده است. در مقررات ۱۹۲۴ HAGUE و HAGUE VISBY ۱۹۶۸ و قانون دریایی ایران آثار تأخیر مسکوت مانده است.

از نظر حقوقی هرگاه صاحب کالا اثبات کند که در اثر تأخیر در حمل، خسارتی به وی وارد شده است، می‌تواند به استناد قانون داخلی در خصوص تأخیر، ادعا کند. مثلاً در اثر تأخیر، تاریخ مصرف کالا سپری شده است یا در اثر تأخیر، واردات این کالا به بندر مقصد ممنوع اعلام شده است.



آثار تأخیر

CMR	یک برابر کرایه حمل
FBL	۲ برابر کرایه حمل
هامبورگ	۲.۵ برابر کرایه حمل
SMGS	۴ برابر کرایه حمل
حمل هوایی	۱۹ SDR به ازای هر کیلوگرم وزن ناخالص کالا
روتردام	سه برابر کرایه حمل

* با توجه به مجموع مطالب ذکر شده در مورد سقف مسئولیت‌ها در خصوص



- واژگون شدن یا از راه یا از خط خارج شدن وسیله حمل زمینی

- تصادم یا برخورد کشتی، شناور یا هر وسیله حمل دیگر با هر جسم خارجی به غیر از آب

- تخلیه کالا در بندر اضطراری

- فدا کردن کالا در جریان زیان همگانی

- به دریا انداختن کالا برای سبکسازي

- خسارت همگانی

- مسئولیت مشترک در تصادم

علاوه بر خطرات فوق می توان با دریافت حق بیمه اضافی، خطر عدم تحویل یک بسته کامل کالا طبق کلوز عدم تحویل انستیتو بیمه گران لندن تحت پوشش قرار گیرد.

می بایست ضمن قید شرط (عدم تحویل یک بسته کامل کالا طبق کلوز عدم تحویل انستیتو بیمه گران کالا که پیوست بیمه نامه است، جزو شرایط این بیمه نامه است.) در بخش شرایط خصوصی بیمه نامه، کلوز مورد اشاره نیز به بیمه نامه الصاق شود.

این بیمه نامه با توجه به خطرات محدود خود جزو بیمه نامه های ارزان قیمت محسوب می شود که معمولاً فقط برای

پوشش Total Loss بیمه باربری

در قدیم به عنوان بیمه نامه های تشریفاتی و گمرکی نیز نامیده می شد.

با توجه به ماده ۷۰ قانون تأسیس بیمه و بیمه گری و لزوم داشتن بیمه نامه ایرانی برای ترخیص کالا، معمولاً صاحبان کالا از این نوع بیمه نامه اکتیاع می کنند.

به دلیل پایین تر بودن نرخ حق بیمه و به علت دارا بودن حداقل پوشش بیمه ای، هزینه کمتری متحمل می شوند.

برای محمولاتی که به صورت پارت شپمنت (حمل به دفعات) حمل می شوند شرایط این نوع بیمه Total Loss of Part خواهد بود.

کالای مورد بیمه فقط در اثر از بین رفتن کل محموله در یک مرحله و در نتیجه آتش سوزی تحت پوشش است.

مجموعه شرایط C بیمه باربری

- آتش سوزی یا انفجار

- به گل نشستن، زمین گیر شدن، برخورد با کف دریا، غرق شدن یا واژگون شدن کشتی یا شناور

بیمه باربری سطح گسترده ای از کالاها را تحت پوشش قرار می دهد.

بیمه حمل و نقل کالا یا بیمه باربری

به سه بخش عمده زیر تقسیم می شود:

Marine cargo

In land transit

Aviation air transit

انواع بیمه باربری از حیث پوشش

پوشش Total Loss

مجموعه شرایط C

مجموعه شرایط B

مجموعه شرایط A

پوشش داخلی

انواع بیمه باربری از حیث منطقه

جغرافیایی

بیمه های باربری وارداتی

بیمه های باربری صادراتی

بیمه های باربری ترانزیت

بیمه های باربری داخلی



برخی کالاها که احتمال خسارت‌های جزئی آنها کمتر است به کار می‌رود. مثلاً برای حمل تیرآهن، ورق فولاد و ...

مجموعه شرایط B بیمه باربری

- تمامی خطرات ذکر شده در مجموعه شرایط C
- زلزله، آتشفشان یا صاعقه
- به دریا افتادن کالا از روی عرشه کشتی
- ورود آب دریا، دریاچه، رودخانه به کشتی، شناور، محفظه کالا، کانتینر یا محل انبار
- تلف کلی هر بسته در کشتی یا شناور
- تلف کلی هر بسته به علت افتادن در هنگام بارگیری یا تخلیه کشتی یا شناور
- بیمه باربری

علاوه بر موارد ذکر شده، خطرات زیر نیز تحت پوشش این بیمه خواهد بود:

- عدم تحویل یک بسته کامل کالا
- دزدی و دله دزدی
- قلاب زدگی
- آبدیدگی، روغن زدگی
- شکست، ریزش
- خسارت ناشی از کالاهای دیگر

فرانشیز یا سهم بیمه‌گذار از خسارت در

بیمه باربری B

به علت پوشش خطرات اضافی، در ایران ۳ درصد ارزش هر بسته خسارت دیده، تحت عنوان فرانشیز به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

مجموعه شرایط A بیمه باربری

تمامی خطرات ذکر شده در مجموعه شرایط B و C طوفان راهزن دریایی خسارت‌های ناشی از باران و آفتاب خسارت‌های ناشی از عمل کارکنان کشتی و ... نکته:

یکی از مهمترین تفاوت‌های کلوز A با کلوزهای B و C در این است که در کلوز A شرکت بیمه باید هر نوع خسارتی را جبران کند، مگر اینکه بتواند ثابت کند خسارت در نتیجه خطری ایجاد شده است که آن خطر در تعهد بیمه‌نامه نبوده است و جزو استثنائات بیمه‌نامه باربری بوده است اما در کلوزهای B و C این خریدار

بیمه‌نامه یا بیمه‌گذار است که باید ثابت کند خسارت محقق شده، ناشی از خطرات تحت پوشش بیمه‌نامه بوده است.

ثبت‌های حسابداری مرتبط با بیمه CMR در شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی

فرض کنید، یک ست کامل CMR توسط یک شرکت عضو انجمن سراسری شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی ایران خریداری شده است. مبلغ CMR برای شرکت‌های عضو ۱۵.۰۰۰ ریال است. پس از صدور CMR و شروع عملیات مبلغ ۲.۱۰۰.۰۰۰ ریال بابت بیمه به انجمن سراسری شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی ایران پرداخت شده است.



شایان ذکر است که مبلغ بیمه CMR تابعی از مسیر (مبدأ و مقصد)، نوع کالا، وزن کالا و ارزش کالا است. شرایط و فرمول محاسبات برای سال ۱۴۰۱ به شرح ذیل است:

کشور مبدأ و مقصد مندرج در راهنما CMR	حق بیمه به ازای هر راهنما
صادرات، واردات و ترانزیت (کشورهای گروه ۱)	۱,۷۰۰,۰۰۰ ریال
صادرات، واردات و ترانزیت (کشورهای گروه ۲)	۲,۱۰۰,۰۰۰ ریال
صادرات، واردات و ترانزیت (کشورهای گروه ۳)	۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال

کشورهای گروه ۱: ایران، آذربایجان، ارمنستان، افغانستان، پاکستان، ترکمنستان، ترکیه، عراق، گرجستان، نخجوان، کشورهای گروه ۲: بلغارستان، اوکراین، رومانی، ازبکستان، تاجیکستان، قرقیزستان، قزاقستان.
کشورهای گروه ۳: سایر کشورها.

شرایط پوشش بیمه‌ای تا سقف کنوانسیون CMR:

در صورتیکه کشور مبدأ و مقصد در یک گروه قرار نداشته باشند، ملاک محاسبه حق بیمه گروه با حق بیمه بالاتر خواهد بود.

تخفیفات و اضافه نرخ:

۵۰ درصد افزایش نرخ	حمل با کانتینر یخچالی
۵۰ درصد افزایش نرخ	حمل خودرو
۷۰ درصد تخفیف طبق حق بیمه رفت	کانتینر خالی
۵۰ درصد تخفیف	مصلح ساختمانی

ثبت سند حسابداری خرید CMR

موجودی اوراق بهادار - CMR شماره ۱۵,۰۰۰ xxxx

بدهکار

نقد و بانک/ حسابهای پرداختنی

۱۵,۰۰۰ بستانکار

در اغلب موارد شرکت‌های حمل و نقل بین‌المللی کالا به محض خرید CMR آن را به حساب هزینه منظور می‌کنند که بدین شکل هیچ کنترلی بر تعداد CMRهای موجود و استفاده شده خود ندارند.

از آنجایی که CMR جزو اسناد تعهدآور بین‌المللی است، باید نظارت و کنترل دقیقی بر روی هر ست آن وجود داشته باشد.

ثبت سند حسابداری خرید بیمه مسئولیت مدنی CMR

هزینه بیمه مسئولیت مدنی CMR شماره

xxxxx۲.۱۰۰.۰۰۰

بدهکار

نقد و بانک/ حسابهای پرداختنی

۲,۱۰۰,۰۰۰ بستانکار

در اغلب موارد، مبلغ پرداخت شده بابت بیمه در حساب‌های هزینه‌ای دیگری ثبت می‌شود و بدین صورت نظارتی به روی بیمه بودن یا نبودن آن CMR خاص وجود ندارد که می‌تواند مخاطرات را برای شرکت، به همراه داشته باشد.

ذخیره‌های ریاضی و... محاسبه می‌شود. طبق ماده ۱ آیین‌نامه ۵۸ بیمه مرکزی شرکت‌های بیمه‌ای، علاوه بر ذخیره معمول، باید نسبت به احتساب ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی نیز اقدام شود و هر ساله این ذخیره را محاسبه کنند و به‌صورت جمع‌شونده به حساب ذخیره مربوطه در ترازنامه شرکت اضافه کنند. برای محاسبه این ذخیره برای هر سال، معادل ۳ درصد حق بیمه صادره پس از کسر حق بیمه اتکایی واگذاری مبنای محاسبه قرار می‌گیرد اما علت اصلی این تضاد در احتساب ذخیره بین استانداردهای حسابداری و آیین‌نامه بیمه مرکزی توجه به چهارچوب گزارشگری مالی است.

با توجه به اینکه حساب ذخیره، یک حساب بدهی است، فقط اقلامی را می‌توان به‌عنوان ذخیره شناسایی کرد که شرایط شناخت بدهی را احراز کرده باشد؛ یکی از این شرایط وجود تعهد فعلی برای انتقال منافع اقتصادی است. اقلامی که تعهد کنونی شرکت بیمه نیست نباید به‌عنوان ذخیره در صورت‌های مالی شناسایی شود، بنابراین به‌دلیل عدم توانایی برآورد زمان بلایای طبیعی و حجم آن و میزان خسارت متصور از این بابت، احتساب ذخیره و شناسایی هزینه در دوره‌های زمانی قبل از وقوع از منظر حسابداری اشتباه است. پیش از تدوین استاندارد حسابداری شماره ۲۸ (فعالیت‌های بیمه عمومی)، شرکت‌های بیمه برای محاسبه ذخایر فنی بیمه‌های غیرزندگی و گزارشگری آن، از آیین‌نامه شماره ۲۲ شورای عالی بیمه مصوب ۱۳۶۷/۰۸/۱۱ و مکمل‌های آن استفاده می‌کردند. استاندارد حسابداری شماره



سید محمدباقر آبادی: دبیر کل انجمن حسابداران خبره ایران تضاد بین استانداردهای حسابداری و آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه

پوشش خسارت مورد انتظار مربوط به بیمه‌نامه‌های منقضی نشده در تاریخ ترازنامه کافی نباشد باید ذخیره تکمیلی لازم برای آن شناسایی شود. نکته کلیدی در این تعریف، الزام احتساب ذخیره، تنها به میزان کسری حق بیمه‌های عاید نشده برای پوشش خسارت‌های بیمه‌ای است که هم‌اکنون نیز در شرکت‌های بیمه‌ای در قالب

یکی از چالش‌برانگیزترین مباحث مالی مطرح شده در صنعت بیمه، بحث ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی است. طبق بند ۲۹ استاندارد حسابداری شماره ۲۸ ایران با عنوان «فعالیت‌های عمومی بیمه» (استاندارد ۲۸ ایران خود ترجمه استاندارد بین‌المللی گزارشگری مالی شماره ۴ است) عنوان شده است: «چنانچه حق بیمه‌های عاید نشده برای

۲۸ به دلیل ویژگی‌های متفاوت و منحصر به فرد شرکت‌های بیمه‌ای و به جهت یکسان‌سازی روش‌های متفاوت حسابداری بیمه و لزوم شفافیت بیشتر گزارش‌های مالی شرکت‌های مزبور در سال ۱۳۸۵ (لازم‌الاجرا از ۱/۱/۱۳۸۶) تدوین شد. با این حال شورای عالی بیمه، با تنظیم آیین‌نامه شماره ۵۸ و تصویب آن در تاریخ ۲۰/۱۰/۱۳۸۷، شرکت‌های بیمه را ملزم کرده است که به جای استاندارد حسابداری شماره ۲۸، از آیین‌نامه شماره ۵۸ شورای عالی بیمه جهت محاسبه ذخیره‌های فقی خود استفاده کنند. مطالعه تطبیقی استانداردهای حسابداری فعالیت‌های بیمه عمومی تعدادی از کشورهای صاحب نام در صنعت بیمه (از جمله آمریکا، استرالیا، انگلستان، مالزی، هنگ‌کنگ و...) نشان می‌دهد که در هیچ‌یک از استانداردهای مزبور، احتساب ذخیره فقی تکمیلی و خطرات طبیعی و ذخیره برگشت حق بیمه، پیش‌بینی نشده است. حتی در ژاپن که در معرض همیشگی بلایای طبیعی قرار دارد نیز این ذخیره الزامی نیست؛ چرا که شرکت‌های بیمه با احتساب سایر ذخایر قانونی و تعدیل قیمت بیمه‌نامه‌های صادره با توجه به ریسک‌های برآوردی، خود را در مقابل تهدیدهای احتمالی پوشش می‌دهند. با توجه به رویه موجود در ایران هم شرکت‌های بیمه‌ای، متضرر این تضاد بین قوانین و استانداردهای حسابداری شدند؛ به نحوی که هر ساله به دلیل این تضاد، گزارش‌های حسابرسی تعدیل شد و متناسب با سطح اهمیت، هم گزارش‌های حسابرسی شرکت‌های بیمه‌ای مشروط یا مردود شد و هم سهامداران شرکت‌های بیمه‌ای از این

بابت متضرر شدند؛ به نحوی که هر ساله مبلغ قابل توجهی از سود قابل تقسیم شرکت در اثر هزینه مرتبط با ذخیره فقی تکمیلی و خطرات طبیعی محدود شده است. بابت حل این مشکل پیشنهاد می‌شود که به جای ذخیره فقی، اندوخته فقی تکمیلی و خطرهای طبیعی محاسبه (این ذخیره از محل سود قابل تخصیص- همانند اندوخته‌های احتیاطی- تأمین می‌شود) و برای آن، معافیت مالیاتی در نظر گرفته شود و در بخش حقوق صاحبان سهام طبقه‌بندی شود. (به نظر می‌رسد اصلی‌ترین دلیل عدم پذیرش اندوخته به جای ذخیره توسط شورای عالی بیمه، موضوع مالیات باشد. پس در صورتی که احتساب اندوخته غیر قابل تقسیم به جای ذخیره، با معافیت مالیاتی همراه باشد، هیچ‌گونه آثار مالیاتی برای شرکت‌های بیمه به همراه نخواهد داشت.) در صورت به کارگیری این پیشنهاد، علاوه بر آنکه نظر شورای عالی بیمه در مورد احتساب چنین ذخیره‌ای برای حوادث طبیعی پیش‌بینی نشده تأمین می‌شود، نظر هیئت تدوین استانداردهای حسابداری کشور مبنی بر اینکه چنین ذخیره‌ای با تعریف بدهی در مبنای نظری گزارشگری

مغایرت دارد نیز تأمین می‌شود؛ ضمن اینکه به دلیل وجود تفاوت‌های موجود بین حساب ذخیره و اندوخته بحث متضرر شدن سهامداران و انتقال منافع سهامداران و ایجاد رانت اطلاعاتی در شرکت‌های بیمه‌ای هم تا حد زیادی حل خواهد شد. نمونه‌ای از تفاوت‌های اساسی ذخیره با اندوخته به این شرح است:

ذخیره، نوعی بدهی است که زمان تسویه یا تعیین مبلغ آن همراه با ابهام نسبتاً قابل توجه است. ذخایر را می‌توان از سایر بدهی‌ها متمایز کرد زیرا در مورد زمان تسویه یا مبلغ آن ابهام وجود دارد. ذخیره باید در صورت احراز معیارهای زیر شناسایی شود:

- ۱- واحد تجاری تعهدی فعلی (قانونی یا عرفی) دارد که در نتیجه رویدادی در گذشته ایجاد شده است.
- ۲- خروج منافع اقتصادی برای تسویه تعهد محتمل باشد.
- ۳- مبلغ تعهد به گونه‌ای آتکاپذیر، قابل برآورد باشد.

اندوخته یک نوع محدودیت در تقسیم سود و جزو حقوق صاحبان سهام است. اندوخته مبلغی است از یک مأخذ مشخص که باید قبل از تقسیم سود در حسابی به این عنوان، جداگانه نگهداری شود تا از خروج این مبلغ از چرخه دارایی شرکت



جلوگیری شود. ضمناً تاریخ مشخصی برای آزاد شدن آن وجود ندارد و بنابراین قانون یا تصمیم سهامداران شرکت سقف مشخصی دارد. برای احتساب اندوخته حتماً باید در شرکت سود موجود باشد اما برای احتساب ذخیره چنین الزامی وجود ندارد و همین امر، مانع از ایجاد زیان انباشته برای شرکت‌های بیمه می‌شود؛ این نکته‌ای است که باعث ایجاد نگرانی می‌شود چرا که با ایجاد زیان انباشته برای شرکت بیمه (که یکی از عوامل آن، احتساب هرساله هزینه بابت ذخیره فنی تکمیلی و خطرات طبیعی است) در مدت زمان طولانی و با توجه به سایر شرایط، احتمال اینکه شرکت‌های بیمه‌ای مشمول مقررات ماده ۱۴۱ اصلاحیه قانون تجارت بشوند اجتناب‌ناپذیر می‌شود و در این حالت سؤالات اساسی به شرح زیر

مطرح می‌شود:

- شرکت چگونه باید در این وضعیت نسبت به اصلاح ساختار سرمایه خود اقدام کند؟
- آیا شرکت می‌تواند از محل این ذخیره، ساختار سرمایه خود را اصلاح کند؟
- طبعاً انتقال اندوخته به سود انباشته با تعریف فوق امکان‌پذیر است ولی آیا انتقال حساب ذخیره به سود انباشته با مجوز مرجع قانون‌گذار امکان‌پذیر است؟
- در این صورت تکلیف انتقال حقوق سهامداران قبلی (که هر سال متحمل هزینه ذخیره مربوطه شده‌اند و حال منافع آن به سهامداران فعلی و آتی خواهد رسید، بدون اینکه موضوع ذخیره محقق شده باشد) به سهامداران فعلی

چه می‌شود؟

- چه کسانی (به جز افرادی که اطلاعات درونی و نهانی این تصمیم را داشته‌اند) از این موضوع منتفع می‌شوند؟
- با اعمال این مزیت برای برخی شرکت‌ها، تکلیف قابلیت مقایسه صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای چه خواهد شد؟
- تأثیر این عمل بر گزارش حسابرس و گزارش بازرس قانونی چیست؟
- نحوه برخورد سازمان بورس به عنوان نهاد ناظر بر بازار سرمایه بر این انتقال منافع چیست؟ و سؤالات متعدد دیگر...
لذا به نظر می‌رسد احتساب این ذخیره با توجه به ساختار بدهی و ساختار سرمایه شرکت‌های بیمه‌ای می‌تواند در آینده مشکلات عدیده‌ای ایجاد کند.

