

Arabic Material	_____	2
English Material	_____	277

مدخل إلى أساسيات التأمين

تم إعداد هذا الكتاب تحت إشراف المعهد المالي

الرياض - المملكة العربية السعودية

2016 م - 1437 هـ

مدخل إلى أساسيات التأمين

تم إعداد هذا الكتاب تحت إشراف المعهد المالي

الرياض - المملكة العربية السعودية

2016 م - 1437 هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

مؤسسة النقد العربي السعودي، المعهد المالي
مدخل إلى أساسيات التأمين / مؤسسة النقد العربي السعودي،
المعهد المالي- الرياض، ١٤٣٧ هـ
ص .: بسم

ردمك: ٩٩٦٠-٧٢٠-٢٢-٥

١- التأمين أ. العنوان

١٤٣٧/٨٣٧٨

ديوي ٣٦٨

رقم الإيداع: ١٤٣٧/٨٣٧٨

ردمك: ٩٩٦٠-٧٢٠-٢٢-٥

جميع الحقوق محفوظة، ولا يسمح بإعادة نسخ أي جزء من هذا الكتاب أو تخزينه في أي نظام لحفظ المعلومات أو على أي هيئة أو بواسطة أي وسيلة، سواء بطريقة إلكترونية أم ميكانيكية أم تصويراً أم تسجيلاً، أو صنع منتجات مشتقة من الكتاب؛ إلا بإذن كتابي مسبق من المعهد المالي. وتشمل المنتجات المشتقة من الكتاب- على سبيل المثال لا الحصر: المواد التدريبية، إرشادات الدورات الدراسية، المنتجات الذكية، الاختبارات التجريبية، النسخ الإلكترونية، وغيرها من المنتجات المشابهة.

فهرس المحتويات

٥	.....المقدمة
٨	..... الأهداف
٩	..... • الفصل الأول: الخطر والتأمين
١١	..... أولاً: مفهوم الخطر
١٣	..... ثانياً: الخطر والتأمين
١٤	..... ثالثاً: أنواع الخطر
١٧	..... رابعاً: الأخطار القابلة للتأمين
١٩	..... خامساً: الأخطار غير القابلة للتأمين
٢٠	..... سادساً: التأمين كأسلوب لنقل الأخطار
٢٥	..... سابعاً: مسببات ومؤثرات الخطر
٢٨	..... ثامناً: فوائد التأمين
٣١	..... أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الأول
٣٥	..... • الفصل الثاني: مبادئ التأمين
٣٨	..... أولاً: مبدأ منتهى حسن النية
٤٢	..... ثانياً: مبدأ المصلحة التأمينية
٤٦	..... ثالثاً: مبدأ التعويض
٥٤	..... رابعاً: مبدأ الحلول
٥٧	..... خامساً: مبدأ المشاركة
٦٤	..... سادساً: مبدأ السبب المباشر
٦٧	..... أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الثاني

٧١	.....	• الفصل الثالث: عقد التأمين
٧٣	.....	أولاً: التعريف بعقد التأمين
٧٥	.....	ثانياً: عناصر عقد التأمين
٧٦	.....	ثالثاً: أركان عقد التأمين
٨١	.....	رابعاً: مراحل عقد التأمين من الناحية العملية
٨١	.....	خامساً: خصائص عقد التأمين
٨٧	.....	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الثالث
٩١	.....	• الفصل الرابع: المشاركون الرئيسيون في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية..
٩٣	.....	أولاً: الجهات الرقابية والإشرافية على سوق التأمين في المملكة العربية السعودية.....
١١١	.....	ثانياً: شركات التأمين وإعادة التأمين التعاوني.....
١١٥	.....	ثالثاً: شركات ومزاو لو المهن التأمينية الحرة.....
١٢٩	.....	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الرابع
١٣٣	.....	• الفصل الخامس: إجراءات وسياسات العملية التأمينية القياسية
١٣٦	.....	أولاً: الهيكل التنظيمي لشركات التأمين.....
١٤٥	.....	ثانياً: أهم إجراءات ووظائف العملية التأمينية.....
١٦١	.....	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الخامس

١٦٥	• الفصل السادس: المنتجات التأمينية
١٦٨	أولاً: المنتجات الخاصة بالأفراد
١٧٣	ثانياً: المنتجات الخاصة بالشركات
١٨٧	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل السادس
١٩١	• الفصل السابع: مبادئ خدمة العملاء في قطاع التأمين
١٩٣	أولاً: المبادئ الأساسية للخدمة الفعالة للعملاء
٢١١	ثانياً: أساسيات عملية خدمة العملاء
٢٢٠	ثالثاً: آليات الاتصال الفعال مع العملاء
٢٢٧	رابعاً: فهم حقوق العميل ومسئوليته
٢٣١	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل السابع
٢٣٧	• الفصل الثامن: بعض مخاطر ومعوقات عمل سوق التأمين في المملكة العربية السعودية
٢٣٩	أولاً: مخاطر تطوير المنتجات
٢٤٠	ثانياً: مخاطر الاكتتاب
٢٤٠	ثالثاً: مخاطر التسعير
٢٤١	رابعاً: مخاطر تسوية المطالبات
٢٤٢	خامساً: الملاءة المالية للشركات
٢٤٣	سادساً: مخاطر الائتمان
٢٤٣	سابعاً: مخاطر تقنية المعلومات
٢٤٤	ثامناً: مخاطر تعرض الشركات للاحتيال التأميني
٢٥٦	تاسعاً: نقص الكوادر البشرية المؤهلة
٢٥٨	عاشراً: التوعية والثقافة التأمينية
٢٥٩	الحادي عشر: مخاطر إعادة التأمين

٢٦٠	.....	الثاني عشر: مخاطر السمعة
٢٦٠	.....	الثالث عشر: مخاطر عدم الالتزام
٢٦٠	.....	الرابع عشر: مخاطر التغيرات في الدولة
٢٦١	.....	الخامس عشر: مخاطر غسل الأموال وتمويل الإرهاب
٢٦٣	.....	أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الثامن
٢٦٧	.....	إجابات أسئلة التقييم الذاتي
٢٧٠	.....	قائمة المراجع

مقدمة الكتاب

تعتبر صناعة التأمين من الصناعات المتطورة في الدول المتقدمة والتي تساهم مساهمة فعالة في الاقتصاد الكلي للدولة وفي العديد من المجالات بدءاً من توفير الحماية التأمينية للأفراد والمؤسسات وانتهاء بالعديد من الاستثمارات التي تقوم بها شركات التأمين من أجل دعم موقفها المالي الأمر الذي سيعمل على دعم نواحي عديدة في اقتصاديات الدولة، وبالمثل تعتبر هذه الصناعة من الصناعات المالية الواعدة في المملكة العربية السعودية ويعتبر قطاع التأمين أحد دعائم قطاع الخدمات المالية في المملكة وذلك من خلال توفير آليات تحويل المخاطر والتشجيع على الاستثمار مما يجعله من أهم العوامل المساعدة على النهوض بالاقتصاد الوطني.

وفي الوقت الذي يعتبر فيه خبراء صناعة التأمين أن التأمين في المملكة العربية السعودية بصيغته التنظيمية جاء متأخراً مقارنة بباقي أسواق التأمين العالمية، فقد مر بمراحل يمكن القول إنها بدأت بمرحلة ما قبل التنظيمية حيث بلغ عدد شركات التأمين في السعودية أكثر من ٦٠ شركة منتشرة في المدن الرئيسية بدون رقابة على مدى عقدين من الزمن وكانت الجهات الحكومية بما فيها مؤسسة النقد لا تعتبر الرقابة على تلك الشركات ضمن اختصاصها. وظل عملاء تلك الشركات على مدى تلك السنين وحتى مرحلة التنظيم لا يجدون الجهة التي يمكن الرجوع لها في حالة وجود إشكال في تفسير أي من عقود التأمين التي في حوزتهم، والسبب يعود إلى عدم وجود نظام يحكم العلاقة التعاقدية بين المؤمن والمؤمن له. وللخروج من هذه المرحلة وتأكيداً لهذه الأهمية لقطاع التأمين فقد اهتمت الحكومة السعودية بتنظيم ومراقبة سوق التأمين، وأصبحت مؤسسة النقد العربي السعودي مسؤولة عن تنظيم ومراقبة شركات وقطاع التأمين.

وبموجب أحكام نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني الصادر عام ٢٠٠٣ ولائحته التنفيذية التي نُشرت في شهر أبريل ٢٠٠٤ م، فإن مؤسسة النقد العربي السعودي هي الجهة المسؤولة عن تمهيد البيئة التنظيمية لهذا القطاع ووضع المعايير لإصدار تراخيص التأمين، والإشراف والمراقبة على شركات هذا القطاع.

ولا شك أن أهمية وجود أنظمة للإشراف والرقابة كان يرجع بصفة أساسية إلى ضرورة تحقيق عدة أمور منها إقامة نظام مالي سليم وما يستوجبه ذلك من قيام السلطات الحكومية بواجباتها في ضمان استقرار النظام في الأجل الطويل والاعتماد على مكوناته والتي يعتبر التأمين من أهمها.

وباعتبار أن التأمين هو آلية تحويل الأخطار من المؤمن له إلى شركة التأمين ولهذه الأداة أهمية كبرى في الاقتصاديات الحديثة فهي تمكن القطاع التجاري وكذلك الأفراد من تقليص مخاطر المستقبل وحسن التصرف حيالها، مما يتطلب ضرورة ألا يتطرق أي شك إلى الثقة في شركة التأمين في الأجل الطويل، وأن يتوافر لدى شركات التأمين الاحتياطات الكافية لتغطية الالتزامات في المستقبل.

وقد هدفت هذه الخطوات إلى حماية المؤمن لهم عن طريق إصدار القواعد التنظيمية التي تكفل سلامة إجراءات شركات التأمين في الأجل الطويل بما يضمن عدم حدوث خلل في العلاقة التعاقدية بينها وبين المؤمن لهم.

كما يهدف هذا التنظيم لسوق التأمين في المملكة العربية السعودية إلى استخدام أموال التأمين لأغراض التنمية من خلال وظيفة الاستثمار وما يقتضيه ذلك من وضع القواعد التنظيمية المناسبة لتوجيه الأموال المتجمعة لدى شركات التأمين نحو المجالات الإنمائية المستهدفة في الاقتصاد للمساهمة في التنمية الاقتصادية الإجمالية للدولة.

وحيث إن تنمية أسواق التأمين ورفع كفاءتها وفعاليتها قد أوجب على المشرعين والمشرفين على صناعة التأمين وضع الإطار السليم لتنمية هذه الصناعة وضمان سلامتها ومعالجة الآثار التي تترتب على تردي الأسواق وعيوبها، ليس فقط لمصلحة المستهلك وحده وإنما أيضاً الاقتصاد برمته من خلال توفير نوع أفضل من الحماية لثروة البلد في الحاضر والمستقبل، وإتاحة مزيد من الأموال لأغراض التنمية، وتعزيز مالية الدولة من خلال زيادة الموارد المستمدة بصورة مباشرة وغير مباشرة من أداء قطاع التأمين.

وهذا الكتاب سيمكن القارئ من التعرف على صناعة التأمين من حيث التعرف على الخطر باعتبارها العنصر الرئيسي في هذه الصناعة، وما يرتبط به من مبادئ تأمينية، وعقد التأمين، ومن ثم تأتي للحديث عن سوق التأمين في المملكة العربية السعودية من حيث أهم المشاركين فيه، وما هي الوظائف الرئيسية التي تقوم بها شركات التأمين من خلال التعامل مع العديد من المنتجات التي صممت لحماية الأفراد والمؤسسات وما هي أهم المخاطر والمعوقات التي يمكن أن تعترض عملها.

أهداف الكتاب

نتوقع من القارئ لهذا الكتاب أن يتمكن من التعرف على ما يلي:

- ١- التعرف على مفهوم الخطر باعتبارها العنصر الرئيسي في صناعة التأمين.
- ٢- التعرف على المبادئ الرئيسية التي تحكم العلاقة ما بين الخطر والتأمين وأطرافه
- ٣- التعرف على ماهية عقد التأمين.
- ٤- أهم المشاركين الرئيسيين في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية.
- ٥- العلاقات والأدوار التي يقوم بها المشاركين الرئيسيين في صناعة التأمين.
- ٦- التعرف على الهيكل التنظيمي لشركات التأمين.
- ٧- التعرف على أهم وظائف شركات التأمين.
- ٨- التعرف على إجراءات العملية التأمينية.
- ٩- التعرف على أهم المنتجات التأمينية والخاصة بحماية الأفراد والشركات.
- ١٠- التعرف على أهم المخاطر والمعوقات التي تواجه صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية.

الفصل الأول الخطر والتأمين

الخطر (Risk):

الخطر هو الوحدة الهامة في صناعة التأمين (والمقصود بالوحدة هنا هو الجزء الهام أو العنصر الذي تدور حوله الصناعة) مقارنة بأي صناعة أخرى فإذا افترضنا أن صناعة المركبات تقوم على المحرك فإن صناعة التأمين تقوم على الخطر، لذا سنركز في هذا الجزء من الكتاب على فهم الخطر.

أولاً: مفهوم الخطر:

حاول العديد من الأكاديميين والباحثين أو العاملين في صناعة التأمين تعريف كلمة الخطر على سبيل المثال:

- الخطر هو الشك في وقوع الخسارة.
 - الخطر احتمال وقوع نتيجة مغايرة لما هو متوقع.
 - وتعرف اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني الخطر بأنه «الحدث المتعلق باحتمال حدوث ضرر أو خسارة أو عدمها مع انتفاء احتمال الربح».
 - ويعرف مصطلح «الخطر» بأنه إمكانية وقوع نتائج سلبية من أي حدث.
- ومن مراجعة قائمة مرادفات الخطر: الشك، الريبة، الاحتمال، عدم إمكانية التكهن، وما إذا كانت هناك خسارة سوف تحدث؛ يبدو أن الخطر يتضمن عدم معرفة الأحداث المستقبلية .
- وحيث يعني الخطر بالنسبة لأغلب الناس نوع من الشك حول نتائج موقف معين، فإننا عندما نستخدم كلمة خطر فهناك احتمال حدوث شيء ما، وفي حالة حدوثه نتوقع أن ينتج عنه شيء غير مرغوب فيه، لذلك فإن كلمة الخطر تعني عدم التأكد من المستقبل وأن نتأجه ربما نتركنا في حالة أسوأ مما نحن عليها في هذه اللحظة. وعليه فإننا يمكن أن نجمل عناصر مفهوم الخطر فيما يلي:

- الموقف أو الحدث.
 - الاحتمالية بحدوث شيء غير مرغوب فيه.
 - عدم القدرة على التنبؤ بالآثار المستقبلية له مقارنة بالموقف الحالي.
 - عدم التأكد من وقوع أو عدم وقوع الخسارة.
 - احتمال حدوث الخسارة.
- وإذا ما استطعنا أن نربط بين هذه العناصر نجد أنها تشترك فيما بينها بما يلي:
- فكرة الشك (وهي حالة معنوية تخلق الخشية من تحقق الخسارة بسبب حادث لا إرادي يمكن وقوعه) (شكري، ٤٤).
 - الإشارة الضمنية لوجود درجات مختلفة للخطر.
 - أن النتائج قد تتحقق من جراء سبب واحد أو عدة أسباب (العجمي، ١-٦).

ثانياً: الخطر والتأمين:

- تستعمل عبارة الخطر في التأمين استعمالات مجازية متعددة الدلالة على معاني مختلفة، فقد يعني الخطر بالتأمين واحد مما يلي:
- الحادث أو الحوادث: وهي التي إن وقعت ألزمت شركة التأمين بتعويض الخسارة الناشئة عنها مثل خطر الاصطدام بالنسبة للمركبات أو الحريق للمباني.
 - الشيء المراد التأمين عليه: كالمركبة أو البيت أو البضاعة أو السفينة.
 - وصف طبيعة محل التأمين: كأن يقال مثلاً خطراً رديئاً أن درجة تعرض الشيء المراد تأمينه للخطر عالية.
 - درجة الاحتمال: عندما يقال مثلاً في وصف بعض الحوادث بأنها خطر عال.
 - الضرر أو الخسارة: فيقال مثلاً إن هذه البضاعة مؤمنة ضد خطر الحريق والسرقة، فالحريق أو السرقة ما هما إلا نوع من الضرر الذي قد تتعرض له بعض البضائع. (شكري، ٤٤).
- إن مصطلح «الخطر» يستخدم في التأمين ليعني إما مسبب الخطر المراد تأمينه (فالحريق مثلاً هو خطر مُعرض له المبنى والاصطدام خطر معرض للمركبة) أو الشخص أو الشيء موضوع التأمين (كالبيت أو المركبة أو البضاعة) بدرجات احتمال مختلفة.

تلازمنا الأخطار كل يوم؛ فكل مرة نساغر بالسيارة هناك خطر وقوع حادث ولكن موقفنا الشخصي تجاه الخطر يختلف فبعض الناس يعتبرون من الباحثين عن الأخطار فهم يستمتعون بها، فربما تمنحهم شعوراً بالإثارة، بينما البعض الآخر قد يكونون حياديين تجاه الأخطار، وأخيراً هناك من يتجنب الأخطار ويطلق عليهم متجنبوا الأخطار.

فأي من الأنواع الثلاثة من الأفراد يزيد احتمال شرائها للتأمين ؟

ثالثاً: أنواع الخطر:

لقد تعرفنا على مفهوم الخطر، والآن نتناول تصنيف الأخطار، حيث إن هناك عدة أنواع من الأخطار وهي:

١- الخطر المالي Financial Risk

لقد عرفنا سابقاً أن الخطر هو موقف حدث أو حالة من القلق والشك والخوف بترك الشخص في المستقبل في حالة أسوأ مما هو عليها الآن، والخطر أو الأخطار المالية هي تلك الحالات التي يمكن تحديدها وقياسها مالياً أي أن لها علاقة بالنتائج الناجمة عن تحقق خطر ما وليس بطبيعة الخطر نفسه.

فإذا كانت نتيجة الخطر يمكن قياسها مالياً فإن هذا الخطر يتم تصنيفه على أنه خطر مالي، فمثلاً الخسائر الناجمة عن الأضرار التي تحصل للممتلكات كالحريق أو السرقة، أو التوقف عن العمل بسبب الحريق يمكن تحديدها وقياسها، أو الأضرار التي تحصل للمركبة نتيجة لخطر الاصطدام أو الانقلاب كلها أخطار يمكن قياسها مالياً، أو بعض الأضرار التي تحدث للشخص نتيجة للإصابة الشخصية التي يمكن تحديدها عن طريق المحكمة وقياسها مالياً. والأخطار المالية من أنواع الأخطار التي تقبل شركات التأمين بتأمينها.

٢- الخطر غير المالي Non-Financial Risks

وعليه فإن الخطر غير المالي هو الذي لا يمكن قياس نتيجته مالياً، وهي الخسائر التي يصعب تحديدها وقياسها مالياً بسبب تأثيرها بالنواحي النفسية والمعنوية والتي يختلف تأثيرها من شخص لآخر أو من ظرف لآخر. فمثلاً عندما يقرر شخص شراء سيارة جديدة ويشعر فيما بعد بعدم الارتياح في قيادتها قد يمثل ذلك خطراً أو خسارة لا يمكن قياسها مالياً. إن قياس نتائج الأخطار غير المالية لا يتم عادة بالنقود ولكن من خلال خصائص ذات طابع شخصي مثل الإحباط والتعاسة والفرح والسرور... إلخ.

فمثلاً الذهاب إلى مطعم ما لأول مرة قد يشمل عنصراً من عناصر الخطر، حيث إنك لا تعرف هل ستكون النتيجة إيجاباً أم سراً، واختيار وقت ومكان قضاء العطلة واختيار الوظيفة فكلها تحتوي على درجة من الخطر (نتائج غير معروفة) ولكن رغم أن نتيجة تحقق الأخطار غير المالية قد تترتب عليها بعض الخسائر المالية فإن القياس المالي الدقيق لها أمر غير ممكن. فإذا كان لدى شخص صورة واحدة مع والده الراحل منذ أن كان طفلاً فإنها تمثل له قيمة كبيرة ولكنها قيمة عاطفية أو وجدانية لا يمكن قياسها مالياً. والأخطار غير المالية من أنواع الأخطار التي لا تقبل شركات التأمين بتأمينها.

أي نوع من الأخطار يعتبر قابلاً للتأمين، الخطر المالي أم الخطر غير المالي؟ ولماذا؟

٣- الأخطار البحتة (المحضة) Pure Risks

وهي الأخطار التي ينشأ عنها خسارة أو في أحسن الأحوال لا يترتب على حدوثها أي ربح أو خسارة وقد تكون نتائجها غير مرغوبة أو تتركنا في نفس الحالة التي كنا عليها قبل تحققها ومن أمثلة هذه الحوادث وقوع الشخص على الأرض، فإما أن يسبب له ذلك جرحاً أو كسراً أو ألا يسبب له أي شيء، وحادثة اصطدام المركبة؛ إما أن يسبب له خسارة أو ألا يسبب أي ضرر. وعليه فالخطر البحت يؤدي إلى:

- إما الخسارة.
 - أو لا خسارة.
 - فكل مرة نساfer بالسيارة هناك خطر وقوع حادث ولكن في حالة عدم وقوعه فإن الموقف لا يتغير فهو موقف متعادل الربح والخسارة أما إذا وقع الحادث فإن هناك خسارة نتيجة تضرر السيارة وحدوث إصابات.. إلخ.
 - فالسفر بالسيارة لا يوجد فيه احتمال للمكسب (غير الوصول بسلامة إلى المكان المقصود) ولكن هناك احتمال وقوع خسارة.
- والأخطار البحتة هي من أنواع الأخطار التي تقبل شركات التأمين بتأمينها.

من الأمثلة الأخرى للخطر البحت: الحريق والسرقة والانفجار وأضرار العاصفة.
هل يمكنك اقتراح أمثلة للخطر البحت ؟

٤- أخطار المضاربة Speculative Risks

وهي الأخطار التي قد ينشأ عنها خسارة أو ربح مثل الاستثمار في الأسهم وعمليات المقامرة والرهان حيث إن هذه الأنشطة يمكن أن تحقق من ورائها مكاسب أو خسائر مالية أو لا يحدث أي شيء من ذلك.

وعليه فإن لخطر المضاربة ثلاث نتائج وهي:

- إما الخسارة.

- أو لا خسارة.

- احتمال الربح.

والتمييز بينهما مهم بالنسبة للتأمين وهو أمر يجب عليك فهمه حيث إن خطر المضاربة غير قابل للتأمين أو لا تقوم شركات التأمين بتأمينه.

أي نوع من الأخطار يعتبر قابلاً للتأمين: أخطار المضاربة أم الأخطار البحتة؟ ولماذا؟

٥- الأخطار العامة General / Common Risks

إن أنواع الخطر سواء المالي أم غير المالي، والبحث أم المضاربة تعني بنتائج الأحداث ويرتبط هذا التقسيم بشكل أكبر بأسباب الأخطار وآثارها.

ومن هذا التقسيم البسيط فإن الأخطار العامة تتعلق بالأخطار التي تؤثر على مجموعات كبيرة من الأفراد، وهي تلك الأخطار الأساسية التي تكون أسباب حدوثها خارج نطاق سيطرة الفرد أو مجموعة من الأفراد وتتعدى تأثيراتها الفرد لتشمل المجتمع بأكمله أو جزءاً كبيراً منه، ولا

تشمل هذه الأخطار الكوارث الطبيعية واسعة الانتشار (مثل الزلازل والأعاصير والفيضانات والمجاعة وما شابه ذلك فحسب بل يشمل الكوارث الاقتصادية العامة والثورات الاجتماعية، كالبطالة والتضخم) وما شابه ذلك من الأخطار التي يمكن تصنيفها كأخطار عامة. وحيث إن الأخطار العامة تنتج عن ظروف خارجة عن نطاق سيطرة الأفراد الذين يتعرضون للخسائر وحيث إن هذه الخسائر لم تكن نتيجة خطأ شخص ما تحديداً فإن المسؤولية تقع على عاتق المجتمع وليس الأفراد في التعامل مع هذه الخسائر، لذا فإن التأمين الاجتماعي يجب أن يكون ضد الأخطار العامة. ومع هذا فإن هناك بعض الأخطار العامة مثل الزلازل يتم تغطيتها من خلال التأمين الخاص.

٦- الأخطار الخاصة Particular Risks

وعلى خلاف الأخطار العامة فإن الأخطار الخاصة هي تلك التي الأخطار الفردية في نشأتها وتأثيرها إلى حد كبير مثل الحريق والسرقة والعجز وغيرها من الأخطار التي يقتصر تأثيرها على شخص بمفرده أو على مجموعة من الأفراد وليس على المجتمع بأسره. إن تأثير الخطر هو الذي يميز بين الخطر العام والخاص فمثلاً الركود الاقتصادي الشديد الذي يسبب بطالة عامة في منطقة ما هو خطر عام لأنه يؤثر على اقتصاد الدولة بأكملها أو كل أو معظم مواطنيها أما بالنسبة لنا كأفراد فالكثير منا قد يواجه احتمال البطالة لأي سبب لذلك فإن احتمال تعرض الفرد للبطالة يعتبر خطراً خاصاً.

رابعاً: الأخطار القابلة للتأمين

لقد تكوّن الآن لدينا مفهوم واضح لمعنى الخطر وهو بصورة عامة عدم معرفة الأحداث المستقبلية وما إذا كان ثمة خسارة ستقع أم لا، وقد أدركنا من خلال مناقشة ودراسة أنواع الخطر أن ليست جميع الأخطار قابلة للتأمين ولكي يكون الخطر قابلاً للتأمين فإنه يحتاج إلى توافر الخصائص التالية:

* أن تكون الخسارة مالية: إمكانية قياس الخسارة مالياً.
* أن تكون الأخطار بحتة: بصورة عامة عدم معرفة الأحداث المستقبلية وما إذا كان ثمة خسارة ستقع أم لا أي يكون للخطر نتيجتان فقط إما خسارة أو لا خسارة.
* أن تكون الخسارة طارئة: عبارة خسارة «طارئة» تعني بصورة أساسية خسارة «عرضية» وفي هذا السياق تعني أن أي حدث يجب أن يكون خارجاً عن سيطرة المؤمن له أي أنه يجب أن يكون عرضياً بالنسبة للمؤمن له.

- المصلحة التأمينية: لقد أوضحنا سابقاً أن أية خسارة مالية يجب أن نتمكن من قياسها مالياً فالمصلحة التأمينية تعني أن الطرف الذي يتلقى منافع وثيقة التأمين (التعويض أو مبلغ التأمين) يجب أن يكون هو نفس الطرف الذي وقعت له تلك الخسارة المالية.

موظف سابق ساخط طرده صاحب العمل مؤخراً فعاد إلى مبنى العمل وأشعل
حريقاً عن عمد فهل يمكن اعتبار ذلك حدثاً عرضياً؟

ملاحظة هامة: علينا أن نتذكر أن الأخطار العامة هي الأخطار التي تؤثر على مجموعات كبيرة من الأفراد والأخطار الخاصة هي الأخطار التي تؤثر على فرد أو مجموعات صغيرة من الأفراد.

ولا يمكننا الجزم بأن كل الأخطار قابلة للتأمين؛ فبعض الأخطار العامة والخاصة قابل للتأمين وبعضها الآخر غير قابل للتأمين فالأخطار العامة التي تتوفر فيها المعايير سالفة الذكر كالزلازل والعواصف والأعاصير والكوارث الطبيعية الأخرى التي تعتبر في معظم الحالات أخطاراً قابلة للتأمين.

خامساً: الأخطار غير القابلة للتأمين

لقد ذكرنا أنه لكي يكون الخطر قابلاً للتأمين فإنه يجب أن يكون بحتاً ويمكن قياسه مالياً وأن يكون طارئاً (بالنسبة للمؤمن له)، وعليه فإن الأخطار التي لا تتوفر فيها هذه الخصائص (أي أخطار المضاربة في المقام الأول، وتلك التي لا يمكن قياسها مالياً وليست طارئة) تسمى الأخطار غير القابلة للتأمين.

وسوف ندرس الآن بعض الصفات التي قد تجعل الخطر غير قابل للتأمين ولكن قبل مناقشة وفهم هذه الصفات فإنه من الضروري أن نأخذ في الاعتبار أن المجتمع وعالم الأعمال بيانات غير ثابتة وذلك لأن الاتجاهات والظروف تتغير بمرور الزمن وما هو غير قابل للتأمين اليوم قد يصبح قابلاً للتأمين غداً.

ومثال ذلك **قانون الأعداد الكبيرة Law of Large Number** ويعني أنه لكي يكون الخطر قابلاً للتأمين لابد من وجود عدد كبير من الأخطار المتشابهة فغياب الأعداد الكبيرة يعني استحالة التنبؤ بالخسارة وبالتالي استحالة حساب أقساط التأمين.

لقد استمر العمل بهذه القاعدة لسنوات طويلة ولكن تم التخلي عنها عندما كانت هناك حاجة ملحة للتأمين على دور الألعاب الأولمبية لأول مرة وأيضاً التأمين على الأقمار الصناعية في بدايتها ومن الواضح أنه لم يكن هناك عدد كبير منها ولكن مع ذلك فقد تم التأمين عليها، ربما بسبب طبيعة المخاطر المصاحبة لصناعة التأمين وهذا ما يدل على كيفية تغير الاتجاهات والمواقف مع مرور الزمن.

الصالح العام General Interest هو مبدأ يتعلق بالمصلحة العامة أو مصلحة المجتمع ككل فالحالات التي قد تكون موجودة من الناحية القانونية ولكنها خاطئة أخلاقياً أو معنوياً تعتبر ضد الصالح العام كونها ليست في مصلحة المجتمع.

من غير الممكن التأمين ضد دفع الغرامات مع أنها طارئة ومالية وبحته وتتوفر فيها المصلحة التأمينية لأن طبيعة الغرامة هي عقوبة لخرق القانون وبذلك فإن هذا التأمين هو ضد الصالح العام وبالتالي غير جائز لأنه قد يشجع الناس على مخالفة القانون وضياع أثره الرادع (وهو تحذير الآخرين من ارتكاب نفس المخالفة).

وتشجيع الآخرين على مخالفة قانون دولة صديقة قد يكون أيضاً ضد الصالح العام.

(توجد في ميناء في فرنسا شحنتين من اللحوم معدة للشحن إحداهما لأمريكا والأخرى للسعودية، أمنت الشحنة المتجهة إلى أمريكا ولكن المتجهة إلى السعودية لم يقبل التأمين عليها وكان السبب أن هذا النوع من اللحوم غير مسموح بدخوله للسعودية).
حاول التفكير في مواقف موجودة في المملكة العربية السعودية قد تكون ضد الصالح العام.

وبعض أنواع الأخطار العامة أيضاً غير قابلة للتأمين عادة لأن نتائجها المالية ضخمة جداً لدرجة أن صناعة التأمين قد لا يمكنها تحمل أضرارها والحرب هي مثال على ذلك والكوارث النووية مثال آخر فالعديد من الدول عانت من آثار مفاعل «تشير نوبل» والعديد منها ما زال يعاني من آثاره حتى اليوم خاصة في مجال الزراعة.

وهناك سبب آخر يبرر عدم قابلية الأخطار العامة للتأمين وهو أن احتمال حدوثها في بعض المناطق كبير جداً مثل الحال في بعض مناطق الكوارث الطبيعية بحيث تصبح أقساط التأمين فوق الاحتمال.

لا يمكننا الفصل تماماً بشأن الأخطار العامة والخاصة وبصفة عامة فإن الأخطار العامة التي تنشأ عن أسباب اجتماعية واقتصادية وسياسية لن تكون بطبيعتها قابلة للتأمين ومع ذلك فقد يكون الخطر العام الغير قابل للتأمين قابلاً للتأمين كخطر خاص.

ومثال على ذلك الركود الاقتصادي الذي يسبب بطالة عامة تفوق إمكانية صناعة التأمين وعليه فإنه خطر عام غير قابل للتأمين ولكن الفرد قد يمكنه في ظروف معينة شراء التأمين على نفسه كفرد ضد البطالة فهذا يعتبر خطراً خاصاً.

سادساً: التأمين كأسلوب لنقل الأخطار

لقد درسنا الخطر والآن يمكننا أن ننقل إلى الدور الذي يلعبه التأمين في مواجهة الخطر، ولا بد أن نؤكد أن التأمين لا يمنع أو يزيل أو يلغي الأخطار فم ازالته للسيارات تتصادم والمباني تصاب بالحريق مع وجود التأمين أو بدونه، ولكن الدور الذي يلعبه التأمين هو نقل الخطر من طرف وهو المؤمن له إلى طرف آخر وهو المؤمن (شركة التأمين).

وتعرف اللائحة التنفيذية التأمين بأنه «تحويل أعباء المخاطر من المؤمن لهم إلى المؤمن وتعويض من يتعرض منهم للضرر أو الخسارة من قبل المؤمن».

فعندما يقوم الأفراد بشراء التأمين فإنهم يشترطون وعداً بأنه في حالة وقوع أخطار معينة (مثل الحوادث والحريق) والتي تسبب خسارة مالية فإنهم سوف يتلقون تعويضاً ولكن إذا لم يقع الحادث فلا يتلقون شيئاً، فهذا الوعد يعطي نوعاً من راحة البال نتيجة الاطمئنان المالي، ففي مقابل مبلغ صغير معلوم من المال (قسط التأمين) يتجنب المؤمن له احتمال تكبد مبلغ أكبر غير معلوم من المال قد يؤدي إلى انهيار مالي.

مسألة الاحتفاظ بالخطر قد تكون مرهقة لكثير من الناس وذلك لأنهم يقومون بأنفسهم بتعويض خسائرهم وخسائر الآخرين التي كانوا هم السبب فيها. مما يؤثر سلباً على قدرتهم المالية ويجعلهم يميلون للحفاظ في التجديد والاستثمار في الأعمال.

إن وظيفة التأمين الرئيسية هي نقل الخطر من المؤمن له إلى المؤمن (شركة التأمين) ولتسهيل نقل الخطر فإنه يجب توافر وظيفتان هما: وعاء التأمين وأقساط تأمين منصفة وعادلة. حيث يجمع المؤمنون الأطراف التي تريد المشاركة في أخطار متشابهة وينشئون لهم وعاء مشتركاً لمواجهة هذه الأخطار مالياً ولا يقوم المؤمنون بعمل وعاء تأمين واحد حيث إن صاحب المصنع لن يرغب في أن يساهم في الخسائر التي يتسبب فيها أصحاب السيارات والعكس ولذلك هناك سلسلة من الأوعية أحدها للسيارات والأخرى للمنازل وهكذا. والأخطار الفردية التي تحول إلى الوعاء ليست متطابقة فلكل منها درجة خطر مختلفة حسب اختلاف مؤثرات الخطر الخاصة بها ومن الضروري أن يقدم كل مشارك إسهاماً منصفاً وعادلاً وفقاً لدرجة الخطر الخاص به.

التأمين آلية لجمع الأخطار في وعاء التأمين:

يقوم المؤمنون بتحمل خسائر العدد القليل وتقسيمها بين العدد الكثير عن طريق إدارة وعاء تأميني فشركات التأمين تتلقى المساهمات في شكل أقساط تأمين من كل من يرغب في الاشتراك في التأمين ثم تقوم بوضع المال في وعاء التأمين الذي يدفع منه التعويض للشخص الذي يتعرض إلى خسارة بالإضافة إلى تعويض الخسائر، فإن الوعاء يجب أن يكون كبيراً بالقدر الكافي لدفع جميع تكاليف ونفقات إدارته.

ولكي يعمل نظام وعاء التأمين بنجاح لابد أن يدفع كل مشترك مشاركة عادلة ومتناسبة مع الخطر الذي يقوم بنقله إلى وعاء التأمين، وهذا يتوقف جزئياً على حجم الخطر (مثل قيمة المبنى على سبيل المثال) واحتمال حدوث الحادث (أي إمكانية وقوع الخسارة). فالسائق الذي لديه سجل حوادث سيئاً سوف يحتاج إلى أن يدفع قسطاً أكبر من السائق الذي لديه سجل حوادث جيد وكذلك صاحب المنزل ذوالبناء الجيد سوف يدفع قسطاً أقل من صاحب المنزل الأقل جودة في البناء.

وتستخدم شركات التأمين قانون الأعداد الكبيرة في تحديد درجة الخطر الصحيحة ومن ثم مستوى قسط التأمين وهو ببساطة ينص على أنه كلما زاد عدد الأخطار المتشابهة (في الوعاء التأميني الواحد) كلما زادت إمكانية دقة التنبؤ بالنتائج.

وبتطبيق هذا المبدأ على التأمين تصبح شركات التأمين قادرة على التنبؤ بدقة أكبر باحتمال وحجم الخسائر المستقبلية لدى المشاركين في الوعاء التأميني. ويساعد ذلك أيضاً في فهم سبب استعداد شركات التأمين لتبادل المعلومات الإحصائية لأن المعلومات الكثيرة تساعد الجميع.

ومن الجوانب الهامة التي يجب مراعاتها عند تقدير درجة الخطورة معدل تكرار الخسارة (عدد المرات التي تقع فيها الحوادث) ومدى خطورتها (أي حجم الخسارة في حال وقوعها) وتعتبر شركات التأمين الأخطار إما كثيرة التكرار وقليلة الخطورة أو قليلة التكرار وكبيرة الخطورة وتقبل شركات التأمين الأخطار التي تكون معدلات تكرارها عالية ولكن قيمة خسائرها منخفضة أو التي تكون معدلات تكرارها منخفضة ولكن قيمة خسائرها كبيرة. مثال ذلك تأمين المركبات حيث إن نسبة حدوثها كثيرة التكرار ولكن تبقى خطورتها محدودة نوعاً ما.

قرر مجتمع من ١٠٠٠ عائلة أنه في حال احترق منزل أحدهم فإن جميع العائلات سوف تساهم في دفع الأضرار.
من القليل في هذه الحالة ؟

.....
ومن الكثير ؟

مجتمع الـ ١٠٠٠ عائلة قرروا جمع الإسهامات من كل عائلة أسبوعياً بانتظام بدلاً من جمعها بعد وقوع الحادث (للتأكد من وجود المال بشكل فوري في حالة حدوث ضرر).
المشكلة هي كم سيجمعون من كل عائلة ؟ بما تنصحهم (آخذاً في الاعتبار حجم ودرجة الخطر)؟

.....
.....

أثبتت خطة مجتمع العائلات نجاحها ولكن رغم ذلك ظلوا قلقين بسبب خوفهم من تضرر خمسة منازل من المجتمع في سنة واحدة وكانت أضرار أحدهم كبيرة.

اقترح أحد أعضاء المجتمع الطلب من المجتمعات المجاورة أن يشتركوا معهم في برنامجهم.
ماذا ستكون مزايا التوسع في خطتهم ؟

.....
هل يمكنك التفكير في أي عيوب ؟
.....

إن الخطة التي بدأها مجتمع العائلات أثبتت نجاحها بشدة وفي الحقيقة لقد زادت الخطة نجاحاً حتى إن بعض المصانع طلبت الانضمام إليهم.
إذا كانت ستقبل انضمامهم فما هي العوامل التي عليك مراعاتها في تقدير الأقساط الواجبة عليهم ؟
اكتب إجابتك هنا:

.....
.....

الأخطار الكثيرة التكرار / القليلة الخطورة:

هي الأخطار التي تقع بصفة متكررة ولكن على المستوى الفردي، وهي ليست مكلفة من الناحية المالية فمعظم حوادث السيارات والسرقات وحرائق المنازل تندرج كلها تحت هذه الفئة من الأخطار.

الأخطار القليلة التكرار / الكثيرة الخطورة:

هي الأخطار التي لا تقع بصفة متكررة ولكنها إذا وقعت تؤدي إلى خسائر مالية ضخمة فالكوارث الطبيعية كالزلازل والأعاصير والعواصف الاستوائية والحرائق البتر وكيميائية ومثيلاتها تندرج كلها تحت هذه الفئة من الأخطار.



كيف ستتعامل شركة التأمين في رأيك مع خطر كثير التكرار وكبير الخطورة؟
كيف ستتعامل أنت مع خطر قليل التكرار وقليل الخطورة؟
ما هو تصنيفك للمجتمع المذكور سابقاً ؟

سابعاً: مسببات الخطر الرئيسية ومؤثرات الخطر (العوامل المساعدة)

لقد عرفنا كيفية عمل وعاء التأمين وكيف يستخدم المؤمنون قانون الأعداد الكبيرة ومعادلة التكرار / الخطورة في تحديد درجة الخطر. وتقودنا دراسة مسببات الخطر ومؤثراته خطوة إلى الأمام وتسمح بتحليل الأخطار بصورة أكثر دقة:

مسبب الخطر: Perils

هي تلك الظواهر والعوامل التي تكون السبب في وقوع الخسارة أو هو السبب الرئيسي للخسارة، مثل الزلازل، العواصف، الحرائق، الانفجارات، وعادة ما تكون هذه المسببات خارج نطاق سيطرة الفرد.

وكمثال لتوضيح الفرق بين مسببات الخطر والعوامل المساعدة نقول إن الحريق مسبب للخطر فهو شيء يسبب الخسارة أو الضرر ولكن ببناء المبنى هو عامل مساعد للخطر لأنه يمكن أن يؤثر في مدى الضرر في حالة وقوع الخسارة فإذا كان لدينا مبنيان أحدهما من الطوب والآخر من الخشب فإنه من الواضح أن المبنى الخشبي يمثل خطراً أكبر للتأمين ضد الحرائق فالطوب والخشب لن يتسببا في حدوث الحريق بصورة تلقائية ولكن في حالة نشوب حريق (مسبب الخطر) فإن المبنى الخشبي سيتعرض إلى ضرر أكبر على افتراض تشابه المبنين في كل شيء آخر.

إن البنين نفسه عامل مساعد للخطر فهو يؤثر في النتيجة ولكنه لا يسبب الخسارة بينما الحريق مسبب للخطر لأنه هو الذي يتسبب في الخسارة.

ويقسم المؤمنون مسببات الخطر إلى ثلاثة أنواع: المسببات المغطاة والمسببات المستثناة والمسببات غير المسماة.

- **مسببات الخطر المغطاة:** هي تلك المسببات المذكورة تحديداً في الوثيقة والتي بحدوثها يستحق مبلغ التأمين أو التعويض في حالة الخسارة أو الضرر الناتج عن الحريق مثلاً فإن الحريق هنا هو مسبب خطر مغطى.

- **مسببات الخطر المستثناة:** هي أيضاً مذكورة تحديداً في الوثيقة والتي توضح الحالات التي لا يستحق فيها مبلغ التأمين أو التعويض (حالة الخسارة أو الضرر الناتج عن الحريق مثلاً باستثناء الحريق الناتج عن الانفجار).

- **مسببات الخطر غير المسماة:** غير المذكورة في الوثيقة وغالباً ما تكون غير مغطاة.

- فكر في مسببات الخطر تحت كل وثيقة تأمين وأسرد لكل منها مؤثرات الخطر المصاحبة للمسبب المذكور:

- تأمين مبنى شركة ضد الحريق:

.....
.....

- تأمين مخازن شركة التلفزيونات المحدودة ضد السرقة:

.....
.....

- تأمين بضائع مستوردة من الصين عن طريق البحر:

.....
.....

مؤثرات الخطر : Hazards

مؤثر الخطر هو حالة قد تحدث أو تزيد فرصة وقوع الخسارة الناجمة عن مسبب معين للخطر أو تحت ظروف معينة.

يقسم المؤمنون أيضاً مؤثرات الخطر إلى ثلاثة أنواع وهي:

المؤثرات المادية والمؤثرات المعنوية الإرادية والمؤثرات المعنوية اللا إرادية.

- **المؤثرات المادية Physical Hazards**: يمكن فهمها بسهولة نسبياً تتمثل في الجوانب المادية للخطر مثل طبيعة بناية المبنى واستخدامها وموقعها أو نوع المركبة وطبيعة استخدامها، أي أنها المؤثرات أو العوامل المادية المساعدة الموجودة في الشيء المؤمن عليه والتي تزيد من احتمال وقوع الخسارة أو زيادة حجمها مثل رداءة التوصيلات الكهربائية أو قيادة المركبة على شارع فيه الكثير من الزيوت.

- **المؤثرات المعنوية الإرادية Moral Hazards**: تنشأ عن السلوك غير الأخلاقي وغير القانوني المتعمد للأفراد وعادة ما يكون من الشخص المؤمن له وقد يحدث من أحد الموظفين أو الإدارة.

وعادة ما تكون مؤثرات الخطر المعنوية أكثر صعوبة في تحديدها لأنها ليست مادية أو ملموسة فلا يمكن لمسها أو رؤيتها ومن أمثلتها عدم أمانة المؤمن له أو الأشخاص الذين لا يعتبرون المبالغة المتعمدة في المطالبة التأمينية أمراً ينطوي على غش.

وفي حالات التأمين من المسؤولية نجد أن مقدمي المطالبات غالباً ما يبالغون في إصاباتهم وضرر ممتلكاتهم ونجد أن أطباءهم ومحاميهم وورش الإصلاح والمقاولين قد يؤيدون مطالباتهم ويزيدون من تكلفة المطالبات.

- **المؤثرات المعنوية اللا إرادية (السلوكية) Behavior Hazards**: تتمثل في زيادة درجة الخطورة نتيجة إهمال المؤمن له للخسارة بسبب وجود التأمين أو بعبارة أخرى فإنها تنشأ عن موقف المؤمن له وهو يختلف عن المؤثرات المعنوية الإرادية حيث لا توجد نية سيئة مبيتة لإحداث الخسارة.

وقد تؤدي المؤثرات المعنوية اللا إرادية إلى خسارة أو ضرر مالي فمثلاً إذا كانت إدارة الشركة أو موظفيها غير منظمين أو أنهم لا يعتنون بنظافة أرضية المصنع أولاً يتبعون إجراءات السلامة (مثل التقيد بلافتات ممنوع التدخين مثلاً) أو أنهم يتركون الماكينات دون حماية أو أمان فكلها دلائل على وجود مؤثرات معنوية لا إرادية قد تؤدي في نهاية الأمر إلى وقوع حادث، إن موقفهم وسلوكهم يزيد من حدوث الخطر ويؤدي وجود المؤثرات المعنوية اللا إرادية إلى زيادة كل من معدل تكرار الخسارة وخطورتها بالنسبة للأخطار المغطاة من قبل التأمين.

ثامناً: فوائد صناعة التأمين

بعد أن تعرفنا على مفهوم الخطر وأنواعه وكيف يكون التأمين آلية لنقل الخطر من المتضررين المحتملين إلى شركات التأمين من خلال فكرة الوعاء التأميني من خلال الأخطار المقبولة تأمينياً، نتعرف هنا إلى المزيد من فوائد التأمين بالنسبة للفرد والمجتمع:

١- راحة البال:

إن قسط التأمين المدفوع هو نفقة معلومة ولكن مقابل ذلك يتلقى حملة وثائق التأمين وعداً بأنه في حالة وقوع أحداث معينة فإنهم سوف يتلقون تعويضاً مالياً فهم بذلك يدفعون نفقة صغيرة نسبياً مقابل التفادي المحتمل لنفقة أكبر غير معلومة. ويمنح ذلك حامل وثيقة التأمين الفائدة الرئيسية للتأمين والتي غالباً ما توصف براحة البال لأنه يشعر بالاطمئنان لمعرفة أنه في حالة وقوع كارثة (كحريق يدمر منزله أو شركته) فإنه سيجد التعويض المالي متوفراً.

٢- تحسين الخطر:

غالباً ما توحد شركات التأمين جهودها وتستثمر مبالغ طائلة لمحاولة تقليل كل من تكرار وحجم خطورة الخسائر فهم يستثمرون ويبحثون طرقاً جديدة لتحري الخسائر وتجربة وتطوير معدات مكافحة الحرائق وأساليب جديدة في الإصلاح واستخدام المواد المقاومة للحريق في السلع الاستهلاكية وأيضاً طرق إصلاح السيارات واختبارات التصادم... إلخ. ويتم ذلك بالتعاون مع

أطراف أخرى لها نفس الاهتمام (مثل المصانع والحكومات ومكافحو الحرائق) وأحياناً يقومون بذلك بشكل مستقل.

وهم يتشاركون في هذه المعرفة عندما ينصحون حملة وثائق التأمين لديهم بكيفية تجنب أو تقليل الأخطار التي قد تواجههم ويؤدي ذلك إلى خفض تكاليف المطالبات وبالتالي خفض الأقساط ومن المزايا الإضافية الأخرى هي أن قلة المطالبات تعني قلة حوادث ومن ثم قلة المعاناة الشخصية وانخفاض حجم الخسارة.

٣- تجنب احتجاز رأس المال:

إذا لم يكن هناك تأمين فإن قطاعات الأعمال ستحتاج إلى أن تأخذ في اعتبارها أثر الخسائر وتكلفة إصلاحها وبدلاً من أن تدفع مبلغاً معلوماً من المال (قسط التأمين) فإنها ستحتاج إلى احتجاز مبلغ من رأس المال تحسباً لأية خسارة والذي كان يمكن الاستفادة منه في توسعة وتطوير أنشطتها التجارية.

٤- تشجيع المشاريع الجديدة:

إن مباشرة أي نشاط تجاري جديد يتطلب رأسمال غالباً ما يتم جمعه من المستثمرين أو البنوك، وأن الأصول العائدة للنشاط التجاري تمثل عادة الضمان للمستثمرين الذين كانوا سيترددون في استثمار أموالهم لولا وجود التأمين باعتباره يوفر الحماية، فالحريق مثلاً قد يؤدي بسهولة إلى جعل النشاط التجاري غير مربح بسبب الخسائر التي قد يسببها، من هنا فإن التأمين على الأصول والممتلكات ضد خطر الحريق سيوفر للمستثمرين بدائل للحماية وبالتالي التشجيع على الاستثمارات واستمرارها.

٥- الاستثمارات:

إن القائمين على وعاء التأمين لديهم مبالغ كبيرة من الأموال تحت عنايتهم وهناك فارق زمني بين تلقي أقساط التأمين ودفع المطالبات التأمينية وقد يكون هذا الفارق الزمني بضعة سنوات في حالة تأمين الحماية والادخار وهذه الأموال لا تترك دون استخدام ولكنها متاحة للاستثمار. ويستثمر المؤمنون هذه الأموال في مجموعة كبيرة من الاستثمارات تتراوح بين الاستثمار

المباشر في أسهم الشركات وتقديم القروض للصناعات والحكومات، والاستثمار في العقارات والسندات المالية بفوائد ثابتة.

فالأقساط الصغيرة التي يدفعها آلاف الأفراد والشركات ليست مجمدة ولكنها تدور مع عجلة الاقتصاد وتساعد في تحفيز النمو القومي.

٦- الاستيراد والتصدير:

إن التأمين سلعة مثل باقي السلع التي يتم تبادلها بين الدول، وعليه فإن الدولة التي تتبع التأمين هي دولة مصدرة للتأمين والدولة التي تشتريه مستوردة وحيث إن التأمين منتج غير ملموس أي أنه ليس له وجود مادي فإنه يصنف على أنه «أرباح غير مرئية» ومن أمثلة الأرباح غير المرئية، الأرباح الناتجة عن الخدمات السياحية.

إن الشركة الكبيرة التي تستثمر بشكل ضخم في المصانع والمعدات ستحتاج إلى حماية هذا الاستثمار وإذا لم يكن لدى الدولة صناعة تأمينية أو كان لديها صناعة تأمين غير ملائمة فإن مثل هذه الشركة ستعمل للتأمين على ممتلكاتها في الخارج ومن ثم ستكون هذه الدولة مستوردة لخدمات التأمين أما الدول الأجنبية التي توفر أو تتبع التأمين فسوف تتلقى أقساط التأمين وعليه فإنها دولة مصدرة لخدمات التأمين.

٧- النقد الأجنبي:

تتم الصفقات الدولية بعملة الدولة المصدرة وتعاني العديد من الدول من مشكلة العملة بينما النقد الأجنبي هو سلعة قيمة قد تخضع عملية بيعها وشرائها للرقابة وبناء عليه فإن صناعة التأمين الراسخة والسليمة مالياً والقادرة على الاحتفاظ بأخطارها ستساعد على التقليل من مستوى حاجتها إلى العملة الأجنبية.

٨- خلق فرص العمل

إن وجود صناعة تأمين ناجحة وسليمة يعني خلق العديد من فرص العمل في المشاركين الرئيسيين في سوق التأمين سواء في شركات التأمين أم شركات المهن التأمينية الحرة أم الأسواق الريفية لصناعة التأمين كمزودي الخدمة التأمينية في المستشفيات والمراكز الطبية أو مراكز صيانة المركبات أو شركات توفير أدوات ومعدات السلامة العامة وغيرها.

أسئلة التقييم الذاتي على الفصل الأول

اختر الإجابة الصحيحة التي تلي كل سؤال مما يلي:

س ١ - أي من ما يلي يمثل خطر مضاربة:

- أ - حالة لها ثلاثة نتائج محتملة إما الخسارة أو تعادل الربح والخسارة أو الربح
- ب-كارثة طبيعية واسعة الانتشار
- ج- حالة لها نتيجتان محتملتان فقط إما الخسارة أو تعادل الربح والخسارة
- د- الخسارة التي تؤثر فقط في عدد قليل من الناس

س ٢ - يتعامل التأمين مع الخطر من خلال نظام:

- أ - منع الخطر
- ب- تجنب الخطر
- ج- نقل الخطر
- د - إزالة الخطر

س ٣ -يساعد قانون الأعداد الكبيرة شركة التأمين لأنه:

- أ - يساعد في عمل تنبؤات موثوق بها للمطالبات
- ب- يساعد في تحديد المصروفات العامة
- ج - يساعد في عمل تنبؤات موثوق بها للدخل
- د- يساعد في التنبؤ بمستوى الإنتاج الجديد

س ٤ - لكي يكون الخطر قابلاً للتأمين فإنه يجب أن يكون بالنسبة للمؤمن له:

أ - مضاربة و عرضياً

ب - محضاً و عرضياً

ج - حتمياً و محضاً

د - مضاربة و حتمي

س ٥ - من مؤثرات الخطر المادية بالنسبة لتأمين المباني:

أ - نوع المبنى

ب - عمر طالب التأمين

ج - عدد وثائق التأمين بالنسبة لطالب التأمين

د - وجود حساب بنكي لدى طالب التأمين

س ٦ - يمكن وصف الصالح العام بأنه

أ - العلاقة المالية بين المؤمن له والشيء موضوع التأمين

ب - شروط الوثيقة

ج - القوانين التي ترعى الإجراءات النظامية للدولة

د - استثناءات الوثيقة

س ٧ - ماذا يعني مسبب الخطر:

أ - زيادة حجم الخسارة

ب - يخفف حجم الخسارة

ج - يسبب الخسارة

د - لا يؤثر في حجم الخسارة

س ٨ - ماذا يعني مؤثر الخطر ؟

أ - يؤثر في حجم الخسارة

ب - يسبب الخسارة

ج - يخفف حجم الخسارة

د - لا يؤثر في الخسارة

س ٩ - الفرق بين المؤثر المعنوي والمؤثر السلوكي اللا إرادي هو أن:

أ - المعنوي هو متعمد والسلوكي يمكن رؤيته

ب - المعنوي هو متعمد والسلوكي غير متعمد

ج - المعنوي هو غير متعمد والسلوكي متعمد

د - كل ما ورد أعلاه صحيح

س ١٠ - لماذا من الضروري أن يكون الخطر قابلاً للقياس المالي حتى يمكن تأمينه ؟

أ - حتى يكون قابلاً للتعويض

ب - لتكون هناك مصلحة تأمينية

ج - ليكون الخطر بحتاً

د - كل ما ورد أعلاه

الفصل الثاني

مبادئ التأمين

مبادئ التأمين

برزت فكرة صناعة التأمين على أساس توزيع النتائج الضارة لحادثة واحدة أو عدة حوادث بحيث يتحملها مجموعة من الأشخاص بدلاً من أن يتحملها شخص واحد، وتطورت هذه الفكرة لتصبح نظاماً قائماً بذاته على أساس من التعاون لمواجهة الخسائر المالية التي يتعرض لها المؤمن لهم.

ويقوم هذا النظام على أسس فنية وقانونية ومبادئ موضوعية بما يفرض وجود آلية قانونية يرتد إليها ذلك النظام ليصبح مقبولاً عند شركة التأمين والمؤمن له، وتتحقق فيه النتائج التي اتجهت إرادة الطرفين إلى تحقيقها، وسنفرّد هذا الفصل للحديث عن المبادئ الرئيسية التي تحكم هذه العلاقة:

يعرف في صناعة التأمين ستة مبادئ قانونية لعقد التأمين:

- ١- مبدأ منتهى حسن النية
- ٢- مبدأ المصلحة التأمينية
- ٣- مبدأ السبب المباشر / القريب
- ٤- مبدأ التعويض
- ٥- مبدأ المشاركة
- ٦- مبدأ الحلول (المصري، ١٤٠)

أولاً: مبدأ منتهى حسن النية Utmost Good Faith Principle

يتضمن هذا المبدأ قيام كل من شركة التأمين وطالب التأمين بعدم الادلاء ببيانات غير صحيحة أو من شأنها التضليل، كما يجب ألا يخفي عن الآخر أي بيانات تكون جوهرية بالنسبة للتعاقد، فإذا أحل أحد الطرفين بهذا المبدأ فإن العقد يصبح باطلاً أو قابلاً للبطلان على حسب سبب الاخلال.

هذا وتعتبر طبيعة الشيء موضوع التأمين والظروف والحقائق المحيطة به ضمن معرفة المؤمن له.

وعند شراء منتج ما كالسيارة أو التلفاز أو غيرهما فإن المشتري يستطيع أن يفحص المنتج الذي يشتريه وعلى البائع إجابة جميع أسئلة المشتري بكل صدق، والمبدأ القانوني الذي يحكم مثل هذه العقود يسمى «فليكن المشتري على حذر» ولكلا الطرفين (وللمشتري أساساً) حرية الاختيار في التأكد من رضاها عن شروط العقد ولا يعتبر أي من الطرفين ملزماً بالإفصاح عن أية حقائق أو معلومات تطوعاً للطرف الآخر ولكن الوضع يختلف عن ذلك في التأمين. ففي التأمين يعتمد المؤمن على مصداقية واستقامة طالب التأمين وفي المقابل يثق المؤمن له في وعد المؤمن أو شركة التأمين، بتغطية المطالبات المستقبلية ولأن أحد الطرفين فقط (مقدم طلب التأمين) يعرف كل الحقائق المتعلقة به وبالشئ المراد تأمينه، فإن التأمين يستلزم واجباً أكثر صرامة من مبدأ «فيكن المشتري على حذر» وهو مبدأ منتهى حسن النية.

منتهى حسن النية هو واجب الإفصاح لأن كل طرف يجب أن يفصح طوعاً عن جميع المعلومات، ولا يستطيع أي طرف التزام الصمت، وينطبق مبدأ منتهى حسن النية على المؤمن له علماً بأنه واجب أكثر إلحاحاً على طالب التأمين.

لذا على جميع أطراف العقد الإفصاح عن كافة الحقائق الجوهرية .

والحقيقة الجوهرية هي الحقيقة التي تؤثر في قرار المؤمن أو شركة التأمين عندما يقرر قبول التأمين على الخطر وبالتالي على الشروط والأحكام الواجبة التطبيق أي القسط والشروط والتحمل...إلخ.

إن واجب الإفصاح يبدأ مع بداية المفاوضات ويستمر حتى خلال سريان العقد وبعد ذلك يلتزم كلا الطرفين بأحكام وشروط العقد وحتى ولو كانت هناك تغييرات بعد بدء سريان الوثيقة فإنه يجب على المؤمن له الإفصاح عنها وتحتوي معظم وثائق التأمين على الشرط الذي يلزم المؤمن له بالإفصاح عن أية تغييرات أو تعديلات تزيد من احتمال وقوع خسارة وحتى بدون وجود هذا الشرط فإنه يجب على المؤمن له الإفصاح عن مثل هذه التغييرات لأن شروط العقد الأساسية تعتبر قد تغيرت.

ويتم إصدار عقود التأمين لفترة زمنية محددة وهي ١٢ شهراً حسب أكثر العقود شيوعاً وعند انتهاء مدة العقد عادة ما يعرض المؤمن على المؤمن له تجديد وثيقة التأمين وقد تتغير الشروط والأحكام ولكن حتى لو كان التجديد بنفس الشروط فإن التجديد هو عقد جديد ولذلك فإن مبدأ منتهى حسن النية يتجدد بتجديد العقد وعلى كلا الطرفين الإفصاح طواعية عن أية تغييرات.

إن الحقيقة الجوهرية هي الحقيقة التي تؤثر على قرار المؤمن بشأن قبول أو رفض الأخطار أو المضي قدماً في تأمين الخطر القائم ويمكن أن يكون تحديد ما هي الحقيقة الجوهرية أمراً صعباً خاصة على طالبي التأمين حديثي العهد بالتأمين وتستفسر استمارة طلب التأمين عن تلك الحقائق التي يعتبرها المؤمنون حقائق جوهرية بصفة عامة ولكن إذا كانت هناك حقائق جوهرية لم تغطها استمارة طلب التأمين فيجب على مقدم الطلب الإفصاح عنها طواعية لأن التزام الصمت عنها ليس بخيار وتقوم العديد من شركات التأمين بتذكير طالبي التأمين بالإفصاح عن أية معلومات أخرى قد تكون على صلة بالتأمين والقاعدة العامة هي أنه في حالة الشك بشأن وجود الصلة يجب عندئذ الإفصاح.

إن الحقيقة الجوهرية هي أي حقيقة تزيد من الخطر أو تجعله أكثر خطورة من غيره في نفس الفئة وهي أيضًا أي حقيقة تتعلق بأخلاق أو شخصية المؤمن له أو مديره أو موظفيه.

الحقائق التي تتطلب الإفصاح عنها تشمل:

- وصف كامل للشيء موضوع التأمين مثل السيارة أو الملكية أو المسؤولية وغيرها.
- أية وثائق أخرى تغطي نفس الخطر.
- التأمينات السابقة خاصة المتعلقة برفض شركة تأمين أخرى لطلب التأمين أو فرضها لشروط خاصة أو مقيدة.
- تفاصيل الخسائر والمطالبات التأمينية السابقة.
- أية حقائق تزيد من المعدل الطبيعي للخطر مثل تعديل محرك السيارة لجعلها أسرع.

وبعض المعلومات التي يتم الإفصاح عنها تتعلق بموضوع للتأمين وهي تعتبر في الأساس مؤثرات خطر مادية وبعضها الآخر يتعلق بالشخص الذي يشتري التأمين وهي تعتبر في الأساس مؤثرات خطر معنوية.

وهناك بعض الحقائق التي لا تتطلب الإفصاح عنها مثل:

- الحقائق المتعلقة بالقانون فيفترض أن الكل يعرف القانون وأن الجهل به لا يعتبر دفاعاً.
- الحقائق المتعلقة بالمعرفة العامة أو الشائعة وقد تشمل المناطق المعروفة بالسيول أو الجرائم أو الزلازل أو الحروب ومناطق العمليات التجارية والصناعية.
- الحقائق التي تقلل الخطر مثل إجراءات الوقاية ضد الحريق وإجراءات السلامة الإضافية.
- عند التنازل عن طلب معلومات إضافية عندما لا توجد إجابة غير شافية في استمارة طلب التأمين ولا يتعقب المؤمنون الإجابة فإننا نفترض أنهم قد قبلوا الوضع على ما هو عليه ولا يمكنهم الاعتماد فيما بعد على حقائق كانت لا تزوق لهم.

إن الإخلال بمبدأ منتهى حسن النية يحدث في إحدى الحالتين، في حالة عدم الإفصاح أي عدم الإدلاء بالحقائق الجوهرية أو في حالة الإدلاء ببيانات غير صحيحة أو مضللة، أي إعطاء معلومات غير صحيحة أو ناقصة.

وقد يكون الإخلال المتمثل في الإدلاء ببيانات غير صحيحة أو مضللة احتيالياً ويسمى الإخفاء العمد. ويترك هذا الإخلال للطرف المتضرر وهو عادة ما يكون شركة التأمين، الخيار في:

- إلغاء العقد من البداية - تقريباً كما لو لم يكن موجوداً.
 - عادة ما يكتشف المؤمنون مثل هذا الإخلال وقت المطالبة ورفض دفع المطالبة هو أحد الخيارات أمامهم.
 - قد يختار المؤمنون تحميل المؤمن له قسطاً إضافياً أو فرض شروط إضافية في وثيقة التأمين.
 - وقد يختاروا أن يتجاهلوا ذلك الإخلال والاستمرار في التأمين.
- وفي حالة كون المؤمن له هو المتضرر من الإخلال، رغم أن ذلك بعيد الاحتمال فإنه يستطيع استرداد أية أضرار قد وقعت له.

تطبيقات على الحقائق والأمور الجوهرية الواجب إظهارها:

- في تأمين المركبات: الغرض الذي سيتم استخدام المركبة من أجله.
- في تأمين الحريق: طبيعة مواد البناء واستخدام المبنى.
- في تأمين السرقة: طبيعة المخزون وقيمه التقديرية.
- في التأمين البحري: إذا ما كانت الشحنة أو جزء منها سيحمل على سطح السفينة.
- في تأمين الحوادث الشخصية: بيانات عن الوضع الصحي لطالب التأمين والذي من شأنه أن يتسبب في حادث يؤدي إلى تعرضه لكسر سابق وإن حدث.

المدة الواجب أن يراعى خلالها مبدأ منتهى حسن النية

يجب مراعاة مبدأ منتهى حسن النية عند ملء طلب التأمين، وأثناء التعاقد، وخلال مدة التفاوض لإبرام العقد وأثناء سريان مفعول الوثيقة، على أن يعود مره ثانية عند تجديد التعاقد إذ إن التجديد ما هو إلا تعاقد جديد، ومن الواجب على المؤمن له إخطار شركة التأمين بأي تغييرات قد تؤثر على التغطية أو قبولها.

ثانياً: مبدأ المصلحة التأمينية Insurance Interest Principle

المصلحة التأمينية تعني أن الشخص الذي يتلقى منفعة وثيقة التأمين يجب أن يكون هو الذي وقعت له الخسارة المالية وقت تعرض الشيء موضوع التأمين للخسارة أو الضرر.

ومبدأ المصلحة التأمينية هو حق الفرد أو المؤسسة القانوني في التأمين ويشترط أن تكون هناك علاقة قانونية يمكن التأكد منها بين الفرد وبين الشيء موضوع التأمين، وهذا يعني أن يتحمل الفرد خسارة أو مسؤولية قانونية نتيجة حدوث الضرر أو خسارة للشيء موضوع التأمين وأن ينتفع مادياً نتيجة بقاءه على ما هو عليه.

وأولى العلاقات القانونية التي تعطي حق التأمين هي الملكية، فإذا كان طالب التأمين يمتلك منزلاً أو مبنى شركة أو مركبة، سيكون له الحق في التأمين عليه، لأنه سيتحمل نتائج أي خسارة أو ضرر قد يتعرض له.

وثاني العلاقات القانونية التي تعطي الحق لطالب التأمين هي البضاعة على سبيل الأمانة، ففي هذه الحالة سوف يكون طالب التأمين مسؤولاً عن أي ضرر يصيب الممتلكات التي استعارها تجاه صاحبها.

وثالث العلاقات القانونية التي تعطي الحق لطالب التأمين هي الإجارة (الاستئجار)، ففي هذه الحالة سوف يكون طالب التأمين مسؤولاً عن أي ضرر يصيب الممتلكات التي استأجرها تجاه المالك الأصلي، فالمستأجر لمعرض أو لبيت أو شقة سكنية يمكن التأمين عليها.

أسس المصلحة التأمينية:

هنالك أربعة أسس تحكم التعرف على المصلحة التأمينية وشرعيتها على النحو التالي:

١- لابد من توفر عوامل متعددة منها وجود ملكية، حقوق، مصلحة، حياة، مسؤولية قابلة للتأمين.

٢- هذه الملكية، الحقوق، المصلحة، الحياة، يجب أن تحدد صفة مصلحة المؤمن له بها.

٣- لابد أن يتوفر عامل طبيعة العلاقة بين المؤمن له والمصلحة المشار إليها.

٤- أن تتوافر لهذه العلاقة بين المؤمن له والمصلحة التأمينية الصيغة الشرعية القانونية وتحقق الصيغة الشرعية أو القانونية عن طريق إنشاء عقد بين المؤمن له وأي صفة أو هيئة أخرى كشركة التأمين.

الشروط الواجب توافرها في المصلحة التأمينية:

- ١- أن تكون المصلحة مادية: بمعنى أن العاطفة مثلاً ليست كافية لخلق مصلحة مادية.
- ٢- أن تكون المصلحة مشروعة: بمعنى لا يجوز التأمين على الجريمة التي تعتبر من مخالفات القانون والآداب العامة كما لا يجوز التأمين على المخدرات والبضائع المهربة بالإضافة إلى أنه لا يجوز للشارق أن يؤمن على بضاعته المسروقة.

المصلحة التأمينية في الممتلكات:

هنالك حالات أخرى خلاف الملكية التامة للمؤمن له في ممتلكات متمثلة بما يلي (وله الحق ومصحة تأمينية في الممتلكات):

- ١- شريك كامل أو جزئي في الممتلكات.
- ٢- بضاعة الأمانة، وعقود رد الملكية عن رهن ومرتهن.
- ٣- الوصي على الممتلكات.
- ٤- الكافل للمؤمن له في ممتلكاته.
- ٥- الوكيل، وكيل الأعمال الذي يؤمن على المسؤولية عن الممتلكات تجاه موكله.

تطبيقات على المصلحة التأمينية

• التأمين على الدخل نتيجة الوفاة

- للشخص مصلحة تأمينية في حياته فله مصلحة تأمينية على أي مبلغ يشاء ولمصلحة أي شخص يشاء.
- للزوج مصلحة تأمينية في حياة زوجته كما أن للزوجة مصلحة تأمينية في حياة زوجها.
- للدائن مصلحة تأمينية في حياة مدينة بحدود مبلغ الدين، أما المدين فليست له مصلحة تأمينية في حياة الدائن.
- للضامن مصلحة تأمينية في حياة الشخص المضمون ويحدود مبلغ الضمان.
- للمنتج السينمائي مصلحة تأمينية في حياة الممثل.
- لرب العمل مصلحة تأمينية في حياة وكيل أعماله.

• التأمينات العامة

- للمالك مصلحة تأمينية في الشيء الذي يمتلكه.
- للشخص مصلحة تأمينية في الممتلكات التي بحوزته ولو ملك للغير كبضاعة الأمانة.
- لكل من الراهن والمرتهن مصلحة تأمينية في الممتلكات موضوع الرهن.
- للزوج مصلحة تأمينية في ممتلكات زوجته إذا كانت تعيش معه ويشاركها في استعمال هذه الممتلكات.
- الدائن ليست له مصلحة تأمينية في ممتلكات المدين بالرغم من أن له مصلحة تأمينية في حياته.
- المساهم ليست له مصلحة تأمينية في ممتلكات الشركة التي يساهم فيها.
- مالك الجزء له مصلحة تأمينية بقدر الجزء الذي يمتلكه.
- وتختلف المصلحة التأمينية حسب نوع التأمين سواء كان تأميناً بحرياً أم تأمين حماية وادخار أم تأميناً عاماً .

وقت توافر المصلحة التأمينية:

التأمين البحري Marine Insurance:

في التأمين البحري لا بد أن تكون هناك مصلحة تأمينية وقت وقوع الخسارة وليس بالضرورة حال بدء سريان الوثيقة وبطبيعة النقل البحري فإن البضائع يمكن أن تظل في مرحلة العبور (ترانزيت) لعدة أشهر وقد تعتبر ملكيتها أثناء تلك الرحلة لذلك فقد لا يكون الشخص الذي قام بشراء التأمين هو نفس الشخص المتضرر من وقوع الخسارة.

تأمين الحماية والادخار (Life Protection and Savings)

لقد علمنا أنه في تأمين الحماية والادخار يجب فقط أن تكون هناك مصلحة تأمينية وقت بدء التأمين وليس بالضرورة وقت وقوع الخسارة، وذلك عكس التأمين البحري. وقد يبدو ذلك الوضع غريباً ولكنه ليس بمشكلة في الحقيقة فإذا طلب البنك مثلاً وثيقة تأمين حماية وادخار كشرط منح قرض كبير فإن المدين (المقترض) يتقدم بطلب التأمين على حياته ويذكر اسم البنك على أنه المستفيد من عائد التأمين فإذا تم دفع القرض يستطيع المؤمن له ببساطة تغيير اسم المستفيد أو إلغاء التأمين.

التأمين العام General Insurance:

أما بالنسبة لجمع الوثائق الأخرى فإنه لا بد من وجود مصلحة تأمينية حال بدء سريان الوثيقة وأثناء سريان الوثيقة ووقت وقوع الخسارة. ففي حالة غياب المصلحة التأمينية وقت بدء التأمين فقد يعتبر العقد لاغياً وإذا لم تكن هناك مصلحة تأمينية وقت وقوع الخسارة فلن توجد خسارة تقع على المؤمن له.

ثالثاً: مبدأ التعويض Indemnty Principle

يرتبط التعويض من عدة أوجه بالمصلحة التأمينية فلا بد أن تحتوي عقود التأمين على المصلحة التأمينية كي تكون صحيحة أي أنه لا بد أن يعاني المؤمن له مالياً من خسارة أو ضرر «الشيء» موضوع التأمين ولكن تلك المصلحة التأمينية تقتصر على المصلحة المالية. والمالك مصلحة تأمينية في ملكيته ولكنها فقط بقيمة هذه الملكية فإذا استرد أكثر من قيمتها فإنه سوف يكون بعد الخسارة في حالة مالية أفضل من حالته قبل الخسارة مما يشكل إخلالاً بمبدأ التعويض ويحول التأمين إلى مسألة مغامرة.

إن مبدأ التعويض هو إعادة المؤمن له بعد الخسارة إلى نفس الحالة المالية التي كان عليها مباشرة قبل الخسارة ونظرياً فإنه لن يكون في حالة أفضل أو أسوأ بل في نفس الحالة أما عملياً فإنه من الصعب جداً تحقيق ذلك ولكن عدم تحقيقه لا يشكل خروجاً عن المبدأ الأساسي والذي يعتبره الكثيرون في أساس التأمين.

ولذلك فإن مبدأ التعويض هو أي مصلحة مالية للمؤمن له في الشيء موضوع التأمين ولكننا لا يمكن وضع قيمة مالية لحياة الإنسان حيث إن لكل منا له مصلحة غير محدودة في حياته وأطرافه.

وعليه فإن وثائق تأمين الحماية والادخار والحوادث الشخصية (باستثناء النفقات الطبية) ليست ووثائق تعويض ولا ينطبق مبدأ التعويض عليها.

وإذا كان من المقرر أن يكون المؤمن له بعد الخسارة في نفس الوضع المالي الذي كان عليه قبل الخسارة فإنه من الضروري تعيين القيمة التي فقدت أو دمرت وقت وقوع الخسارة.

لدى «علي» سيارة موديل ٢٠٠٨ مؤمنة تأمين شامل تعرض «علي» لحادث سير أدى إلى تضرر الأضواء الأمامية والمبرد في محرك السيارة.

ولتحديد قيمة التعويض فإننا نحتاج إلى القيمة الحالية أو قيمة هذه القطع يوم وقوع الخسارة فإذا تم إعطاء على قيمة سعر الاستبدال الجديد فإنه يستطيع شراء قطع مماثلة جديدة بينما كان يملك قطعاً قديمة قبل الخسارة مما يعني أنه سيكون في وضع مالي أفضل وللوصول إلى التعويض الدقيق فمن الضروري استقطاع مبلغ من السعر الجديد مقابل عمر هذه الأشياء واستخدامها السابق وهو ما يعرف باسم الإستهلاك Depreciation.

ولا يجب أن يشمل التعويض أي عنصر من عناصر الربح ولذلك فإنه يجب تعويض صاحب المتجر الذي تلفت بضاعته المخزنة بسعر تكلفة استبدال البضاعة وليس سعر البيع الذي يعود على التاجر بالمكسب.

أما في تأمين المسؤولية فيقتصر التعويض على الأضرار التي تقع على الطرف الثالث بتكلفتها.

وبعد أن تعرفنا على مبدأ التعويض فإن عقد التأمين ينص على أن لشركة التأمين الخيار في اختيار طريقة أداء التعويض وتضع وثيقة التأمين العادية النموذجية أربعة خيارات للتعويض وتأخذ شركة التأمين عادة بالخيار الأكثر ملاءمة والأقل تكلفة بالنسبة لها.

طريق سداد التعويض:

١- الدفع النقدي:

وهي الطريقة الأكثر ملاءمة في أغلب الحالات حيث تقوم شركة التأمين بتعويض المؤمن له بشيك مصرفي.

٢- الإصلاح:

قد ترتب شركة التأمين لإصلاح القطع المتضررة على نفقتها فأضرار تصادم المركبات مثال شائع للإصلاح الذي تقوم به شركات التأمين وفي بعض الحالات تمتلك شركات التأمين ورشاً للإصلاح أو يكون لها مصلحة مالية فيها مما يساعدها على ضبط التكاليف وفي المقابل قد تحصل على حسومات (تخفيضات) من هذه الورش بسبب حجم العمل الذي تقدمه لها.

٣- الاستبدال:

قد تختار شركة التأمين استبدال القطع المفقودة أو المتضررة وغير القابلة للإصلاح ويعتبر تأمين الزجاج والحلي ومحتويات المنزل من أمثلة هذا الاستبدال وعادة ما تستفيد أيضاً شركة التأمين من الحسومات نتيجة حجم العمل الذي تقدمه.

٤- إعادة الشيء إلى أصله (جبر الضرر):

تتعلق هذه الطريقة بالمباني والآلات وهي مشابهة لطريقة الإصلاح فقد تختار شركة التأمين القيام بإعادة بناء المبنى المتضرر بنفسها ونادراً ما يتم العمل بهذا الخيار بسبب المشاكل التي قد يسببها ذلك لشركة التأمين فهي عادة ما تتوقع من المؤمن له القيام بهذا العمل وتجعل دورها قاصراً على التأكد من سير العمل بانتظام وفي إطار شروط الوثيقة ثم تقوم شركة التأمين بتعويض المؤمن له بعد ذلك.

تضررت سيارة في حادث وأخذها المؤمن له لورشة إصلاح السيارات التي قدرت قيمة إصلاحها بمبلغ ١٠٠٠ ريال قام المؤمن له بتقديم مطالبة بالمبلغ إلى شركة التأمين ولكن شركة التأمين تستطيع إصلاحها بمبلغ ٨٥٠ ريال نتيجة لقدرتها على شراء كميات كبيرة من القطع لكن أفاد المؤمن له أنه لا يرغب في إصلاح السيارة وطلب تسوية المطالبة نقداً بمبلغ ١٠٠٠ ريال فماذا تعتقد سيكون رد شركة التأمين؟

.....
.....
.....

إن التعويض هو مبدأ أساسي في التأمين ولكن يجب أن يكون مرناً لتلبية حاجات حملة الوثائق فيقوم المؤمنون بإصدار وثائق تأمين تغير قليلاً من صرامة مبدأ التعويض ولكنها تحقق الهدف العام وهو محاولة وضع المؤمن له بعد الخسارة في نفس الوضع المالي الذي كان عليه مباشرة قبل وقوع الخسارة ومن هذه الإضافات:

أ- القيمة المتفق عليها Agreed Value:

قد يصعب في بعض الحالات تقدير قيمة الشيء وقت وقوع الخسارة خاصة إذا كان شيئاً نادراً كتحفة فنية أو لوحة شهيرة ففي مثل هذه الظروف تعرض شركة التأمين وثيقة متفق عليها Agreed value policy وفي هذه العقود يتم الاتفاق وقت بدء سريان الوثيقة على القيمة التي يجب دفعها في حالة الخسارة التامة.

لاحظ أن القيمة المتفق عليها هي فقط في حالة الخسارة التامة أما الخسارة الجزئية فيتم التعامل معها بالطريقة المعتادة مثل دفع تكلفة الإصلاح وذلك يعني أنه في حالة تغير القيمة بين تاريخ بدء سريان الوثيقة وتاريخ الخسارة (والذي يمكن أن يكون بعد سنة على الأكثر) فإن القيمة المتفق على دفعها قد تختلف عن قيمة التعويض يوم وقوع الخسارة.

ونادراً ما يتم استخدام وثائق القيمة المتفق عليها في غير التأمين البحري فهي شائعة في التأمين البحري عندما يمكن تأرجح قيمة الشحنة أثناء رحلة طويلة قد يصعب فيها استبدال البضائع المتضررة نظراً للوقت والمسافات.

(تم التأمين على شحنة بضائع قادمة للملكة من الصين، وقد تم الاتفاق على قيمة الشحنة بـ / ٣٠٠,٠٠٠ ثلاثمائة ألف ريال. في حال تلف البضاعة كلها يتم دفع كامل مبلغ التأمين بغض النظر عن قيمة البضاعة حالياً أما في حالة تعرض جزء من البضاعة للضرر فيتم احتساب تكلفة الضرر بالقيمة الفعلية للبضاعة وقت وقوع الضرر).

- دمر الحريق لوحة مؤمن عليها بمبلغ ١٠٠,٠٠٠ ريال بموجب وثيقة قيمة متفق عليها Agreed Value policy وكانت قيمة اللوحة يوم وقوع الخسارة ٧٥٠٠٠ ريال فكم التعويض الذي يتلقاه المؤمن له ؟ وضح أسباب إجابتك.

- اثناء عرض اللوحة في المتحف تمكن أحد الزوار من لمس اللوحة فوقعت على الأرض مما سبب تلفاً في البرواز من الجهة السفلية اليسرى للوحة كيف سيتم التعويض في هذه الحالة ؟ وضح أسباب إجابتك.

.....

.....

ب - الخسارة الأولى **Firs Loss**:

في وضع ما قد يشعر المؤمن له أن احتمال الخسارة الكلية بعيد جداً مما يجعل التأمين الكامل غير ضروري فمثلاً في المستودع الكبير الذي يحتوي على بضائع ثقيلة الوزن لا يحتمل أن يستطيع اللصوص نقل كل محتوياته في خسارة واحدة (أي مرة واحدة) ففي مثل هذه الظروف تكون وثيقة الخسارة الأولى أكثر ملاءمة حيث تسمح بتأمين أقل من القيمة الكلية للشيء موضوع التأمين.

ويختار المؤمن له المبلغ الذي يشعر أنه أقصى ما يمكن أن يتحمّله في الخسارة الواحدة ويصبح هذا مبلغ تأمين الخسارة الأولى وهو أقصى ما يدفع للمؤمن له عند أي مطالبة. ويتم أيضاً ملاحظة القيمة الكلية لكنها للعلم والمساعدة في حساب قسط التأمين فقط وهذا يعني أنه إذا كان تقدير المؤمن له خاطئاً ووقعت له بالفعل خسارة تتعدى مبلغ تأمين الخسارة الأولى فإنه لن يستطيع أن يتلقى تعويضاً كاملاً.

وبالإضافة إلى هذين النوعين من الوثائق هناك العديد من الوثائق الأخرى التي تحتوي على شروط يمكنها التأثير في قيمة التعويض الذي يمكن أن يتلقاه المؤمن له.

(شركة لديها مولدات كهربائية يزن الواحد منها ٥ طن وقيمة الواحد ١٠٠,٠٠٠ مئة ألف ريال، توجد في مستودعاتها في المنطقة الصناعية، قدمت الشركة طلب تأمين الخسارة الأولى بقيمة ٣٠٠,٠٠٠ فقط. حاول بعض اللصوص سرقة هذه المولدات لكنهم لم يستطيعوا سرقة إلا ٤ مولدات فقط، كم يجب أن تدفع شركة التأمين للمؤمن له، وضح أسباب إجابتك.

لماذا برأيك لم يؤمن صاحب المولدات إلا على ٣ فقط بينما لديه مستودع كامل يحتوي على تلك المولدات؟

ماهي الوثائق التي لا تعتبر وثائق تعويض ولا ينطبق عليها هذا المبدأ (-----)

ج - النسبية (المعدل) Average:

لقد ذكرنا سابقاً أن التأمين يقوم على الوعاء المشترك وأنه لا بد أن يساهم كل المشاركين في الوعاء حسب درجة وحجم الخطر المراد تأمينه.

وفي حالة خفض الشخص لقيمة ملكيته فإنه يقدم المشاركة العادلة والمتصفة حيث إنه سيدفع قسطاً أقل مما يتطلبه الخطر المؤمن ضده ولذلك تعاقب شركات التأمين المؤمن له عند أي نقص في تقييم الشيء موضوع التأمين Underinsurane بخفض قيمة مطالبته بنفس نسبة مبلغ التأمين إلى القيمة الكلية.

وقد لا يتم اكتشاف النقص في تقييم الشيء موضوع التأمين إلا عندما توجد مطالبة وحينئذ لن يمكن استرداد الأقساط الصحيحة التي لم تدفع والتي قد ترجع عدة سنوات للوراء.

إذا قام صاحب المتجر بالتأمين على بضاعته بمبلغ -/٥٠,٠٠٠ ريال ولكن وقت وقوع
الخسارة كانت القيمة الكلية للبضاعة -/١٠٠,٠٠٠ ريال، وكانت قيمة الخسارة -/١٥,٠٠٠
فسوف يتلقى -/٧,٥٠٠ ريال ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

$$\frac{\text{مبلغ التأمين}}{\text{القيمة الكلية}} \times \text{الخسارة الفعلية} = \text{وقت وقوع الخسارة}$$

وباستبدال ما سبق بالأرقام المذكورة:

$$\text{التعويض} = ١٥,٠٠٠ * (٥٠,٠٠٠/١٠٠,٠٠٠) = ٧,٥٠٠ \text{ ريال}$$

ففي حالة تطبيق طريقة النسبية (المعدل) لن يتلقى المؤمن له التعويض كاملاً.

د- مبلغ التأمين Sum Insured:

مبلغ التأمين هو الحد الأقصى الذي تدفعه شركة التأمين ولا يمكنها تجاوزه ففي حالة تعرض المؤمن له لخسارة كلية وكان الشيء موضوع التأمين مؤمناً عليه بمبلغ أقل من قيمته الفعلية فلن يتلقى المؤمن له التعويض كاملاً ولكن هناك بعض وثائق التأمين تتضمن حدوداً فرعية أو حدوداً داخلية للتعويض (لا يطبق المعدل في حالة الخسارة الكلية Total ويدفع المؤمن التعويض وفق مبلغ التأمين).

فمثلاً يمكن أن يشمل تأمين المنزل حداً للتعويض عن شيء معين أو حداً للتعويض عن المقننات الثمينة.

ه - مبلغ التحمل (الاقطاع) Deductibles:

ويعرف أيضاً بـ «الاقطاع» وهي المبالغ الأولى التي يدفعها المؤمن له ويتم حسمها من قيمة أي مطالبة وبعض مبالغ التحمل تطوعية وذلك يعني أن المؤمن له قد يختار عادة مبلغ التحمل مقابل تخفيض قسط التأمين وبعضها الآخر إجباري بسبب فرض شركات التأمين لها وعادة ما يحدث ذلك المؤمن له على توخي الحذر. وأيضاً التحمل يعتبر كأنه جزء من القسط يدفع لاحقاً ولكن بشرط وقوع الضرر لذلك توجد نسب متفاوتة من التحمل سواء في بعض أنواع التأمينات الشخصية أو التأمين العام الذي يوجد به التحمل بشكل إجباري ولكن أيضاً له دور مساعد في ارتفاع أو انخفاض القسط.

(عندما يرتفع القسط يقل التحمل وعندما يرتفع التحمل يقل القسط)

ولكن (قد يرتفع التحمل والقسط لبعض الوثائق التي سجلت معدل خسائر كبير خلال فترة التأمين فيتم رفع القسط والتحمل أولاً لضمان مشاركة المؤمن له بالقسط العادل في حوض التأمين وأيضاً لدفع المؤمن له لرفع مستوى الاحتياطات والحماية لديه).

و- جبر الضرر (القديم بدل الجديد) Reinstatement:

ينص هذا الشرط ببساطة على أن التعويض سوف يكون عبارة عن قيمة التكلفة الكلية لاستبدال الشيء المتضرر دون أية حسومات مقابل البلى أو الاندثار أي أن المؤمن له سيتلقى قيمة الضرر المحقق.

وهذا الشرط شائع جداً في وثائق التأمين التي تغطي الأبنية التجارية والآلات حيث قد تكون الحسومات في أي حالة ضئيلة جداً بينما تحتاج إلى أموال ضخمة لاستمرار العمل.

ويتوفر شرط جبر الضرر في وثائق تأمين المنازل ويسمى «القديم بدل الجديد» وذلك لتجنب المشقة عندما يفقد صاحب المنزل جزءاً جوهرياً من بيته ويكون التعويض غير كاف لإعادة تأثيث المنزل. ورغم عدم شيوع ذلك في المملكة العربية السعودية إلا أنه شائع في أنحاء أخرى من العالم خاصة في المملكة المتحدة حيث تقوم تقريباً كل وثيقة تأمين منزل على هذا الأساس.

رابعاً: مبدأ الحلول Subrogation Principle:

هو حق الفرد أو الشركة عند التعويض لفرد آخر بموجب عقد أن يحل محل ذلك الفرد في جميع حقوقه التي تخص الحالة المعنية.

فعندما تقوم شركة التأمين بتعويض المؤمن له عن خسارة حدثت بسبب طرف آخر فمن العدل والإنصاف ألا يسمح لذلك الفرد المتسبب في الخسارة بتجنب المسؤولية المالية تجاه الأضرار التي سببها، ولهذا يعطى لشركة التأمين الحق في الحلول محل المؤمن له في مطالبة الطرف الآخر بالتعويض عن الخسارة التي سببها بعد أن يقوم بتعويض المؤمن له.

يدعم مبدأ الحلول مبدأ التعويض ولا ينطبق على وثائق التأمين التي ليست عقود تعويض. إن مبدأ التعويض هو وضع المؤمن له بعد الخسارة في نفس الحالة المالية التي كان عليها مباشرة قبل وقوع الخسارة ولكن في ظروف معينة يمكن للمؤمن له المطالبة من أكثر من طرف فإذا نجح في فعل ذلك فسوف يتلقى تعويضين ويربح من خسارته مما يشكل إخلالاً بمبدأ التعويض.

الشخص (أ) في سيارته في انتظار إشارة المرور الحمراء بينما يقترب الشخص (ب) من الإشارة الحمراء ولكنه يفشل في استخدام المكابح في الوقت المناسب ويصطدم بمؤخرة سيارة (أ) ويسبب لها ضرراً بالغاً. ولحسن الحظ فإن لدى (أ) وثيقة تأمين على سيارته والتي سوف تتكفل بدفع تكلفة إصلاحها وهو أيضاً له الخيار في المطالبة بالتعويض من (ب) ولكن ما لا يستطيع أن يفعله هو أن يتقدم بمطالبتين إحداهما ضد شركة التأمين التابع لها والأخرى ضد (ب).

في هذا المثال إذا اختار (أ) من شركة التأمين دفع المطالبة (وهو الخيار المعقول، حيث إن (ب) قد لا ينوي دفع التعويض) تقوم شركة التأمين عندئذ بالتصرف نيابة عن (أ) ومحاولة استرداد قيمة المطالبة من (ب) (أومن مؤمنيه).

هذا هو مبدأ الحلول وهو يعني ألا يستطيع المؤمن له استرداد تكلفته من طرف آخر إذا ما قام مؤمنه بتسوية مطالبته وتنتقل حقوق الاسترداد هذه للمؤمن. إن مبدأ الحلول هو حق للمؤمن ولكن فقط بعد قيامه بتسوية المطالبة فالعديد من المطالبات تستغرق عدة أشهر إن لم تكن سنوات لتسويتها مثل مطالبات الحرائق المدمرة أو الإصابات الجسدية البالغة فلن ترغب شركة التأمين في الانتظار حتى تحاول استرداد التعويض من الطرف الآخر أو حتى يبدأ المؤمن له في اتخاذ إجراءات قد تفسد عليها فرص نجاحها. ولذلك فإن وثائق التأمين تحتوي على شرط الوثيقة الذي ينص على أن المؤمن قد يباشر في إجراءات الاسترداد ضد طرف آخر باسم المؤمن له قبل أن يدفع المطالبة ويستطيع المؤمن فعلياً البدء في إجراءات الاسترداد مباشرة بعد معرفته بالخسارة. وفي المملكة العربية السعودية فإن حق الحلول يتم بموجب «توكيل رسمي من المؤمن له للشركة في الحلول محله عند:

- أ) مطالبة أي طرف آخر بالتعويض عن الخسارة التي تسبب فيها.
- ب) القيام بالدفاع عن المؤمن له في درء مسؤوليته أو في تحديد مبلغ التعويض.

وبالإضافة إلى الحقوق القانونية لشركة التأمين ضد الطرف مسبب الضرر فإن حقوق الحلول يمكن أيضاً الاتفاق عليها بموجب عقد مثل عقود الإيجار أو المستودعات، والإخلال بأي من شروط العقد قد يعطي أحد الطرفين الحق في التعويض وتنتقل أيضاً هذه الحقوق من المؤمن له إلى المؤمن إذا كان ذلك مناسباً.

عندما توافق شركة التأمين على دفع المطالبة بكامل قيمة الخسارة مثل حالة تعرض السيارة للثف الشديد بحيث يستحيل إصلاحها فقد يكون هناك بعض القيمة لحطام المركبة (الحطام) Salvage في الشيء المتضرر وحيث إن المؤمن له قد تلقى التعويض كاملاً فإنه لو احتفظ بالحطام فسوف يكون في وضع أحسن مما كان عليه قبل الخسارة.

لذلك ينتقل الحق في الحطام لشركات التأمين كجزء من حقوق الحلول لديها.

ولشركات التأمين حقوق الحلول فقط بشأن الخسائر التي قامت بتعويضها فإذا كانت هناك خسائر غير مؤمنة مثل خسائر الأجور واستئجار السيارات يستطيع المؤمن له أن يحاول المطالبة بتعويضها من الطرف الثالث.

تقوم شركات التأمين في العديد من أسواق التأمين الكبرى بالدخول في اتفاقيات مشتركة بعدم استرداد التعويضات من بعضها البعض والمنطق وراء ذلك هو مبدأ التعادل (أي ما تكسبه باليمين تخسره باليسار، ويبقى المأزق في النتيجة النهائية) وذلك بسبب العدد الضخم من المطالبات وبالتالي العدد الضخم من المرات التي ستحاول فيها شركات التأمين استرداد التعويض من شركة تأمين المركبة بالأخرى.

ولدى بعض شركات تأمين المركبات في بعض الدول اتفاقية تسمى بـ «التسامح التبادلي» وبموجبها تقوم كل شركة تأمين بدفع مطالبة المركبة الخاصة بوثائقها والامتناع عن محاولة استرداد التعويض من شركة تأمين المركبة الأخرى.

تطبيقات على مبدأ الحلول:

١- في تأمين خيانة الأمانة: نجد أن شركة التأمين تدفع التعويض ويكون لها الحق في مقاضاة المذنب للحصول على ما يكون قد دفعته للمؤمن له من تعويض.

٢- في تأمين السرقة: نجد أن شركة التأمين التي دفعت التعويض يكون لها الحق في البضائع المسروقة التي يمكن الحصول عليها.

٣- التأمين من الحريق: نجد أنه إذا أمن الدائن المرتهن على عقار مرهون له وإذا فرض أن العقار احترق ودفعت شركة التأمين تعويضاً للمؤمن له فإن هذا يحل محل الدائن المرتهن في حقه قبل الراهن المدين بما يكون قد دفعه من تعويض.

٤- في التأمين البحري والحريق: نجد أن شركة التأمين تأخذ الأشياء المتروكة والمخلفات وبيعها لحسابها أي أنها تحل محل المؤمن له في ملكية هذه الأشياء التي عوضته عنها.

٥- التأمين على الدخل والأشخاص: يلاحظ أن مبدأ الحلول لا ينطبق على الحياة ولا على التأمين من الحوادث الشخصية إذ المقصود من المبدأ هو منع المتعاقد من الحصول على

تعويض مضاعف للخسارة التي تحل به، وحيث إن الخسارة التي تنتج إذا وقع الخطر المؤمن ضده لا يمكن أن تقدر بالنفود في حالة تأمينات الأشخاص فنجد أن مبدأ الحلول لا يمكن تطبيقه على هذه التأمينات (المصري، ١٧٦).

خامساً: مبدأ المشاركة في التعويض Contribution Principle:

يعني مبدأ المشاركة: حق شركة التأمين في مطالبة شركات التأمين الأخرى (التي قامت بتأمين للمشاركة معها في تكاليف التعويض).

ولكي يطبق مبدأ المشاركة يجب أن تتوفر الشروط التالية أو المتطلبات القانونية التالية:

- ١- وجود وثيقتي تعويض أو أكثر.
- ٢- أن تغطي هذه الوثائق نفس المصلحة (نفس المؤمن له).
- ٣- أن يكون سبب الخسارة مغطى في جميع الوثائق.
- ٤- أن تكون جميع هذه الوثائق نفس موضوع التأمين.
- ٥- أن تكون كل وثيقة مسؤولة عن نفس الخسارة.
- ٦- يجب أن تكون جميع وثائق التأمين المغطية للخطر سارية المفعول وقت حدوث الخسارة.

فإذا أصدر المؤمن له وثيقتي تأمين لتغطية نفس الخطر فإنه بذلك يكون لديه تأمين مزدوج وقبول الحصول على التعويض من شركتي تأمين يعتبر إخلالاً بمبدأ التعويض ومبدأ المشاركة يشبه مبدأ الحلول فهو يدعم مبدأ التعويض وينطبق فقط على عقود التعويض مثل مبدأ الحلول. عادة ما يكون التأمين المزدوج غير متعمد فقد يحدث نتيجة سوء الفهم ومن أمثلة ذلك:

- أن يعتقد كل من سكرتير الشركة ومديرها المالي أنهما مسؤولان عن التعامل مع الأمور المتعلقة بتأمين الشركة.

- أن يقوم كل من صاحب البضائع وصاحب المستودع بالتأمين على البضائع المخزنة في المستودع.
- أن تتم التغطية بموجب وثيقتي تأمين متداخلتين مثل وثيقة تأمين العطلة وتأمين المنزل.

يسمح المؤمنون بالتأمين المزدوج بشرط المشاركة في الوثائق والذي ينص على أنه في حالة وجود أكثر من وثيقة (تغطي نفس الخطر أو جزءاً منه) فسوف يقومون فقط بدفع حصتهم من الخسارة وهذا يسمى بالمشاركة أو شرط التأمين الآخر.

إن الحصة التي يقوم كل مؤمن بدفعها هي مشاركته النسبية في أي خسارة وهناك طريقتان لحساب نسبة مشاركة المؤمن وذلك إما على أساس مبلغ التأمين أو المسؤولية المستقلة.

(أ) طرق المشاركة:

إن الهدف من وراء مبدأ المشاركة هو منع المؤمن له من مطالبة مؤمن واحد للحصول على قيمة التعويض كاملة ثم يضطر ذلك المؤمن للرجوع إلى المؤمنين الآخرين لدفع نصيبهم من قيمة المطالبة التي قام بتسديدها للمؤمن له. ولكن ما هو معنى «المشاركة النسبية»؟

توجد طريقتان لتفسير معنى «المشاركة النسبية»:

الطريقة الأولى: طريقة مبلغ التأمين:

وتعني أن تقوم كل شركة تأمين بدفع حصتها من قيمة التعويض بحيث تتناسب مع نصيبها من مجموع مبالغ التأمين، ويمكن توضيح هذا بمثال.

أمن سعود على منزله بمبلغ ١٠,٠٠٠/- ريال لدى شركة الرياض للتأمين وبمبلغ ٢٠,٠٠٠/- ريال لدى شركة جدة للتأمين وبمبلغ ٣٠,٠٠٠/- ريال لدى شركة الدمام للتأمين، إذا تعرض منزل سعود لخسارة مقدارها ٦,٠٠٠/- ريال فكم سوف تدفع شركة الرياض من هذه الخسارة؟

مبلغ التأمين للوثيقة الواحدة

مجموع مبالغ التأمين

$$\text{سوف تدفع شركة الرياض} = ٦,٠٠٠/- * (١٠,٠٠٠) \div (١٠,٠٠٠ + ٣٠,٠٠٠ + ٢٠,٠٠٠) \\ = ١,٠٠٠ \text{ ريال}$$

لهذه الطريقة سلبية واضحة وهي أن هناك أنواعًا مختلفة من الوثائق تخضع لشروط مختلفة وقد تحتوي بعض الوثائق على بعض الشروط دون الأخرى أو على طريقة مختلفة لتقييم وتسوية المطالبات، إذن بإمكاننا التعرف بشكل دقيق على الطريقة التي ستتعامل بها كل وثيقة مع المطالبة، بدلا من مجرد التركيز على العملية الحسابية بغض النظر عن شروط الوثيقة، فعلى سبيل المثال إذا كانت إحدى الوثائق أو جميعها خاضعة لشرط النسبية وكان هناك نقص في التأمين فهل من العدل بالنسبة لمؤمن يحق له تطبيق شرط النسبية أن يطبق مبدأ المشاركة وكأن شرط النسبية لم يكن موجودًا؟ وربما يعقد ذلك عملية تسوية المطالبات، ولكنها الطريقة العادلة المثلى.

الغالبية العظمى من العمليات الحسابية لمبدأ المشاركة تطبق على تأمين الممتلكات وخاصة تأمين الحريق. وتميل شركات التأمين نحو استخدام طرق قياسية لحسابات مبدأ المشاركة وقد تم إدراج هذه الطرق في اتفاقيات رسمية بين مجموعة كبيرة من المؤمنین.

بالنسبة لوثائق تأمين الممتلكات غير الخاضعة لشرط النسبية والتي تغطي نفس موضوع التأمين، يتم تسوية الخسارة حسب مبلغ تأمين كل وثيقة نسبة إلى مجموع مبالغ التأمين لجميع الوثائق، وهذا ما تم في المثال السابق.

أما عند تطبيق مبدأ المشاركة على وثائق غير خاضعة لشرط النسبية (أي أن الأملك المؤمنة غير متطابقة تماماً في جميع الوثائق) فيتم استخدام مبلغ التأمين كأساس للعملية الحسابية أيضاً ولكن بطريقة مختلفة ومعقدة تسمى «طريقة الوسط الحسابي».

الطريقة الثانية: طريقة المسؤولية المستقلة:

بالنسبة للوثائق الخاضعة لشرط النسبية أو تلك الخاضعة لحدود تعويض ضمن مبلغ التأمين على خسائر منفردة حتى ولو كانت غير خاضعة لشرط النسبية، فيتم استخدام طريقة «المسؤولية المستقلة» لتطبيق مبدأ المشاركة، ويمكن تعريف «المسؤولية المستقلة» على أنها المبلغ الذي يجب أن يدفعه كل مؤمن لو كان هو المؤمن الوحيد المسؤول عن الخسارة.

المسؤولية المستقلة لكل وثيقة

تعويض الوثيقة = الخسارة الفعلية ×

إجمالي المسؤوليات المستقلة

وهذه الطريقة البديلة مناسبة للوثائق غير المتماثلة والتي قد تشمل مبالغ التحمل أو حدود الخسارة أو عندما ينطبق شرط النسبية (المعدل) وقد تكون مناسبة أيضاً لوثائق غير الممتلكات مثل تأمينات المسؤولية.

مثال: أمن عبد العزيز على منزلة بمبلغ /- ٢٠,٠٠٠ ريال لدى شركة الرياض للتأمين وبمبلغ /- ١٠,٠٠٠ ريال لدى شركة جدة للتأمين، فإذا تعرض منزل عبد العزيز لخسارة بقيمة /- ٤,٥٠٠ ريال وكانت قيمة المنزل الفعلية وقت الخسارة /- ٤٥,٠٠٠ ريال. هناك ثلاث خطوات للحل:

الخطوة الأولى:

هي إيجاد المبلغ الذي ستدفعه كل شركة تأمين في حالة كونها المؤمن الوحيد.

ولحساب مسؤولية شركة الرياض للتأمين يطبق شرط النسبية التالي:

$$\begin{aligned} &= \text{الخسارة} \times (\text{مبلغ التأمين شركة الرياض للتأمين} \div \text{القيمة الفعلية للمنزل وقت الخسارة}) \\ &= /- ٤,٥٠٠ \times (٢٠,٠٠٠ \div ٤٥,٠٠٠) = /- ٢,٠٠٠ \text{ ريال} \end{aligned}$$

ولحساب مسؤولية شركة جدة للتأمين يطبق شرط النسبية التالي:

$$= /- ٤,٥٠٠ \times (١٠,٠٠٠ \div ٤٥,٠٠٠) = /- ١,٠٠٠ \text{ ريال}$$

إذن مجموع ما دفعته الشركتان يساوي /- ٣,٠٠٠ ريال

وينص شرط النسبية على أن يكون المؤمن له مؤمن لنفسه بمقدار الفرق بين قيمة الشيء موضوع التأمين ومبلغ التأمين.

$$\begin{aligned} &\text{ففي المثال أعلاه: } /- ٤٥,٠٠٠ - (١٠,٠٠٠ /- + ٢٠,٠٠٠ /-) = /- ١٥,٠٠٠ \text{ ريال} \\ &= /- ٤,٥٠٠ \times (٤٥,٠٠٠ \div ١٥,٠٠٠) = /- ١,٥٠٠ \text{ ريال} \end{aligned}$$

الخطوة الثانية:

إذا كان مجموع مسؤوليات شركات التأمين (٣,٠٠٠/- ريال) في المثال السابق أقل من أو يساوي قيمة الخسارة فسوف تقوم كل شركة تأمين بدفع ما يساوي مسؤوليتها المستقلة.

الخطوة الثالثة:

إذا كان مجموع مسؤوليات شركات التأمين المستقلة أكبر من الخسارة فسوف يتم الاشتراك في دفع قيمة الخسارة نسبة لما تمثله المسؤولية المستقلة لكل شركة تأمين من مجموع المسؤوليات المستقلة.

مثال: قام فيصل بالتأمين على منزله بمبلغ -/٣٠,٠٠٠ ريال لدى شركة الرياض للتأمين، ومبلغ -/٥٠,٠٠٠ ريال لدى شركة جدة للتأمين، فإذا تعرض منزل فيصل لحريق وخسارة بقيمة -/١,٠٠٠ ريال، وكانت قيمة المنزل وقت وقوع حادث الحريق -/٧٠,٠٠٠ ريال، فكم ستدفع كل شركة حيث إن لدى كل وثيقة شرط النسبية؟

الخطوة الأولى: بما أن الوثيقتين تضمن شرط النسبية لذلك يجب اتباع طريقة المسؤولية المستقلة كما يلي:

$$\text{شركة الرياض} = ١,٠٠٠ \times (٦٠,٠٠٠ \div ٣٠,٠٠٠) = ٥٠٠ \text{ ريال}$$

$$\text{شركة جدة} = ١,٠٠٠ \times (٦٠,٠٠٠ \div ٥٠,٠٠٠) = ٨٣٣,٣٣ \text{ ريال}$$

وبما أن مجموع مسؤوليات شركات التأمين المستقلة تساوي ١,٣٣٣,٣٣ ريال أي أنه يفوق قيمة الخسارة، إذن سوف تشترك كل شركة تأمين في دفع قيمة الخسارة حسب نسبة ما تمثله مسؤوليتها من مجموع المسؤوليات المستقلة كالتالي:

شركة الرياض = الخسارة × (مسؤوليتها المستقلة ÷ مجموع المسؤوليات المستقلة)

$$\text{شركة الرياض} = ١,٠٠٠ \times (١,٣٣٣,٣٣ \div ٥٠٠) = ٣٧٥ \text{ ريال}$$

$$\text{شركة جدة} = ١,٠٠٠ \times (١,٣٣٣,٣٣ \div ٨٣٣,٣٣) = ٦٢٥ \text{ ريال}$$

مثال: إذا كان لدى بندر وثيقتا تأمين على المسؤولية الشخصية؛ واحدة لدى شركة الرياض للتأمين بمبلغ -/٣٠,٠٠٠ ريال والثانية لدى شركة جدة للتأمين بمبلغ -/٦٠,٠٠٠ ريال، فكم سوف تدفع كل شركة في حال تعرض بندر لمسؤولية قانونية تجاه طرف ثالث لدفع -/٥٠,٠٠٠ ريال؟

الخطوة الأولى:

بما أن الوثيقتين هما وثيقتا تأمين مسؤولية فسوف يتم اتباع طريقة (المسؤولية المستقلة) فلو كانت وثيقة شركة الرياض هي الوثيقة الوحيدة فسوف تدفع -/٣٠,٠٠٠ ريال وتمثل مسؤوليتها القصوى رغم أن الخسارة -/٥٠,٠٠٠ ريال، أما شركة جدة فسوف تكون مسؤولة عن الخسارة بأكملها -/٥٠,٠٠٠ ريال حيث ان التعويض في وثيقتها يساوي -/٦٠,٠٠٠ ريال.

الخطوة الثانية:

شركة الرياض للتأمين = الخسارة × (مسؤوليتها المستقلة ÷ مجموع المسؤوليات المستقلة)

$$= ٥٠,٠٠٠ \times ((٣٠,٠٠٠ + ٥٠,٠٠٠) \div ٣٠,٠٠٠) = ١٨,٧٥٠/- \text{ ريال}$$

شركة جدة للتأمين = الخسارة × (مسؤوليتها المستقلة ÷ مجموع المسؤوليات المستقلة)

$$= ٥٠,٠٠٠ \times ((٥٠,٠٠٠ + ٣٠,٠٠٠) \div ٥٠,٠٠٠) = ٣١,٢٥٠/- \text{ ريال}$$

أي أن كل شركة تأمين سوف تدفع حصتها من مجموع المسؤوليات المستقلة.

الطريقة الأصح هي الأكثر ملائمة للظروف

وكما يحدث في الحلول فهناك اتفاقيات مشاركة بين أسواق التأمين الكبرى والطريقة المستخدمة هي أنه عندما تكون المشاركة ملائمة (أي عندما تكون المشاركة أقل من مبلغ معين تتولى شركة تأمين واحدة الدفع) فلأي طريقة تكون الأولوية؟ يتم الدفع بموجب الوثيقة الأكثر تحديداً

أولاً فمثلاً إذا كانت هناك وثيقة تغطي الحلي وأخرى تغطي خاتم ألماس فإذا كانتا الوثيقتين في حالة مشاركة فإن الخاتم الألماس أكثر تحديداً من الحلي وعليه يتم الدفع بموجب الوثيقة التي تغطي خاتم الألماس ولن تطلب شركة التأمين مانحة الوثيقة المشاركة عندما تقع الخسارة فإنه من الضروري تحديد سبب الخسارة قبل اتخاذ القرار بشأن التسوية ففي معظم الحالات هناك سبب واحد للخسارة ولكن هناك حالات يكون فيها أكثر من سبب واحد للخسارة ففي مثل هذه الظروف فإن قواعد مبدأ السبب المباشر تساعد في تحديد سبب الخسارة. وبعد تحديد السبب فإنه من الضروري تفسير نص الوثيقة لمعرفة ما إذا ما كانت الخسارة مؤمناً ضدها أم لا.

(ب) شروط عدم المشاركة:

بعض الوثائق تحتوي على ما يسمى بشرط عدم المشاركة وقد يكون نص الشرط كالتالي: (هذه الوثيقة لن تدفع أي مطالبة إذا كان للمؤمن له الحق في الحصول على تعويض من قبل أي وثيقة أخرى). وهذا يعني أن الوثيقة لن تشارك في التعويض في حالة وجود وثيقة أخرى، وقد يمتد نص الشرط إلى القول: باستثناء أي مبلغ إضافي على المبلغ الذي كان سيدفع من قبل الوثيقة الأخرى لو كانت هذه الوثيقة غير موجودة (العجمي، ٢٧-٢).

سادساً: مبدأ السبب المباشر Proximate Cause Principle:

عندما تقع الخسارة فإنه من الضروري تحديد سبب الخسارة قبل اتخاذ القرار بشأن التسوية، ففي معظم الحالات هناك سبب واحد للخسارة ولكن هناك حالات يكون فيها أكثر من سبب واحد للخسارة ففي مثل هذه الظروف فإن قواعد مبدأ السبب المباشر تساعد في تحديد سبب الخسارة.

ويعد تحديد السبب فإنه من الضروري تفسير نص الوثيقة لمعرفة ما إذا كانت الخسارة مؤمناً ضدها أم لا.

وعليه يمكن تعريف السبب المباشر بأنه: السبب الفعال الذي يؤدي إلى إحداث سلسلة من الأحداث المتتابعة التي تؤدي في نهاية الأمر إلى وقوع خسارة دون تدخل أي عامل آخر ناشئ من مصدر جديد مستقل يقطع ترابط تلك السلسلة (العجمي، ٢٧-٢).

ويمكننا تصنيف الأخطار التي لها علاقة بمطالبات التأمين على النحو التالي:

• **الخطر المؤمن:**

وهو الخطر المذكور بالتحديد في الوثيقة على أنه خطر مغطى بواسطة الوثيقة حيث إن وثيقة تأمين الحريق تذكر تحديداً أنها تغطي الخسائر الناتجة عن الحريق.

• **الخطر المستثنى:**

وهو الخطر المذكور بالتحديد في الوثيقة على أنه خطر غير مغطى بواسطة الوثيقة مثل وثيقة تأمين الحريق التي تذكر تحديداً أنها لا تغطي الخسائر الناتجة عن الحريق الناشئ عن الزلازل.

• **الأخطار غير المؤمنة:**

وهي أخطار غير مذكورة إطلاقاً في الوثيقة فإذا كان سبب الخسارة خطراً غير مسمى بالوثيقة فإن الخطر غير مغطى حيث إن وثيقة تأمين الحريق لا تذكر خطر السرقة فمثل هذا الخطر ببساطة ليس خطراً مؤمناً ولا خطراً مستثنى ولكنه خطر غير مسمى.

وإذا كانت هناك سلسلة من الأحداث فلا بد من وجود صلة مباشرة بين السبب والخسارة الناتجة ويجب أن يكون كل فعل نتيجة طبيعية لسابقه دون وجود أي شيء جديد يغير من نتيجة الأحداث وليس من الضروري أن يكون السبب هو السبب الأول أو الأخير في سلسلة الأحداث بل عادة السبب الرئيسي فهو السبب الذي يقوم بتحريك سلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى الخسارة (العجمي ٢-٢٩).

تطبيقات على السبب المباشر:

١- التأمين من الحريق:

تضمن وثيقة تأمين الحريق العادية الخسائر الناتجة بسبب الحريق كالخسائر الناتجة عن الماء في إطفاء الحريق والذي يلقي بكميات كبيرة ويتسبب في خسائر مادية سببها المباشر هو الحريق، ويدخل في حكم الخسائر المتسببة عن الماء، الخسائر التي تكون نتيجة لإلقاء الأشياء من النوافذ لتقليل أثر الحريق وهدم الممتلكات المجاورة لتجنب انتشار الحريق وكلها أمثلة وتطبيقات للسبب المباشر.

٢- تأمين الحوادث الشخصية:

مؤمن له يحمل وثيقة تأمين تغطي الحوادث الشخصية فقط ولا تغطي الأمراض وقد سقط المؤمن عليه من فوق جدار أثناء التسلق فابتلت ملابسه وأصيب بأنفلونزا حادة، وبالتالي فإن حادث السقوط سيكون هو السبب المباشر.

٣- تأمين كسر الزجاج:

مؤمن له كان يحمل وثيقة تأمين من أخطار الزجاج مع استثناء الخسائر الناجمة عن الحريق وقد حدث أن شبت النار في مستودع مجاور أدت إلى تجمهر الناس وألقى أحدهم الحجارة على زجاج المحل وسرقة ما بداخله، واعتبرت الخسائر على أنها تخضع لمبدأ السبب المباشر ألا وهو كسر الزجاج وليس الحريق في المستودع المجاور، وهذا يقضي بأن تتحمل شركة التأمين الخسارة الناجمة عن حادث كسر الزجاج والسرقة الناجمة عنه (المصري، ١٨٢).

أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الثاني

اختر الإجابة الصحيحة للأسئلة التالية:

س ١: يمكن تعريف مبدأ منتهى حسن النية بأنه:

- أ - العلاقة المالية بين المؤمن له والشيء موضوع التأمين
- ب- الحق بمطالبة الطرف الثالث
- ج- واجب الإفصاح عن جميع الحقائق الجوهرية
- د- كل ما ورد أعلاه

س ٢: يطبق مبدأ منتهى حسن النية على:

- أ- طالب التأمين
- ب- شركة التأمين فقط
- ج- كل من طالب التأمين وشركة التأمين
- د- لا شيء مما ورد

س ٣: الحقيقة الجوهرية هي حقيقة:

- أ - لا يجب الإفصاح عنها
- ب - تؤثر على القسط
- ج- تؤثر على الشروط
- د- تؤثر على قرار المكتتب بقبول أو رفض الخطر

س ٤: عمر طالب التأمين يعتبر حقيقة جوهرية في تأمين:

- أ- الحريق لمبنى
- ب- السرقة لمتجر
- ج - مركبة خصوصية
- د- جميع أخطار المقاولين

س ٥: في طلب تأمين مركبات شامل بعض الحقائق الجوهرية التي تساعد المكتب في تقييم مؤثر الخطر المعنوي:

- أ- نوع السيارة
- ب- استعمال السيارة
- ج- عمر طالب التأمين
- د- الخسائر السابقة

س ٦: يمكن تعريف المصلحة التأمينية بأنها:

- أ- العلاقة المالية بين المؤمن له والشئ موضوع التأمين
- ب - الحق بمطالبة الطرف الثالث
- ج- واجب الإفصاح عن جميع الحقائق الجوهرية
- د- كل ما ورد أعلاه

س ٧: متى يجب أن تكون هناك مصلحة تأمينية في التأمين العام:

- أ- عند بداية التغطية
- ب- أثناء الوثيقة
- ج - عند وقوع الخسارة
- د - كل ما ورد أعلاه

س ٨: ما هي الخيارات المتاحة للتعويض:

- أ - الدفع النقدي
- ب- الإصلاح
- ج- جبر الضرر
- د- كل ما ورد أعلاه

س ٩: من له السلطة في اختيار طريقة التعويض:

- أ- حامل الوثيقة
- ب- الطرف الثالث
- ج- شركة التأمين
- د- لا شيء مما ورد أعلاه

س ١٠: ما المبدأ الذي يدعمه مبدأ المشاركة ومبدأ الحلول:

- أ - المصلحة التأمينية
- ب- التعويض
- ج- السبب المباشر
- د - منتهى حسن النية

الفصل الثالث عقد التأمين

عقد التأمين

بعد أن تحدثنا عن الوحدة الرئيسية في صناعة التأمين وهي الخطر ثم التعرف على المبادئ التي تنظم التأمين كفكرة تطورت وانتشرت، يتعين أن نتحدث عن عقد التأمين الذي ينظم علاقات أطرافها والذين ارتبطوا بالتزامات فيما بينهم مقتنعين بأن فكرة التأمين تؤدي وظائف يستفيدون منها.

وماهية عقد التأمين تعني الإلمام بالعقد والتعريف به وبيان خصائصه وتكوينه لذلك فإن حديثنا عن ماهية عقد التأمين سيكون موزعاً في ثلاثة أقسام نناقش في الأول التعريف بالعقد، ونتصدى في الثاني إلى بيان خصائصه، وفي الثالث نناقش تكوينه.

أولاً: التعريف بعقد التأمين:

التأمين عقد يلتزم بموجبه المؤمن ويأخذ على عاتقه طائفة معينة من الأخطار التي يخشى المتعاقدون وقوعها ويرغب المؤمن له أن لا يتحملها وحده بمقابل يسمى القسط أو الاشتراك يدفعه للمؤمن.

وتطور هذا النوع من العقود تطوراً كبيراً أصبحت معه الأخطار محلاً للتعاون بين الهيئات بعد أن كان يتحملها من وقع عليه الضرر منفرداً، فهناك التأمين على المركبات، والتأمين ضد المرض، والتأمين ضد العجز، والتأمين ضد الشبخوخة، والتأمين ضد الحريق وأنواع أخرى كثيرة، وهناك التأمين البحري وهو ما كان محله الأضرار التي تحصل على البضاعة في البحار والأنهار كالغرق والتصادم والحريق وهناك التأمين الزراعي والتأمين الصناعي، والتأمين ضد الحوادث، والتأمين ضد السرقة، الوفاة، والتأمين عن المسؤولية.

هذا وجاء تعريف عقد التأمين بأنه:

«عقد يلتزم به المؤمن أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو إيراداً مرتباً أو أي عوض مالي في حالة وقوع الحادث المؤمن ضده أو تحقيق الخطر المبين في العقد وذلك مقابل مبلغ محدد أو أقساط دورية يؤديها المؤمن له لشركة التأمين» (الكيلاني، ٩٩).

وبهذا التعريف نجد أن هناك علاقة قانونية فيما بين شخصين الأول ضامن الخطر وهو ما يقال له المؤمن (شركة التأمين) والثاني معرض لهذا الخطر يقال له المؤمن له وينتج كأثر لتلك العلاقة التي تأسست بإرادة الطرفين التزامات على عاتقهما على نحو يدفع المؤمن له مبلغاً محدداً من المال يقال له القسط ويدفع المؤمن مبلغاً من المال عند تحقق الخطر المؤمن منه. كما أن هناك جانباً آخر في عملية التأمين وهذا الجانب هو الجانب الفني وهو فكرة التأمين في ذاتها والتي يكون التعريف لعقد التأمين بمعزل عنها ناقصاً، ولعل التعريفات التي ساقها الشراح ووردت في مجملها ناقصة؛ لأنها أخذت بأحد الجانبين في عملية التأمين، وعلى ذلك فإنه لوضع تعريف جامع شامل لعقد التأمين يجب أن يراعي واضع التعريف جانبيين هامين من العملية هما الجانب القانوني والجانب النظري.

وعرف جانب من الفقه عقد التأمين بأنه:

«عقد يأخذ فيه المؤمن على عاتقه طائفة معينة من الأخطار يخشى العاقدان من وقوعها ويرغب المستأمن في ألا يتحملها منفرداً في مقابل جعل يسمى قسط التأمين أو الاشتراك يدفعه المستأمن».

وعرفه جانب آخر بأنه:

«عملية فنية تزاولها هيئات منظمة مهمتها جمع أكبر عدد ممكن من المخاطر المتشابهة وتحمل تبعاتها عن طريق المقاصة وفق قانون الإحصاء، ومن مقتضى ذلك حصول المستأمن أو من يعينه، حالة تحقق الخطر المؤمن منه على عوض مالي يدفعه المؤمن في مقابل وفاء الأول بالأقساط المتفق عليها في وثيقة التأمين» (الكيلاني، ١٠٠).

ثانياً: عناصر عقد التأمين:

يبرز من تعريف عقد التأمين عدد من العناصر الأساسية:

- ١- وجود حقيقة مفادها أن شخصاً / مجموعة يتعرض لخطر إما:
 - في شخصه أو جسده (كما في التأمين على الحياة أو الحوادث الشخصية).
 - في ماله أو ممتلكاته (كما في التأمين على الحريق، السرقة، المركبات).
 - في مسؤولياته (كما في التأمين على المسؤولية العامة، المسؤولية المهنية).
- ٢- على أثر ذلك يلجأ هذا الشخص أو المؤسسة أو المجموعة المعرضة للخطر إلى التأمين للحصول على الحماية التأمينية فيطلب التعاقد مع شركة تأمين، وذلك بأن يدفع مالياً محدداً وهو القسط سواء كدفعة واحدة أم دفعات دورية (ويسمى هذا الطرف في عقد التأمين بالمؤمن له).
- ٣- تتمثل الحماية التأمينية التي قام المؤمن له بطلبها في (حصول المؤمن له على تعويض عند تحقق الخطر المؤمن ضده أو وقوع الحادث المطلوب تغطيته بالحماية التأمينية) ويمكن أن يشترط المؤمن له دفع المال لغيره كما في تأمين المسؤولية حيث يدفع التعويض للمتضرر من الغير (المستفيد).
- ٤- أما الطرف الآخر من عقد التأمين فهو شركة التأمين التي تقوم لقاء استلامها قسط التأمين بتعويض (المؤمن له) أو (المستفيد) حسب ما هو مشروط في عقد التأمين، وذلك عند تحقق الخطر المؤمن ضده أو وقوع الحادث المؤمن عليه.
- ٥- يأخذ التعويض المذكور أعلاه عدة أشكال منها:
 - الدفع النقدي من المال إلى المؤمن له أو المستفيد.
 - دفع مرتباً دورياً.
 - القيام باستبدال الجزء المتضرر.
 - إعادة الأموال أو الممتلكات المتضررة إلى الوضع التي كانت عليه قبل الحادث.
- ٦- ومن الناحية الفنية تبرز تقنية التأمين فيما يلي:
 - أن شركة التأمين تقوم بجمع أكبر عدد ممكن من المؤمن لهم.

- يتصف هؤلاء المؤمن لهم بأن جميعهم يمكن أن يتعرضوا لخطر معين محتمل (مثل ذلك حوادث المرور كالأصطدام في تأمين المركبات أو الحريق في تأمين الممتلكات والمباني).
- يقوم المؤمن لهم بوضع مالا بقدر ما يتعرضون له من خطر في صندوق واحد أو محفظة تأمينية واحدة وعند تعرض البعض منهم إلى ذلك الخطر وضمن فترة زمنية محددة، عند ذلك يساهم الجميع كل حسب حجم الخطر الذي كان يهدده في تحمل الخسائر التي نجمت عن تحقق الخطر أو وقوع الحادث المؤمن منه، وتكون مساهماتهم قد دفعوها مقدماً والمتمثلة في أقساط التأمين.
- ويتضح من ذلك أن التأمين ما هو إلا عمل جماعي تعاوني يقوم به المؤمن لهم ذاتهم، أما شركات التأمين فهي تتمثل في عمل تنظيم جميع هذه المساهمات ودفع الخسائر إلى الجهات التي يلحق بها الضرر من جراء وقوع الحوادث المؤمن منها أو تحقق الأخطار المؤمنة (العنكي، ٤١).

ثالثاً: أركان عقد التأمين:

- يصبح عقد التأمين عقداً تاماً بمجرد تلاقي الإيجاب الصادر من أحد المتعاقدين مع قبول صادر من الآخر، ويتوسع تعريف العقد ليكتفي بما يدل عليهما مشترطاً أن يظهر أثره في المعقود عليه وهو المحل في العقد والذي يمثل (محل التأمين في عقد التأمين).
- ولا ينعقد العقد إلا بتوافر خمسة أمور وهي:
 - لا ينعقد إلا بتوافر أركانه وشروط صحته.
 - توافر هذه الأركان لا يتم إلا بالتراضي.
 - التراضي لا يستدل على وجوده إلا من خلال الإرادة الصحيحة المعبرة عنه.
 - والتعبير لابد أن يصدر من المتعاقدين.
 - على محل مشروع ولتحقيق غاية مشروعة.

وسوف نتناول هنا أركان عقد التأمين الخمسة على النحو التالي:

١- الركن الأول: التراضي:

التراضي هو تعبير كل طرفي العقد عن إرادته، وأن تكون الإرادتان متطابقتين، ويشترط وجود

التراضي أمران هما:

• توافر الأهلية.

• الخلو من عيوب الإرادة.

ويقصد من ذلك أنه لا يكتفى أن يكون التراضي موجوداً بل يجب أن يكون صحيحاً والتراضي

لا يكون صحيحاً إلا إذا كان صادراً من ذي أهلية ولم تكن إرادة أحد المتعاقدين مشوبة بعيب

(العنبي، ٤٦).

٢- الركن الثاني: طرفا عقد التأمين:

يتناول هذا الركن تحديد طرفي العقد وعنصر الأهلية

أ- تحديد طرفي العقد:

طرفا عقد التأمين هما (المؤمن) أي شركة التأمين والطرف الثاني هو (المؤمن له) وهو من

يتعاقد مع شركة التأمين ليؤمن نفسه من خطر معين، وقد يكون طالب التأمين الذي يقدم

استمارة طلب التأمين والمؤمن له الذي يهدده الخطر المؤمن منه والمستفيد من التأمين شخصاً

واحداً تجتمع فيه الصفات الثلاث كما هو حال الشخص الذي يؤمن على متجره ضد خطر

السرقة لمنفعته، فيكون هو طالب التأمين الذي تعاقد مع شركة التأمين وهو أيضاً المؤمن له

الذي يهدده الخطر المؤمن منه وهو كذلك المستفيد الذي أبرم التأمين لمنفعته.

ب- أهلية طرفي التأمين:

• أهلية الوجوب:

هي صلاحية الإنسان لوجوب الحقوق المشروعة له وعليه، وفي نظر القانون أنه صالح لأن تكون له حقوق وعليه واجبات، فكل إنسان شخص قانوني تتوافر فيه أهلية الوجوب وتثبت فيه هذه الأهلية من وقت ميلاده.

وكذلك الشخص الاعتباري شخص قانوني تتوافر فيه أهلية الوجوب لأن الشخصية الاعتبارية ليست في الواقع إلا القابلية لامتلاك الحقوق وتحمل الواجبات (العنكي، ٤٨).

• أهلية الأداء:

هي صلاحية الشخص لاستعمال الحق، فالأهلية تتركز في على التمييز، السبب في ذلك أن الإرادة لا تصدر إلا عن التمييز، وعلى ضوء ذلك من كان كامل التمييز فهو كامل الأهلية.

• انعدام الأهلية:

انعدم تمييزه، انعدمت أهليته، ومن أمثلة ذلك:

- الطفل غير المميز وهو الطفل الذي يكون عمره دون السن القانوني في البلد المعني حيث في بعض الأحيان تقدر سن التمييز بسن سبع سنوات وكل من لم يبلغ سن السابعة يعتبر فاقداً للتمييز معدوماً للأهلية وليس له الحق التصرف في أمواله وتكون جميع تصرفاته باطلة ولا يستطيع مباشرة أي عقد؛ أي القيام بعقده (العنكي، ٤٨).

- المجنون والمعتوه: يقصد بالمجنون اختلال العقل بحيث يمنع سريان الأفعال والأقوال على نهج العقل إلا نادراً، وهو اختلال القوة المميزة بين الأمور الصحيحة أو غير الصحيحة، أما العته فهو اختلال العقل بحيث يختلط كلامه فيشبهه مرة كلام العقلاء ومرة كلام المجانين، وحكم المعتوه حكم الصبا مع العقل.

- ذوالغفلة والسفيه: تكون أهليتهما ناقصة (فالسفيه هو من كانت عاداته التبذير والاسراف في النفقة وأن يتصرف تصرفاً لا لغرض أو لغرض لا يعده العقلاء من أهل الدين غرضاً.

• الخلو من عيوب الإرادة:

يشترط في صحة العقد وجود التراضي ولا يكفي وجوده بل ينبغي أيضاً أن يكون صحيحاً ولا يكون صحيحاً إلا إذا كان صادراً من ذي أهلية. وتظهر عيوب الإرادة في كل من:

- وجود الرضا مع الغلط والتدليس.

- انتزاع الرضا بالإكراه.

- استغلال الحاجة.

وتسري على عقد التأمين عيوب الإرادة وهي:

- الغلط في إبرام العقد في كتمان أمر عن شركة التأمين أو إعطاء معلومات غير صحيحة دون أن يقوم الدليل على سوء نية المؤمن له، وفي هذه الحالة يكون عقد التأمين قابلاً للإبطال لمصلحة شركة التأمين.

- يتم تفسير عقد التأمين وفقاً للقواعد العامة، حيث يمكن أن يتم الالتزام بالشرط الصريح، أو أن يفسر الشرط الغامض إن كان مطبوعاً لمصلحة المؤمن له، وإذا وجد تعارض بين نسخ العقد، فالعبرة تكون بالنسخة التي تحت يد المؤمن له، وإن وجد تعارض بين الشرط المطبوع وشرط محرر بالآلة الكاتبة أو باليد، فالعبرة تؤخذ بالشرط المحرر باليد إذا نسخ به المتعاقدان الشرط المطبوع (العنبيكي، ٥٠).

٣- الركن الثالث: محل العقد (المعقود عليه):

يجب أن يكون محل العقد (المعقود عليه) مالا أو منفعة أو ديناً أو عملاً أو امتناعاً عن العمل، ويشترط في محل العقد أربعة شروط:

- أن يكون المحل قابلاً لحكم العقد شرعاً: ويقصد بذلك أن العقد لا يكون منعقداً على نحو صحيح إلا إذا كان محله من الأعيان أو الأعمال أو المنافع المشروعة أو المباحة.
- أن يكون محل العقد محقق الوجود عند إنشاء العقد: ينبغي وجود محل التأمين عند التعاقد ومثال ذلك في التأمين من الحريق ينبغي أن يكون المبنى أو محتوياته موجوداً عند طلب التأمين.

- أن يكون محل العقد معلوماً للطرفين: ينبغي أن يكون وجود العلم بالمعقود عليه كافياً نافياً للجهالة المؤدية للنزاع، ومن ذلك في عقد التأمين نجد أن شركات التأمين تقوم بالكشف على المركبة عند تقديم طلب التأمين.
- أن يكون المعقود عليه مقدوراً على تسليمه: وهذا يعني أن تكون شركة التأمين قادرة على تلبية المؤمن له في التأمين على أشياء واقعية وليس فيها استحالة.

٤- الركن الرابع: السبب في عقد التأمين:

وهو الغرض المباشر الذي يقصد الملتزم الوصول إليه من وراء التزامه، وفي عقد التأمين يمثل السبب الباعث في سعي المؤمن له الذي يدفعه في تنفيذ التزامه بسداد قسط التأمين لغرض الحصول على الحماية التأمينية، وينبغي أن يكون السبب مشروعاً كي تنتج الإرادة أثرها لذلك ينبغي أن تتجه إلى غرض مشروع لا يتعارض مع النظام العام ولا مع الآداب وذلك لحماية المجتمع من التلاعب وتوجيه الطلب على التأمين على أمور مشروعة ويقرها القانون، وينبغي أن يبتعد السبب عن الغلط أو التدليس أو الإكراه، فلا يجوز التأمين على أمر يتعارض مع الشرع والآداب العامة (العنكي، ٥٣).

وينبغي قيام السبب من وقت طلب التأمين وطوال فترة التأمين.

٥- الركن الخامس: العوض في عقد التأمين:

يقضي هذا الركن أن العقد كي يصبح نافذاً قانوناً لا بد أن يقدم كل طرف فيه شيئاً ذات قيمة، سواء أكان ذلك مالياً (نقوداً) أم بضائع أم خدمات أم أي وعد. ويقصد به تصريح يلتزم به من صدر عنه قانوناً بعمل شيء معين أو امتناع عن عمله ويجعل لمن تلقاه حقاً في توقع إنجاز موضوع الوعد أو في المطالبة بإنجازه، وعند تطبيق ذلك في عقد التأمين فإن العوض يمثل سداد المؤمن له قسط التأمين مقابل حصوله على الحماية التأمينية، ويقابل ذلك أن شركة التأمين تقدم الحماية التأمينية كعوض عن إستلامه قسط التأمين (العنكي، ٥٦).

رابعاً: مراحل إبرام عقد التأمين من الناحية العملية:

من الناحية العملية يمر إبرام عقد التأمين على مراحل متوالية، تأخذ في حدوثها الخطوات التالية:

- ١- طلب التأمين.
- ٢- عرض التأمين (السعر والشروط).
- ٣- الموافقة على العرض (التراضي).
- ٤- مذكرة التغطية المؤقتة (أو إصدار وثيقة).
- ٥- وثيقة التأمين.
- ٦- إدارة العقد أو وثيقة التأمين (ملاحق الوثيقة، كعمليات الإضافة، التعديل، الحذف).
- ٧- التجديد أو انتهاء العقد (بدون تجديد).

خامساً: خصائص عقد التأمين:

يلتقي عقد التأمين مع غيره من العقود بأن له ذات خصائصها، ومع ذلك فإنه يختلف عن بعضها في خصائص تتناسب مع طبيعته وذاتيته التي تميزه عن غيره. وعلى ذلك فإن لهذا العقد خصائص عامة وخصائص خاصة نستعرضها فيما يلي:

أ- ملزم للجانبين:

إن سبب التزام كل طرف في عقد التأمين هو التزام الطرف الآخر، وهذا يعني أن طرفي العقد يلتزم كل منهما في مواجهة الآخر على النحو الذي يلتزم فيه المؤمن بالضمان مقابل أن يلتزم المؤمن له بدفع القسط، ويترتب على ذلك ان العلاقة فيما بين الطرفين تعاقدية تبادلية. ولا يرد القول بأن المؤمن لا يلتزم بالضمان إلا إذا تحقق الخطر وأن هذا الالتزام لا يقوم ولا يدفع المؤمن أي شيء عند عدم تحقق الخطر، وذلك لأن الالتزامات تنقرر عند إبرام العقد وهي آثار العقد التي يتعين الوفاء بها لأن العبرة في النظر إلى تقابل الالتزامات التعاقدية هي لحظة إبرام العقد لا لحظة تنفيذه (الكيلاني، ١٠٢).

ب- عقد تعويض:

وهذه الحقيقة للعقد تعني أن كل طرف فيه يحصل على مقابل لما يعطي إذ يدفع المؤمن له الاشتراك في التأمين أو القسط ليحصل مقابل ذلك على الحماية من نتائج أخطار معينة يخشاها أثناء فترة سريان العقد، ولعل اتفاق الطرفين في عقد التأمين بغرض تفادي الخسارة ينفي عن هذا العقد صفة التبرع حتى ولو لم تتحقق الخسارة أو لم يتحقق الخطر، ولا ينفي عنه كذلك صفته كعقد معاوضة انصراف آثاره أحياناً للغير كما هو الحال في التأمين لصالح مستفيد آخر.

ج- عقد التأمين رضائي:

يُبرم العقد بالتراضي والمحل والسبب هو ما تقوم به أركانه لجهة ارتباط إيجاب أحدهما بقبول الآخر دون البحث عن شكل معين ينبرم به هذا العقد، وهذا يعني أنه لا ضرورة لكتابة عقد التأمين .

والأصل في العقود أنها رضائية ويمكن أن يفيد الأصل بالنص عليه بالقانون، ومع ذلك درجت أطراف العقد على توثيقه كتابة.

وعقد التأمين رضائي في حقيقته رغم ما آثاره بعض الفقه من ملاحظات يعتقدون أنها ترد على مقولة إن عقد التأمين عقد رضائي، واعتبر هذا البعض أن العقد من العقود الشكلية حيناً ومن العقود العينية أحياناً أخرى، في حين اعتبره البعض الآخر من العقود العينية، . وأخيراً نرى مع الفائلين أن عقد التأمين عقد رضائي ينبرم بإيجاب وقبول الطرفين، وليس لدفع القسط أي أثر في تكييف العقد؛ لأنه لا يعتبر بحال شرطاً لانعقاده رغم جواز اتفاق الطرفين على تحويله إلى عقد شكلي أو عقد عيني؛ وذلك لأنه إذا اشترط أحد أطرافه عدم تمام العقد إلا بعد أن يدفع له الطرف الآخر أقساط التأمين، فإنه يصبح العقد في هذه الحالة شكلياً وعينياً في آن واحد، وهو شكلي للزوم توقيع الأطراف عليه وعيني لعدم قيامه إلا بتسليم المؤمن القسط الأول.

د- عقد احتمالي:

العقد الاحتمالي هو العقد الذي لا يستطيع أحد أطرافه معرفة ما سيعطي أو يأخذ ساعة إبرام العقد. ويعد عقد التأمين من هذا النوع؛ لأن يدفع العوض (مبلغ التأمين) معلق على تحقق الخطر، وهو من الناحية القانونية يتحدث عن علاقة المؤمن بالمؤمن له والقائمة على علاقة تعاقدية، تتوقف معرفة مدى التزام كل طرف فيها على المصادفة المتعلقة بوقوع الخطر وبتاريخ وقوعه .

و يمكن التعبير عن عقد التأمين بأنه عقد احتمالي؛ لأن الغرض منه تحمل خطر غير محقق الوقوع، كما أنه في غالبية عقود التأمين يكون الاحتمال في تحقق وقوع الحادث أمراً لازماً، ولهذه الصفة لا يمكن التكهن وقت إبرام العقد بما هو الريح وما هي الخسارة فيه وهو ما يؤكد خاصية الاحتمالية في هذا العقد.

هـ - عقد مستمر:

يكون عقد التأمين مستمراً؛ لأن التزام أحد الطرفين أو كليهما عبارة عن عدة أداءات مستمرة مع الزمن، فالتزام المؤمن له بدفع الأقساط التزام مستمر متكرر في فترات منتظمة يدفع أثناءها الأقساط السنوية طول مدة التأمين، والتزام المؤمن في عقد التأمين لضمان الخطر طول مدة العقد، ويكفي القول بأن عقد التأمين من العقود المستمرة (الكيلاني، ١٠٤).

و - عقد إذعان:

يكون عقد التأمين من عقود الإذعان؛ لأن المؤمن يضع شروطاً يملئ بموجبها إرادته على المؤمن له ولا يكون للأخير إلا أن يقبل العقد بشروطه أو لا يقبل على نحو ليس له حرية المساومة أو المناقشة حول نصوصه الرئيسية .

وهناك من يرى أن عقد التأمين لا يعد من عقود الإذعان حتى وأن كان في وثيقة التأمين شروطاً مطبوعة صاغها المؤمن لتخدم مصالحه، وقد تأسس هذا القول على أن المؤمن له

يمكنه رفض التعاقد واللجوء إلى شركة أخرى للتأمين وهو ليس بمجبر للتعاقد مع الشركة التي دونت تلك الشروط مع احتمال ورود أحد هذه الشروط كشرط إذعان، وعقد التأمين عقد شرطي لأن وجوده معلق على وقوع خطر بالشيء المؤمن عليه، والتزام المؤمن يكون معلقاً على شرط واضح.

ز - عقد تعاون:

إن التأمين وسيلة من وسائل تعاون الأفراد والهيئات فبفضل العقد باتت الأخطار التي كان يتحملها شخص بمفرده أخطاراً جماعية يشترك في تحملها مجموعة من الناس يتعاونون على تحمل آثارها فمالك المخزن الذي التهمته النيران يؤدي به في هذا الحادث إلى الإفلاس إذا لم يكن قد أمنه ضد أخطار الحريق، وعلى العكس إذا احتاط للأمر وأمنه فالضرر يقع عندئذ ويتوزع على عدد كبير من المالكين الآخرين الذين أمنوا مخازنهم (الكيلاني، ١٠٥).

ح - عقد التأمين من عقود حسن النية:

يقصد بهذه الخاصية الدلالة على أن عقد التأمين يجب أن ينفذ طبقاً لما يقضي به حسن النية وذلك؛ لأن هذا الوصف للعقد يلعب دوراً كبيراً في عقد التأمين سواء في انعقاده أم تنفيذه أكبر من الدور الذي يلعبه هذه الوصف في العقود الأخرى. ومؤدى ذلك أن المؤمن لا يستطيع أن يلم في كثير من الأحيان بفكرة حقيقية عن الخطر المؤمن ضده وحجمه إلا عن طريق ما يدلي به المؤمن له من بيانات عند طلب التأمين .

لهذا وجب أن يكون طالب التأمين أميناً في الإدلاء بالبيانات، مما يعني أن حسن النية كوصف للعقد يتدخل في انعقاده، ويتدخل كذلك في تنفيذه على أساس أن على المؤمن له أن يسعى جهده للتقليل من حجم المخاطر عند وقوعها بحيث يمتنع عن كل ما من شأنه زيادة تلك المخاطر . وعليه الإبلاغ عن كل الظروف التي قد تزيد من حجم المخاطر، وأن يمتنع عن إحداث المخاطر بنفسه، وعن كل ما من شأنه تجديد مداها وحصرها في أضيق نطاق. كما أن خروج المؤمن له عما يقتضيه وصف حسن النية يعرضه لجزاء سقوط حقه في التأمين ومرد كل ذلك إلى أن هذا العقد يبحث فيه قبل كل شيء عن قصد المتعاقدين (الكيلاني، ١٠٦) .

ط - الصفة التجارية لعقد التأمين:

يغلب على عقد التأمين أنه ذو طابع تجاري بحيث يعتبر من الأعمال التجارية على أساس أن المؤمن تاجرًا يقوم بالتأمين ضد أخطار الأموال والأشخاص لصالح آخرين مقابل تحقيق هدف هو الربح، وهذا العقد تجاري بطبيعته.

ومع ذلك لا يرد هذا المبدأ على أطرافه؛ لأنه ومع تسليمنا بتجارية العقد كتصرف من جانب المؤمن فإن هذا القول لا ينطبق على العقد كتصرف من جانب المؤمن له في كل الحالات؛ لأنه لا يستقيم القول بأن التأمين على حياة الإنسان تجاري بالنسبة للإنسان إذ كيف سيحقق ربحاً بعد أن فارق الحياة. وينطبق هذا القول على التأمين على الأشياء فالمؤمن له لا يمكن اعتبار العمل من جانبه ذا صفة تجارية؛ لأن إرادته لم تنتج نحو تحقيق ربح ما، ولأن ما يسعى له المؤمن هو استرداد خسارته نتيجة وقوع خطر أمن ضده .

وهو تجاري إذا كان المؤمن من شركة تجارية تتقاضى قسطاً ثابتاً أو محددًا، على أساس أن مثل هذه الشركة تم تأسيسها برأسمال ضخم لاستثماره وتوظيفه من أجل تحقيق بعض الأرباح مما يجعل ذلك العمل تجارياً.

هذا تعريف العقد وأركانه وخصائصه التي يبنى عليها من الجانب القانوني لذلك كان بناء عقد التأمين من الناحية التأمينية كالتالي:

وعلى الرغم من اختلاف شكل الوثيقة من شركة تأمين لأخرى إلا أن جميع الوثائق تتضمن ثمانية أقسام هي:

- ١- **العنوان:** وهو أول قسم في أعلى الوثيقة وبه اسم المؤمن وربما شعار الشركة وعنوانها.
- ٢- **الديباجة (المقدمة):** عادة ما تلحق بالعنوان والديباجة هي بيان تمهيدي أو مقدمة.
- ٣- **النص التعاقدية (متن الوثيقة):** وهو قسم مهم بالوثيقة حيث يحدد بدقة التغطية التأمينية التي يوفرها المؤمن والظروف التي تلزمه بالدفع (الأخطار المغطاة) وعادة ما تبدأ بعبارة «تلتزم الشركة بدفع» ثم يليها التفاصيل.

- ٤- **الاستثناءات:** وهي توضح بالتفصيل ما لا تغطيه الوثيقة ويمكن في العادة تصنيف الاستثناءات إلى فئات.
- ٥- **الشروط:** تخضع كافة وثائق التأمين للشروط سواء كانت ضمنية (أي غير مكتوبة في الوثيقة) أم صريحة (أي منصوص عليها في الوثيقة) فهي تضع القواعد التي تحكم سلوك كلا الطرفين خلال فترة سريان الوثيقة.
- ٦- **النص التعاوني:** ١٠٪ من صافي الفائض ستوزع على حملة الوثائق من خلال خفض القسط عند التجديد.
- ٧- **التوقيع:** يقوم مسؤول كبير في الشركة وعادة ما يكون المدير أو المدير العام بالتوقيع على الوثيقة ثم يقوم مسؤول آخر بالتصديق على التوقيع أو وضع أحرف اسمه الأولى بعد التحقق من المحتويات قبل إرسالها للعميل.
- ٨- **الجدول:** تمثل أقسام الوثيقة السبعة المذكورة حتى الآن محتويات وثيقة التأمين القياسية لأي نوع من أنواع الوثائق ويتم إنتاج نماذج الوثائق بأعداد كبيرة ويحتوي الجدول على جميع المعلومات المتعلقة بالخطر الفردي والتي تجعل من الوثيقة عقداً فردياً.

أسئلة التقييم الذاتي على الفصل الثالث

س ١: ميزة عقد التأمين أنه إلزامي، وهذا الإلزام:

(أ) ملزم لشركة التأمين فقط

(ب) ملزم للمؤمن له فقط

(ج) ملزم لطرفي العقد

(د): غير ملزم لأي طرف

س ٢: التعريف الشامل لعقد التأمين لا بد أن يتضمن:

(أ) الجانب القانوني فقط

(ب) الجانب النظري فقط

(ج) الجانب القانوني والنظري فقط

(د) تعريف أي جانب صحيح

س ٣: حتى يكون عقد التأمين عقداً تاماً لا بد أن يكون فيه:

(أ) إصدار الإيجاب فقط

(ب) إصدار القبول فقط

(ج) الطباعة واضحة

(د) إصدار الإيجاب والقبول فقط

س ٤: يصدر ركن التراضي في عقد التأمين عن كل من:

- (أ) المؤمن له
- (ب) شركة التأمين
- (ج) المؤمن له وشركة التأمين
- (د) التراضي ليس ركناً في عقد التأمين

س ٥: طرفا عقد التأمين هما:

- (أ) المؤمن له وشركة التأمين
- (ب) طلب التأمين وعقد التأمين
- (ج) طلب التأمين وعرض التأمين
- (د) عرض التأمين وعقد التأمين

س ٦: واحد مما يلي يعتبر من عيوب الإرادة في عقد التأمين:

- (أ) السعر المرتفع لقسط التأمين
- (ب) تأمين ممتلكات المؤمن له في وثيقة واحدة
- (ج) وجود الرضا مع الغلط والتدليس
- (د) رفض شركة التأمين لطلب التأمين

س ٧: محل العقد في التأمين لا بد أن يكون:

- (أ) مقبولاً للمؤمن له
- (ب) مقبولاً لوسيط التأمين
- (ج) يمكن التأمين فيه على أي ممتلكات
- (د) مقبولاً شرعاً ومعلوماً للطرفين

س ٨: ركن السبب في عقد التأمين هو:

(أ) الغرض المباشر للتأمين

(ب) طرفا التأمين

(ج) محل العقد

(د) التراضي

س ٩: أحد خصائص عقد التأمين أنه عقد معاوضة، وهذا يعني:

(أ) حصول المؤمن له على التعويض فقط

(ب) حصول المؤسسات الرسمية على رسومها

(ج) حصول شركات التأمين على القسط فقط

(د) أن كل طرف يحصل على مقابل لما يعطي

س ١٠: الاحتمالية في عقد التأمين تعني:

(أ) تعرض المؤمن له لخطر محقق

(ب) تحمل شركة التأمين لخطر غير محقق الوقوع

(ج) تحمل شركة التأمين لأخطار سابقة لعقد التأمين

(د) تحمل شركة التأمين لأخطار محتملة وأخرى سابقة للتأمين

الفصل الرابع

المشاركون الرئيسيون في صناعة التأمين في سوق المملكة العربية السعودية

المشاركون الرئيسيون في صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية

تعتبر صناعة التأمين التي تعنى بتقديم الخدمات التأمينية من خلال العديد من المنتجات التي صممت من خلال خبراء في تقديم التغطيات التي تحمي الأفراد والمؤسسات من الصناعات التفاعلية والتشاركية، بمعنى أنها تدخل في علاقات مع العديد من الجهات الحكومية والخاصة التي تقدم العديد من المهام والأدوار والوظائف، وسنقوم فيما يلي باستعراض هذه العلاقات:

أولاً: الجهات الرقابية والإشرافية:

١- مؤسسة النقد العربي السعودي:

أنشئت في ١٩٥٢م وتعرف أيضاً باسم ساما (SAMA) اختصاراً لـ (Saudi Arabian Monetary Agency) وهي بمثابة المصرف المركزي للمملكة العربية السعودية، وتعتبر مؤسسة النقد العربي السعودي من الأجهزة الأكثر أهمية بالنسبة للقطاع المصرفي ولقطاع التأمين في المنطقة.

وقد أوكل إليها العديد من المهام بموجب عدة أنظمة وتعليمات، حيث تقع على عاتقها مسؤولية سلامة النظام المصرفي ومدى فعاليته في القيام بواجباته تجاه مستخدمي خدمات النظام المصرفي والمساهمين فيه.

وما يهمنا هنا دور مؤسسة النقد العربي السعودي فيما يخص صناعة التأمين وخاصة ما يتعلق بالوظائف الفنية لمؤسسة النقد العربي السعودي الخاصة بنشاط التأمين، حيث تختص مؤسسة النقد العربي السعودي بمراقبة شركات التأمين التعاوني بالمملكة، من خلال القيام بما يلي:

- إعداد اللائحة التنفيذية لنظام التأمين في المملكة.
- تنظيم إنشاء شركات التأمين وإعادة التأمين بالمملكة.

- الإشراف على الجوانب الفنية لأعمال شركات التأمين وإعادة التأمين.
 - منح التراخيص لشركات التأمين التي ترغب في العمل بالمملكة.
 - تنظيم توزيع الأموال الفائضة على حملة الوثائق والمساهمين.
 - تحديد المتطلبات الرأسمالية والملاءة المالية لكل نوع من أنشطة التأمين التي تطلب الشركات مزاولتها.
 - تنظيم استثمارات شركات التأمين داخل وخارج المملكة.
 - تقرير المتطلبات التعليمية والمؤهلات اللازمة لموظفي شركات التأمين ووسطاء ووكلاء التأمين.
 - تحديد سلوكيات التعامل ومبيعات التأمين والإفصاح عن المعلومات.
 - الموافقة على المنتجات التأمينية الخاصة بشركات التأمين.
 - تفسير وتطبيق العقود.
 - تنظيم شراء التغطية التأمينية الإلزامية.
 - تنظيم ومراقبة شركات التأمين التعاوني وشركات المهن الحرة المتعلقة بالتأمين، وخبراء تسوية الخسائر، والإكتواريين.
- وقد صدر نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني بالمرسوم الملكي رقم م/٣٢ وتاريخ ١٤٢٤/٦/٢هـ، وتلا ذلك إصدار اللائحة التنفيذية للنظام بقرار وزير المالية رقم ٥٩٦/١ وتاريخ ١٤٢٥/٣/١هـ، وكان الهدف الأساسي من هذا النظام ولائحته التنفيذية هو تنظيم قطاع التأمين في المملكة.

وفور صدور هذا النظام ولائحته التنفيذية، شكلت مؤسسة النقد العربي السعودي فريقاً من المشرفين لأداء مهام الإشراف والرقابة على قطاع التأمين. ويعمل هذا الفريق حالياً ضمن إدارة عامة تابعة للمؤسسة تعنى بأداء المهام الإشرافية والرقابية على قطاع التأمين.

- ومنذ إنشائها، تقوم إدارة مراقبة التأمين بحماية المؤمن لهم وتطوير السوق، حيث تتمثل صلاحيات إدارة مراقبة التأمين في:
- حماية المؤمن لهم من الخسائر المالية غير المبررة ومن أصحاب السلوك غير النزيه في قطاع التأمين.
 - تعزيز شفافية السوق من خلال إلزام شركات التأمين بنشر بيانات موثوقة ومدققة على جمهور المتعاملين مع شركات هذا القطاع.
 - تعزيز وتطوير ونموسوق التأمين في المملكة العربية السعودية، من خلال الابتكار لأدوات الكفيلة بذلك، ونشر التوعية التأمينية في السوق.
 - ضمان استقرار قطاع التأمين لتشجيع الاستثمارات في هذا القطاع، وفي قطاع الاستثمارات بصفة عامة.
 - تعزيز وتنمية مهارات القوى العاملة في شركات قطاع التأمين، من المتخصصين والمشرفين في مجال التأمين في المملكة.

تاريخ الإدارة العامة للمراقبة على شركات التأمين التابعة للمؤسسة



وبعد استعراض الشكل أعلاه نلاحظ مدى التطور الذي حصل على نطاق النشاطات الخاصة بالإدارة العامة للرقابة على قطاع التأمين التابعة لمؤسسة النقد العربي السعودي، وذلك باعتبارها أحد الشركاء والمشاركين الرئيسيين والفاعلين في تاريخ صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية، ونعود لنذكر القارئ الكريم أنه تم لغاية إعداد هذا الكتاب إصدار عدد كبير من اللوائح والأنظمة والقرارات التي تنظم عمل القطاع، وسوف نذكر هذه اللوائح هنا، على أنه يمكن الرجوع إليها للمزيد من الاستيضاح من خلال زيارة الموقع الإلكتروني لمؤسسة النقد العربي السعودي www.sama.gov.sa:

- اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني.
- المبادئ المقرر تطبيقها لتنظيم عمل فروع شركات التأمين الأجنبية في المملكة العربية السعودية.
- خطة الانسحاب التي يجب أن تتبعها شركات التأمين غير المرخصة والعاملة في السعودية.
- اللائحة التنظيمية لسلوكيات سوق التأمين.
- قواعد مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب لشركات التأمين.
- لائحة مكافحة الاحتيال.
- لائحة إدارة المخاطر.
- لائحة تكاليف الإشراف والتفتيش.
- اللائحة التنظيمية لأعمال إعادة التأمين.
- اللائحة التنظيمية للأعمال الإكتوارية لشركات التأمين وإعادة التأمين.
- اللائحة التنظيمية لوسطاء ووكلاء التأمين.
- لائحة عمليات التأمين الإلكترونية.
- الوثيقة الموحدة للتأمين الإلزامي على المركبات.
- لائحة الاستثمار.
- لائحة الإسناد الخاصة بشركات التأمين وإعادة التأمين وأصحاب المهن الحرة.

- قواعد مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب لشركات التأمين (تحديث).
- سياسة توزيع فائض عمليات التأمين.
- لائحة حوكمة شركات التأمين.
- لائحة لجان المراجعة في شركات التأمين وإعادة التأمين.

وقد تم ذكر هذه اللوائح تبعاً طبقاً للتواريخ التي صدرت من خلالها، ونلاحظ من هذه اللوائح أنها تنظم معظم مجالات عمل شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة التي سيرد ذكرها لاحقاً.

٢- مجلس الضمان الصحي التعاوني:

مجلس الضمان الصحي التعاوني هيئة حكومية سعودية ذات شخصية اعتبارية مستقلة أنشئت بموجب المادة الرابعة من قرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ٢٧/٤/١٤٢٠ هـ الموافق ١١/٨/١٩٩٩م التي تنص على إنشاء مجلس الضمان الصحي التعاوني للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني حيث يهدف إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع العاملين بالقطاع الخاص وأسرههم ويرأس مجلس الإدارة معالي وزير الصحة وعضوية بعض الوزارات الحكومية بالدولة.

الإمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني:

هي الجهاز التنفيذي للمجلس وتتمثل مهامها في إعداد وتنفيذ السياسات والإجراءات التنفيذية والإشراف المباشر على التأمين الصحي بما في ذلك المتابعة الفنية والطبية وبشكل مستمر لكافة المعنيين بالنظام والعمل على تطوير حفظ حقوق المؤمن لهم. وتقوم الأمانة العامة بجهود كبيرة ومتعددة في صناعة التأمين الصحي التعاوني بما ينصب في تحقيق أهداف النظام مع الشركاء الأساسيين في العلاقة التأمينية من مقدمي الخدمات الصحية المعتمدين وشركات التأمين المؤهلة والمؤمن لهم ومنها:

• **اعتماد مقدمي الخدمة الصحية:** مقدمو الرعاية الصحية هم أحد أطراف العلاقة التأمينية الثلاثة و المنوط بها تقديم خدمات الرعاية الصحية للمؤمن لهم المتعاقدين مع شركات التأمين المؤهلة من المجلس. و يصنف مقدمو خدمات الرعاية الصحية إلى مستشفيات / مراكز جراحة اليوم الواحد / مجمع العيادات / المستوصفات / عيادة الطبيب الواحد/ مركز تشخيص/ مركز علاج طبيعي/ مختبر تحاليل/ صيدليات/ محلات الأجهزة والأطراف الصناعية/ محلات النظارات الطبية. وتقوم الأمانة العامة للمجلس باعتماد المنشآت الصحية في القطاعين العام والخاص الراغبين في العمل تحت مظلة الضمان الصحي التعاوني بعد التأكد من استيفائها متطلبات الاعتماد وأن لديها الكوادر البشرية المؤهلة و الإمكانيات الإدارية و الفنية المناسبة للتعامل بمهنية مع شركات التأمين المؤهلة. ولذا فإن طبيعة هذه العلاقة تحتم بأن يكون مقدم الخدمة أو المرفق الصحي مستوفياً لعدد من المعايير المطلوبة ليتسنى له أداء دوره كما يجب في هذه العلاقة التأمينية.

• **تجديد اعتماد المرافق الصحية:** تأتي خطوة تجديد اعتماد المرافق الصحية كخطوة رقابية ذات دور تنظيمي، وتعتبر من الأدوات الأساسية للمحافظة على مستويات الجودة في المرافق الصحية بما يضمن قيامها بالدور الموكل لها على أكمل وجه ويتم تجديد اعتماد مقدمي الرعاية الصحية سنوياً أو كل سنتين أو ثلاث سنوات لبعض فئاتهم وذلك بعد استيفائهم لمتطلبات تجديد الإيعتماد التي تعتبر امتداداً للاعتماد السابق.

• **تأهيل شركات التأمين الصحي:** دخول سوق التأمين الصحي يتطلب من شركات التأمين الحصول على تصريح مؤسسة النقد العربي السعودي ومن ثم يتم تأهيلها لممارسة أعمال الضمان الصحي التعاوني من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني وبالتالي قيام شركات التأمين الصحي بإدارة المنافع المغطاة ضمن وثيقة الضمان الصحي التعاوني وتقوم الأمانة العامة للمجلس بإعداد خطط العمل اللازمة لتأهيل ومتابعة أعمال هذه الشركات حسب مراحل التطبيق وتفعيل التنسيق مع الجهات المعنية وتشكيل لجان وفرق عمل تخدم أغراض التطبيق.

أهم التزامات شركات التأمين الصحي الآتي:

- القيام بمهامها تجاه عملائها بتوفير التغطية التأمينية المناسبة لهم فهي مسئولة بشكل مباشر أمام حامل الوثيقة (صاحب العمل) منذ بداية سريان وثيقة التأمين الموقعة مع العميل.
- رفع الأسماء للمؤمن لهم على نظام الشبكة الوطنية للضمان الصحي التعاوني خلال ٤٨ ساعة.
- إصدار بطاقات التأمين للمؤمن لهم خلال (٥) أيام عمل على الأكثر من تاريخ سريان الوثيقة وتسليمها للعميل على أن تبقى شركة التأمين مسئولة عن أي مطالبات قد تنشأ منذ بداية إصدار الوثيقة.
- على شركة التأمين سرعة إعطاء الموافقات لتقديم العلاج للمستفيدين إلى مقدمي الخدمة خلال (٦٠) دقيقة.
- سرعة تسوية مطالبات مقدمي الخدمة خلال (٦٠) يوماً ليستطيع مقدم الخدمة تقديم الخدمات العلاجية المناسبة وبصورة فعالة لعملاء شركة التأمين.
- التزامها بالقيام بتوفير خدمات رعاية صحية للمؤمن عليهم بإبرام عقود خدمات صحية مع مقدمي خدمة معتمدين من المجلس.
- تزويد المستفيدين عند بدء التغطية التأمينية بكتيبات توضيحية تتضمن الوثيقة ونطاق التغطية التأمينية وحدودها وشبكة مقدمي الخدمات المعتمدة.
- إبلاغ شبكة مقدمي الخدمات المعتمدة بانضمام حامل الوثيقة إلى التغطية التأمينية بحيث تتناسب مع احتياجات المستفيدين ومواقع عملهم، بشكل لا يضطرون معه للحصول على الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة.
- التزامها بإنشاء وحدة لقبول ومعالجة الشكاوى الواردة من المستفيدين.
- التزامها بالحد الأدنى لمنافع وثيقة الضمان الصحي التعاوني الموحدة.

• وتوجد إدارة تأهيل خاصة بشركات التأمين، تقوم بتأهيل شركات التأمين لمزاولة أعمال الضمان الصحي التعاوني وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي لمزاولة أعمال إدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني وتقوم بالإشراف على أداء الشركات ومراقبتهم للقيام بأعمالهم حسب نظام الضمان الصحي التعاوني ولوائحه التنفيذية ووثيقته الموحدة.

٣- هيئة سوق المال:

حيث إن كل شركات التأمين بموجب النظام لا بد من أن تكون شركات مساهمة عامة فلا بد من أن تقوم بطرح جزء من أسهمها لعامة المواطنين بما نسبته ٤٠٪ من قيمة رأسمال الشركة، وحيث إن الجهة المسؤولة عن هذا الطرح هي هيئة سوق المال، فكان لا بد من تعريف القارئ بها باعتبارها أحد المشاركين الرئيسيين في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية. نشأت السوق المالية في السعودية ببدايات غير رسمية في الخمسينيات من القرن الماضي، واستمر الوضع كذلك إلى أن وضعت الحكومة التنظيمات الأساسية للسوق في الثمانينيات، وبموجب «نظام السوق المالية» الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/٣٠) وتاريخ ١٤٢٤/٦/٢هـ تأسست هيئة السوق المالية، وهي هيئة حكومية ذات استقلال مالي وإداري وترتبط مباشرة برئيس مجلس الوزراء.

مهام الهيئة:

تتولى الهيئة الإشراف على تنظيم وتطوير السوق المالية، وإصدار اللوائح والقواعد والتعليمات اللازمة لتطبيق أحكام نظام السوق المالية بهدف توفير المناخ الملائم للاستثمار في السوق، وزيادة الثقة به، والتأكد من الإفصاح الملائم والشفافية للشركات المساهمة المدرجة في السوق، وحماية المستثمرين والمتعاملين بالأوراق المالية من الأعمال غير المشروعة في السوق.

النشاطات الرئيسية للهيئة:

- إرسال تذكير بالمهلة المحددة لتقديم الطلب عن طريق البريد الإلكتروني.
- تلقي النماذج المالية بصورة شهرية وفصلية وسنوية.
- ضمان دقة ونزاهة البيانات التي يتم جمعها.
- احتساب النسب ذات الصلة لدراسة الأداء والتوجهات.
- إصدار تقارير السوق على مستوى القطاع والشركات.
- التحقق من مشاكل الملاءة المالية للشركات (وهذا بالطبع نشاط مهم لصناعة التأمين حيث إن الملاءة المالية من المواضيع الهامة لشركات التأمين).

صلاحيات الهيئة:

تتمتع الهيئة بالصلاحيات التالية:

- تنظيم وتطوير السوق المالية، وتنمية وتطوير أساليب الأجهزة والجهات العاملة في تداول الأوراق المالية.
- حماية المستثمرين من الممارسات غير العادلة وغير السليمة التي تنطوي على احتيال أو خداع أو غش أو تلاعب، أو التداول بناءً على معلومات داخلية.
- العمل على تحقيق العدالة، والكفاءة والشفافية في معاملات الأوراق المالية.
- تطوير الضوابط التي تحد من المخاطر المرتبطة بتعاملات الأوراق المالية.
- تطوير وتنظيم ومراقبة إصدار وتداول الأوراق المالية.
- تنظيم ومراقبة أنشطة الجهات الخاضعة لإشراف هيئة السوق المالية.
- تنظيم ومراقبة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالأوراق المالية والجهات المصدرة لها.
- وتسعى الهيئة إلى حماية المستثمرين وتحقيق العدالة والكفاءة والشفافية في التداول من خلال اكتشاف الأعمال والتصرفات التي تعد من أنواع التلاعب والتضليل. أما ارتفاع السوق وانخفاضها فهو أمر يحكمه العرض والطلب فقط.

• وتضع الهيئة الضوابط والتعليمات المنظمة لإعلانات شركات التأمين المدرجة في السوق المالية السعودية (تداول) التي يجب على تلك الشركات الالتزام بها عند بث أي إعلان في موقع تداول. وتقع مسؤولية الإعلان ومحتوياته على الشركة كما تتولى الإدارة أعمال ومهام التحقيق في قضايا المخالفات الإلكترونية واستدعاء المخالفين واستجوابهم، وسماع أقوال الشهود في مخالفات ممارسة أعمال الأوراق المالية التي تقع عبر مواقع الإنترنت ومنندياته، أو عبر رسائل الهاتف النقال، أو عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية كتقديم المشورة للمستثمرين بإصدار التوصيات أو بإدارة محافظ استثمارية، دون الحصول على ترخيص من الهيئة. **وتتلخص مهام الإدارة فيما يلي:**

- التحقيق في قضايا المخالفات الإلكترونية والمحالة إليها من وحدة الرقابة الإلكترونية بعد قيام الوحدة بإجراءات الضبط وجمع الأدلة اللازمة.
- طلب المعلومات أو السجلات التي تراها الإدارة ضرورية لاستكمال إجراءات التحقيق في المخالفات الإلكترونية من الجهات ذات العلاقة.
- استدعاء المخالفين واستجوابهم، وسماع أقوال الشهود.
- التنسيق مع الجهات ذات العلاقة للحد من تلك المخالفات.
- كما تتابع الهيئة نشر القوائم المالية والتقارير الصادرة عن الشركات المدرجة للتأكد من تماشيها ومتطلبات الهيئة ولوائحها من حيث توقيت النشر والمعلومات التي تشملها.
- **كما حدّدت الهيئة الفترات التي يجب على الشركة خلالها نشر قوائمها المالية وهي:**
- إعلان القوائم المالية السنوية فور اعتمادها خلال فترة لا تتجاوز أربعين يوم عمل من نهاية الفترة المالية السنوية التي تشملها تلك القوائم.
- إعلان القوائم المالية ربع السنوية فور اعتمادها خلال فترة لا تتجاوز خمسة عشر يوم عمل من نهاية الفترة المالية التي تشملها تلك القوائم.

حوكمة الشركات:

وهي آلية عمل لمراقبة وتوجيه جميع أنشطة الشركة لحماية حقوق المساهمين وأصحاب المصالح (مثل العاملين والعملاء والموردين). وتشكل الحوكمة مجموعة مترابطة من الإجراءات والترتيبات التنظيمية التي تحكم العلاقة بين المساهمين ومجالس الإدارة بالإضافة إلى الإدارة التنفيذية بما يحقق أهداف إستراتيجية طويلة المدى لتلبية احتياجات المساهمين وأصحاب المصالح والجهات الرقابية من خلال دور إدارات الشركات في أداء أعمالها بنزاهة ومصداقية ومسؤولية.

وهكذا فإن هناك علاقة رقابية تمارسها هيئة سوق المال على شركات التأمين باعتبارها من المكونات الرئيسية في سوق المال.

٤- وزارة الصناعة والتجارة:

تتطلع وزارة التجارة والصناعة إلى خدمة الجمهور والشركات بما فيها شركات التأمين وتبسيط إجراءات الخدمة بمختلف الوسائل المتاحة، لذا عملت الوزارة على تنفيذ مجموعة من خدماتها بشكل إلكتروني وتوفير خدمات تفاعلية متكاملة تسهل على المستفيد النهائي إتمام طلبه بشكل كامل ومن أي مدينة دون مراجعة مبنى الوزارة، كذلك خدمات للتحقق موجهة لقطاع الأعمال والجهات الحكومية، وخدمات للمتابعة تساعد المراجع في متابعة طلبه عن طريق أسهل وأسرع الوسائل مثل الهاتف الجوال، بالإضافة إلى بعض الخدمات الاستفسارية.

ولكل خدمة إلكترونية مقدمة على البوابة وقت معتمد للتنفيذ تلتزم الوزارة به، هذا الوقت المذكور في صفحة الخدمة الإلكترونية بشكل واضح، ويمكن لمقدم الطلب في حال التأخر في التنفيذ الاتصال مباشرة بمركز خدمات العملاء للاعتراض.

ويعتبر السجل التجاري لأي شركة تأمين أو حتى المهن التأمينية الحرة واحداً من الخدمات التي تقدمها وزارة التجارة والصناعة لشركة التأمين، حيث إن الحصول على سجل تجاري للشركة يعتبر متطلباً رئيسياً من المتطلبات السابقة للحصول على رخص العمل التأميني من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي.

وعليه فلا بد لأي شركة تأمين مرخصة أن تكون خاضعة لقانون الشركات الصادر عن وزارة التجارة والصناعة والذي ينظم العلاقة ما بين جميع المساهمين باعتبارهم شركة مساهمة أولاً قبل أن يكونوا شركة تأمين. وبالطبع فإن الحصول على سجل تجاري يمر عبر إجراءات نظامية.

حيث يبين السجل التجاري الاسم التجاري للشركة وأسماء أعضاء مجلس الإدارة والمدير العام ورأسمال الشركة، وطبيعة النشاط الذي سيتم ممارسته. ويشار إلى الرقم الخاص بالسجل التجاري باعتباره من الأرقام المرجعية للكثير من المعاملات الخاصة ومع الجهات الرسمية، كما يعتبر سريان السجل التجاري من الأدلة الهامة على استمرارية عمل الشركة، ويجب أن تُبلَّغ الوزارة بأي تعديلات تحصل على عقد الشراكة، والتي يمكن أن تغير هذا العقد بشكل جوهري .

هذا وقد صدر نظام جديد للشركات في عام ١٤٣٧هـ / ٢٠١٥م يتضمن الكثير من المواد التي تتعلق بالشركات المساهمة في السوق المالية، وباعتبار أن كافة شركات التأمين في المملكة العربية السعودية شركات مساهمة عامة فلا بد أن تلتزم بهذه المواد.

٥- الهيئة العامة للاستثمار:

تم إنشاء الهيئة العامة للاستثمار من قبل الحكومة السعودية في ١٠ أبريل عام ٢٠٠٠م، وهي المسؤولة عن إدارة البيئة الاستثمارية في المملكة العربية السعودية، وتعمل الهيئة العامة للاستثمار في المملكة العربية السعودية تحت توجيهات حكومة المملكة وتقدم الخدمات والتسهيلات للمستثمرين للارتقاء بالمناخ الاستثماري وتعزيز التطور الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، كما تعمل كجهة محفزة لتعزيز الاستثمارات الداخلية وتسهيل تبادل أفضل الممارسات بين القطاعين العام والخاص وما يخص قطاع التأمين، وتلعب دور الوسيط بين مجتمع الأعمال العالمي والحكومة السعودية ووزاراتها ودوائرها. كما تهدف أيضاً إلى المشاركة في صنع سياسة اقتصادية متطورة تركز على الدراسة والبحث الإستراتيجي.

الهيئة العامة للاستثمار هي الجهة المسؤولة عن إدارة البيئة الاستثمارية للمستثمرين الأجانب في المملكة العربية السعودية والإشراف عليها والرقابة على شركات التأمين التي يكون فيها مستثمرين غير سعوديين.

ويتمثل دور الهيئة العامة للاستثمار في:

- العمل كيوابة استثمارية للمملكة ومحطة أولى لبداية الاستثمار.
- تقديم دعم يتميز بالكفاءة والفاعلية والملاءمة للمستثمرين، بما في ذلك توفير المساعدة عند الوصول إلى المملكة، واستخراج التأشيرات، وشحن البضائع، والتخليص الجمركي.
- العمل مع الشركاء الحكوميين مثل البرنامج الوطني لتطوير التجمعات الصناعية.
- التنسيق مع المؤسسات الحكومية الأخرى، والجهات المعنية والموردين، مثل شركات المحاماة والبنوك والمحللين وشركات التأمين.
- مراقبة قدرة المملكة على اجتذاب الاستثمارات للمستثمرين والارتقاء بها إلى مستويات أعلى، وذلك من خلال مركز التنافسية الوطني.

المهام الرئيسية للهيئة في مجالات وأنشطة التأمين:

- حماية حقوق حملة وثائق التأمين والمستفيدين منها (للمستثمرين).
- ضمان تحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية للنشاط التأميني والحفاظ على المدخرات الوطنية.
- كفالة سلامة المراكز المالية لوحدات سوق التأمين والتنسيق ومنع التضارب بينها.
- المشاركة في تنمية الوعي التأميني في البلاد.
- تدعيم سوق التأمين والعمل على تطويره.
- الارتقاء بالمهن التأمينية والإسهام الفعال في توفير الخبرات.

دور الهيئة في الإشراف والرقابة على نشاط التأمين:

- تسجيل المنشآت والأشخاص المزاولين لنشاط التأمين من غير السعوديين.
- لمزاولة أي نشاط متعلق بالتأمين استلزم القانون ضرورة التسجيل بالهيئة للرقابة على التأمين.

وتتمثل الأنشطة فيما يلي:

- شركات تأمين أو إعادة تأمين.
 - شركات وسطاء التأمين.
 - خبراء التأمين الإكتواريون.
 - خبراء التأمين الاستشاريون.
 - خبراء المعاينة وتقدير الأضرار.
 - مراقبو حسابات شركات التأمين من خلال وحدة مراقبة جودة أعمال مراقبو الحسابات المقيدين بسجلات الهيئة.
 - تحديد متطلبات رأس المال اللازم لتسجيل شركة التأمين والترخيص لها بمزاولة النشاط.
 - وكذا وجوب الاستثمار في أوجه الاستثمار المحددة للشركات قانوناً.
 - وجوب توافر شروط معينة فيمن يتولى قيادة إدارات شركات التأمين للمستثمرين.
- وهكذا نرى مدى أهمية الهيئة العامة للاستثمار وذلك لأنها إحدى البوابات الرئيسية للمستثمرين الأجانب في قطاع التأمين، ويبقى دور الهيئة قائماً في المراقبة والإشراف على هؤلاء طوال فترة تواجدهم.

٦ - الغرفة التجارية الصناعية:

لابد لكل شركة تأمين مسجلة ومرخصة من الانتساب للغرفة التجارية في المدينة التي رخصت فيها، حيث إن الغرفة التجارية الصناعية هي من الجهات غير الحكومية التي تنظم دعم القطاع الخاص والإشراف والمتابعة ومنها شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة فهي الجهة الرئيسية الممثلة لهذا القطاع بالاقتصاد السعودي، وتعمل الغرف السعودية من خلال أنشطتها

المختلفة على دعم القطاع الخاص وتوفير متطلباته وإرساء مقومات تطوير دوره في النشاط الاقتصادي سواء بشكل مباشر أم غير مباشر من خلال التنسيق مع الجهات المعنية، ولما كان واقع القطاع الخاص السعودي يغلب عليه طابع الأعمال الصغيرة والمتوسطة (والتي يندرج تحت هذا النشاط نشاط معظم شركات المهن التأمينية الحرة)، وهو ما يتأكد من النظر إلى نسبة عدد هذه المنشآت التي تتراوح بين ٨٠٪ - ٩٠٪ من إجمالي منتسبي كل غرفة، فقد كان من الضروري أن تسعى كل غرفة إلى تقديم كافة سبل الدعم الممكنة لهذه المنشآت. إلا أنه بمتابعة حجم هذا الدعم وتنوعه يتضح مدى التباين من غرفة إلى أخرى حسب القدرات والخبرات التي تتمتع بها كل منها، حيث تنامي الاهتمام بهذه المنشآت في الغرف الثلاث الرئيسية (الرياض، جدة، الشرقية) إلى حد إنشاء مراكز متخصصة للمنشآت الصغيرة والمتوسطة لبلورة وتنسيق الجهود المبذولة بكل غرفة، وفيما بين الغرف وبعضها البعض، لتطبيق كافة الوسائل الناجحة لدعم وتنمية هذه المنشآت. وتسعى غرف أخرى إلى مواكبة هذه التوجهات لتوحيد وتنسيق محاور دعم هذه المنشآت، في حين نجد أن بعض الغرف ما زالت تتلمس مجالات الدعم التي تستطيع أن توفرها لهذه المنشآت. ونستعرض فيما يلي أهم الجهود المبذولة من الغرف التجارية الصناعية السعودية لدعم وتنمية دور المنشآت الصغيرة والمتوسطة بالاقتصاد الوطني، اعتماداً على البيانات المقدمة في هذا الصدد بالاجتماعات التنسيقية الدورية بمجلس الغرف.

اختصاصات الغرف التجارية والصناعية:

تختص الغرف التجارية والصناعية بالأمر التالي:

- جمع ونشر كافة المعلومات والإحصاءات التي تتصل بالتجارة والصناعة.
- إعداد الدراسات والبحوث المتعلقة بالتجارة والصناعة والتأمين.
- إمداد الجهات الحكومية والشركات بالبيانات والمعلومات في المسائل التجارية والصناعية.
- تقديم الاقتراحات بشأن حماية التجارة والصناعة الوطنية من المنافسة الأجنبية.

- إبلاغ التجار والصنّاع بالأنظمة والقرارات والتعليمات ذات المساس بالأمر التجاري والصناعية.
- إرشاد التجار والصنّاع إلى أهم البلدان والمناطق التي يستوردون منها أو يصدرون إليها بضاعتهم وكذلك إرشادهم إلى طريق تطوير التجارة والصناعة.
- حصر ومناقشة مشاكل التجاريين والصناعيين تمهيداً لعرضها على الجهات الحكومية المختصة.
- فض المنازعات التجارية والصناعية بطريق التحكيم إذا اتفقت أطراف النزاع على إحالتها إليها.
- تبصير التجار والصنّاع بفرص الاستثمار الجديدة في المجالات التجارية والصناعية عن طريق التنسيق مع الجهات المختصة.
- تشجيع التجار والصنّاع وحثهم على الاستفادة من بيوت الخبرة المحلية والأجنبية، وتشجيع الاستثمارات في المشاريع المشتركة للمساهمة في تحقيق التنمية.

ومن المواد الهامة التي تتعلق بعمل شركات التأمين ضمن اختصاصات الغرفة التجارية: مادة (٨): تصدّق وتصدّر الغرف التجارية والصناعية الشهادات والمحركات والمستندات التي يحددها وزير التجارة بقرار منه وذلك مقابل رسم يحدده وزير التجارة.

٧- وزارة العمل:

الهدف العام للوزارة هو تنظيم استخدام القوى العاملة من خلال تنفيذ نظام العمل، وتخطيط الموارد البشرية وتطويرها، وتسوية الخلافات العمالية في القطاع الخاص ومنها قطاع التأمين. وتشدد وزارة العمل على إلزام كافة المؤسسات والشركات المملوكة للقطاع الخاص بتطبيق التأمين الصحي التعاوني على السعوديين العاملين لديها، وأسرهم. كما تؤكد الوزارة على تفعيل الدور الرقابي لمكاتب العمل لضبط المخالفين، ورفع تقارير فورية عن مدى التزام تلك الشركات

والمؤسسات بقرارات الوزارة فيما يتعلق بتفعيل تطبيق الضمان الصحي التعاوني على جميع السعوديين العاملين في القطاع الخاص وأفراد أسرهم. كما تشير وزارة العمل إلى أن الشركات والمؤسسات الخاصة ملزمة بإبرام عقود تأمين صحي على كافة العاملين لديها من السعوديين وعدم التهاون في ذلك، وتقوم بإبلاغ جميع مكاتب العمل بمتابعة ورصد أية منشأة لا تتجارب مع هذا التوجه.

كما تدعو وزارة العمل المواطنين العاملين في القطاع الخاص إلى التوجه لأقرب مكتب عمل للإبلاغ عن الشركات والمؤسسات التي لم تستجب لتغطيتهم ضمن نظام التأمين الصحي التعاوني، حتى يتسنى للمكتب اتخاذ الإجراء اللازم حيال المخالفين وإلزام الشركة بالتطبيق. وبموجب المادة الرابعة عشرة من نظام الضمان الصحي في المملكة، فإنه إذا لم يشترك صاحب العمل أو لم يتم بدفع أقساط الضمان الصحي التعاوني عن العامل لديه ممن ينطبق عليه هذا النظام وأفراد أسرته المشمولين معه بوثيقة الضمان الصحي التعاوني، ألزم بدفع جميع الأقساط واجبة السداد، إضافة إلى دفع غرامة مالية لا تزيد عن قيمة الاشتراك السنوي عن كل فرد، مع جواز حرمانه من استقدام العمال لفترة دائمة أو مؤقتة.

المهام العامة للوزارة:

- رسم السياسة العامة للشئون العمالية في المملكة في نطاق سياسة الدولة العامة وفق المبادئ الإسلامية والعدالة الاجتماعية، بهدف تحقيق الاستخدام الكامل، وفرص العمل المستقر المجزي للمواطنين، وتهيئة ظروف وعلاقات العمل لزيادة الإنتاج، وتحسين مستويات المعيشة، وتوطيد العلاقات الإنسانية بين أصحاب العمل.
- بحث ودراسة الموضوعات والمشكلات العمالية ضمن إطار خطط ومشاريع التنمية الاقتصادية والاجتماعية بالاشتراك مع الأجهزة المختصة في المملكة.
- وضع الخطط ورسم السياسات المتعلقة بتوظيف السعوديين وسعودة الوظائف في منشآت القطاع الخاص في ضوء ما ورد في نظام العمل، وقرار مجلس الوزراء رقم (٥٠) وتاريخ ١٤١٥/٤/٢١هـ، والقرارات والتعليمات الأخرى المتعلقة بهذا الشأن.

- الإشراف على استقدام ونقل خدمات واستخدام القوى العاملة والتراخيص لها بالعمل لدى منشآت القطاع الخاص، وإصدار تراخيص مكاتب الاستقدام الأهلية.
- رسم السياسات الخاصة بتفتيش العمل، ومراقبة تطبيق نظام العمل وإرشاد أصحاب العمل إلى مستلزمات نصوصه.
- إنشاء قاعدة بيانات لسوق العمل بالمملكة تشمل بيانات العاملين في القطاع الخاص سواء السعوديين أم غير السعوديين.
- بحث واقتراح الوسائل المؤدية إلى إحداث وتنسيق توزيع الخدمات الاجتماعية للعمال، والإشراف على تنفيذها ونشر وسائلها وإعداد الأنظمة واللوائح والخدمات والقرارات المنفذة لها.
- متابعة تنفيذ المشروعات والبرامج التي تتصل بشئون العمل والسعي إلى تحقيق الأهداف المشتركة في هذا السبيل بالتعاون مع أجهزة الدولة المختصة مع مراعاة الاختصاصات والصلاحيات المخولة لكل منها.
- إعداد البحوث الإحصائية العمالية وتنفيذها ونشر نتائجها بالاتفاق مع مصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات.
- تتبع وتقويم ما تم تنفيذه من خطط ومشروعات وبرامج، فيما يختص بأعمال شئون العمل وإعداد التقارير والبيانات المتعلقة بها.
- بحث وسائل تنظيم العلاقات مع الدول العربية والأجنبية والمنظمات الدولية والهيئات الإقليمية العربية والدولية فيما يختص بشئون العمل، بما في ذلك تبادل الخبرة والمعلومات والخبراء المتخصصين، وإيفاد البعثات واتخاذ إجراءات عقد الاتفاقات المحققة لهذا الغرض ضمن نطاق السياسة العامة للدولة بعد الرجوع إلى الجهات المختصة.
- تنظيم الاشتراك في المؤتمرات وحلقات الدراسات الإقليمية والعربية والدولية التي تتصل بميادين اختصاصها، والإعداد لإقامة مثل هذه المؤتمرات الدولية بالاتفاق مع الجهات المختصة.

٨- جهات حكومية ورقابية أخرى:

كما أسلفنا فإن قطاع التأمين جزء من منظومة مؤسساتية واقتصادية متكاملة يتقاطع عملها مع العديد من الجهات الرقابية والإشرافية والحكومية، وقد ذكرنا فيما سبق أهم هذه الجهات، إلا أن هناك بعض الجهات ذات العلاقة مع قطاع التأمين لكن بأدوار أقل نذكر منها: الإدارة العامة للمرور، الدفاع المدني، البلديات، بعض اللجان المتخصصة كلجنة النقل وغيرها .

ثانياً: شركات التأمين وإعادة التأمين التعاوني:

تعتبر شركات التأمين وإعادة التأمين من المشاركين الرئيسيين في صناعة التأمين في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية.

وحيث إن الجهات الرقابية والإشرافية وخاصة مؤسسة النقد العربي السعودي ضمن مهامها واختصاصاتها وضعت اللوائح والأنظمة التي تبين كيفية ترخيص وتأسيس شركات التأمين وإعادة التأمين، فقد تم ترخيص عدد من شركات التأمين بعد أن مرت بالخطوات التالية:

١- تقديم طلب ترخيص لمؤسسة النقد العربي السعودي شاملاً ما يلي:

- الطلب أو النموذج الخاص بطلب الترخيص.
- عقد التأسيس.
- النظام الأساسي.
- الهيكل التنظيمي.
- دراسة الجدوى الاقتصادية.

٢- تقديم خطة العمل لمدة خمس سنوات شاملة لما يلي:

- فروع التأمين التي تزمع الشركة ممارسة النشاط فيها.
- القدرة على إسناد اتفاقيات إعادة التأمين للفروع المراد إعادة التأمين عليها.
- خطة تسويق المنتجات.

- المصاريف المتوقعة لبدء النشاط والمصادر المالية اللازمة للتمويل.
- معدلات النمو المتوقعة للنشاط مع الأخذ بعين الاعتبار هامش الملاءة.
- العدد المتوقع للموظفين وخطة توظيف وتأهيل السعوديين.
- التكاليف السنوية بناءً على معدلات النمو المتوقع.
- قوائم مالية تقديرية مرتبطة بتوقعات النمو.
- بيان بالأسس الفنية لعمليات التأمين وشهادة من الخبير الإكتواري.
- خطة افتتاح فروع الشركة.

٣- ضمان بنكي غير قابل للإلغاء بمبلغ يعادل رأس المال المطلوب صادر لصالح المؤسسة من أحد البنوك المحلية يجدد تلقائياً حتى سداد رأسمال الشركة بالكامل.

وحيث إن شركات التأمين قامت بتقديم هذه المتطلبات لمؤسسة النقد فقد حصلت الشركات على الترخيص بعد المرور بخطوات الترخيص حسب الأصول.

وحتى تاريخ إعداد هذا الكتاب فقد تم ترخيص شركات التأمين التالية:

شركات التأمين التعاوني:

١. الشركة التعاونية للتأمين.
٢. شركة المتوسط والخليج للتأمين وإعادة التأمين التعاوني (ميدغلف).
٣. شركة ملاذ للتأمين وإعادة التأمين التعاوني.
٤. الشركة العربية السعودية للتأمين التعاوني (سايكو).
٥. شركة الأهلي للتكافل.
٦. شركة ساب للتكافل.
٧. شركة الدرع العربي للتأمين التعاوني.
٨. شركة سلامة للتأمين التعاوني.

٩. شركة اتحاد الخليج للتأمين التعاوني.
١٠. شركة أليانز السعودي الفرنسي للتأمين التعاوني.
١١. شركة سند للتأمين وإعادة التأمين التعاوني.
١٢. شركة الاتحاد التجاري للتأمين التعاوني.
١٣. شركة الصقر للتأمين التعاوني.
١٤. الشركة السعودية الهندية للتأمين التعاوني (وفا).
١٥. شركة التأمين العربية التعاونية.
١٦. الشركة السعودية المتحدة للتأمين التعاوني (ولاء).
١٧. شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني.
١٨. الشركة المتحدة للتأمين التعاوني.
١٩. الشركة الأهلية للتأمين التعاوني.
٢٠. شركة المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج).
٢١. شركة الراجحي للتأمين التعاوني (تكافل الراجحي).
٢٢. شركة أيس العربية للتأمين التعاوني.
٢٣. الشركة العالمية للتأمين التعاوني.
٢٤. شركة أكسا للتأمين التعاوني.
٢٥. الشركة الخليجية العامة للتأمين التعاوني.
٢٦. شركة وقاية للتأمين وإعادة التأمين التكافلي.
٢٧. شركة بروج للتأمين التعاوني.
٢٨. الشركة الوطنية للتأمين التعاوني.
٢٩. شركة أمانة للتأمين التعاوني «أمانة».
٣٠. شركة سوليدرتي السعودية للتكافل.
٣١. شركة الإنماء طوكيومارين.
٣٢. شركة الجزيرة للتكافل التعاوني.

٣٣. شركة متلايف وأيه أي جي والبنك العربي للتأمين التعاوني.

٣٤. شركة عناية السعودية للتأمين التعاوني.

شركات إعادة التأمين التعاوني:

الشركة السعودية لإعادة التأمين التعاوني (إعادة).

مميزات شركات التأمين في المملكة العربية السعودية:

وهنا نقدم بعض الملاحظات للقارئ الكريم على شركات التأمين التي تم ترخيصها باعتبارها المحور الرئيسي في صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية:

أ- أن جميع هذه الشركات مرخصة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي وبالتالي يسمح لها باكتتاب المنتجات التأمينية التي توفر الحاجات التأمينية للأفراد والمؤسسات.

ب- أن جميع هذه الشركات مسجلة في وزارة الصناعة والتجارة وتم تطبيق قانون الشركات عليها لضمان حقوق المساهمين.

ت- أن جميع هذه الشركات تعمل بالنظام التعاوني، فلا يسمح لأي شركة تأمين مرخصة إلا بالعمل في التأمين التعاوني.

ث- أن جميع هذه الشركات تلتزم بالحد الأدنى لرأسمال شركات التأمين المسموح به وهو مائة مليون ريال.

ج- أن جميع هذه الشركات شركات مساهمة عامة وجزء كبير من مواطني المملكة العربية السعودية مساهمون في هذه الشركات.

ح- أن جميع هذه الشركات تخضع للرقابة والإشراف من مؤسسة النقد العربي السعودي مما يوفر الحماية لشركات التأمين والمؤمن لهم.

خ- أن جميع هذه الشركات تخضع لما يسمى بالحوكمة الرشيدة والتي تؤدي إلى الإفصاح عما له علاقة بالنتائج والقرارات المالية أو أي قرارات قد تؤثر على وضع الشركة القانوني أو المالي.

- د- أن جميع هذه الشركات ملتزمة بالتعاقد مع شركات إعادة تأمين مصنفة لكي تضمن حقوق المؤمن لهم والمحافظة على وضع الشركة من حيث إدارة الأخطار المكتتبه.
- ذ- توجد بعض الشركات التي يساهم فيها بعض الشركاء غير السعوديين وبالتالي تطبق عليهم شروط وأحكام الهيئة العامة للاستثمار.

ثالثاً: شركات ومزاولو المهن التأمينية الحرة:

تعتبر من المشاركين الرئيسيين في صناعة التأمين في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية، وذلك لأن هذه المهن يتم ترخيصها من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي بعد أن تتقدم بشكل رسمي وتحقق كافة المتطلبات الخاصة بكل مهنة من المهن التأمينية الحرة بحيث يرخّص لهم بممارسة أي من المهن الحرة المتعلقة بنشاط التأمين أو إعادة التأمين. وبالطبع فقد حصلت العديد من شركات ومزاولو المهن التأمينية الحرة بعد أن مرت بمراحل على التراخيص التالية:

- ١- تقديم النموذج الخاص بطلب الترخيص الخاص بالمهن التأمينية الحرة، بحيث يرفق مع هذا النموذج:
 - أ- عقد التأسيس.
 - ب- النظام الأساسي.
 - ت- الهيكل التنظيمي.
 - ث- دراسة الجدوى الاقتصادية.

ج- خطة العمل لثلاث سنوات بحيث تشمل على:

- فروع التأمين التي يزمع أصحاب المهن الحرة ممارسة النشاط فيها.
- التكاليف المتوقعة لبدء النشاط والمصادر المالية اللازمة للتمويل.
- معدلات النمو المتوقعة للنشاط.

- العدد المتوقع للموظفين وخطة التوظيف وتأهيل السعوديين.
- قوائم مالية تقديرية مرتبطة بتوقعات النمو.
- خطة افتتاح الفروع.

٢- ضمان بنكي غير قابل للإلغاء بمبلغ يعادل رأس المال المطلوب صادر لصالح المؤسسة من أحد البنوك المحلية يجدد تلقائياً حتى سداد رأسمال الشركة بالكامل.

أما مزاولو المهن التأمينية الحرة وهم الأشخاص الطبيعيون الذين يرخص لهم بمزاولة أي من المهن الحرة المتعلقة بنشاط التأمين و/ أو إعادة التأمين ويعملون لدى أصحاب المهن الحرة، فيجب أن يوفروا المتطلبات التالية للحصول على ترخيص من مؤسسة النقد العربي السعودي:

أ- الحصول على الشهادة الجامعية مع خبرة في التأمين لا تقل عن خمس سنوات أو شهادة تأمين متخصصة.

ب- اجتياز الامتحان المعتمد للمهنة المطلوبة، أو الحصول على تأهيل معادل له.

وعن طريق هذه المراحل والمتطلبات تم ترخيص عدد من شركات المهن التأمينية الحرة على النحو التالي:

المهنة التأمينية الحرة الأولى: شركات وسطاء التأمين:

ويعرف وسيط التأمين بأنه الشخص الاعتباري الذي يقوم لقاء مقابل مادي بالتفاوض مع شركات التأمين لإتمام عملية التأمين لصالح المؤمن لهم.

ونود أن نضيف هنا أن الحد الأدنى لرأسمال الشركة المطلوب لترخيص وسيط التأمين يبلغ ثلاثة ملايين ريال.

وقد حذر النظام الخاص بأعمال التأمين شركات التأمين من التعامل مع أي وسيط غير مرخص وهذا بالطبع ينطبق على باقي المهن التأمينية الحرة.

وقد تم ترخيص حتى تاريخ إعداد هذا الكتاب شركات الوساطة التالية:

١. شركة وجيف لخدمات وساطة التأمين.
٢. شركة الثنيان لوساطة التأمين.
٣. شركة الوسطاء السعوديين ووسطاء تأمين وإعادة تأمين.
٤. شركة أيون العربية السعودية ووسطاء تأمين وإعادة تأمين.
٥. شركة بيت التأمين لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦. شركة ويليس السعودية العربية المحدودة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧. شركة الأمان لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٨. الشركة الوطنية لوساطة التأمين.
٩. شركة ساب إنشورانس سيرفيسز المحدودة.
١٠. شركة آيس لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
١١. الشركة الأولى لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
١٢. الشركة العالمية المتحدة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
١٣. شركة المستشار لخدمات وساطة التأمين.
١٤. شركة حلول لوساطة التأمين.
١٥. شركة الدرع الأخضر الوطنية لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
١٦. الشركة العربية لخدمات التسويق.
١٧. شركة دار الوساطة للتأمين.
١٨. شركة الثقة لوساطة التأمين.
١٩. شركة الرابط السعودي للوساطة التأمينية.
٢٠. شركة دار ميار لوساطة التأمين.
٢١. شركة حماية الأخطار لوساطة التأمين.
٢٢. شركة مارش السعودية للوساطة في التأمين وإعادة التأمين.

٢٣. شركة ضمان لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٢٤. الشركة السعودية البلجيكية لوساطة إعادة التأمين.
٢٥. شركة وصل لوساطة التأمين.
٢٦. شركة اتحاد وسطاء التأمين المحدودة.
٢٧. شركة الوساطة السعودية.
٢٨. شركة المأمون عبر البحار وسطاء تأمين المحدودة.
٢٩. شركة النخبة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٣٠. شركة الخدمات التجارية العربية لوساطة التأمين.
٣١. ناسكوكارواغلان العربية السعودية لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٣٢. شركة يو أي بي السعودية لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٣٣. شركة لونزديل آند أسوشينيتس لوساطة التأمين وإعادة التأمين المحدودة.
٣٤. شركة الخليج لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٣٥. شركة الطيار لوساطة التأمين.
٣٦. شركة اليمامة لوساطة التأمين.
٣٧. شركة وسطاء الثقة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٣٨. شركة الأهداف الخليجية لوساطة التأمين.
٣٩. شركة الأمان العربية السعودية لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٤٠. شركة أديسون برادلي العربية.
٤١. شركة واكن لوساطة التأمين.
٤٢. شركة المستقلة لخدمات وساطة التأمين.
٤٣. شركة شديد لوساطة إعادة التأمين المحدودة.
٤٤. شركة البسامي لوساطة التأمين.
٤٥. شركة جلوبل لوساطة التأمين.

٤٦. شركة المساندة وسطاء التأمين.
٤٧. شركة مسارات التأمين لوساطة التأمين.
٤٨. شركة مركز بستان الشرق الأوسط لوساطة التأمين.
٤٩. شركة عصام قباني لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٥٠. شركة الوثيقة المعتمدة لوساطة التأمين.
٥١. شركة الممارسات المهنية لوساطة التأمين.
٥٢. شركة رؤية الوسيط لوساطة التأمين.
٥٣. شركة فنشرش فارس لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٥٤. شركة الامتياز لوساطة التأمين.
٥٥. شركة تغطية الخليج لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٥٦. شركة أر أف أي بي العربية السعودية المحدودة - وساطة التأمين وإعادة التأمين.
٥٧. شركة ياسر محمد أحمد بقشان لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٥٨. شركة دراية لوساطة التأمين.
٥٩. شركة إسناد لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦٠. شركة مارينا لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦١. شركة السعودية الدولية لوساطة التأمين.
٦٢. شركة أركان لوساطة التأمين التعاوني.
٦٣. شركة توكل لوساطة التأمين.
٦٤. الشركة السعودية العامة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦٥. شركة الفالويدز لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦٦. شركة إزار للوساطة في أعمال التأمين.
٦٧. شركة الوثيقة الخضراء لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٦٨. شركة وساطة المملكة للتأمين وإعادة التأمين.

٦٩. شركة شديد وشركاه السعودية لوساطة التأمين.
٧٠. شركة الآفاق لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧١. شركة ركائز لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧٢. شركة دعم لوساطة التأمين وإعادة التأمين التعاوني.
٧٣. شركة فال لوساطة التأمين وإعادة التأمين التعاوني.
٧٤. الشركة الحديثة لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧٥. شركة مدارات التأمين لوساطة التأمين.
٧٦. شركة نوران الذهبية لوساطة التأمين.
٧٧. شركة المخاطر الرئيسية لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧٨. شركة رؤية المستقبل لوساطة التأمين وإعادة التأمين.
٧٩. شركة مجموعة البحر المتوسط لوساطة التأمين.
٨٠. شركة عناية الوسيط لوساطة التأمين وإعادة التأمين.

المهنة التأمينية الحرة الثانية: شركات وكلاء التأمين:

يعرف وكيل التأمين بأنه الشخص الاعتباري الذي يقوم لقاء مقابل مادي بتمثيل شركة التأمين وتسويق وبيع وثائق التأمين، وجميع الأعمال التي يقوم بها عادة لحساب شركة التأمين أو بالنيابة عنها.

والوكيل يستطيع أن يكون وكيلاً لشركة تأمين واحدة أو منتج تأميني واحد، والحد الأدنى المطلوب لترخيص وكالة تأمين يبلغ خمسمائة ألف ريال سعودي.

وقد تم ترخيص عدد من شركات وكلاء التأمين حتى إعداد هذا الكتاب على النحو التالي:

١. الشركة العربية لخدمات التأمين المحدودة.
٢. شركة أيس لوكالة التأمين.
٣. شركة البلورات لخدمات وكالة التأمين التعاوني.

٤. شركة المحيط الحديث لوكالة التأمين.
٥. شركة التكافل السعودي وكلاء تأمين.
٦. شركة الميازين لوكالة التأمين.
٧. شركة الماروز للخدمات التأمينية «وكلاء تأمين».
٨. شركة المتقدمة لوكالات التأمين.
٩. شركة العرين لوكالة التأمين.
١٠. شركة النخبة الكونية لوكالة التأمين المحدودة.
١١. شركة التكافل الوطني وكلاء تأمين.
١٢. شركة السامية المحدودة - وكلاء تأمين.
١٣. شركة شاير لوكالة التأمين.
١٤. شركة وعد لوكالة التأمين.
١٥. شركة السبيل لوكالة التأمين.
١٦. شركة عنادل السعودية لوكالة التأمين.
١٧. شركة الأهلي لتسويق خدمات التأمين المحدودة.
١٨. وكالة ساب للتأمين.
١٩. شركة العارض لوكالة التأمين.
٢٠. شركة طريق المستقبل لوكالة التأمين.
٢١. الشركة السعودية الفرنسية لأعمال وكيل التأمين.
٢٢. شركة وكالة رند للتأمين.
٢٣. شركة مداد الثقة لوكالة التأمين.
٢٤. شركة تضامن لوكالة التأمين التعاوني.
٢٥. شركة الباطين لوكالة التأمين التعاوني.
٢٦. شركة وكالة تكافل الراجحي.

٢٧. شركة ثيانتل لوكالة التأمين.
٢٨. شركة تمكين الرائدة لوكالة التأمين.
٢٩. شركة وثيقتي لوكالة التأمين.
٣٠. شركة وسيلة لوكالة التأمين.
٣١. شركة الرواد لوكالة التأمين.
٣٢. الوفاء لوكالة التأمين.
٣٣. التعزيزات لوكالة التأمين.
٣٤. شركة السعودي الهولندي لوكالة التأمين.
٣٥. شركة فجر لوكالة التأمين.
٣٦. شركة وتد الوطنية لوكالة التأمين.
٣٧. شركة بوابة الأمان لوكالة التأمين.
٣٨. شركة عهد السعودية لوكالة التأمين.
٣٩. شركة الحلول السهلة لوكالة التأمين التعاوني.
٤٠. شركة فرسان لوكالة التأمين المحدودة.
٤١. شركة الغطاء المميز لوكالة التأمين.
٤٢. مجدي سالم القاضي وكلاء تأمين.
٤٣. وكالة الاتحاد الوطني السعودي لخدمات التأمين.
٤٤. شركة دار الأسطورة لوكالة التأمين التعاوني.
٤٥. شركة وكالة عمليات التأمين لخدمات التأمين.
٤٦. شركة التعاون المتحدة لوكالة التأمين.
٤٧. شركة التعاون الأولى لوكالة التأمين.
٤٨. شركة مداد الأمان لوكالة التأمين.
٤٩. شركة دار التأمين لوكالة التأمين.

٥٠. شركة الاعتماد لوكالة التأمين.
٥١. شركة طوبى لوكالة التأمين.
٥٢. المجموعة المهنية لوكالة التأمين.
٥٣. شركة تكاتف التأمين لوكالة التأمين التعاوني.
٥٤. حصن الأمان لخدمات وكالة التأمين التعاوني.
٥٥. شركة الهدا لوكالة التأمين.
٥٦. ألفا المتميزة لوكالة التأمين.
٥٧. شركة إصدار لوكالة التأمين التعاوني.
٥٨. شركة الوكلاء السعوديون وكلاء تأمين.
٥٩. شركة ظل لوكالة التأمين.
٦٠. شركة تميز التأمين لوكالة التأمين.
٦١. شركة رؤى لوكالة التأمين.
٦٢. شركة مدار التأمين لوكالة التأمين.
٦٣. شركة بانوراما النخبة لوكالة التأمين التعاوني.
٦٤. شركة تكافل الشرق الأوسط لوكالات التأمين.
٦٥. شركة المعتمدون لوكالة التأمين.
٦٦. شركة أسس لوكالة التأمين.
٦٧. امتثال المتحدة لوكالة التأمين التعاوني.
٦٨. شركة نجم التطافر لوكالة التأمين.
٦٩. شركة المعتمدة لوكالة التأمين.
٧٠. شركة موانئ الجزيرة لوكالة التأمين.
٧١. شركة الحماية المتكاملة لوكالة التأمين.
٧٢. شركة الأولى لخدمات التأمين.

٧٣. شركة إعادة التواصل لوكالة التأمين المحدودة.
٧٤. شركة الرياض لوكالة التأمين.
٧٥. شركة جسور التأمين لوكالة التأمين.
٧٦. شركة رواد التأمين لوكالة التأمين التعاوني.
٧٧. شركة مجال الوفاق لوكالة التأمين.
٧٨. شركة إدارة التأمين لوكالة التأمين.
٧٩. شركة وكالة العربي للتأمين.
٨٠. شركة عبد الطيف جميل لوكالة التأمين.
٨١. الشركة القابضة لوكالة التأمين.
٨٢. شركة الغطاء الآمن لوكالة التأمين.
٨٣. شركة وكالة الإنماء للتأمين التعاوني.
٨٤. شركة كيان الشرق الأوسط لوكالات التأمين التعاوني.

المهنة التأمينية الحرة الثالثة: الخبراء الإكتواريون:

يعرف الخبير الإكتواري بأنه الشخص الذي يقوم بتطبيق نظرية الاحتمالات والإحصاءات التي بموجبها تسعر الخدمات، وتقوم الالتزامات وتكون المخصصات، وعلى كل شركة تأمين أن تقوم بتعيين خبير إكتواري حسب تعليمات مؤسسة النقد العربي السعودي.

والحد الأدنى لرأس مال شركة الخبير الإكتواري المطلوب ١٥٠ ألف ريال سعودي، وقد تم ترخيص حتى تاريخ إعداد هذا الكتاب الخبراء الإكتواريين التالية أسماؤهم:

١. شركة منار سيجما لاستشارات التأمين والخدمات الإكتوارية.

٢. شركة نطاق للخدمات الإكتوارية.

المهنة التأمينية الحرة الرابعة: خبراء المعاينة ومقدروالخسائر:

يعرف خبير المعاينة ومقدر الخسائر بأنه الشخص الاعتباري الذي يقوم بفحص ومعاينة محل التأمين قبل التأمين عليه، ومعاينة الأضرار بعد وقوعها لمعرفة أسباب الخسارة وتقدير قيمتها وتحديد المسؤولية، والحد الأدنى لرأسمال شركات خبراء المعاينة ومقدري الخسائر ٥٠٠ ألف ريال سعودي، ولقد تم ترخيص الشركات التالية حتى أعداد هذا الكتاب:

١. شركة شارليز تيلور أديجستنج العربية السعودية المحدودة.
٢. شركة نجم لخدمات التأمين.
٣. شركة مكلرنز يونج السعودية للمعاينة وتقدير الخسائر.
٤. الشركة السعودية للفحص والمعاينة وتقدير الخسائر.
٥. شركة كوننجهام ليندسي السعودية لمعاينة وتقدير الخسائر.
٦. شركة أحمد عمر بادحيدوح وشركاؤه التجارية المحدودة للفحص والمعاينة وتقدير الخسائر.
٧. شركة كروفورد السعودية للمعاينة وتقدير الخسائر المحدودة.
٨. شركة نسيم المحيط للفحص والمعاينات المحدودة.
٩. شركة البلور للفحص والمعاينة المحدودة.
١٠. شركة صولات للمعاينة وتقدير الخسائر المحدودة.
١١. شركة ماثيوز دانيال للمعاينة وتقدير الخسائر المحدودة.
١٢. شركة المعايينون العرب الدولية للمعاينة وتقدير الخسائر.
١٣. شركة الشرق الأوسط العالمية للمعاينة وتقدير الخسائر.
١٤. شركة المعاينة البحرية وتقدير الخسائر المحدودة.
١٥. شركة المعايينون الخليجيون الدولية للمعاينة وتقدير الخسائر المحدودة.

المهنة التأمينية الحرة الخامسة: أخصائيو تسوية المطالبات التأمينية:

يعرف أخصائي تسوية المطالبات التأمينية بأنه الشخص الاعتباري الذي يقوم بإدارة ومراجعة وتسوية المطالبات التأمينية نيابة عن شركة التأمين. والحد الأدنى لرأسمال شركة أخصائي تسوية المطالبات التأمينية ثلاثة ملايين ريال، وقد تم ترخيص الشركات التالية حتى إعداد هذا الكتاب:

١. شركة نجم لخدمات التأمين.
٢. شركة غلوب مد لتسوية المطالبات الطبية.
٣. شركة نكست كير السعودية لتسوية المطالبات التأمينية.
٤. شركة العناية الشاملة لتسوية المطالبات التأمينية.
٥. شركة مدن العربية السعودية المحدودة.
٦. شركة خدمات المطالبات والأخطار المحدودة.
٧. شركة ميدي فيزا لتسوية المطالبات الطبية.
٨. شركة جاب كورب السعودية لتسوية المطالبات التأمينية.
٩. الشركة السعودية لإدارة مطالبات التأمين الصحي المحدودة.
١٠. شركة الخليج لنظم الإدارة الإلكترونية المحدودة لتسوية المطالبات التأمينية.

المهنة التأمينية الحرة السادسة: استشاريو تأمين:

يعرف استشاري التأمين بأنه الشخص الذي يقدم خدمات استشارية بنشاط التأمين بحيث تُدفع رسوم أتعابه من الجهة التي يقدم لها الاستشارة. والحد الأدنى لرأسمال شركة استشاريو التأمين يبلغ ١٥٠ ألف ريال سعودي، وقد تم ترخيص عدد من الشركات حتى إعداد هذا الكتاب على النحو التالي:

١. شركة منار سيجما لاستشارات التأمين والخدمات الإكتوارية.
٢. شركة أيس لاستشارات التأمين.

٣. شركة دار موسى للاستشارات التأمين.
٤. شركة مارش السعودية لاستشارات التأمين.
٥. الشركة التعاونية للاستشارات التأمينية المحدودة.
٦. إتقان للاستشارات التأمينية.
٧. شركة مستشارك التأميني لاستشارات التأمين.
٨. شركة دار التفكير للاستشارات التأمينية.

أسئلة التقييم الذاتي على الفصل الرابع

س ١: واحد مما يلي يعتبر من المهن التأمينية الحرة:

- (أ) شركات التأمين التعاوني
- (ب) شركات إعادة التأمين التعاوني
- (ج) وسطاء التأمين
- (د) مجلس الضمان الصحي التعاوني

س ٢: مجلس الضمان الصحي التعاوني من الجهات الإشرافية والرقابية على شركات التأمين،

فأي مما يلي يعتبر من المهام الرئيسية للمجلس:

- (أ) منح رخصة العمل لوسطاء التأمين
- (ب) بيع وثائق التأمين الطبي لطالبي التأمين
- (ج) استثمار الأقساط المتجمعة من شركات التأمين
- (د) تأهيل مزودي الخدمات الطبية

س ٣: الجهة التي تمنح الترخيص لشركات الخبير الإكتواري

- (أ) مؤسسة النقد العربي السعودي
- (ب) وزارة الصناعة والتجارة
- (ج) الغرفة التجارية
- (د) لجان فض المنازعات التأمينية

س ٤: أخصائي تسوية المطالبات التأمينية، إحدى المهن التأمينية الحرة التي يقوم صاحبها بما يلي:

- (أ) تقديم خدمات استشارية متعلقة بنشاط التأمين
- (ب) إبرام الوثائق مع شركات التأمين
- (ج) فحص ومعاينة محل التأمين قبل التأمين عليه
- (د) إدارة ومراجعة وتسوية المطالبات التأمينية

س ٥: مبلغ التأمين في وثيقة التأمين الطبي التي أقرها مجلس الضمان الصحي التعاونية:

- (أ) حدود مفتوحة ويمكن للمؤمن له المعالجة بأي قيمة
- (ب) مليون ريال سعودي
- (ج) خمسمائة ألف ريال سعودي
- (د) عشرة ملايين ريال سعودي

س ٦: من اللوائح التنفيذية الصادرة عن مؤسسة النقد العربي السعودي وتتعلق بالمخاطر التي تتعرض لها شركات التأمين:

- (أ) لائحة تكاليف الإشراف والتفتيش
- (ب) اللائحة التنظيمية لأعمال إعادة التأمين
- (ج) قواعد مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب
- (د) لائحة الاستثمار

س ٧: من مهام الأمانة العامة لمجلس الضمان الصحي التعاوني:

- (أ) إعداد وتنفيذ السياسات والإجراءات التنفيذية
- (ب) ترخيص شركات التأمين
- (ج) ترخيص المستشفيات والمراكز الطبية
- (د) تجديد إقامة الموظفين غير السعوديين

س ٨: من أهم التزامات شركات التأمين الصحي:

- (أ) تقديم الأدوية والعلاجات
- (ب) الكشف الطبي على المرضى
- (ج) ترخيص الأطباء والمزاولين الطبيين
- (د) إعطاء الموافقات لتقديم العلاج الطبي

س ٩: بموجب النظام وبإشراف هيئة سوق المال، يتوجب على شركات التأمين أن تطرح أسهماً للمواطنين بنسبة:

- (أ) ١٠٠٪ من قيمة رأسمال شركات التأمين
- (ب) ٦٠٪ من قيمة رأسمال شركات التأمين
- (ج) ٥٠٪ من قيمة رأسمال شركات التأمين
- (د) ٤٠٪ من قيمة رأسمال شركات التأمين

س ١٠: عند وجود أي شريك غير سعودي في أي شركة تأمين لابد أن يحصل على الترخيص من:

- (أ) الهيئة العامة للاستثمار فقط
- (ب) مؤسسة النقد العربي السعودي فقط
- (ج) وزارة التجارة والصناعة
- (د) الهيئة العامة للاستثمار ومؤسسة النقد العربي السعودي.

الفصل الخامس

إجراءات وسياسات العملية التأمينية

إجراءات وسياسات العملية التأمينية

نتناول في هذا الفصل الإجراءات والمهام والوظائف التي تقوم بها شركات التأمين كجزء من عملها اليومي في تقديم الخدمات التأمينية للمؤمن لهم بما في ذلك المنتجات التأمينية التي تناسب الحاجات التأمينية للأفراد والمؤسسات وتقديم خدمات ما بعد البيع من إدارة الوثائق التأمينية ومعالجة وتسوية الحوادث.

وسوف نتناول في هذا الفصل ما يلي:

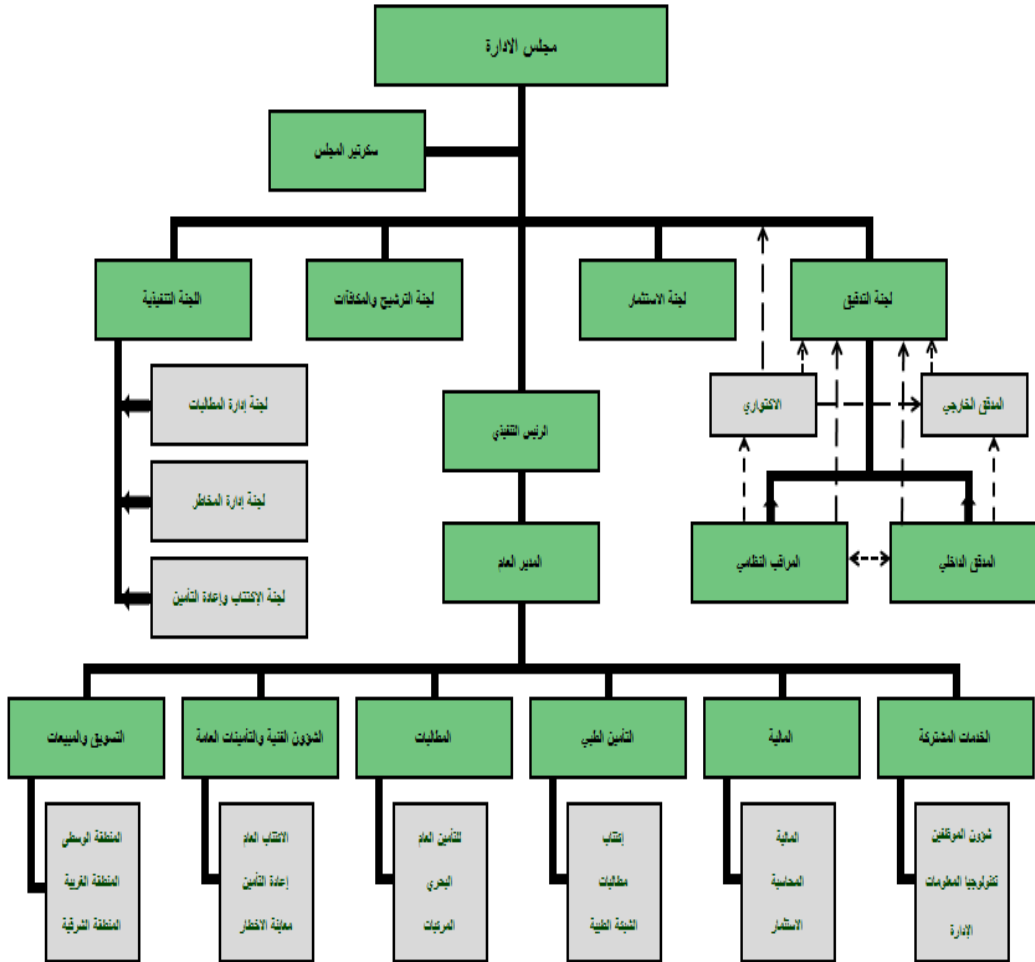
١- الهيكل التنظيمي الافتراضي لشركات التأمين.

٢- أهم الوظائف والإجراءات التأمينية.

وكما أسلفنا في الفصل السابق بأن شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة تمر بمراحل وخطوات من أجل الحصول على ترخيص العمل من مؤسسة النقد العربي السعودي، ومن ضمن عمليات الترخيص القيام ببناء الهيكل التنظيمي الإداري والوظيفي للشركة من أجل العمل على إدارة الشركة وعملياتها يوماً بيوم.

ونستعرض هنا الهيكل التنظيمي للإدارة العليا المفترض لأي شركة تأمين على النحو التالي:

الهيكل التنظيمي



(تم تعديل الشكل بالكامل)

ومن استعراض لهذا الهيكل نلاحظ ما يلي:

أن إدارة شركات التأمين تتكون من مستويات إدارية ووظيفية مختلفة على النحو التالي:

أولاً: مجلس إدارة:

إن أي شركة تأمين لابد أن يكون لها مجلس إدارة يتميز بما يلي:

- ١- مجلس إدارة يكون ممثلاً للشركاء الرئيسيين وأعضاء منتخبون ممثلون للمساهمين.
- ٢- أن الهيكل السابق يعتبر من الهياكل التنظيمية القياسية، بمعنى أنه متشابه إلى حد كبير جداً بين الشركات ولكن هناك بعض الاختلافات تعود إلى خصوصية شركة دون أخرى، بالإضافة إلى حجم أعمال الشركة الذي يستدعي التوسع في بعض المجالات الوظيفية.
- ٣- أن مجلس إدارة أي شركة لابد أن توافق عليه الجهات الرقابية والإشرافية حفاظاً على اختيار إدارات ذات ملاءة مهنية وأخلاقية.
- ٤- أن مجلس الإدارة لابد أن يكون ممثلاً لأكبر المساهمين ولابد أن يوافق عليه معظم الأعضاء بطريق الانتخاب أو الاتفاق.
- ٥- أن هناك شروطاً لابد أن تتوفر في كل من يترشح لتولي أحد مناصب مجلس الإدارة أو الإدارة العليا كالمستوى التعليمي والخبرة المهنية والسمعة الطيبة.

المهام والمسؤوليات الرئيسية لمجلس الإدارة هي:

- وضع معايير للعضوية في مجلس الإدارة ووضعها موضع التنفيذ بعد إقرار الجمعية العامة لها.
- اعتماد التوجهات الأساسية والأهداف الرئيسية للشركة والإشراف على تنفيذها.
- وضع الإستراتيجية الشاملة للشركة وخطط العمل الرئيسية وسياسة إدارة المخاطر ومراجعتها وتوجيهها.
- التأكد من سلامة الأنظمة المالية والمحاسبية، بما في ذلك الأنظمة ذات الصلة بإعداد التقارير المالية.

- تحديد الهيكل الرأسمالي الأمثل للشركة وإستراتيجياتها وأهدافها المالية وإقرار الميزانيات السنوية والنققات الرأسمالية.
- وضع أهداف الأداء ومراقبة التنفيذ والأداء الشامل في الشركة.
- مراجعة الهيكل التنظيمي والوظيفي في الشركة واعتماده.
- وضع سياسة مكتوبة تنظم تعارض المصالح ومعالجة حالات التعارض المحتملة لكل من أعضاء مجلس الإدارة والإدارة التنفيذية والمساهمين.
- اعتماد لائحة الحوكمة الخاصة بالشركة بما في ذلك سياسات ونظم الرقابة الداخلية والإشراف العام عليها ومراقبة مدى فاعليتها وتعديلها إن دعت الحاجة.
- اعتماد قواعد السلوك المهني للمديرين والعاملين بالشركة بحيث تتوافق مع المعايير المهنية والأخلاقية السليمة وتنظم العلاقة بينهم وبين أصحاب المصالح، بما في ذلك تسوية الشكاوى أو المنازعات الناشئة وحماية المعلومات السرية ذات الصلة.

لجان مجلس الإدارة:

يتكون مجلس الإدارة من عدد من اللجان التي تختص بعدد من المهام حسب دور كل لجنة، ونذكر فيما يلي هذه اللجان ووظيفة كل لجنة:

أ- اللجنة التنفيذية:

المهام والمسؤوليات الرئيسية للجنة التنفيذية هي:

- مراجعة إستراتيجية الشركة والاتفاق على الأهداف مع إدارة الشركة وتقديمها لمجلس الإدارة للموافقة.
- مراقبة الأعمال والتأكد من أن النتائج المالية تتماشى مع الأهداف التي يوافق عليها مجلس الإدارة.

- إبلاغ المجلس عن أية اختلافات هامة في النتائج والتوصية بإجراء تغييرات من أجل تحقيق التحسينات.
- مراجعة الميزانية السنوية ورفعها لمجلس الإدارة للموافقة.
- التوصية لمجلس الإدارة حول تفويض الصلاحيات فيما يتعلق بالعمل بالأعمال اليومية وذلك حسب ما يتفق عليه مع الإدارة.
- مراجعة وإقرار تعيين موظفي المناصب العليا حسب ما يطلب من قبل لجنة الترشيحات والمكافآت.

ب- لجنة الاستثمار

المهام والمسؤوليات الرئيسية للجنة التنفيذية هي:

- تحديد الأهداف الاستثمارية الخاصة بالشركة.
- تشكيل سياسة استثمارية خاصة بالشركة.
- التأكد من أن الإدارة قد حصلت على موافقة الجهة الرقابية على إستراتيجية الاستثمار.
- الاختيار بين إدارة الاستثمار داخلياً أو خارجياً.
- التأكد من أن جميع الاستثمارات تتوافق مع القيود النظامية.
- الموافقة على استثمارات معينة.
- تفويض الصلاحيات عند الضرورة.
- مراجعة الأداء الاستثماري.

ج- لجنة التدقيق والمراجعة:

المهام والمسؤوليات الرئيسية للجنة التدقيق والمراجعة هي:

- ضمان التقيد بالقوانين والأنظمة المعمول بها من خلال المراقب النظامي/مسؤول الالتزام والمراجعين الداخليين والخارجيين.
- مراجعة التقارير المالية السنوية والأولية، والنظر فيما إذا كانت كاملة ومتسقة مع المعلومات المعروفة لأعضاء اللجنة وأنها تعكس المبادئ المحاسبية المناسبة.
- المراجعة الدورية للسياسات المالية والمحاسبة عملياً وتقديم التوصيات بشأن هذه السياسات إلى مجلس الإدارة.
- استعراض مدى كفاية وسلامة نظم الرقابة الداخلية.
- استعراض خطط المراجعة الداخلية للحسابات وتقارير التطور، ومناقشة التقارير الناشئة عن استعراضات المراجعة الداخلية، واستجابة الإدارة وتقييم تنفيذ خطط العمل المتفق عليها.
- تقديم التوصيات إلى مجلس الإدارة بخصوص التعيين، وإعادة التعيين، وقبول استقالة أو إقالة مراجعي الحسابات الخارجيين.
- مراجعة نتائج تقارير مراجعي الحسابات الخارجيين للتأكد من اتخاذ الإجراءات التصحيحية الفورية في جميع أوجه القصور.
- استعراض فعالية نظام التقيد والالتزام بالقوانين والأنظمة ونتائج التحقيق والمتابعة الذي تجربته الإدارة (بما في ذلك الإجراءات التأديبية) في أية حالة من حالات عدم الامتثال.
- تقديم تقارير منتظمة إلى مجلس الإدارة عن نشاطات اللجنة، والقضايا، والتوصيات ذات الصلة.

د- لجنة الترشيحات والمكافآت:

المهام والمسؤوليات الرئيسية للجنة الترشيحات والمكافآت هي:

- التوصية إلى مجلس الإدارة بالترشيح لعضوية مجلس الإدارة وفقاً للسياسات والمعايير المعتمدة.
- المراجعة السنوية للمهارات المناسبة المطلوبة لعضوية مجلس الإدارة وإعداد وصف للقدرات والكفاءات المطلوبة لهذه العضوية، بما في ذلك، تحديد الوقت الذي يلزم أن يخصصه العضولأعمال مجلس الإدارة.
- مراجعة هيكل مجلس الإدارة والتوصية بإجراء أية تغييرات.
- تحديد جوانب الضعف والقوة في مجلس الإدارة واقتراح معالجتها بما يتفق مع مصلحة الشركة.
- التأكد بشكل سنوي من استقلالية الأعضاء المستقلين، وعدم وجود أي تعارض مصالح إذا كان العضو يشغل عضوية مجلس إدارة شركة أخرى.
- وضع سياسات واضحة لتعويضات ومكافآت أعضاء مجلس الإدارة وكبار التنفيذيين، ويراعى عند وضع تلك السياسات، استخدام معايير ترتبط بالأداء.

وبعد أن تم دور مجلس الإدارة نأتي للحديث عن أهم الوظائف العليا في شركات التأمين:

١- مسؤول الالتزام

أحد الوظائف العليا في شركات التأمين والذي يتم متابعته مباشرة من قبل لجنة المراجعة المنبثقة عن مجلس الإدارة، وقد يتصل مباشرة بمؤسسة النقد العربي السعودي، وهو المسؤول عن التزام شركة التأمين بالأنظمة والأنظمة واللوائح التنظيمية الصادرة عن مؤسسة النقد العربي السعودي وهيئة سوق المال، وأي لوائح أخرى صادرة عن أي جهة إشرافية وتنظيمية. وعلى مسؤول الالتزام تقديم تقرير للجنة المراجعة الداخلية عن أي تعويضات أو مطالبات تدرج تحت معايير المطالبات الفنية.

مسؤوليات مسؤول الالتزام:

- متابعة المخاطر الخارجية وضمأن الموافقة المسبقة من مؤسسة النقد العربي السعودي.
- متابعة تطوير منتج جديد وضمأن الموافقة المسبقة لمؤسسة النقد.
- توفير نسخ من اتفاقيات إعادة التأمين وتقديمها لمؤسسة النقد.
- الحفاظ على إجراءات المراقبة الداخلية بحيث تكون مكتوبة.
- متابعة سداد العائد الربع سنوي لمؤسسة النقد.
- متابعة تأسيس الفروع الجديدة وضمأن موافقة مؤسسة النقد عليها.
- متابعة بقاء حد أدنى من إعادة التأمين بواقع ٣٠٪ من الأقساط.
- متابعة شركات إعادة التأمين وتأكيد الحد الأدنى من التصنيف BBB.
- إيجاد التسجيل والمتابعة لكل المطالبات والحد الأقصى لمدة التسوية.
- توفير ومتابعة تسجيل الشكاوى وتقديم تقرير نصف سنوي للجنة المراجعة..
- تقديم تقرير ربع سنوي عن أعمال الشركة لمؤسسة النقد.
- التسجيل والمتابعة لمعاملات الأطراف ذات الصلة بالشركة كالمساهمين وتقديمها لمؤسسة النقد.
- الالتزام بتقديم التقرير السنوي لمؤسسة النقد والتأكيد على تشكيل مجلس الإدارة، ونسب السعودة وتوطين الوظائف.
- استلام تقرير المراجعين خلال ٦٠ يوماً من نهاية العام قبل نشره.
- تسليم القوائم المالية الدقيقة لمؤسسة النقد خلال ٩٠ يوماً من نهاية العام.
- التأكد من الحصول على موافقة مؤسسة النقد لتعيين المراجع الخارجي.
- التأكد من نشر القوائم المالية وفق اللوائح خلال ثلاثة أشهر من نهاية العام.
- تسليم القوائم المالية المراجعة لهيئة سوق المال بحد أدنى ١٠ أيام قبل الاجتماع العمومي.

٢- المراجع والمدقق الداخلي:

يجب أن يكون لكل شركة تأمين مراجع داخلي مستقل بحيث تكون مسؤولية المراجع من شخص واحد أو من عدة مراجعيين داخليين، وتكون مسؤولية المراجع الداخلي توفير تأكيدات معقولة تعتبر مفاتيح لمدى التقيد بالنظام والأحكام الإجرائية. المراجع الداخلي يقدم تقريره إلى لجنة المراجعة التي تم الإشارة إليها سابقاً، بحيث يتضمن التقرير تقييم فعالية وكفاءة الضوابط والسياسات والإجراءات الداخلية وآلية رفع التقارير بالشركة ومدى الالتزام بها وتقديم التوصيات لتحسينها.

٣- الخبير الإكتواري

من الوظائف الهامة في صناعة التأمين، حيث يقوم الخبير الإكتواري المعين بالمهام المنصوص عليه في المادة العشرين من اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة التأمين والتي تتعلق بما يلي:

- الحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة من الإكتواري السابق.
- مراجعة المركز المالي للشركة.
- تقويم مقدرة الشركة على سداد التزاماتها المستقبلية.
- تحديد نسب الاحتفاظ.
- تسعير المنتجات التأمينية للشركة.
- تحديد واعتماد المخصصات الفنية للشركة.
- الاطلاع على السياسة الاستثمارية للشركة وإبداء توصياته عليها.
- على الخبير الإكتواري عند ملاحظة أي مخاطر حالية أو مستقبلية للشركة أن يقدم بذلك تقريراً عاجلاً لمجلس إدارة الشركة مباشرة وعلى مجلس الإدارة مراجعة التقرير وإبداء مربيته عليه وموافاة مؤسسة النقد بها خلال ١٥ يوماً.

٤- الإدارة العليا للشركة:

بعد أن تم الحديث عن مجلس الإدارة نأتي للحديث عن الإدارة للشركة التي تتكون في العادة من الوظائف التالية كما ظهرت في الهيكل التنظيمي الموضح سابقاً:

أ- العضو المنتدب.

ب- المدير العام.

ويتبع للمدير العام عدد من الإدارات التي غالباً ما تكون متشابهة بين شركات التأمين وهي:

- مدير التسويق والمبيعات.

- مدير الشؤون الفنية.

- مدير الحوادث والمطالبات.

- مدير التأمين الطبي.

- مدير المالية.

- مدير الخدمات المساندة.

وحيث إن الإدارة العليا تتولى مسؤولية الإشراف على نشاطات الشركة اليومية، فإن هذه المسؤوليات تكون دون الإخلال بأي متطلبات رقابية أو إشرافية أخرى، وتشمل واجبات الإدارة العليا على سبيل المثال لا الحصر:

• تنفيذ الخطط الإستراتيجية للشركة.

• إدارة الأنشطة اليومية للشركة.

• وضع والإجراءات لتحديد المخاطر وقياس الحد منها ومراقبتها.

• وضع السياسات والإجراءات اللازمة لضمان كفاءة وفعالية نظام الرقابة الداخلية.

• حفظ المستندات ومراجعة الحسابات.

• العمل وفق توجيهات مجلس الإدارة ورفع التقارير إليه.

• ضمان استيفاء كافة المتطلبات الرقابية والإشرافية بأقصى حد ممكن.

ونود الإشارة هنا إلى أن وظائف الإدارة العليا يجب أن يكون لها وصف وظيفي موثق ومفصل يحدد الأدوار والمسؤوليات والصلاحيات والأقسام التي تتبعها حسب سياسة كل شركة، حيث إن القسم التي تندرج تحت هذه الإدارات تتشابه في المضمون لكنها تختلف في المسميات ما بين شركة وأخرى.

ثانياً: أهم إجراءات العمليات التأمينية في السوق السعودية:

كما أسلفنا بأنه وبعد حصول أي شركة تأمين على رخصة العمل في السوق السعودية، وتبدأ بتكوين الهيكل التنظيمي والوظيفي، تبدأ هذه الإدارات في العمل اليومي من أجل توفير الخدمة التأمينية لطالبي التأمين من خلال عدد من المنتجات التأمينية سواء للأفراد أم المؤسسات. وتقديم هذه الخدمة يتم من خلال عدد من الوظائف القياسية نذكر منها:

أ- التسويق للمنتجات التأمينية الخاصة بكل شركة (قنوات التسويق):

تقوم شركات التأمين العاملة في السوق السعودية بالتسويق والترويج لمنتجاتها المختلفة للأفراد والمؤسسات من خلال عدد من قنوات التسويق، حيث تكون هذه الوظيفة بما يتبعها من إجراءات تابعة لمدير التسويق:

- التسويق من خلال الإعلانات التلفزيونية والإذاعية.
- التسويق من خلال إعلانات الصحف.
- التسويق من خلال توزيع المطويات التي تبين خصائص كل منتج.
- التسويق من خلال التواصل المباشر مع طالبي التأمين المحتملين من خلال زيارات متخصصة من فرق التسويق بالشركة.
- التسويق من خلال المواقع الإلكترونية المشهورة.
- التسويق من خلال الموقع الإلكتروني للشركة.
- التسويق من خلال مراكز الاتصال الهاتفية.

- التسويق من خلال الفكس بإرسال ترويج عن منتج معين للزبائن المحتملين.
- المشاركة في المعارض المتخصصة.
- المشاركة في المؤتمرات المتخصصة.
- عقد الدورات التدريبية لزيادة الوعي التأميني لبعض الجهات الخاصة والحكومية.
- تعزيز المسؤولية الاجتماعية للشركة في المجتمعات المحلية.
- دعم الأبحاث الخاصة بتطوير المنتجات.
- تطوير منتجات جديدة تلبي الحاجات التأمينية المتغيرة.
- رعاية بعض الفعاليات المجتمعية.
- توزيع الهدايا الدعائية على طالبي التأمين.
- تطوير هوية مؤسسية تتميز بالتطور والحدثة.

ب- بيع المنتجات التأمينية (قنوات بيع التأمين):

بعد أن تقوم شركة التأمين بالتسويق والترويج لمنتجاتها التأمينية من خلال جهازها التسويقي وبعده قنوات تعتبر متشابهة إلى حد كبير بين شركات التأمين، تأتي الوظيفة القياسية الأخرى من وظائف شركات التأمين من الوصول إلى طالبي التأمين من أجل إتمام عملية البيع وذلك من خلال عدة قنوات لبيع المنتجات التأمينية نذكر منها:

- **البيع المباشر:** يقصد بهذه القناة أنها وسيلة لبيع المنتجات التأمينية من خلال شركة التأمين مباشرة سواء من خلال التواصل مباشرة مع طالبي التأمين أم من خلال مندوبي المبيعات التابعين لشركة التأمين، والمندوب هو ممثل الشركة امام الزبائن المحتملين ومن ثم يعتبر مرآة تتعكس عليها صورة الشركة التي يمثلها لذا يجب أن تتوفر فيه شروط معينة تؤهله لتحقيق أهداف الشركة مثل الكفاءة والتدريب والدراية الكافية بظروف السوق والتشريعات التأمينية المعمول بها.

• **البيع من خلال مراكز الاتصال:** تقوم بعض شركات التأمين بتأهيل بعض الموظفين في بيع المنتجات التأمينية من خلال الاتصال عبر الهاتف بالزبائن وتلبية حاجاتهم التأمينية وإتمام البيع بطريقة احترافية.

• **البيع من خلال المواقع الإلكترونية (البيع الإلكتروني):** يعتبر الاتجاه نحو زيادة الاعتماد على التكنولوجيا الحديثة من أهم سمات العصر الحديث، وقد شهد العالم - في الآونة الأخيرة - تقدماً هائلاً في تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات وتعاضم دور التجارة الإلكترونية في مجال تسويق السلع والخدمات عبر شبكة الإنترنت كأحد أهم مظاهر العولمة. ويطلق مصطلح التجارة الإلكترونية على جميع عمليات البيع أو الشراء أو الخدمات التي تتم بين الشركات التجارية والأفراد والحكومات وسائر المنظمات العامة والخاصة والتي تعتمد على المعالجة الإلكترونية للبيانات من خلال شبكات الحاسب الآلي.

ومن المتوقع أن تؤثر التطورات التكنولوجية السريعة التي نشهدها حالياً على الهياكل الأساسية للقطاعات الاقتصادية المختلفة ومنها قطاع التأمين، وبالتالي فإن عدم استجابة شركات التأمين - وخاصة في الدول النامية - لمثل هذه التطورات يجعلها في موقف تنافسي ضعيف أمام الشركات الأجنبية التي تعتمد في إستراتيجياتها على المفاهيم التكنولوجية الحديثة. وفي هذا الإطار نلاحظ مدى التفاوت في الاعتماد على التجارة الإلكترونية واستخدام شبكة الإنترنت في التسويق الإلكتروني بين الدول المتقدمة والنامية، فالدول النامية لا تزال تفتقر إلى المقومات المادية والبشرية والتكنولوجية اللازمة لاستيعاب التطورات التكنولوجية والتقنيات الحديثة في مختلف القطاعات مقارنة بالدول المتقدمة.

• **البيع من خلال وسطاء التأمين:** كما بينا في الفصل الثاني أن مؤسسة النقد العربي السعودي قامت بترخيص عدد من وسطاء التأمين، فالوسيط هو شخص أو شركة ينحصر نشاطه في مجال التأمين ويختلف عن الوكيل من حيث إنه وكيل للمؤمن له وليس لشركة التأمين، ويعتبر الوسيط خبيراً في التأمين، ويقوم بتقديم النصح والمشورة ويبرم العقود الخاصة بالمؤمن له.

ويمكن للمؤمن له الحصول على نصيحة مستقلة أو استشارة في عدد كبير من أنواع التأمينات من الوسيط دون دفع أجر مباشر لذلك؛ فعلى سبيل المثال قد يعطي الوسيط نصيحة عن احتياجات المؤمن له من التأمين، وعن أفضل أنواع التغطيات وحدودها وأفضل سوق وإجراءات المطالبات وشروط الوثائق، كما سيقوم بإطلاعها على كل ما يستجد من تغيرات في السوق. وتتم معظم عمليات التأمين على الأعمال التجارية في معظم أسواق التأمين المتطورة عبر الوسطاء المسجلين والمرخصين.

• **البيع من خلال وكلاء التأمين:** رخصت مؤسسة النقد العربي السعودي عددًا من الوكلاء الذين يقومون لقاء مقابل مادي بتمثيل شركات التأمين وتسويق وبيع وثائق التأمين لشركة تأمين واحدة، وجميع الأعمال التي يقوم بها الوكيل عادة لحساب الشركة أو بالنيابة عنها.

• **البيع عبر المصارف (البنوك):** يعتبر التأمين عبر البنوك (Bancassurance) إحدى القنوات الهامة و إحدى الإستراتيجيات الهامة التي تسعى إلى تطبيقها كافة أسواق التأمين في العالم بهدف زيادة حجم أقساطها التأمينية و نسبة حصتها من السوق، بالإضافة إلى خفض التكلفة التسويق والبيع و أسعار المنتجات التأمينية، و ذلك عن طريق الاستفادة من شبكات فروع البنوك المنتشرة في أنحاء كل دولة باعتبار هذه الوسيلة إحدى قنوات التوزيع البديلة التي تساند قنوات التسويق التقليدية.

ولبيع المنتجات التأمينية عبر البنوك إيجابيات عديدة من أهمها تطوير الثقافة التأمينية و نشرها في المجتمع. و لا شك أن لهذه الإيجابية مردودها على قطاع التأمين بأكمله، ومن ثم فلشركات التأمين مصلحة أكيدة في إقامة هذا التحالف مع البنوك لتصل إلى القاعدة العريضة من عملاء البنك.

ويُزاوَل التأمين عبر البنوك / المصارف على مستوى المملكة من خلال الحصول على الترخيص المناسب من مؤسسة النقد العربي السعودي.

بعد أن تتجح قنوات البيع في تسويق وبيع أي منتج تأميني لطالبي التأمين سواء كانوا أفراداً أم مؤسسات تبدأ الوظيفة الهامة للشركات وهي عملية الاكتتاب وهي الوظيفة التي تقوم بها شركات التأمين بعد جمع المستندات الخاصة بكل منتج، من أجل تقديم عرض خاص يتضمن السعر والشروط والأحكام. وتوضيح ذلك كما يلي:

ج- عملية الاكتتاب Undwewriting:

الاكتتاب هو وظيفة رئيسية لدى أي شركة تأمين، وهي العملية التي من خلالها يقرر المكتتب بشركة التأمين قبول أو عدم قبول عرض التأمين ويحدد الشروط اللازمة والسعر والقسط. فالإكتتاب بعبارة أخرى هو اختيار وتسعير الأخطار، ويعتمد في ذلك على جداول التسعير والبيانات الإكتوارية. فإن جوهر دور المكتتب في شركة التأمين هو تحديد درجة الخطورة الخاصة بحملة الوثائق، وتحديد أسعار وثائق التأمين المناسبة التي تغطي ذلك الخطر. فقد تخسر شركة التأمين أعمالاً لصالح منافسيها إذا كان تقييم المكتتب للأخطار متشدداً حيث يصبح القسط مبالغاً فيه وبالتالي يهرب طالبو التأمين إلى الشركات المنافسة، وكذلك قد تضطر لدفع مطالبات غير مستحقة تأمينياً حيث لن تكون الأقساط المحصلة كافية لسداد التعويض إذا كانت أعمال الإكتتاب غير مهنية.

والآن بمساعدة الحاسب الآلي يستطيع المكتتبون تحليل المعلومات الخاصة بطلبات التأمين وتحديد ما إذا كان الخطر مقبولاً وأنه لن يؤدي إلى الخسارة. وغالباً ما تزود طلبات التأمين بتقارير خبراء خبير المعاينة وإدارة الأخطار والتقارير الطبية ومكاتب عمل الأسعار والدراسات الإكتوارية، وعلى المكتتبين بعد ذلك أن يقرروا إصدار أو عدم إصدار الوثيقة، والقسط المناسب في حالة إصدارها. وبتخاذ هذا القرار يعتبر المكتتبون حلقة الوصل بين طالب التأمين وقناة البيع. ومن وقت لآخر يمكن أن يزور خبراء الإكتتاب في شركات التأمين ومدربو قنوات البيع طالبي التأمين من أجل توضيح التغطيات التأمينية أو شروط الوثيقة.

وتلعب التقنية دوراً هاماً في وظيفة المكتتب، فيستخدم المكتتبون بعض تطبيقات وأنظمة الحاسب الآلي التي تسمى «الأنظمة الذكية» في إدارة الأخطار بفعالية ودقة أكبر. حيث تقوم هذه الأنظمة بتحليل وتسعير الطلبات التأمينية آلياً، وتقتراح قبول أو رفض الخطر، وتعديل سعر التأمين وفقاً للخطر. وتحسّن هذه الأنظمة من قدرة المكتتبين في اتخاذ القرارات السليمة وتجنب الشركة حدوث الخسائر الغير متوقعة.

مراحل عملية الاكتتاب:

- ١- التعرف على طالب التأمين والخطر من خلال استمارة التأمين (قد نحتاج في بعض أنواع التأمين إلى مستندات مدعمة كتقرير خبير المعاينة في تأمين الممتلكات).
 - ٢- يتم رفع طلب التأمين إلى مدير المخاطر الذي يقوم بتحليلها وتوضيح سلبياتها وإيجابياتها وإرسال تقرير بذلك للمكتتب.
 - ٣- يقوم المكتتب بناء على تقرير مدير المخاطر باتخاذ أحد القرارات التالية: رفض الخطر، القبول المشروط أو القبول غير المشروط.
 - ٤- بعدها تتم الاستعانة بالإكتواري لتحديد قسط تأمين مناسب.
 - ٥- يقوم المكتتب بوضع نص الوثيقة وإجراء التعديلات التي يراها مناسبة في حال كان قبوله مشروطاً.
 - ٦- يقوم المكتتب بتحديد نسبة الخطر التي يرغب بنقلها لمعيد التأمين.
- وهذه المراحل لا تمثل الواقع الفعلي في سوق التأمين من حيث الأدوار التي تتم حالياً.

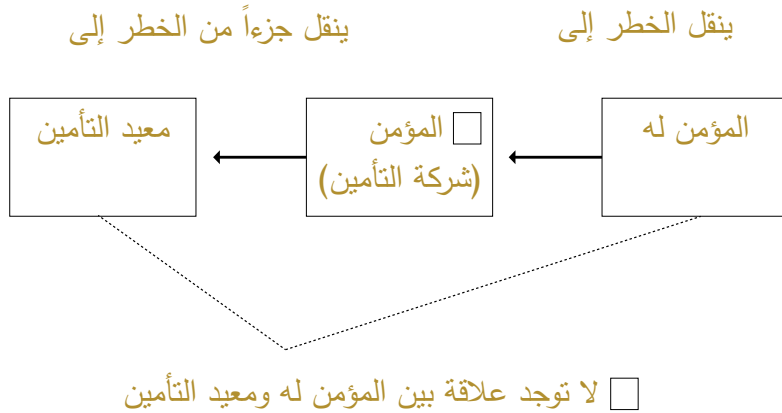
د- عملية إعادة التأمين Reinsurance:

العملية التي يتم من خلالها تحويل أعباء المخاطر المؤمن عليها من شركة التأمين إلى شركة إعادة تأمين، وتعويض شركة التأمين من قبل معيد التأمين عما يتم دفعه من تعويضات عن الحوادث للمؤمن لهم إذا تعرضوا للضرر أو الخسارة. ويمثل إعادة التأمين الأداة الرئيسية لإدارة المخاطر ورأس المال المتاح لشركات التأمين، فلنقل ببساطة أن إعادة التأمين هو تأمين للشركات التأمين، فيشتري المؤمنون التأمين لتغطية الأخطار التي لا يستطيعون الاحتفاظ بها لأنفسهم. ويساعد إعادة التأمين صناعة التأمين في توفير الحماية لعدد كبير من الأخطار التي يغطيها نظام التأمين بما فيها الأخطار الكبيرة والمركزة والمعقدة .

ومثل التأمين، فإن إعادة التأمين هو في الأساس وعد بدفع مطالبات مستقبلية مقابل قسط يُدفع حالياً، فمعظم عمليات إعادة التأمين التي تشتريها شركات التأمين تكون لتغطية الخسائر الفردية الكبيرة والأحداث الكارثية. وتحتاج شركات إعادة التأمين إلى رأسمال كبير لتغطية الأحداث الكارثية، حيث إنها تستخدم نظام متطور في مراقبة الخطر الأخطار التي تقوم بتغطيتها. ولدى معيدي التأمين بصفة خاصة رأس مال كبير يؤدي، على الأغلب، إلى أن تكون مصنفة في بالدرجة الأولى (أ) أو أعلى، حسب تصنيف شركات القياس والتصنيف المشهورة.

إن مسؤولية قسم إعادة التأمين داخل شركة التأمين هي إدارة عقود إعادة التأمين الخاصة بالشركة ويقوم هذا القسم برصد المطالبات ذات الخسائر الكبيرة وتقرير الوقت الذي يجب فيه تقديمها لمعيدي التأمين لديهم. ويعتبر قسم إعادة التأمين مسئولاً أيضاً عن إعداد التفاوض بشأن مجموعة متنوعة من عقود إعادة التأمين وترشيح أفضل هيكله لعقود إعادة التأمين لعرضها على مدير الشركة.

من الضروري أن نتذكر أنه لا توجد علاقة بين المؤمن له ومعيد التأمين فهناك عقد تأمين بين المؤمن له وشركة التأمين وهناك ترتيب مماثل بين شركة التأمين ومعيد التأمين ولكن لا توجد علاقة قانونية أو تعاقدية بين المؤمن له ومعيد التأمين ففي الواقع لا يعلم المؤمن له في معظم الحالات أن هناك أي إعادة تأمين.



أولاً: أنواع عقود إعادة التأمين من حيث الطبيعة الفنية:

تتقسم عقود إعادة التأمين من حيث الطبيعة الفنية (أسلوب تقسيم الأقساط والخسائر بين المؤمن المباشر ومعيد التأمين) إلى إعادة التأمين النسبي وإعادة التأمين غير النسبي.

إعادة التأمين النسبي:

تعني مشاركة كلاً من شركة التأمين ومعيد التأمين الخطر وأقساط التأمين والمطالبات، وعادة ما يكون ذلك على أساس نسبة مئوية فمثلاً قد يقبل معيد التأمين تحمل ٢٥٪ من الخطر وتلقي ٢٥٪ من قسط التأمين الأصلي وتحمل دفع ٢٥٪ من كل المطالبات.

وتعرف اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني في المملكة إعادة التأمين النسبي على أنها «إعادة التأمين الاتفاقي التي يتعهد المؤمن بموجبها بإسناد مخاطر معينة في حدود نسب معينة متفق عليها لمعيد التأمين ويتعهد معيد التأمين بقبول التأمين على المخاطر المسندة إليه».

إعادة التأمين غير النسبي:

تعني عدم مشاركة شركة التأمين ومعيد التأمين في أقساط التأمين والمطالبات بالتساوي ويتضمن ذلك مبلغاً معيناً وعادة ما يكون كبيراً على المؤمن أن يدفعه قبل أن يساهم معيد التأمين في أي مطالبة فمثلاً إذا صدرت وثيقة إعادة التأمين بتجاوز الخسارة لمبلغ ١٠ ملايين ريال سعودي فعلى معيدي التأمين المشاركة في تحمل الخسارة فقط إذا تجاوزت هذا المبلغ. وتعرف اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني في المملكة إعادة التأمين غير النسبي على أنها «إعادة التأمين الاتفاقي التي يتعهد بموجبها المؤمن بإسناد مخاطر معينة في حدود مبالغ معينة فيما يزيد عن مبلغ الخسارة الذي يقرر المؤمن تحمله ويتعهد معيد التأمين بقبول التأمين على المخاطر المسندة إليه».

وافق معيدوالتأمين على تحمل ١٥٪ من الخطر فإذا كان القسط الذي يتلقاه شركة التأمين ١٥٠ مليون ريال سعودي فكم يبلغ قسط إعادة التأمين الذي يتلقاه معيدوالتأمين ؟

.....
.....

وافق معيدوالتأمين على إعادة تأمين جميع الخسائر التي تتجاوز ١٥ مليون ريال سعودي فإذا قامت شركة التأمين بتسوية مطالبة بمبلغ ٢٥ مليون ريال سعودي فكم تستعيد من معيدي التأمين ؟

.....
.....
.....

ثانياً: أنواع إعادة التأمين من حيث الطبيعة القانونية:

تنقسم عقود إعادة التأمين من حيث الطبيعة القانونية (التزام المؤمن المباشر من عدمه بالتنازل عن جزء من الخطر والتزام معيد التأمين من عدمه بتحمل هذا الجزء) إلى نوعين هما: إعادة التأمين الاختياري وإعادة التأمين الاتفاقي.

هناك نوعان رئيسان لعملية إعادة التأمين وهما إعادة التأمين الاختياري والاتفاقي. وقد كانت إعادة التأمين الاختياري الطريقة الأصلية المتبعة في عملية إعادة التأمين ولكن اليوم أصبح الجزء الأكبر من إعادة التأمين اتفاقياً.

إعادة التأمين الاختياري Facultative:

الكلمة فرنسية الأصل وتعني (اختياري) أو (حسب الطلب) وعليه فإن شركات التأمين تطلب إعادة التأمين الاختياري عندما تحتاجه وهذا يعني أنه على شركة التأمين الاتصال بمعيد التأمين ومنحه تفاصيل الخطر الأصلي مع كل الحقائق الجوهرية المتعلقة بالخطر فإذا رفض معيد التأمين أو كانت شروطه عالية جداً فتحتاج شركة التأمين إلى البحث عن معيد تأمين آخر.

وتعرف اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني في المملكة إعادة التأمين الاختياري على أنها «إعادة التأمين التي يقوم المؤمن بموجبها بعرض كل خطر تأميني على حدة على معيد التأمين ويكون لمعيد التأمين الخيار في قبول أو رفض المخاطر المعروضة عليه».

ورغم أن وسيط إعادة التأمين المتخصص قد يكون مفيداً إلا أن الأمر لا يزال يستهلك كثيراً من الوقت ومرتفع التكلفة الإدارية ودائماً ما يكون هناك شك في أن يتم إعادة التأمين بشروط مقبولة.

إن إعادة التأمين الاختياري قد يكون مطلوباً عندما:

- لا يوجد متسع في الاتفاقية لإضافة أخطار جديدة.
- يقع الخطر خارج شروط الاتفاقية.
- يكون الخطر غير اعتيادي.

لماذا تعتقد أن التأخير في الوقت والشك يسبب المشاكل لشركة التأمين ؟

.....

.....

.....

إعادة التأمين الاتفاقي Treaty:

إعادة التأمين الاتفاقي هو اتفاق يتم بين المؤمنين ومعيدي التأمين وبموجب هذه الاتفاقية يلتزم معيدوالتأمين بقبول جميع الأخطار الواقعة في الحدود الموضحة في الاتفاقية. ويتم توقيع الاتفاقيات لسنة واحدة ثم بعد ذلك يمكن تجديدها بموافقة الطرفين وبموجبها يوافق معيدوالتأمين مقدماً على قبول أعمال إعادة التأمين التي يسندها لهم المؤمنون وتعتبر الفائدة الرئيسية للمؤمنين هي أنهم يعلمون أنهم يتمتعون بحماية إعادة التأمين ويعرفون تكلفة هذه الحماية فور قبول الخطر من العميل.

وتعرف اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني في المملكة إعادة التأمين الاتفاقي على أنها «إعادة التأمين التي يتعهد المؤمنون بموجبها بإسناد مخاطر معينة في حدود مبالغ أو نسب معينة لمعيد التأمين ويتعهد معيد التأمين بقبول إعادة التأمين على المخاطر المسندة إليه».

هـ- عملية استقبال ومعالجة المطالبات:

على كل شركات التأمين المرخصة في المملكة العربية السعودية، تكوين إدارات لاستقبال ومعالجة وتسوية الحوادث والمطالبات، ووضع إجراءات محددة لاستقبال مطالبات المؤمن لهم، ودراستها وإنهائها، كما يجب على الشركة الاحتفاظ بملفات خاصة بمطالبات المؤمن لهم، وتقسيمها إلى مطالبات مدفوعة، ومطالبات تحت الدراسة أو التسوية، ومطالبات مرفوضة، بحيث يشمل كل ملف الآتي:

- أنموذج طلب التأمين وعرض التأمين إن وجد.
- صورة من وثيقة التأمين.
- مطالبة العميل.
- تقرير مقدر الخسائر، إن وجد، وأي مستندات ضرورية لإثبات المطالبة، وتحديد السبب المباشر الذي أدى في نهاية الأمر إلى الخسارة.
- نصيب الوثائق الأخرى أو شركات التأمين الأخرى النسبي من التعويض.
- الإجراءات المتخذة من قبل الشركة وحالة المطالبة في تاريخه.
- توكيلاً رسمياً من المؤمن له للشركة في الحلول محله عند:
- مطالبة أي طرف آخر بالتعويض عن الخسارة التي تسبب فيها.
- القيام بالدفاع عن المؤمن له في درء مسؤوليته أو في تحديد مبلغ من التعويض.
- المخالصة النهائية الموقعة من قبل العميل للمطالبة المدفوعة.

إن اختبار سمعة شركة التأمين من وجهة نظر المؤمن له هو مدى سرعتها وإنصافها في دفع المطالبات المقدمة من حملة وثائقها، وذلك لأن العقد الذي يربط الشركة والمؤمن له مبني على مجرد وعد لا يترجم إلى فعل إلا عند وقوع خسارة على المؤمن له.

فإذا تقدم المؤمن له بمطالبة لشركة التأمين فيتم التحقيق في هذه المطالبة بواسطة موظف معالجة الحوادث والمطالبات الذي يقرر ما إذا كانت الخسارة مغطاة في الوثيقة أم مستثناة وخاصة لتأمين الافراد، ولكن إذا كانت المطالبة كبيرة وخصوصاً في تأمين الممتلكات والمشاريع والطاقة والطيران وتحتاج إلى خبرة فنية فقد يتم تعيين معاين ومقدّر للخسائر لزيادة التحقيق في المطالبة وحساب التسوية المالية.

إن التعامل مع المطالبات هو المحك التي تتضح منه المنفعة الملموسة للتأمين، ومن أجل إدارة المطالبات يسعى المؤمنون إلى الموازنة بين عدة عناصر وهي إرضاء الزبون من ناحية وتخفيض المصروفات الإدارية وتجنب سداد تعويض مبالغ فيه من ناحية أخرى.

و- العمليات المالية:

من العمليات الهامة والوظائف الرئيسية لشركات التأمين إدارة المحاسبة والمالية للشركة، حيث تقوم هذه الإدارة بالوظائف والعمليات التالية:

- تقديم التقارير المالية الدورية للإدارة والجهات الرقابية حسب الطلب.
- إدارة النقد الناتج عن عمليات التأمين من الأقساط.
- إدارة الاحتياطات والمخصصات الخاصة بالمخاطر المختلفة.
- متابعة الذمم الخاصة بالشركة.
- متابعة المصاريف الخاصة بالشركة.
- متابعة رواتب الموظفين.
- متابعة رصيد الشركة في البنوك.
- متابعة سداد المطالبات.
- متابعة سداد مستحقات إعادة التأمين.
- سداد العمولات لمستحقيها من قنوات البيع.
- إعداد السجلات المحاسبية والمحافظة عليها.

ز- عملية الاستثمارات:

تحقق شركات التأمين أرباحها من مصدرين، هما أرباح الاكتتاب وأرباح الاستثمار، ويلعب قسم الاستثمار دوراً في غاية الأهمية لشركة التأمين، فعلى كل شركة تأمين وضع سياسة استثمارية ومعتمدة من مجلس الإدارة تنظم عمليات الاستثمار وطرق إدارة المحافظ الاستثمارية حسب تعليمات مؤسسة النقد العربي السعودي.

وبينما تحصل شركات التأمين على الأقساط فإنها عادةً لا تتوقع دفع مطالبات لفترة من الزمن، وهذا هو حال شركات تأمين الحماية والادخار على وجه الخصوص، ولذلك تقوم شركة التأمين باستثمار الأقساط إلى أن يتم استحقاق دفع أي التزام. والدخل من الاستثمار له هدف مزدوج؛ الأول هو أنه إذا تم الاستثمار على نطاق واسع فسوف يعود ذلك بالربح المناسب على شركة التأمين، والثاني هو أن ربح الاستثمار الجيد سوف يسمح للشركة بتخفيض قيمة الأقساط التي تقاضاها من عملائها وبذلك تصبح أكثر قوة على المنافسة في سوق التأمين. وبالنسبة لشركات تأمين الحماية والادخار فإن الاستثمارات تمثل عاملاً حيوياً للغاية، فليس لأغلب منتجات الحماية والادخار دور فقط في حماية الدخل (كما في وثائق التأمين على الحياة)، بل إنها تمثل أيضاً لحملة الوثائق وسيلة استثمارية.

ح- العمليات الخاصة بشؤون الموظفين والشؤون الإدارية:

كما نعلم فإن عمل شركات التأمين لا يقوم على الآلات أو المعدات بقدر ما يقوم على العاملين في هذه الصناعة، فهم رأس المال الشركة الحقيقي، فعلى شركات التأمين الاهتمام بموظفيها بكل الوسائل.

وتجدر الإشارة إلى أن أهم عمليات شؤون الموظفين والشؤون الإدارية هي:

- متابعة إدارة الموظفين ومتطلباتهم اليومية.
- وضع سياسة التوظيف.
- وضع سياسة التأهيل والتدريب.

- وضع وحفظ ملفات الموظفين.
- إدارة وحماية ممتلكات الشركة.
- تطوير وتحسين الظروف الوظيفية.
- تطوير وتحسين الحوافز وبيئة العمل.

أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل الخامس

س ١: من اللجان الرئيسية التي تتبع مجلس إدارة شركة التأمين:

- (أ) لجنة وسطاء التأمين
- (ب) لجنة المراجعة
- (ج) لجنة وكلاء التأمين
- (د) لجنة مندوبي المبيعات

س ٢: من العمليات الرئيسية في شركات التأمين، عملية الاكتتاب والتي تعني:

- (أ) عملية قبول المطالبات
- (ب) عملية توزيع فائض عمليات التأمين
- (ج) عملية قبول التأمين على الخطر
- (د) عملية اكتتاب أسهم الشركة في السوق المالي

س ٣: المراقب النظامي في شركة التأمين، هو الموظف المسؤول عن:

- (أ) مراقب الدوام اليومي للموظفين
- (ب) تطبيق نظرية الاحتمالات والاحصاءات التي تسعر المنتجات التأمينية
- (ج) تقديم خدمات استشارية متعلقة بنشاط التأمين
- (د) التحقق من الالتزام بتطبيق الأنظمة والتعليمات ذات العلاقة

س ٤: عملية إعادة التأمين في شركات التأمين تعني:

- (أ) إعادة أقساط التأمين إلى المؤمن لهم
- (ب) عملية قبول التأمين على الخطر الخاص بالمؤمن له
- (ج) تحويل أعباء المخاطر المؤمن عليها من شركة التأمين إلى شركة إعادة التأمين
- (د) عملية الاستثمار في أقساط التأمين المتجمعة

س ٥: واحد مما يلي يعتبر قناة بيع رئيسية في شركات التأمين:

- (أ) إعلانات الصحف
- (ب) اتفاقية إعادة التأمين
- (ج) المسؤولية الاجتماعية للشركة
- (د) وسطاء التأمين

س ٦: أحد أقسام التأمين الذي يتعلق بمبدأ التعويض في شركات التأمين:

- (أ) قسم تقنية المعلومات
- (ب) قسم الاستثمار
- (ج) الخبير الإكتواري
- (د) قسم الحوادث والمطالبات

س ٧: من مهام إدارة إعادة التأمين في شركات التأمين:

- (أ) الاستثمار في الأقساط المتجمعة
- (ب) نقل الخطر من شركات التأمين إلى شركات إعادة التأمين
- (ج) التعويض المباشر لحوادث المركبات
- (د) التعويض المباشر لحوادث الممتلكات

س ٨: البيع من خلال وكيل التأمين مثال على:

- (أ) البيع من خلال وسطاء التأمين
- (ب) البيع من خلال المندوبين المباشرين
- (ج) البيع من خلال مراكز الاتصال
- (د) البيع من خلال قناة بيع رئيسية وهي قناة وكلاء التأمين

س ٩: عملية التعرف على طالب التأمين تعرف على أنها من عمليات:

- (أ) تسوية المطالبات
- (ب) استقبال الحوادث
- (ج) خدمات العملاء
- (د) عمليات الاكتتاب

س ١٠: الحد الأدنى المسموح لتصنيف شركات إعادة التأمين التي يجب أن تتفق معها شركات التأمين حسب تعليمات مؤسسة النقد العربي السعودي:

- (أ) AAA
- (ب) BBB
- (ج) CCC
- (د) DDD

الفصل السادس

المنتجات التأمينية

المنتجات التأمينية

حيث إن شركات التأمين كما سبق وقدمنا أحد المشاركين الرئيسيين في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية باعتبارها الجهة التي توفر الخدمات التأمينية المختلفة مثل توفير منتجات مختلفة تعمل على تلبية الحاجات التأمينية للأفراد والشركات والهيئات الأخرى.

وسوف نفرّد هذا الفصل للحديث عن أبرز المنتجات التأمينية المعروفة في السوق السعودي، لكن قبل ذلك سنتحدث عن أبرز خصائص هذه المنتجات:

١- منتجات متنوعة: أحد أبرز الصفات التي تمتاز بها المنتجات التأمينية أنها متنوعة تعمل على تلبية الحاجات التأمينية لمختلف طالبي التأمين.

٢- منتجات قياسية: المقصود بالمنتجات القياسية أنها متقاربة من المنتجات التأمينية في باقي أسواق التأمين حيث تم إعداد هذه المنتجات من قبل خبراء في صناعة التأمين طبقاً للأخطار التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد والشركات.

٣- منتجات مرنة: بمعنى أنه يمكن لطالب التأمين أن يختار التغطيات التأمينية التي تتناسب طبيعة الأخطار التي يمكن أن تواجهه أو أن يضيف بعض التغطيات على التغطيات القياسية.

٤- منتجات مرخصة: على كل شركة تأمين أن تقوم بترخيص أي منتج خاص بها من خلال التقدم لمؤسسة النقد العربي السعودي، حيث لا تستطيع أي شركة تأمين تسويق أو بيع أي منتج تأميني بدون ترخيصه، وتمر عملية الترخيص بعدة مراحل من خلال تجهيز ملف خاص يحتوي على كافة المعلومات المطلوبة لترخيص المنتج، ومؤسسة النقد إما أن تمنح ترخيصاً مؤقتاً أو ترخيصاً دائماً للمنتج المعني.

٥- منتجات تعاونية: كما أسلفنا فإن أحد مميزات سوق التأمين في المملكة العربية السعودية أنه قائم على نظام التأمين التعاوني ولا يمنح لأي شركة ترخيصاً تعمل في أي نظام آخر، لذا نجد في نص وثيقة أي منتج بند يعنى بشروط التأمين التعاوني.

٦- منتجات توابك التكنولوجيا: بمعنى أن هناك بعض المنتجات يمكن أن يشتريها طالب التأمين من خلال المواقع الإلكترونية دون أي زيارة تذكر لشركات التأمين.

تصنيف المنتجات التأمينية في سوق التأمين السعودي:

يذكر العاملون في صناعة التأمين عدة تصنيفات للمنتجات التأمينية فمنهم من صنفها تبعاً للخطر كمنتج تأمين الحريق أو السرقة، ومنهم من صنفها تبعاً لطالب التأمين كالتأمين الفردي وتأمين الشركات، ومنهم من صنفها تبعاً لأعيان التأمين كتأمين الممتلكات وتأمين المركبات وغيرها، وهنا سنتطرق لأبرز المنتجات التأمينية المعروفة في السوق السعودية تبعاً لطالب التأمين.

أولاً: المنتجات التأمينية الخاصة بالأفراد:

أ- التأمين الشامل للمركبات:

وهذا المنتج الخاص بتغطية الأضرار التي تحصل على مركبات الأفراد والعائلات (الملكية الفردية). وقد تدمج جميع برامج تأمين المركبات متشابهة في تغطياتها، حيث تتكون في العادة من عدة أقسام:

القسم الأول: الأضرار التي تحصل على جسم المركبة نتيجة تعرضها لحادث سير عرضي أو أي ضرر متعمد من قبل الآخرين، كما تغطي الأضرار التي تحصل نتيجة لخطر الاصطدام والانقلاب والحريق والسرقة.

القسم الثاني: يغطي المسؤولية المدنية تجاه الغير، فقد تترتب على صاحب المركبة أو السائق المجاز مسؤولية مدنية لتعويض الطرف الثالث نتيجة حادث تسببت به المركبة المؤمن عليها. وفي هذه الحالة تقوم شركة التأمين بسداد التعويض عن تلك المسؤولية وبحد أقصى يصل إلى عشرة ملايين ريال سعودي خلال سنة واحدة بالنسبة لتلف الممتلكات أو للوفيات أو للإصابات الجسدية بما فيها المصروفات القانونية.

القسم الثالث: وهو القسم الاختياري وعادة ما يطلق عليه التغطيات الإضافية أو التغطيات الاختيارية، مثال ذلك:

• **التوسعة التأمينية للبرد والفيضانات والأخطار الطبيعية الأخرى:**

عندما اجتاحت السيول مدينة جدة بنهاية عام ٢٠٠٩ لم يتمكن معظم المؤمن لهم الذين تضررت مركباتهم من الحصول على تعويض من شركات التأمين لأنهم كانوا يحملون وثائق تأمين مسؤولية المركبات الإلزامية التي تغطي فقط المسؤولية تجاه الغير وتستثني الأخطار الطبيعية. وقد تكرر المشهد نفسه عندما تعرضت مدينة الرياض في مطلع عام ٢٠١٠ لسيول مشابهة. وحرصاً من بعض شركات التأمين على تلبية متطلبات العملاء للحماية من خسائر وأضرار المركبات الناتجة عن الأخطار الطبيعية، فقد تقرر توسعة بعض وثائق التأمين لتشمل التعويض عن الخسارة أو الضرر الذي يلحق بالمركبة المؤمن عليها والذي ينتج مباشرة عن البرد أو الفيضان بفعل الأمطار والسيول.

• **توسعة الحوادث الشخصية:**

تتوفر هذه التوسعة لتغطية الحوادث الشخصية التي تعرض لها السائق و/ أو الركاب مقابل قسط إضافي، بحيث تعوض المؤمن له عن حالات الوفاة أو العجز الجزئي أو الكلي للسائق أو الركاب نتيجة حادث مغطى.

• **التوسعة الجغرافية:**

وهي أحد الميزات التي يمكن أن يستفيد منها الأفراد عند شراء وثائق تأمين المركبات شامل من التوسعة الجغرافية للوثيقة لتغطي بعض الدول كدول الخليج أو الأردن ومصر.

• وهناك بعض التغطيات الإضافية يمكن للقارئ الكريم الاطلاع عليها في تأمين المركبات.

ب- تأمين المسؤولية المدنية تجاه الغير بالنسبة للمركبات

ويعتبر هذا الغطاء نوعاً أو أحد صور تأمين المركبات الأكثر شيوعاً في سوق التأمين في المملكة العربية السعودية، ويعتبر من التأمينات الإلزامية من خلال وثيقة التأمين الموحدة التي صدرت عن مؤسسة النقد العربي السعودي. وقد تم إعداد هذا الغطاء من قبل خبراء صناعة التأمين لتعويض الطرف الثالث والذي هو هنا الشخص الذي ليس طرفاً في عقد التأمين إلا أن مصالحه قد تتأثر بأحكام وشروط عقد التأمين، وذلك من خلال تأمين الطرف الثالث.

ويعتبر كل فرد مسؤولاً في نظر القانون عن الأضرار التي يسببها للغير في أشخاصهم وممتلكاتهم، وهكذا يلزم القانون الطرف المتسبب في إلحاق الضرر بالآخرين نتيجة لإهماله في تعويضهم لأنه يعتبر بحكم القانون مسؤولاً عن هذه الأضرار، والمسؤولية المدنية تجاه الطرف الثالث هي المسؤولية المترتبة على إلحاق ضرر بشخص لا يعتبر طرفاً في عقد التأمين، حيث إن شركة التأمين هي الطرف الأول والمؤمن له هو الطرف الثاني، والمتضرر هنا هو الطرف الثالث.

وتحدد قيمة التعويض بالنسبة للمسؤولية تجاه الطرف الثالث في ضوء قيمة الأضرار مع الأخذ بعين الاعتبار شروط وأحكام واستثناءات نص وثيقة التأمين، وعليه فإن هذا الغطاء يعوض المتضرر نتيجة حادث أو خطر يقع على الغير من قبل المركبات المؤمنة في إحدى الحالات التالية:

- وفاة الطرف الثالث حسب شروط وأحكام الوثيقة.
 - الإصابة الجسدية للطرف الثالث.
 - الأضرار التي تقع على ممتلكات الطرف الثالث.
 - تكاليف تسوية الحادث أو المطالبة إذا كانت التسوية من خلال القضاء.
- وبالطبع فإن هذا الغطاء يتضمن مسؤولية على شركات التأمين بحدود عشرة ملايين ريال لتغطي الأضرار التي تقع على الممتلكات أو حالات الوفاة والإصابات الجسدية.

ج - التأمين الطبي للأفراد:

كما أسلفنا الحديث عن مجلس الضمان الصحي التعاوني الذي أقر وثيقة تأمين موحدة للتأمين الطبي حيث يتم التأمين الطبي على كافة العاملين في القطاع الخاص من السعوديين والمقيمين وعائلاتهم.

منافع البرنامج:

- الخدمات العلاجية في العيادات الخارجية والتتويم بما فيها مصاريف الإقامة والإعاشة.
 - علاج الأسنان والنظر ووسائل السمع.
 - مصاريف الحمل والولادة بما فيها الولادات الطبيعية والقيصرية والإجهاض.
 - الحالات المرضية الموجودة قبل التأمين.
 - التطعيمات للأطفال حسب جدول وزارة الصحة.
 - ويحدود تصل لغاية خمسمائة ألف ريال سعودي.
- ويستطيع الأفراد شراء هذه التغطية من خلال شراء الوثيقة لهم ولعائلاتهم مباشرة من أي شركة تأمين مرخصة.

د- تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية:

وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية توفر الحماية لأي ممارس طبي ضد المسؤوليات التي قد يسأل عنها بفعل خطأ أو إهمال أو إغفال أو سهو أرتكب خلال مزاوله عمله، ومن هذا المنطلق روعي عند تصميم الوثيقة ألا تقتصر تغطياتها على الأطباء أو الجراحين فقط بل تمتد لتشمل المسعفين والمرضين والفنيين الطبيين والصيادلة.. إلخ.

ويمكن اختيار حدود التغطية المناسبة من بين اختيارات متاحة من خلال الوثيقة كما يمكن الحصول على تغطية تأمينية من خلال وثيقة واحدة لمدة تصل إلى ٥ سنوات وبذلك تضمن راحة البال والحماية الكاملة لفترة طويلة مما ينعكس إيجاباً على أداء العمل في جومن الطمأنينة.

ويعتبر هذا الغطاء من التغطيات الإلزامية للأطباء كشرط للحصول على ترخيص من هيئة الشؤون الصحية في المملكة العربية السعودية.

هـ - تأمين المساكن للأفراد:

توفر وثيقة التأمين على المساكن راحة البال حيث تضمن حماية المباني والمحتويات الموجودة بها، ضد الحريق والكوارث الطبيعية، الانفجار، الزلازل، أعمال الشغب، الإضراب، الأضرار العمدية، العواصف، أو تفجر الأنابيب.

وتغطي الوثيقة، حسب اختيار طالب التأمين: (أ) إما المباني أو (ب) محتويات المسكن (مشمولاته) فقط، والتي تتكون من الممتلكات الشخصية الأخرى، أو (ج) المباني ومحتوياتها. كما تغطي الوثيقة الخسارة التي يعود سببها إلى السلب أو السرقة أو محاولة الشروع فيهما أو اقتحام المسكن بغرض سرقة محتوياته بما فيها المجوهرات، السبائك والمشغولات الذهبية أو الفضية والمعادن الثمينة الأخرى.

كما أن هناك خيارات للتغطية على سبيل المثال تغطية المسؤولية تجاه طاقم الخدم والمسؤوليات تجاه الغير... إلخ.

و- تأمين السفر الدولي:

توفر هذه الوثيقة التغطية التأمينية للمؤمن عليه خلال السفر إلى خارج البلاد ضد ما قد يتعرض له من خسائر بفعل مجموعة من الحوادث غير المستبعدة تتراوح بين إلغاء أو تقصير مدة الرحلة أو فوات موعد المغادرة أو المصاريف الطبية الطارئة أو الحوادث الشخصية وغيرها، لتصل إلى فقد الحقائب المتعلقة بالسفر أو تأخر وصولها في الوقت المناسب. وقد صممت الوثيقة لتقدم الحماية الشاملة للمسافرين من المخاطر ذات العلاقة بالسفر.

وتغطي الوثيقة القياسية المصاريف الطبية الطارئة خارج المملكة العربية السعودية كما يمكن للشخص المؤمن عليه الحصول على خدمات الطوارئ الطبية في معظم أنحاء العالم وعلى مدار ٢٤ ساعة يومياً عن طريق الاتصال بمقدمي الخدمة المعيّنين من قبل شركة التأمين.

وتقدم وثيقة السفر الدولي نوعان من التغطية:

- تأمين المدة القصيرة ليغطي الرحلات الفردية خلال مدة لا تتجاوز ٦ أشهر.
 - تأمين السفر السنوي ويغطي أي عدد من الرحلات خلال سنة كاملة.
- وتعتبر هذه التغطية من التغطيات الهامة حيث تعتبر من المستندات الإلزامية للحصول على تأشيرة السفر من بعض دول العالم.

ز- تأمين الحوادث الشخصية للأفراد:

صممت وثيقة الحوادث الشخصية لتعوض مادياً الشخص المؤمن عليه (أو ورثته الشرعيين) في حالة تعرضه، خلال مدة التأمين، لحادث أدى إلى إصابته أو تعرضه لحالة من حالات العجز الدائم أو العجز المؤقت أو الوفاة. ويوفر الغطاء على أساس طول فترة التأمين، وعلى نطاق جميع دول العالم.

وتعتبر هذه التغطية من التغطيات الاختيارية إلا أن هناك بعض السفارات تلزم بعض العائلات بتأمين السائقين أو الخدم للحصول على هذه التغطية كمتطلب مسبق للعمل.

ثانياً: المنتجات التأمينية الخاصة بالشركات:

وهي التأمينات التي تصمم من قبل شركات التأمين والتي تلبي الحاجات التأمينية للشركات بمختلف فئاتها، وبالرغم من تعدد هذه التغطيات إلا أن الأكثر شيوعاً في السوق السعودي هو:

أ- تأمين المركبات:

يقدم هذا المنتج حلاً تأمينياً مرنة وتغطيات متنوعة للأساطيل مختلفة الأحجام، ويوفر خيارات التغطية التي يمكن تصميمها وفق متطلباتكم التجارية لمختلف أنواع السيارات.

أنواع المركبات التي يتم التأمين عليها:

- المركبات المستأجرة بنظام التأجير المنتهي بالتمليك.
- مركبات التأجير.

- مركبات النقل الخفيف (لا تزيد عن ٣,٥ طن).
- مركبات النقل المتوسط (لا تزيد عن ٥ طن).
- مركبات النقل الثقيل (فوق ٥ طن و/أو أكثر من ١٦ مقعداً).
- المركبات التجارية المستخدمة في النقل الداخلي والدولي.
- المركبات التجارية عالية المخاطر كناقلات الغاز والوقود.
- مركبات الهيئات الدبلوماسية.

التغطيات التي تندرج تحت هذا المنتج:

يتيح هذا المنتج الاختيار بين واحد أو أكثر من منتجات تأمين المركبات وهي كالتالي:

* تأمين المركبة والمسؤولية تجاه الغير (الشامل):

- يوفر التغطية عن الخسارة أو الضرر الذي يلحق بالمركبة المؤمن عليها في حدود القيمة المعلنة.
- يغطي المسؤولية تجاه الغير عن الإصابات والوفيات وبعده أقصى ١٠ مليون ريال عن كل حادث أو عن إجمالي الحوادث خلال سنة تأمينية واحدة.
- يغطي المسؤولية تجاه الغير عن الأضرار التي تلحق بالممتلكات العامة أو الخاصة وبعده أقصى ١٠ مليون ريال عن كل حادث أو عن إجمالي الحوادث خلال سنة تأمينية واحدة.

* تأمين مسؤولية المركبة تجاه الغير:

- يغطي المسؤولية تجاه الغير عن الإصابات والوفيات وبعده أقصى ١٠ مليون ريال عن كل حادث أو عن إجمالي الحوادث خلال سنة تأمينية واحدة.
- يغطي المسؤولية تجاه الغير عن الأضرار التي تلحق بالممتلكات العامة أو الخاصة وبعده أقصى ١٠ مليون ريال عن كل حادث أو عن إجمالي الحوادث خلال سنة تأمينية واحدة.

* التأمين الشامل للمركبات مع اختيار بعض التغطيات الإضافية مثل تأمين الحوادث الشخصية للسائق والركاب، تأمين الأخطار الطبيعية وغيرها.

ب- التأمين الطبي للشركات

يتضمن جميع تغطيات وشروط وتحديدات الوثيقة القياسية الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني ضمن اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني وتشمل التغطية العيادات الخارجية والتتويم ضمن غرفة مشتركة بحد أقصى سنوي قدره ٥٠٠ ألف ريال إضافة إلى تغطيات الولادة ومصاريف الأسنان بحد أقصى ٢,٠٠٠ ريال ووسائل السمع. والتغطية متاحة أيضاً خارج المملكة العربية السعودية في الحالات الطارئة أثناء الإجازة أو رحلة عمل بحيث لا تتجاوز ٩٠ يوماً. وهذا يتطلب من المستفيد الحصول على موافقة مسبقة من الشركة على مصاريف التتويم وعلى خدمات العيادات الخارجية التي تبدأ من ٥٠٠ ريال فأكثر، كما يتم دفع مبلغ تحمل قدره ٢٠٪ من نفقات المعالجة بالعيادات الخارجية وبعدها أقصى مائة ريال.

ج- منتج تأمين الحماية والادخار:

عندما يتعرض الأفراد للوفاة أو العجز الكلي الدائم الذي يمنعهم عن ممارسة عملهم تظهر الكثير من المشاكل سواء لأرباب العمل أم للأسر التي يعولونها أم للمؤسسات المالية المرتبطة معهم بتعاقدات أو ببرامج ائتمان. كذلك فإن التفكير في المستقبل والاستعداد لتقلباته تتطلب ضرورة تدبير أحد برامج الادخار والاستثمار الذي يوفر مورداً مالياً يساعد المستفيدين على مواجهة ظروف الحياة الصعبة في حالة وفاة أو عجز المعيل. وقد صممت عدداً من برامج الحماية والادخار التي يحتاجها الأفراد وأرباب العمل والمؤسسات المالية والبنوك والتي تعمل على أساس مبدأ التكافل الإسلامي:

• برنامج تأمين الحياة التسليفي (الائتماني):

هذا البرنامج يستهدف العملاء من البنوك وشركات الائتمان، حيث يتم التأمين على المقترضين لصالح البنك أو شركة الائتمان حاملة الوثيقة. وبموجب هذا البرنامج فإن شركة التأمين تقوم بسداد الرصيد المتبقي من القرض المستحق الدفع إلى البنك أو شركة الائتمان في حالة تعرض المقترض للوفاة أو العجز الدائم.

• برنامج التأمين على حياة الموظفين للمجموعات:

هذا البرنامج يستهدف أصحاب الأعمال الذين يعمل لديهم عدد من الموظفين، وتقوم الوثيقة بسداد قيمة المنفعة (مبلغ التأمين المتفق عليه) في حالة تعرض أي من الموظفين الذين تشملهم التغطية للوفاة أو العجز الدائم.

د - منتج تأمين الحوادث الشخصية للشركات:

وقد صممت وثيقة الحوادث الشخصية لتعوض مادياً الشخص المؤمن عليه (أو ورثته الشرعيين) في حالة تعرضه، خلال مدة التأمين، لحادث أدى إلى إصابته أو تعرضه لحالة من حالات العجز الدائم أو العجز المؤقت أو الوفاة. ويوفر الغطاء على أساس طول الفترة التأمينية، وعلى نطاق جميع دول العالم.

هـ - منتج تأمين الممتلكات الخاصة بالشركات:

وينقسم بدوره هذا المنتج إلى عدد من التغطيات الفرعية:

تأمين الممتلكات: ضد الحريق والأخطار الإضافية:

يعوض المؤمن له عن الأضرار الطارئة التي تلحق بممتلكاته والتي قد تنتج عن أخطار متعددة مثل الحريق، الصواعق، الانفجار فوق سطح الأرض أو في باطن الأرض، أضرار التصادم، أضرار الطائرات، طفق خزانات المياه، انفجار الأنابيب أو الأجهزة، تسرب المياه من المرشحات،

العواصف، الأعاصير الحلزونية، الأعاصير الإستوائية أو المدارية، الفيضانات، الغمر بالمياه، الشغب، الإضراب، الإضرار المتعمد، الزلازل، السلب، السرقة باستخدام العنف أو القوة في الدخول أو الخروج من الأماكن المؤمنة.

تأمين الممتلكات: ضد الحريق والصواعق:

تغطي هذه الوثيقة الأضرار الطارئة الناتجة عن أخطار الحريق أو الصواعق.

تأمين الممتلكات: ضد جميع الأخطار:

توفر هذه الوثيقة تغطية شاملة ومتكاملة للوحدات الصناعية أو الممتلكات التجارية.. إلخ ضد جميع الأخطار (بما في ذلك الأضرار الطارئة) فيما عدا ما هو مستثنى تحديداً بموجب الوثيقة. ويوجد نوعان من التغطية: الأولى هي وثيقة تأمين الأضرار الطارئة وهي تتعلق بشكل رئيسي بالممتلكات التجارية والثانية هي تأمين الممتلكات الصناعية «ضد جميع الأخطار» وهي تتعلق بشكل رئيسي بالوحدات الصناعية، وبطبيعة الحال تستثنى كلا الوثيقتين تحديداً الخسائر التبعية.

تأمين الممتلكات: لأصحاب المحلات التجارية:

تعتبر المتاجر من أهم نقاط البيع في عالم اليوم فهي مفتوحة على مدار الساعة لاستباق المنافسة واكتساب العملاء بما يجعلها معرضة للكثير من المخاطر فضلاً عن التعامل مع الموظفين وإدارة العمل، مما يتطلب التفكير في إدارة كل تلك المخاطر، ولهذا الغرض صمم هذا المنتج لتلبية احتياجات أصحاب هذه المتاجر.

وتوفر هذه الوثيقة التغطية التأمينية لجميع أنواع المحلات التجارية باستثناء بعض الأنشطة المحددة.

وتتضمن التغطية بموجب الوثيقة تغطيات قياسية مثل الحريق والصواعق، السرقة المصحوبة باستخدام العنف، إضافة إلى إمكانية تغطية التعويض عن إيجار وحدة بديلة في حالة تعرض متجرك لأضرار أو خسائر.

كما توفر هذه الوثيقة المتكاملة تغطيات اختيارية متعددة مثل فساد المخزونات المبردة، ألواح الزجاج المثبت، النقود، البضائع أثناء النقل، المسؤولية المدنية، الخسارة التبعية، تعويضات العمال، الحوادث الشخصية، ضمان خيانة الأمانة من قبل المستخدمين.

تأمين الممتلكات: للخسارة التبعية:

تغطي هذه الوثيقة خسارة الأرباح بسبب انخفاض حجم التداول المعتاد الناتج عن توقف العمل أو عدم انتظامه بفعل خسارة أو ضرر مغطى بموجب أي من وثائق تأمين الممتلكات المذكورة أعلاه، وتشمل التغطية بموجب هذا التأمين زيادة تكلفة الأعمال التي تعقب الخسارة بالإضافة إلى النفقات الثابتة للعمل، كما يمكن توسيع التغطية التأمينية لتغطية مخاطر إضافية.

و- منتجات التأمينات الهندسية:

ويندرج تحت هذا المنتج عدد من المنتجات نذكر منها:

التأمينات الهندسية: أخطار مقاولين شامل:

صممت وثيقة المقاولين «ضد جميع الأخطار» خصوصاً للمشاريع الهندسية مثل بناء المباني، تشييد الجسور وأعمال الطرق.. إلخ حيث توفر الحماية الشاملة لمصالح المقاولين وأصحاب المشاريع وكذلك مقاولي الباطن ضد جميع المخاطر التي قد يتعرضون لها فيما عدا ما هو مستثنى تحديداً. كما يمكن توسيع التغطية التأمينية لتغطية مخاطر إضافية مثل المسؤولية تجاه الغير.

التأمينات الهندسية: أخطار التركيب شامل:

يغطي هذا التأمين المخاطر المرتبطة بالتخزين أو التجميع أو التركيب كما يغطي فترة اختبار الآلات ووضعها قيد التشغيل بالمصنع. وتمنح الوثيقة تغطية شاملة ضد جميع الأخطار ما لم تستثنَ تحديداً. كما يمكن توسيع التغطية التأمينية لتغطية مخاطر إضافية مثل المسؤولية تجاه الغير.

التأمينات الهندسية: معدات وآليات المقاولين:

يغطي هذا التأمين الخسارة أو الضرر المادي الفجائي وغير المتوقع لآليات ومعدات الإنشاء التي يستخدمها المقاول في أماكن العمل إما بالإصلاح أو الاستبدال، سواء أكانت هذه الآليات أو المعدات في وضع تشغيل أم متوقفة أم جاري تفكيكها بغرض التنظيف أو الترميم أم في سياق أي من تلك العمليات المذكورة، أم في سياق إعادة التركيب التالية لذلك بعد أن يكون قد جرى اختبار تشغيلها بنجاح.

التأمينات الهندسية: أجهزة إلكترونية والحاسب الآلي:

تغطي الوثيقة جميع أنواع أجهزة الحاسب الآلي والأجهزة الإلكترونية بما في ذلك المعالجات الدقيقة، معالجة المعلومات الإلكترونية، أجهزة الاتصالات، الأجهزة ذات الاستخدام الطبي، معدات الأفلام والإستديوهات واللوحات الإلكترونية... إلخ. كما يغطي هذا التأمين الضرر المادي الفجائي وغير المتوقع الناتج عن الأجهزة الإلكترونية. كما تغطي الوثيقة أيضاً وسائل المعلومات الخارجية وزيادة التكاليف ومصاريف العمل.

التأمينات الهندسية: المراجل البخارية وأوعية الضغط:

يعوض هذا التأمين المؤمن له في حالة الخسارة أو الضرر الناتج عن المراجل وأوعية الضغط بفعل الانفجار أو الانهيار في سياق العمل العادي. ويمكن توسيع التغطية التأمينية لتشمل الممتلكات المحيطة الخاصة بالمؤمن له وكذلك المسؤولية التي قد يسأل عنها المؤمن له قانوناً عن أية إصابات جسدية أو تضرر الممتلكات الخاصة بالغير.

التأمينات الهندسية: عطب المكنائن:

تغطي هذه الوثيقة الخسارة أو الضرر المادي الفجائي وغير المتوقع للآلات المؤمن عليها، والذي يستوجب الإصلاح أو الاستبدال (حسب الحال) بسبب عيوب في الصب أو المواد المعيبة أو أخطاء في التصميم أو خطأ المصنعية أو التركيب أو التشغيل الخاطئ أو الافتقار إلى المهارات أو نقص المياه داخل المراجل أو الانفجار الطبيعي أو التمزق بسبب القوة الطاردة المركزية أو قصور الدائرة الكهربائية أو العواصف أو أية أسباب أخرى غير مستثناة تحديداً.

التأمينات الهندسية: فساد المخزون في المستودعات:

هذا التأمين هو شكل من أشكال تغطية الخسائر التبعية صمم خصيصاً ليوفر التغطية التأمينية للمخزون في المستودعات المبردة. ويغطي هذا التأمين الخسارة أم الضرر للبضائع أو السلع المعلن عنها في طلب التأمين إذا ما تعرضت للتلف أو الفساد.

التأمينات الهندسية: فقد الأرباح:

تغطي هذه الوثيقة فقد الأرباح الناتج عن توقف العمل أو عدم انتظامه بسبب حادث غير متوقع ناتج عن توقف الآلات كالحريق أو العطب الفني.

ز-منتج تأمين الحوادث العامة والمسئوليات:

وهنا يندرج تحت هذا المنتج عدد كبير من التغطيات والوثائق نذكر منها:

• التأمين من حوادث السطو والسرقة:

يوفر هذا التأمين التغطية ضد الخسارة أو الضرر الذي قد يلحق بالمخزون أو الأثاث أو التجهيزات أو الملحقات وجميع المحتويات الأخرى الموجودة في أي متجر أو مؤسسة تجارية كما توسعت التغطية لتشمل الأضرار التي تلحق بأماكن العمل.

• المسؤولية المهنية:

يعتبر المهنيون من الفئات التي تملك خبرات فنية وتقنية عالية في مجال عملهم أو مهنتهم لذا يجب إعطاؤهم عناية خاصة عند ممارستهم للخدمات المقدمة إلى عملائهم، ومع ذلك لا يمكن تجاهل الخطأ البشري في كل الأوقات فالسهو أو الخطأ من الأمور التي قد نتعرض لها في كثير من الحالات نتيجة تقصير أو إهمال غير متعمد لكنه في النهاية يؤدي إلى إقامة مطالبات ضد مزاولي هذه المهن أو الحرف نتيجة تسببهم في تعرض عملائهم لخسائر مادية. ومن هذا المنطلق تكون هناك مسؤولية مهنية على مزاولي المهن ذات الاحترافية الخاصة مثل المهندسين المعماريين والمهندسين المدنيين والاستشاريين وأصحاب شركات الوساطة ومكاتب الاستشارات المالية والمحامين ومكاتب الاستشارات القانونية والمحاسبين ووسطاء ووكلاء التأمين.

• المسئوليات العامة:

تغطي هذه الوثيقة المسؤولية القانونية التي يكون المؤمن له مسؤولاً عن دفعها نظاماً كتعويضات للغير لتسببه في إلحاق أي إصابة جسدية عرضية للغير (بما في ذلك الوفاة أو المرض أو العلل) وكذلك أية خسارة أو أضرار تلحق بممتلكات الغير والتي تنشأ في سياق تأدية المؤمن له لعمله أو مهنته أو نشاطاته.

• المسؤولية عن المنتجات:

المصنعون المنتجون أو الموزعون أو البائعون لمنتج أو سلعة ملموسة يتم تداولها لمدة قد تطول، هؤلاء معرضون دوماً لمخاطر تحمل المسؤولية القانونية وبالتالي دفع تعويضات مالية للمستهلكين أو للغير نتيجة تسببهم في إلحاق إصابات جسدية أو تضرر ممتلكات الغير بسبب خطأ أو عيب في المنتج المباع بمعرفتهم. وفي الغالب كل منتج (خاصة البضائع الكهربائية، المركبات والسيارات، المنتجات الصيدلانية، المواد الغذائية مثل الأطعمة والمشروبات.. إلخ) معرض في معظم الأحيان لمثل هذه المخاطر. وتأمين مسؤولية المنتجات يغطي المسؤولية القانونية التي يسأل المؤمن له عن دفعها نظاماً كتعويضات كما هو مبين أعلاه. وتشمل التغطية التأمينية بموجب هذا القسم من الوثيقة أية تكاليف أو مصاريف متكبدة في سبيل الدفاع عن أية دعوى قضائية أمام المحاكم.

• تأمين إصابات العمل:

الوظائف المتصلة بحوادث تشكل جزءاً من كل مهنة أو عمل أو نشاط تجاري أو صناعي خاصة عندما يتضمن هذا النشاط العمل اليدوي. وبموجب قانون العمل السعودي فإن كل صاحب عمل مسؤول عن دفع تعويضات لموظفيه عند الوفاة أو تعرضهم لإصابة أو مرض أو عجز من جراء حوادث العمل التي تقع. ويحدد القانون مبلغ التعويض المتوجب الأداء في كل حالة من الحالات المستحقة للتعويض على سبيل المثال كما في حالات الوفاة أو العجز.. إلخ. وتوفر هذه الوثيقة الحماية للمؤسسة أو أي نشاط ضد كل تلك المسؤوليات تجاه المستخدمين من خلال منفعتين رئيسيتين:

الأولى: تتعلق بالتغطية التأمينية حسب المنافع المتوجبة الأداء بموجب قانون العمل والعمال السعودي أو أحكام الشريعة الإسلامية.

الثانية: تتعلق بالتغطية حسب المنافع المتوجبة الأداء بموجب قانون العمل والعمال السعودي و/أو أحكام الشريعة الإسلامية بما يتجاوز أو يزيد عن التعويض المتاح في إطار المنافع المقررة بموجب نظام المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.

• تأمين النقود:

تغطي هذه الوثيقة فقد النقود أو الحوالات المالية أو الشيكات أو السندات المالية.. إلخ أثناء وجودها في موقع العمل أو المؤسسة.

- أثناء النقل (باستثناء الإرساليات البريدية) بين الجهات المتفق عليها مسبقاً.

- أثناء وجودها في الأمكنة العائدة للمؤمن له المحددة في جدول الوثيقة.

- أثناء وجودها في مقر إقامة صاحب العمل أو أي مدير أو موظف يعمل لدى المؤمن له.

- أثناء وجودها ليلاً في خزائن مغلقة داخل البنك وحتى يتم نقلها بمعرفة مسؤول مصرفي.

• تأمين خيانة الأمانة:

يغطي هذا النوع من التأمين الخسائر المالية التي قد يتعرض لها المؤمن له كنتيجة لأي عمل من أعمال الاحتيال أو عدم الأمانة التي ترتكب من قبل أي موظف في سياق عمله لدى المؤمن له، وتعتبر هذه الوثيقة ملائمة لتغطية خيانة الأمانة خاصة لبعض فئات المستخدمين مثل الصرافين والمحاسبين الماليين وأمناء المخازن.. إلخ نظراً لما تفرضه عليهم مسؤوليات ووظائفهم في التعامل مع النقود أو المخزون.

• تأمين مسؤولية أعضاء مجلس الإدارة:

توفر وثيقة تأمين المسؤولية لأعضاء مجالس الإدارة والمدراء الإداريين التغطية التأمينية لكل عضو أو مدير إداري عن المسؤولية التي قد يسأل عنها نظاماً بسبب خطأ أو إهمال، غير مقصود أو غير متعمد، ارتكبه أو بالادعاء على أنه ارتكبه في سياق إدارته شؤون الشركة بصفته الوظيفية.

ح - منتج التأمين البحري:

يغطي هذا النوع من التأمين الخسارة أو الضرر الذي تتعرض له البضائع أثناء النقل البحري أو الجوي أو البري سواء داخل المملكة العربية السعودية أم تلك البضائع المعدة للتصدير أو الاستيراد من وإلى السعودية. وتوفر الشركات في السعودية نوعين من تأمين البضائع إما على أساس تغطية «جميع الأخطار» أو تغطية أخطار محددة ومسماة.

ط- منتج تأمين الطاقة:

هي نوع متخصص من التأمينات يتعلق بالطاقة البتروكيماوية والهيدروكربونية والمنشآت النفطية وكل ما يتعلق بمصادر الطاقة الهامة مثل النفط والغاز والكهرباء حيث يغطي كافة الأخطار التي قد تتعرض لها ضد الحريق والتلف والهالك والانفجار، وتمتد التغطية لتشمل المسؤوليات والخسائر التبعية ومصاريف التشغيل، وإزالة الأنقاض وتأمينات حماية البيئة.

ي- منتج تأمين الطيران:

يعتبر منتج تأمين الطيران كضامن أساسي يمنح شركات الطيران المحلية غطاء من الحماية التي تحتاجها لممارسة نشاطها واستمرار تسيير رحلاتها لخدمة الركاب ولدعم حركة التجارة المحلية والعالمية.

تأمين هياكل الطيران والمسئوليات:

تغطي هذه الوثيقة الخسارة أو الضرر العرضي للطائرة بفعل الأخطار المغطاة إما باستبدال أو إصلاح الطائرة المتضررة، هذا فضلاً عن المسؤولية القانونية المتعلقة بالإصابات الجسدية العرضية (سواء أكانت مميتة أم لا) والضرر العرضي الذي قد يلحق بالممتلكات العائدة للغير بسبب الطائرة أو أي شخص موجود على متنها أو أية أشياء أو مواد متساقطة منها.

تأمين مالكي ومشغلي المطارات:

فرع من فروع تأمين الطيران يوفر الحماية الكاملة لمالكي الطائرات أو الهيئات المكلفة بإدارتها أو مراقبي حظائر الطائرات أو المقاولين وذلك بتعويضهم عما يترتب عليهم من مسؤولية قانونية تجاه الغير كالمسافرين وشركات الطيران.

تأمين الطيران ضد أخطار الحرب والأخطار المرتبطة بها:

تغطي هذه الوثيقة الخسارة أو الضرر للطائرة بفعل الأخطار المستثناة من التغطية التأمينية بموجب وثيقة تأمين هياكل الطائرات «ضد جميع الأخطار» والتي تتسبب عن الحرب وما يصاحبها من أخطار أخرى بما في ذلك الابتزاز وكذلك التكاليف أو المصاريف المتكبدة في حالة اختطاف الطائرات.

تأمين فقد الرخصة - الطيران:

يعوض هذا التأمين أي عضومن أعضاء طاقم الطائرة ضد خطر سحب رخصته (سواء بصفة مؤقتة أم دائمة) بسبب عدم اللياقة الطبية الناتجة عن حادث أو مرض.

تأمين الحوادث الشخصية - أخطار الطيران:

يدفع هذا التأمين مبلغ المنافع عن الإصابات التي قد يتعرض لها أحد أعضاء طاقم الطائرة أو أي من الركاب، سواء أكانوا على متن الطائرة أم في طريقهم للدخول إليها أم عند مغادرة الطائرة والنزول منها إلى أرض المطار، والتي قد تنشأ عن حادث يقع للطائرة المؤمنة. وهكذا بعد تطرقنا لذكر المنتجات التأمينية التي تقدمها شركات التأمين في المملكة العربية السعودية، نود أن نضيف أن هذه المنتجات تعتبر قياسية كما ذكرنا، ويمكن أن تتوفر في بعض الشركات ولا تتوفر في البعض الآخر وهذا بالطبع يعود إلى حصول الشركات على ترخيص لهذه المنتجات أو بعض منها أو يعود إلى الاهتمامات الاكتتابية الخاصة بكل شركة. وأخيرًا، ما تم ذكره هنا من أجل التعريف، ولكن هناك الكثير من المعطيات والتفاصيل الخاصة بكل منتج يمكن للقارئ الكريم الرجوع إلى المراجع المتخصصة بكل منتج.

أسئلة التقييم الذاتي على الفصل السادس

س ١: واحد مما يلي يعتبر من المنتجات القياسية لتأمين الأفراد:

(أ) أخطار مقاولين شامل

(ب) تأمين المصانع

(ج) تأمين المركبات التجارية

(د) تأمين المنازل

س ٢: من التغطيات القياسية لتأمين الشركات:

(أ) تأمين المسؤولية المهنية للطبيب

(ب) اتفاقية إعادة التأمين

(ج) تأمين معدات المقاولين

(د) تأمين المركبات الخاصة

س ٣: التأمين البحري واحد من التغطيات التأمينية الخاصة بالشركات والذي يغطي:

(أ) تأمين السفر

(ب) الأمراض الطارئة التي تصيب البحارة

(ج) التأمين الذي يغطي الحوادث الشخصية للبحارة أثناء الإجازة

(د) تأمين البضائع أثناء النقل

س ٤: تأمين خيانة الأمانة، يعمل على تعويض المؤمن له في حال:

- (أ) اختلاس أحد موظفي المؤمن له للأموال
- (ب) السطوع على الأموال أثناء النقل
- (ج) الأضرار التي تحصل على خزنة المؤمن له
- (د) السرقة لمحتويات مستودع المؤمن له

س ٥: حدود المسؤولية في تأمين المركبات ضد الطرف الثالث في المملكة العربية السعودية:

- (أ) ثلاثمائة ألف ريال للحادث الواحد ومجموع الحوادث
- (ب) خمسمائة ألف ريال للحادث الواحد ومجموع الحوادث
- (ج) مليون ريال للحادث الواحد ومجموع الحوادث
- (د) عشرة ملايين ريال للحادث الواحد ومجموع الحوادث

س ٦: تأمين أخطار المقاولين شامل، ضمن المنتجات التأمينية التي تغطي:

- (أ) تأمين المركبات
- (ب) التأمين الطبي
- (ج) تأمين الأموال
- (د) التأمين الهندسي

س ٧: من التغطيات الإضافية على تأمين المركبات:

- (أ) التأمين الطبي للسائق
- (ب) تأمين المسؤولية المهنية للسائق بصفته طبيب
- (ج) تأمين الحوادث الشخصية للسائق
- (د) تأمين منزل السائق

س ٨: يمكن تغطية الأضرار التي تحصل لمعدات المقاولين ضمن غطاء:

- (أ) تأمين المركبات
- (ب) المسؤولية العامة للمقاولين
- (ج) عطب الآلات وفساد المخزون
- (د) تأمين آليات ومعدات المقاولين

س ٩: من التغطيات الرئيسية لأخطار الطيران:

- (أ) الأمراض التي تصيب الطيارين
- (ب) الأضرار التي تحصل لأجسام الطيارات
- (ج) الأضرار التي تحصل لمنازل الطيارين
- (د) الأضرار التي تحصل لمركبات الطيارين

س ١٠: حتى تقبل شركات التأمين تأمين فساد المخزون في أجهزة التبريد، لابد من توفر

الغطاء التأميني التالي:

- (أ) تأمين الحريق
- (ب) تأمين البويلرات والمراجل
- (ج) تأمين العمالة المنزلية
- (د) تأمين عطب المكائن

الفصل السابع
مبادئ خدمة العملاء
في قطاع التأمين

مبادئ خدمة العملاء في قطاع التأمين

المقدمة

تقدم هذه الوحدة نظرة عامة على المبادئ الأساسية لخدمة العملاء، من خلال التعرف على الأنواع المختلفة لعملاء قطاع التأمين والاحتياجات المختلفة لهم وتوقعاتهم من خدمة العملاء، وكيفية التعامل معهم لتلبية هذه الاحتياجات، ومهارات التواصل الفعال مع العملاء بمختلف أنواعهم والتقنيات الحديثة للمحافظة على العملاء وتقديم الخدمات والمنتجات في أفضل صورة وبما يتناسب مع أفضل الأساليب العلمية الحديثة لحل المشكلات والتواصل لتسوية الأوضاع وصولاً لأفضل اتفاقات لمصلحة العملاء، وكذلك توضيح ضرورة العمل على زيادة وعيهم المالي بطبيعة المنتجات والخدمات التأمينية المناسبة مع احتياجاتهم.

• أولاً: المبادئ الأساسية للخدمة الفعالة للعملاء:

خدمة العملاء هي مجموعة من الممارسات التي تهدف إلى تعزيز مستوى رضا العملاء أي الإحساس بأن الخدمة أو المنتج المقدم من الشركة قد نال رضا العميل، وبتعريف أدق هي العملية التي يتم من خلالها تلبية احتياجات وتوقعات العملاء من خلال تقديم خدمة ذات جودة عالية ينتج عنها رضا العملاء.

تعريف العملاء وأنواعهم:

تعريف العميل Customer Identification:

العميل هو حجر الأساس لأي مشروع أو عمل وبدون العميل لا تقوم أي شركة أو مؤسسة فهو الركن الرئيسي لنجاح الشركة وتحقيق أرباح مالية، ويمكن تعريفه بأنه الشخص (أو المؤسسة) الذي يتيح الفرصة للشركة كي تخدمه بشكل جيد، وتلبي احتياجاته الخدمية منها بشكل مرضي، وهو الذي يمنح الشركة الاستمرار وتحقيق النجاح وهو كذلك قد يكون أحد أسباب

خروج الشركة من السوق، ويعبر عن رغباته ومتطلباته لمقدمي الخدمة وتصبح مهمة الشركة تلبية هذه الرغبات والوفاء بمطالبه الخاصة بالمنتجات والخدمات المقدمة منها بطريقة فعالة وصولاً إلى الحصول على رضاه، ومن هذا المنطق وجب على شركات قطاع التأمين توجيه جل اهتماماتها نحو العملاء بغية المحافظة على استمرار وجودها.

وفي سبيل ذلك أنشأت الشركات دوائر مختصة تُعنى بشئون العملاء سواء الحاليين منهم أم المستهدفين، منها إدارات العلاقات العامة وإدارات التسويق والبحوث وإنشاء مراكز معلومات تتطورة إضافة إلى إدارة علاقات العملاء (Customer Relation Management - CRM) (كل ذلك في سبيل تقديم أفضل الخدمات والمنتجات التي تحقق إشباع حاجات هؤلاء العملاء.

وكما هو معلوم فإن البشر مختلفون في تركيباتهم النفسية ويتنوعون في أنماطهم السلوكية، ونحن في تعاملاتنا اليومية وعلى الصعيد الشخصي والعملي نتعامل مع هذه الأنماط المتنوعة من الأشخاص، وحتى نتمكن من إنجاز معاملاتنا الشخصية والعملية يجب علينا أن نفهم الطرف الآخر لنحسن التعامل معه، وتزداد أهمية هذه المعرفة عندما يتعلق الأمر بالعمل، وخاصة العمل الذي يتطلب التعامل دوماً وبشكل مباشر مع العملاء على اختلاف مستوياتهم ودرجاتهم، ومن هنا تأتي أهمية التعرف على أهم التصنيفات المتعارف عليها للعملاء، مع ذكر أهم الأساليب والطرق الواجب اتباعها عند التعامل مع كل نوع.

شخصيات العملاء المختلفة وطرق التعامل معهم:

إن الشركة المتميزة هي التي تجد الأسلوب الجيد للتعامل مع عملائها، وهذا يتطلب الفهم التام لطبيعة السلوك الإنساني، وخصوصاً الأنماط الشخصية للعملاء، عاداتهم ودوافعهم وحاجاتهم واتجاهاتهم، وقيمهم، ونقاليدهم ويمكن الإشارة إلى الأنماط الشخصية، وطرق التعامل معهم فيما يلي:

١ - العميل الصامت:

ربما يكون هذا العميل من أصعب أنواع العملاء، فهو يرفض أن يعلق أو يتحدث إليك ولو بكلمة واحدة، ولا تظهر أساريره أية انطباعات سواء بالقبول أم الرفض لما تتحدث به.. ومن الصعب أن تكتشف ما يدور في ذهنه.. وعلى مقدم الخدمة ألا يأخذ صمت العميل كعلامة للقبول أو الموافقة. ويحتاج هذا النوع من العملاء إلى اختراق جدار الصمت لديه بأسئلة لا تتضمن الإجابة (بنعم) أو (لا).. وإنما تحتاج إلى إجابة مطولة، كما يجب أن يتسم مقدم الخدمة بالصبر والإيجابية، ويطلب رأيه صراحة فيما يعرض من أمور.

٢ - العميل الثرثار:

هذا العميل يود أن يتكلم طوال الوقت، غير مرتب، مجادل، يحب النقاش، اجتماعي، متحمس غير منطقي في الرد عليك، ويحتاج العميل الثرثار إلى لباقة خاصة من مقدم الخدمة لإدارة دفعة الحديث، ويحتاج منك أن تعطي اهتماماً بالغاً لما يقول.. ثم اجتذابه للموضوع الرئيسي بطريقة ودية، وتوجيه الحديث إلى موضوع المقابلة دون إحراج العميل.

٣ - العميل المشكك:

إنه عميل لا يصدق ما تقوله بسهولة، ويبدو ذلك واضحاً في كلماته وملامحه، وينتقدك هذا العميل بشدة، ولا يأخذ أي من أقوالك قضية مسلمة، كما أنه غير لبق. وينظر إليك هذا العميل بنظرة الشك دائماً باعتبارك تتصب له شبكاً في كل كلمة.. وكل عرض.. وهذا العميل يحتاج منك باستمرار لأن تقدم له دليلاً على صدقك في شكل ورقة أو مستند أو قائمة. أو تنفيذ وعد، ويتطلب منك فوق ذلك أن تصادقه وتثبت له سلامة مقاصدك.. وفي أحيان كثيرة تلجأ الشركة إلى تقديم ضمانات مستندية (لائحة - منشور وارد من الجهة الرقابية -... إلخ) لضمان الحصول على ثقة هذا العميل.

٤- العميل المتردد:

هو ذلك العميل الذي لا يستطيع أن يتخذ قراراً فهو متخوف ومتحفظ، كما أن لديه نقصاً في التركيز.. ويحتاج هذا العميل إلى وقت لإقناعه بالعملية التعاقدية أو شراء المنتج المقدم منك، وخاصة إذا كانت العملية كبيرة الحجم أو على مدى زمني بعيد أو الاستثمار فيها بتكلفة عالية، وخاصة إذا كانت معلوماته ناقصة، والعمل المتردد يتخذ قراره بصعوبة ويفتقر إلى قدر كبير من الثقة بالنفس، ومرتاب وشديد القلق وقد يكون خجولاً ويحتاج إلى إشعاره بالثقة، مع إيقاف أي ضغط عليه حين تعلم أنه لا يتناسب مع إمكانياته في اتخاذ القرار، واحذر أن تزيد الخيارات والبدائل أمام هذا العميل وعليك اقتناص أي فرصة أو إشارة لتفضيله أحد منتجاتك أو خدماتك، أو أحد شروطك لاتخاذها كقاعدة للنقاش البيعي. كما يحتاج هذا العميل إلى الشرح المنطقي المرتبط بقدرته على التعلم.. ولا تنس أنه بقدر قناعتك في الرد على اعتراضاته، وتناول موضوعه بالتأكيدات فإنه سوف يتخذ القرار بالتعاقد.

٥- العميل المماطل المسوف:

يقابلك هذا النوع من العملاء خاصة عند قيامك بتحصيل أموال المنشأة المستحقة لديه. ولكن المماطلة في إنهاء العملية البيعية لها وجه آخر، فقد يكون العميل بالفعل لا يستطيع أن يتخذ القرار الشرائي.. إما لنقص المعلومات، أو لتكوينه الشخصي، وقد يكون مما لا يرغبون في اتخاذ قرارات فورية ويحتاج إلى وقت أكثر للتفكير والدراسة.. ويحتاج هذا العميل إلى إبراز حوافز التعامل الفوري.

٦- العميل العصبي:

إن سرعة رد الفعل لدى العميل واتخاذ قرارات متسعة.. وحركة العين السريعة تجعلك تشعر أنك أمام عميل متعصب.. وهو بلا شك من أصعب أنواع العملاء لعجز مقدم الخدمة عن ملاحقة أفكاره والانتقال السريع من موضوع لآخر، وهذا العميل يجب إبعاده عن التفاصيل بقدر الإمكان، وعليك أن تعلم أنه رغم عصبية وعدم ترتيب أفكاره فهو لا يشتري منتجاً أو

خدمة غير مناسبة لظروفه، وعليك مساعدته في العودة لهدوئه. وذلك بانبساطك في الحديث، ومساعدته في عرض مجموعة المغريات البيعية المؤثرة في شرائه لنوع معين من المنتجات والخدمات التأمينية.

٧- العميل المندفع:

عند مقابلتك لأحد المسؤولين القادرين على اتخاذ القرار الشرائي لا ننسي أنه قد يكون متسرعاً للغاية في الرفض أو القبول، أو يستخدم كل إمكانياته وقدراته وسلطانه في اتخاذ قرارات شرائية اندفاعية متسرعة، وهذا العميل تلقائي يتعامل بأسلوب رد الفعل. ويحتاج منك إلى: لا تكن مثيراً للضجر.. مهيجاً للأعصاب بما تعرض من شروط وأسعار بل كن منطقياً حتى تكون مقبولاً.

اجعل رد الفعل السريع في صالحك دائماً مؤكداً حرصك على اختصار المعلومات، وعدم إضاعة وقته الثمين.

كن سريعاً في التوقع لتزى حيثما يكون فكر عميلك واضعاً مستنداتك وأوراقك وأدواتك كبرهان معبر عما تقول.

٨- العميل الطماع :

هناك العديد من العملاء الذين يقابلونك ويريدون كل شيء مقابل لا شيء.. ينتهزون فرص المنافسة للضغط على شركتك بنوع من المساومة الطامعة.. ولكن عليك أن تعلم أن المساومة هي حق طبيعي للعميل لو كانت سياسة شركتك تسمح بذلك.. وأن من حق العميل أن يحصل على أقصى درجة إشباع ممكنة يراها في تخفيض أسعارك أو شروط أفضل في التعامل.. خاصة إذا كان العميل يحصل على منتج أو خدمة ليست الحاجة لها ملحة في الوقت الحالي. وهذا العميل يحتاج إلى إشباع وإحساس بالانتصار عليك وأنه حصل على أفضل خدمة بأفضل سعر.

٩- العميل الكذاب:

يعتقد بعض العملاء بخداع مقدم الخدمة عن طريق البيانات المضللة عن أسعار المنافسين، وشروطهم.. والكذب بشأن التعاقدات المطلوبة مستقبلاً.. بما يغري مقدم الخدمة بالتعاقد بشروط خاصة ومميزة.. ويعتقد هؤلاء أنه من السهل خداع رجل البيع وذلك لجني بعض المكاسب.. ومعلومات رجل البيع المتجددة تمثل دعماً لتلك الأكاذيب فهو يدرك كل شيء بما في ذلك التكلفة وعناصرها.. ورغم ذلك فإن إشعارك للعميل بكذبه دون أن تصفه بالكذب هو خطأ لا يغتفر.. وما عليك إلا أن تبرز له بعض الحقائق دون أن تصفه بالكذب خاصة كل الحقائق المتعلقة بالمنافسة وأسعارها أو التكلفة طالباً منه الإثبات بطريقة ليقة وودية.

١٠- العميل المتعجل:

إنه عميل غير صبور، يحتاج إلى أداء كل أعماله في التو واللحظة ودون تأخير.. وهو عميل سريع الغضب، يعتقد في الناس الكسل وعدم المواظمة مع ظروف العصر، وينكر عليك خدمتك لغيره باهتمام.. ويمتاز هذا العميل بعدم حبه للمساواة، ودورك هو إشعار العميل بسرعتك في الخدمة. وتجهيز مكان العمل بما يجعله لا يشعر بأي ضجر وسأم.. واترك له شيئاً ينشغل به عنك إذا كنت تخدم عميلاً آخر.. كما لا تنس أن تهتم به وتعطيه عين الرعاية بالإشارة والحديث أثناء خدمة الآخرين.

١١- العميل العليم ببواطن الأمور:

يعتقد بعض العملاء أن ما يتوفر لديه من معلومات وما يتميز به من موقف في سوق المشترين.. هو ورقة رابحة للسيطرة على مقدم الخدمة والسيطرة على زمام الأمور معه، فهو يظهر معلومات بشكل متعالٍ ويحاول أن يعطي نصائحه للبائع مفتخراً بقدرته على ذلك، وإذا ما حاول مقدم الخدمة مناقشته فهو يرفض ويهدد باللجوء إلى المستويات الأعلى.. أو اللجوء للمنافسين. وأيضاً فإن هذا العميل من العملاء الذي يسهل كسبهم بشيء من الصبر والمثابرة

في العرض، وقد يكون لديه بعض الحق في صحة معلوماته، وقد تكون معلومات غير سليمة. وفي الحالتين فهو يحتاج إلى إطراء ومديح اهتمامه، ومعلوماته القيمة، وعليك تقبل تعليقاته مع المثابرة في العرض دون غضب؛ لإشباع رغباته في حب الظهور.

١٢ - العميل الإيجابي:

هو عميل جاد يتعامل بمنطق المعقولية والتحليل الحسابي للأمر، يتمتع بذكاء ويقدم افتراضات بناءة، ويتخذ قرارات سليمة.. وهو مفاوض عادل يعتمد في حساباته على المستقبل وعدم إضاعة الوقت.. ولكنه مقابل ذلك لا يثق في مقدم الخدمة قليل المعلومات.. ولا يمكن اتباع منطق المجاملة معه من اللحظة الأولى لأنه عملي جداً.. ويقظتك وخبرتك معه ضرورية لأنه يتحداك بفكره وتنظيم منطقته وعقله.. لذا عليك معاملته بإتقان وفاعلية فهذا هو عميلك المستهدف وعليك اتباع الخطوات الصحيحة الفعالة في إنجاز أعماله والتعاقد معه وتلبية احتياجاته.

توقعات العملاء من موظفي خدمة العملاء الفعالة:

للحفاظ على العملاء يجب العمل على تحديد ومعرفة توقعاتهم والعوامل المؤثرة فيها لتقديم خدمات ذات جودة تتوافق مع توقعاتهم، وينجلي مفهوم جودة الخدمة في أنها «هي جودة الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أم المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تريد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها».

وللتعرف على توقعات العميل يجب أن يكون هناك اتصال دائم بالعملاء من خلال تطبيق أساليب تساعد في ذلك، بالإضافة إلى معرفة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة عن طريق قياسه على فترات لتحديد الخلل في عملية تقديم الخدمة ومعالجته.

العوامل المؤثرة على توقعات العميل:

يعتبر مستوى توقعات العملاء قابلاً للتغير والتعديل استجابة لعدد من العوامل التي تؤثر في حدوث تغيرات في توقعات العملاء والمتمثلة فيما يلي:

١- **الحاجات الشخصية:** وتشير هذه الحاجات إلى المطالب الشخصية للعميل والتي تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للفرد وكذلك موارده الشخصية.

2- **البدائل المتاحة للخدمة:** وتشير إلى إدراك ومعرفة العميل بوجود عدد من البدائل الأخرى للخدمة المتاحة له، وذلك بالنسبة للخدمة التي يرغب في الحصول عليها.

٣- **الخبرة السابقة:** وهي تعرض العميل من قبل لنفس الخدمة ودرجة معرفته بطبيعتها بعد التجربة.

٤- **الأحاديث والأقوال الشخصية:** وهي تلك العبارات التي تقال عن شركات التأمين وخدماتها من أي طرف آخر خارج قطاع التأمين، وهذه العبارات قد تأتي من أفراد مثل الأصدقاء أو الخبراء.

٥- **الوعود المصرح بها من شركات التأمين بشأن خدماتها:** ويشير هذا العامل إلى تلك الوعود الصريحة والمحددة التي تعلن عنها الشركات لعملائها في صورة جمل أو عبارات باستخدام العديد من أدوات الترويج والاتصال معهم مثل البيع الشخصي والإعلانات التجارية وغيرها.

كيفية إدارة توقعات العميل:

يمكن لشركات التأمين إدارة توقعات عملائها من خلال التزامها بوعودها حول الخدمات التي تقدمها بالإضافة إلى اعتمادها على الاتصال الفعال مع عملائها، ومن أجل ذلك لابد من التركيز على العوامل التالية:

١- التأكد من أن الوعود واقعية:

وهذا يعني أنه على شركات التأمين أن تكون وعودها تعكس ما تقدمه في الواقع وألا تعطي وعوداً زائفة، فالوعد الكاذبة التي لا يمكن للشركة تحقيقها في الواقع سوف تؤدي إلى خلق عدم الثقة بينها وبين عملائها، وحتى يمكن للشركة أن تضمن التوافق بين الوعود والأداء الفعلي للخدمة لابد على إدارة التسويق مراعاة ما يلي:

- التعرف على ردة الفعل حول الحملة الترويجية قبل القيام بها وذلك من قبل مقدمي الخدمة أنفسهم أو مجموعة من العملاء، ويكمن الهدف من ذلك، في التأكد من صحة الوعود التي سوف تطلقها الحملة.
- القيام بفحص شروط وأحكام ومواصفات ومميزات الخدمة والتعرف على العناصر والمفاتيح الرئيسية فيها والتي يمكن أن تركز عليها حملات الترويج للشركة.
- القيام ببحوث دورية تهدف إلى تقييم تأثير المنتج أو الخدمة التأمينية على مستويات توقعات العملاء مثل التعرف على تأثير الأسعار على هذه المستويات.

٢-التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة:

إن أداء الخدمة بشكل صحيح ومن أول مرة، أي تقديم خدمة ذات درجة عالية من الاعتمادية يساهم في تقديم خدمات متميزة، كما أن وجود ثقة عالية بالشركة وخدماتها سيقبل من الحاجة إلى معالجة الأخطاء والمشاكل في تقديم الخدمة.

٣-الاتصال الدائم مع العملاء :

إن الاتصال الدائم مع العملاء يكون لفهم توقعاتهم واهتماماتهم وشرح طبيعة خدمات الشركة لهم، أو شكرهم على اختيارهم لخدمات الشركة، قد يؤدي إلى التأثير إيجابياً على العملاء، وتشير الدراسات إلى أن الاتصال الذي يقوم به موظفو الشركة مع العملاء، والذي يعكس مدى الاهتمام والعناية يؤدي إلى جذب مزيد من الثقة في الشركة وخدماتها، فالخدمة تعبر عن التفاعل مع العميل، فالالاتصال الدائم معه يجنب الشركة الوقوع في مشاكل محتملة عند تقديم الخدمات.

وحتى يمكن للشركة تقديم خدمات تفوق مستوى التوقع لدى العملاء يجب أن يكون هناك تميز في تقديم الخدمة حتى يستطيع العميل أن يعرف مدى مهارة مقدمي الخدمة، مما يتيح الفرصة للشركة بالعمل على زيادة درجة ثقة العملاء بخدماتها من خلال إيجاد طريقة في تقديم الخدمات تميزها عن غيرها من الشركات المنافسة في السوق.

نظام تقييم رضا العملاء:

إن تقييم رضا العميل يمكن الشركة من استغلال فرص التحسين وتحقيق فعالية إجراءاتها ويكون ذلك بالإصغاء للعملاء وتحديد توقعاتهم والتعرف على مواقفهم تجاه الخدمات المقدمة لهم والعمل بإيجابية نحو « الحفاظ على العملاء » بالإضافة إلى:

- استقبال وتحليل شكاوى العملاء.
- البحوث الخاصة برضا العملاء.
- البحوث مع العملاء القدامى.
- اختبار المنتجات.

مبادئ المحافظة على العملاء Customer retention:

للمحافظة على العملاء يجب أن ينصب اهتمام المسؤولين بالشركات على جودة الخدمة المقدمة لما لها من أهمية كبيرة في الحفاظ على العملاء الحاليين وجذب عملاء جدد، ولتحقيق ذلك في تقديم الخدمات التأمينية يجب اتباع الخطوات التالية:

١- جذب الانتباه وتركيز الاهتمام بالعملاء:

إن جذب انتباه العملاء وإظهار الاهتمام بهم من خلال المواقف الإيجابية التي يبديها مقدم الخدمة من العوامل الهامة في المحافظة على العملاء، فالاستعداد النفسي والذهني لملاقاة العملاء وحسن المظهر، والابتسامة الجذابة والسلوك الإيجابي الفعال والثقة بالنفس... إلخ تعتبر كلها بمثابة عوامل إيجابية تؤدي إلى زيادة اهتمام العملاء من أجل الحصول على الخدمة إلى جانب ذلك فإنها تعزز الولاء الدائم للعملاء وتكرار الحصول على الخدمات المقدمة لهم من الشركة باستمرار، ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية:

- أ- الاستعداد النفسي والذهني لمقابلة العملاء والاهتمام بهم والرغبة في تقديم الخدمة لهم.
- ب- حسن المظهر.

ج - الابتسامه والرقه والدفء في التعامل مع العملاء وإظهار روح الود والمحبة وإظهار الرغبة في مساعدتهم.

د-الروح الإيجابية نحو العملاء بغض النظر عن الجنس، والعمر والمظهر.

هـ - الدقة التامة في إعطاء المواصفات عن الخدمة دون اللجوء إلى المبالغة أو التهويل.

و-إشعار العملاء بالسعادة في تقديم الخدمة وأن الشركة التي يتعاملون معها تمثل أفضل الشركات من حيث الجودة والاهتمام بتقديمها.

ز- عدم التصنع في المقابلة والحديث والتخلص من الصور السلبية في التعامل.

ح- التركيز على أن الشركة تبدأ بالعمل وتنتهي به في توفير الخدمة.

٢- خلق الرغبة لدى العملاء وتحديد حاجاتهم:

إن خلق الرغبة وتحديد احتياجات العملاء تعتمد على المهارات البيعية والتسويقية لمقدم الخدمة ومن المتطلبات الأساسية لذلك ما يلي:

أ- العرض السليم لمزايا الخدمة المقدمة بالتركيز على خصائصها ووفرتها.

ب - ترك الفرصة للعميل لكي يستفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها وأن يكون مقدم الخدمة مستعداً للرد على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل العميل مستعداً لاستكمال إجراءات قبول الخدمة.

ج- التركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل كالترحيب والابتسامه والشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية والمستقبلية للعملاء.

٣- إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه:

إن عملية إقناع العميل باقتناء تلك الخدمة ليست بالأمر السهل وإنما تتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات وكذلك معالجة الاعتراضات التي يبديها العميل عند التعاقد أو يرضع العراقيين أمام إتمام ذلك رغم اقتناعه بجودة الخدمة والسعر المعقول في بعض الأحيان، فيرى البعض أن عملية التعاقد لن تتم دون وجود اعتراض من قبل العميل لذلك فطريقة الرد على الاعتراض تختلف من موقف لآخر، لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات العملاء ويمكن توضيحها كما يلي:

أ- أن يلتزم مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية في فن التعامل مع العملاء وهي (أن العميل دائماً على حق) بحيث يجب أن يكون مقدم الخدمة دبلوماسياً في الرد على العميل ولا يعمل على تأكيد خطأ وجهة نظر العميل مباشرة ولكن يجب أن يعتمد على مجموعة من المبادئ في هذا المجال وهي:

- الإقلال من الاعتماد على النفي المباشر مع الاعتماد عليه في الحالات التي لا يكون منها مفر من اللجوء إليه.

- طريقة التعويض: وتقوم على تعويض اعتراض العميل على الخدمة من ناحية السعر مثلاً بإظهار ملامتها لطبيعته الاستثمارية وموقفه المالي.

- طريقة العكس وتقوم هذه الطريقة على قلب الاعتراض إلى ميزة.

- طريقة الاستجواب، وتقوم هذه الطريقة على أن يلجأ مقدم الخدمة إلى توجيه بعض الأسئلة إلى العميل بحيث يكون في الإجابة عليها تقييد لاعتراضه.

ب- يجب أن يكون مقدم الخدمة مستمعاً جيداً للعميل وأن يظهر الاهتمام واليقظة مع تدوين الآراء والملاحظات التي يبديها العميل حتى يتم إرضاء كبريائه.

ج- يجب على مقدم الخدمة ألا يأخذ اعتراضات العميل قضية مسلم بها، فقد يكون العميل راغباً في اقتناء خدمة معينة لكنه يثير الاعتراض فقط من أجل إنهاء المقابلة لذلك يجب أن يكون مقدم الخدمة يقظاً لذلك وإذا ما تأكد من استحالة التعامل معه يجب إنهاء المقابلة بشكل لبق.

د- يجب على مقدم الخدمة ألا يجعل العميل يشعر بانهزامه في المناقشة وأنه قد انتصر عليه لأن هذا الشعور قد يؤدي إلى فشل عملية التعاقد بعد ما كادت تنتهي بنجاح.

٤- التأكد من استمرارية العملاء بالتعامل مع الشركة:

إن عملية التأكد من استمرارية التعامل مع الشركة وخلق الولاء لدى العملاء تأتي من خلال بعض الخدمات البيعية والتسويقية التي تشكل ضماناً لولاء العملاء للشركة ومنها:

- الاهتمام بشكاوى العملاء وملاحظاتهم، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوى العملاء واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال:

- الاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة لهم.
- تعويضهم عن الخسارة الناجمة عن ذلك.
- تقديم الشكر للعملاء وتعظيم دورهم في دعم الشركة وتوفير الخدمات الجيدة بصورة دائمة.
- ديناميكية التواصل مع العملاء.

مفهوم الخدمة الفعالة (المتميّزة) Effective Service:

تشير كلمة التميز إلى وجود فروق معينة ينفرد بها موظف عن الآخر أما مفهوم الخدمة المتميزة فيشير إلى تقديم الخدمة بشكل يفوق توقعات العميل.

خصائص الخدمة المتميزة:

- وفيما يلي بعض من الخصائص التي تعبر عن حالة الامتياز في الخدمة منها:
- أن الامتياز في تقديم الخدمة إحساس يحدث للعميل يثير حواسه ومشاعره بشكل إيجابي أكثر مما يتوقع.
- أن الامتياز في تقديم الخدمة يمكن الإحساس به عن جزء صغير من الخدمة وليس عن الخدمة بكاملها.
- إن الامتياز يستهلك فوراً وبمجرد الإحساس به من جانب طالبي الخدمة فانبهار العميل بالامتياز ينتهي بمجرد انتهاء التأثير الذي يتركه في نفسه.
- أن هذا الامتياز خبرة شخصية يشعر بها كل عميل على حدة فدرجة الامتياز وما يترتب عليها من الانبهار الذي يشعر بها عميل معين قد لا تكون بالضرورة دافعاً لانبهار عميل آخر وحكمه على الخدمة بأنها متميزة.

١) أسس التميز:

تتحدد أسس خدمة العملاء في عناصر ثلاثة تشكل فيما بينها أضلاعاً للخدمة المتميزة وهي:

الأساس الأول: نوع الخدمة ذاتها:

إن نوع الخدمة المقدمة ومدى أهميتها بالنسبة لطالبي تلك الخدمة يعتبر الأساس الذي يجب أن ينطلق منه القائمون على تطوير تلك الخدمة، فالخدمة التي تمثل أهمية كبيرة من جانب طالبيها يجب أن يقابلها في نفس الوقت نفس الدرجة من الأهمية من جانب المسؤولين عن تقديمها خاصة إذا كانوا يرغبون في تحقيق التميز في أداء وتقديم الخدمات، فالعميل طالب الخدمة يكون اهتمامه منصباً بدرجة كبيرة على الخدمة التي تمثل مرتبة عالية في قائمة أولوياته، وبالتالي سيكون حكمه على تميز مقدمي الخدمة في أدائهم متأثراً إلى حد كبير بهذه الخدمة.

الأساس الثاني: طبيعة طالب الخدمة:

تشكل التغيرات الثقافية والاجتماعية ومستوى التعليم الخاص بطالبي الخدمة الملامح الرئيسية التي تحكم سلوك طالب الخدمة عند تعامله مع مقدمي الخدمة ومن ثم معايير حكمه على التميز في أداء تلك الخدمة.

الأساس الثالث: طبيعة مقدم الخدمة:

يساهم المستوى الثقافي والتأهيل العلمي المناسب وكذلك التدريب في إعداد مقدمي الخدمات ليقوموا بتقديم الخدمة إلى طالبيها بمستوى من التميز يساهم في إشباع حاجات طالبي الخدمة، ومن ثم تحقيق الرضا لهم، ولهذا يجب مراعاة الدقة في اختيار مقدمي الخدمة بحيث يتم اختيارهم وفقاً لضوابط تسمح بأن تتوافق مهاراتهم وقدراتهم مع متطلبات شغل مثل هذه الوظائف.

٢) التسويق أساس الأداء المتميز للخدمة والعناية بالعملاء:

يتمثل النشاط التسويقي في إظهار التميز في كل مما يلي:

١- التميز في مجال المنتج:

- * أنواع وأشكال مختلفة من الخدمات.
- * تطوير وتحسين إجراءات تقديم هذه الخدمات.
- * ملاءمة وقت تقديم الخدمات.
- * تطوير / تميز الخدمات.
- * البحث عن استخدامات جديدة للخدمات.
- * سلامة إجراءات تقديم الخدمة بما يحقق السرية والأمان.

٢- التميز التسويقي في مجال المكان:

- * تقديم الخدمات في الأماكن المختلفة.
- * إنشاء الفروع.
- * ملائمة مواقع فروع الشركة.
- * تواجد الفروع في مكان تواجد الخدمات ومنها أماكن انتظار السيارات مثلاً.
- * التآيٲ ملاءم للفرع/ الشكل الخارجي.
- * وجود إستراتيجيات ملاءمة للرجال والسيدات.
- * ملائمة أوقات العمل مع الظروف المختلفة.
- * ملائمة التنظيم الداخلي للشركة.
- * أساليب تأمين السلامة للمبنى والعملاء.
- * توفير جو صحي ملاءم، إلى جانب توفير رعاية طبية أولية (إسعافات أولية) للعملاء.
- * إعداد دليل داخلي للعملاء يتضمن:
 - الهيكل التنظيمي.
 - مواقع الإدارات.
 - إجراءات تقديم الخدمة.
 - الوثائق والمستندات المطلوبة.
- * تقديم خدمات خارج الشركة (خدمات العملاء الذين ينتظرون بسياراتهم خارج الشركة).
- * ملائمة المكان في تقديم خدمات المعوقين.
- * تجهير مكان خاص لخدمة كبار العملاء وتنظيم دخولهم سواء ببطاقات أو تخصيص باب خاص لهم.
- * توفير كافة الخدمات الإدارية للعملاء في أماكن تقديم الخدمة لهم (مثل التصوير/ التلفون/ الفاكس...إلخ).
- * التهيئة المادية الملائمة لمكان تقديم الخدمة.
- * التنظيم الداخلي للعمل داخل الشركة.

٣- التميز في مجال تسعير الخدمات التأمينية:

- * توفير عائد ملائم للعملاء.
- * تقديم الخدمة بأقل تكلفة ممكنة.
- * تطبيق سياسة الأسعار الخاصة.
- * الاستفادة من أسلوب التسعير السيكولوجي المتناسب مع مختلف ظروف وطبائع وشخصيات واحتياجات العملاء.
- * تمييز كبار العملاء في مجال تسعير الخدمات.

آليات التعامل مع شكاوى العملاء.

تهدف شركات قطاع التأمين إلى إرضاء عملائها من أجل جعلهم عملاء أوفياء لها، لتجنب الآثار السلبية نتيجة فقدان العملاء، لذلك من الضروري تحديد العملاء الغير راضين والدوافع وراء عدم الرضا.

وتعتبر شكاوى العملاء من بين الأدوات التي تستعمل لمعرفة عدم رضا العملاء عن الخدمات المقدمة، حيث تعرف الشكاوى على أنها: كل اتصال شفهي، كتابي، هاتفي، عفوي أو محرض، مباشر أو عبر وسيط، من خلاله يعبر العميل عن عدم رضاه»، ومن خلال هذا التعريف نستنتج أن العميل يعتمد على عدة طرق للتعبير عن عدم رضاه، ويستعملها حسب المكان الذي يتم فيه القيام بالمعاملة، أو حسب المكان الذي يستعمل فيه الخدمة. إن اختيار طريق إيصال ذلك إلى الشركة مرتبط بقدرته على الكتابة أو التعبير شفهيًا بالإضافة إلى طريقة حكمه على شكواه بأنها ستأخذ بعين الاعتبار أم لا، أي أن العميل يعبر هنا عن فعالية هذه الأداة التي يعتبرها استثمارًا إضافيًا مقارنة مع الخدمة التي دفع مقابلها.

وهناك العديد من الأساليب المقترحة للتعامل مع شكاوى العملاء منها:

- التعرف على توقعات العملاء لمستويات الخدمة المقبولة.
- التحديد الجيد لمجالات الشكاوى.
- تطوير إجراءات العمل وتبسيط متطلبات الحصول على الخدمة واستخدام التكنولوجيا المتطورة.
- تقديم الضمان وتوفير الأمان في التعامل مع الشركة لإزالة الشعور بالمخاطرة عند شراء الخدمة.
- أداء الخدمة بطريقة صحيحة ومن المرة الأولى.
- الاتصال الفعال بالعملاء .
- تحويل المشكلات إلى فرص بهدف كسب عملاء جدد والمحافظة على العملاء الحاليين.
- تجاوز توقعات العميل وتحقيق التميز في تقديم الخدمة.
- العمل على استقطاب وتوظيف أفضل الكفاءات.
- وضع الإرشادات اللازمة للتعامل مع شكاوى العملاء.
- تنمية وتطوير ثقافة تنظيمية لدعم الجودة.

وتعتبر من أهم أسباب شكاوى العملاء ما يلي:

- أ- عدم تقديم الخدمة حسب الوعد بتوفيرها من حيث التوقيت، السلوك، أنماط الاتصال،... إلخ مما يتسبب في وجود مشاكل لدى العميل.
- ب- ضعف المصدقية أو الثقة في الشركة نتيجة لضعف مهارة الموظفين أو عدم قدرتهم على فهم احتياجات العميل.
- ج- مقاومة التغيير من طرف العميل فقد تقوم الشركات بتغيير السياسات أو الإجراءات أو أنظمة العمل أو شروط ومتطلبات الحصول على الخدمة، ما يؤدي إلى تدمير العميل ورفضه للتغيير.

- د- الحالة المزاجية للعميل أو لمقدم الخدمة فقد يواجه العميل أو مقدم الخدمة ظروفًا غير مرغوبة تؤثر على حالته المزاجية، وبالتالي تؤثر على تفاعلاته واستجابته للطرف الآخر، وقد يترتب عن ذلك مشكلات في التعامل بين الطرفين.
- هـ- التمييز بين العملاء فيما يتعلق بزمن أو أسلوب أو طريقة الحصول على الخدمة.
- و- نقص الوعي وعدم توافر المعلومات لدى العميل.
- ز - عدم توافق الخدمة المقدمة مع توقعات العميل.

ثانياً: أساسيات عملية خدمة العملاء:

مع تطور التقنيات الحديثة ووسائل الاتصال، وصناعة المعلومات وخدمات حلول الأعمال الإلكترونية، وفي سوق يعتبر فيها الحصول على ولاء العملاء من التحديات التي تواجه موظفي خدمة العملاء بسبب كثرة الخيارات أمام العملاء فإن التحدي لا يكمن في البحث عن عملاء جدد فقط، ولكن في فهم وإدراك متطلبات العملاء الحاليين والاحتفاظ بهم، لذلك ظهرت التقنيات الحديثة التي تهدف إلى توفير حلول كاملة لإدارة جهود موظفي شركات التأمين وتنفيذ قرارات تعتمد على العملاء الحاليين والمحتملين ومدى تجاوبهم مع ما تقدمه شركات التأمين من خدمات.

ومما لا شك فيه أيضاً أن المنافسة وما تحمله من ضراوة قد باتت السمة البارزة في عالم الأعمال اليوم ومن هنا فإنه كان لزاماً على شركات التأمين البحث عن المميزات ونقاط القوة التي تعينها على خوض غمار هذه المنافسة وبالتالي تعتبر معرفة شركات التأمين لعملائها وتفضيلاتهم إحدى أهم المميزات التنافسية التي يمكن أن تمتلكها شركات التأمين، ومن هنا جاءت أهمية إدارة علاقات العملاء.

تعرف إدارة علاقات العملاء بأنها:

«إستراتيجية شاملة ونظام متكامل لتحديد العملاء المرشحين أكثر من غيرهم، وفهم متطلباتهم ورغباتهم وأولوياتهم والعمل على إشباعها من خلال الاتصالات الفعالة بهم وتحليل بياناتهم، وذلك لزيادة ولائهم وربحيتهم».

ومن أهم أهداف إدارة علاقات العملاء:

- زيادة معدلات الاحتفاظ بالعملاء وزيادة ولائهم وربحيتهم.
- توفير معلومات ومدخلات لبحوث التسويق وللخطة الإستراتيجية من خلال دراسة ميول العملاء وتوجهاتهم ووضع افتراضات حول تعاملاتهم المستقبلية.
- جذب عملاء جدد.
- توحيد الرؤية التسويقية للشركة، وإقرار نقاط الاتفاق حول المفاهيم الإستراتيجية الهامة بالشركة.
- جعل التفاعلات مع العملاء تتطبع بالطابع الشخصي.

الاتصال الأولي بالعميل:

يمثل الاتصال الأولي بالعميل نقطة بداية تقديم الخدمة فعلياً له، وربما لا تستغرق هذه المرحلة في كثير من حالات تقديم الخدمات إلا ثوان معدودة ولكنها هامة للغاية بل ويتوقف عليها النجاح في تقديم الخدمة الحالية. إن مرحلة الاتصال الأولي هي عملية تعارف بالعميل وجذب انتباهه لتقديم الخدمة التي يطلبها أو تعرض عليه، وبالتالي فهي تكون الانطباع الأولي لدى العميل عن الشركة وخدماتها عامة وعن مقدم الخدمة شخصياً، فمعظم العملاء في هذه المرحلة قد يركزون قبل طلب الخدمة على ما يلي:

- مظهر مقدم الخدمة وثقته بنفسه والنظافة الشخصية للموظف وأناقته وبساطته في التعامل والتحدث.
- شعور مقدم الخدمة بالانتماء إلى الشركة.
- طريقة مقابلة مقدم الخدمة ومدى اتسامه بالرغبة في تقديم الخدمة.
- الأسلوب الذي يستخدمه مقدم الخدمة في جذب انتباه العميل.

التعرف على متطلبات العملاء واحتياجاتهم.

إن عملية التعرف على احتياجات العميل من أهم العمليات التي يجب الانتباه إليها أثناء التعامل مع العملاء، فهي تساعد مقدم الخدمة في عرض خدماته بشكل يتوافق مع هذه الحاجات وتكون مدخلاً لتحقيق مفهوم الخدمة المتميزة.

كيفية تحديد احتياجات العملاء.

يجب أن تسعى الشركات المصريح لها إلى الحصول على حد معقول من المعلومات عن العملاء لتقدير احتياجاتهم من منتجات وخدمات التأمين التي يرغبون في الحصول عليها ولا يتطلب من الشركات المصريح لها تحديد احتياجات العملاء من التأمين بقدر أعلى من المنتجات والخدمات التي أبدوا رغبتهم في الحصول عليها.

لتحديد حاجات العملاء يجب الانتباه إلى النقاط التالية:

- ١- أن الأسئلة الاحترافية هي أفضل وسيلة للوصول إلى تحديد حاجات العميل فمن خلالها يتم اكتشاف منافع العميل من الخدمة أو المنتج.
- ٢- قبل أن تسوق خدمتك يجب أن تسوق نفسك فإذا ما شعر العميل بالارتياح والقبول لشخص الموظف تراه يستمتع جيداً له.
- ٣- الإنصات الجيد وإشعار العميل بأهمية أقواله تعطي الثقة للعميل مما يؤدي بالنتيجة إلى الوصول إلى حاجاته.
- ٤- استخدام التقنيات المناسبة من الأسئلة بما يتفق مع طبيعة العميل (يتم التعرض لها تفصيلياً).

كيفية اكتشاف احتياجات العميل:

يمكن لمقدم الخدمة الاعتماد على عدة وسائل من خلالها يمكن الفهم الجيد لدوافع العملاء ومن أهم هذه الوسائل ما يلي:

١- استخدام التغذية المرتدة: يمكن لمقدم الخدمة أن يحدد دوافع عملائه من خلال الإنصات الجيد لهم، وملاحظة سلوكهم، وتحليل الأسئلة التي يسألونها، وبالتالي يستطيع أن يكون معلومات مرتدة عنهم تساعده في تقديم أفضل الخدمات.

٢- يمكن لمقدم الخدمة أن يكتشف دوافع عملائه من خلال خبرته السابقة معهم: حيث إن تكرار تعامل العميل مع الشركة يكشف عن نماذج سلوكه، فقد تكشف خبرة مقدمي الخدمة في تعامله مع عميل ما أنه يفضل إنجاز الخدمة بأقصى سرعة، وبالتالي يعمل مقدم الخدمة على تحقيق توقعاته ليضمن استمرار حكمه على خدمات الشركة بأنها خدمات متميزة.

٣- يلجأ كثير من مقدمي الخدمة إلى البيانات المنشورة في اكتشاف دوافع العملاء... وربما اللجوء في هذا الصدد إلى ما يلي:

- الأبحاث المنشورة عن نظريات الدوافع وكيفية اكتشافها.
- المجالات العلمية المتخصصة والتي تتناول نظريات سلوك العملاء.
- الأبحاث التي تقوم بها المنظمات المختلفة لتفهم دوافع العملاء.
- الإعلانات التي توجهها مختلف المنظمات حيث قد تكشف بوضوح عن الدوافع المحتملة لكثير منهم.

صعوبات تحديد دوافع العملاء:

هناك صعوبات تواجه مقدمي الخدمة عند تحديد دوافع العملاء الذين يترددون عليهم، ومن أهم هذه الصعوبات ما يلي:

١ - القصور في الإدراك:

بعض العملاء الذين يطلبون الخدمات من مقدمي الخدمة قد يكونون غير مدركين لدوافع طلبهم هذه الخدمات وبالتالي قد يجد موظف الشركة في المواجهة صعوبة كبيرة في تحديد دوافع هذه النوعية من العملاء.

٢ - عدم رغبة العميل في التفاعل مع مقدم الخدمة:

فقد يكون العميل مدرّكاً لدوافع طلب خدمته ولكنه لا يرغب في الحديث عنها لأسباب يحتفظ بها لنفسه وهنا لا يجد مقدم الخدمة سوى تقديم الخدمة لعميله وهو يسأل نفسه «ما الذي دفع عميلي إلى طلب مثل هذه الخدمة؟».

٣ - التعقيد:

ربما يواجه مقدم الخدمة ببعض العملاء الذين يطلبون الخدمات وقد غيروا دوافعهم من وقت لآخر، فبدلاً من أن يكون طلب الخدمة لدوافع اقتصادية نجدها تتقلب في اليوم التالي إلى دوافع غير اقتصادية.

إن مقدم الخدمة المتميز يجب عليه الانتباه إلى أمرين:

• أن دوافع طلب بعض الخدمات قد تكون معقدة لأسباب ترجع إلى العميل أو الظروف المحيطة به.

• أن بعض دوافع طلب الخدمات أكثر أهمية من الأخرى.

وبالتالي يجب على مقدم الخدمة أن يحاول تحديد دوافع عميله عند قيامه بطلب الخدمات ويحاول إشباع هذه الدوافع وفق إستراتيجية تضمن تحقيق التميز في تقديم الخدمة.

حل مشاكل العملاء:

- تختلف الشكاوى التي يمكن أن تتلقاها الشركة من عميل إلى آخر، في البداية يجب أن تدرك أن هناك قواعد أساسية في مجال تقديم الخدمات، ومن أهم هذه القواعد ما يلي:
- أن العميل (طالب الخدمة) دائماً على حق.
 - أن التميز في تقديم الخدمة يعتمد أساساً على جعل العميل في حالة من الرضا الكامل.
 - الشكاوى هي أشياء طبيعية ومن ثم يجب عدم مقاومتها.

ومن هذا المنطلق فمقدم الخدمة الذي يحتفظ بعلاقات مستمرة مع عملائه تكون الفرصة مهيأة له بدرجة كبيرة لتكرار طلب هؤلاء العملاء للخدمة منه شخصياً، وبالتالي فإن الشعور بالرضا والود لدى العملاء يمثل شيئاً ثميناً لمقدم الخدمة فهو الضمان لاستمرار نجاحه. ويستلزم التعامل مع شكاوى العملاء كلاً من: التعرف على أسباب شكاوى العملاء واتباع القواعد التي يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع هذه الشكاوى (الواردة بأسفله).

أسباب شكاوى العملاء:

- هناك أسباب عديدة لشكاوى العملاء بعضها يرجع إلى الشركة والبعض الآخر يرجع إلى مقدم الخدمة والبعض الثالث يرجع إلى العميل نفسه.
- ومن أمثلة النوع الأول ما يتعلق بالإجراءات المتبعة في الشركة.
 - ومن أمثلة النوع الثاني الأخطاء الشخصية التي يقع فيها مقدم الخدمة.
 - ومن أمثلة النوع الثالث عدم معرفة العميل بمدى الفائدة المتحققة من الخدمة بعد الحصول عليها أو الجهد المبذول في سبيل إنهاؤها بهذه الصورة.
- وبالرغم من ذلك فإن العملاء الذين يشعرون بعدم العناية بهم لا يعلنون جميعاً شكاوهم، ونسبة ضئيلة منهم هم الذين يبلغون عن مشكلاتهم والتي قد يتم معالجتها بشكل يرضيهم. ولكن كلهم ترقب لحدوث مشكلات أخرى، أما إذا لم تحل مشكلاتهم فسينضمون إلى الغالبية الذين لم يبلغوا عن مشكلاتهم من الأصل، فالمشكلة خطيرة (لأنك ستخسر عملاء أكثر).

إن حساسية الخدمات التي تقدمها الشركة للعميل تجعل الشكاوى التي يبلغ عنها العملاء مصدر إزعاج يلاحق مقدم الخدمة وبالتالي يعمل جاهداً على ألا يسمع من مشرفه عبارة «هناك شكوى». ورغم هذا يجب أن يعي مقدم الخدمة مقولة أن الشكاوى هي هدية العميل للشركة.

القواعد الواجب مراعاتها عند التعامل مع شكاوى العملاء:

يجب على شركات التأمين المصرح لها إعداد آلية عادلة وذات شفافية واضحة للتعامل مع الشكاوى وإبلاغ العملاء بإجراءات تقديم الشكاوى.

عند تلقي شكوى يجب أن تقوم الشركات المصرح لها بالتالي:

- الإقرار بتلقي الشكاوى.
- تقديم تقدير زمني للتعامل مع الشكاوى.
- تزويد العميل بمرجع الاتصال لمتابعة الشكاوى المقدمة.
- تبليغ العملاء بالتقدم الحاصل في الشكاوى المقدمة.
- تسوية شكاوى المطالبات بطريقة سريعة وعادلة خلال ١٠ أيام عمل (أو أقل وفقاً لسياسة الشركة) من تلقي الشكاوى.
- إشعار العميل، خطياً، بما إذا كانت الشكاوى مقبولة أو مرفوضة، والأسباب الداعية لذلك وأي تعويض معروض على العميل.
- شرح آلية رفع وتقديم الشكاوى إلى اللجان المشكلة بموجب المادة ٢٠ من لائحة نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني (مرفق صورة اللائحة).

الاتفاق مع العميل:

تشمل عملية البيع ست مراحل أساسية، ينبغي على موظف الشركة بخدمة العملاء تفهمها والاستعداد الجيد لمتطلبات كل مرحلة وما يفرضه ذلك من معلومات ومهارات وتتمثل هذه المرحل فيما يلي:

١- البحث عن العملاء المرتقبين:

حيث تمثل نقطة البداية في عملية البيع للعملاء، وينبغي توافر ثلاثة شروط في العميل لكي يصبح عميلاً مرتقباً هي:

- أن تكون لديه حاجة لشراء الخدمة التأمينية.
 - قادر على الدفع.
 - أن تكون لديه صلاحية اتخاذ قرار الشراء.
- ومن المصادر التي تساعد الشركة في التوصل إلى العملاء المرتقبين: المعارف، الأصدقاء، أصحاب المراكز وذوي التأثير وغيرها.

٢- الوصول إلى العميل والالتقاء به:

تشير بعض الكتابات إلى اتباع إستراتيجية من ثلاث خطوات عند الالتقاء بالعميل وهي:

- جذب الانتباه.
 - إبراز المنافع المترتبة على الخدمة.
 - إتمام عملية التعاقد.
- حيث يتطلب من موظف الشركة الإعداد مسبقاً والحصول على معلومات عن خلفية العميل والخدمات التأمينية المتوقع أن يحتاجها وغيرها، بالإضافة إلى ذلك أن تكون لديه بعض المنشورات والكتيبات والمعلومات التي تستخدم أثناء عرضه للخدمة أمام العميل.

٣- عرض الخدمات التأمينية للعميل:

إن العملاء في الواقع لا يشترون الخدمات التأمينية ذاتها، وإنما يشترون منافع وحلولاً لمشاكلهم المالية وغير المالية ولذلك ينبغي على مديري التسويق بالشركات ربط خصائص ومواصفات الخدمة التأمينية بالمنافع والفوائد المترتبة عليها.

٤- الرد على اعتراضات العملاء:

إن موظف الشركة يستخدم بعض الأساليب مثل اللباقة والحرص على اتباع مدخل إيجابي في الرد على اعتراضات العميل، وكذلك توجيه أسئلة بطريقة تجعل العميل يجيب على اعتراضاته بنفسه.

٥- إتمام الصفقة البيعية:

كلما كان عرض وتقديم الخدمة بصورة جيدة كلما كان العميل مقتنعاً بالردود على الاعتراضات المثارة على تلك الخدمة، مما يؤدي إلى إتمام عملية البيع بطلب من العميل للحصول على الخدمة التأمينية.

٦- المتابعة:

وهي مرحلة ضرورية إذا أراد موظف الشركة التأكد من رضا العملاء وتكرار التعامل مع الشركة، حيث تشتمل هذه المرحلة على استكمال النواحي المتعلقة بمواعيد إنهاء الخدمة وشروط التعاقد وغيرها.

ثالثاً: آليات الاتصال الفعال مع العملاء:

تتصب هذه الآليات على وجوب توافر مجموعة من المهارات اللازمة لنجاح الاتصال مع العملاء ومنها مهارة التعبير، والاستماع، والتأكيد على الذات، ومهارة إدارة عملية الاتصال بالعملاء، وكذلك مهارة التعامل مع النقد.

خلق العلاقة مع العميل:

يجب أن يقوم مقدم الخدمة بتنمية مهاراته على كيفية التحدث إلى العملاء بفاعلية وفي نفس الوقت يتجنب الوقوع في الأخطاء الخاصة بالحديث، علاوة على توجيه الأسئلة إلى عملائه بالطريقة التي تساعد في تقديم الخدمات التي يقومون بطلبها.

التحدث إلى العميل بفاعلية والتركيز معه:

- لكي يتمكن مقدم الخدمة من التحدث بفاعلية إلى عملائه يجب أن يراعي ما يلي:
- التعرف أولاً على ما يريده العميل قبل التحدث إليه عن الخدمات التي يعرضها عليه، وبالتالي يجب أن يبذل مقدم الخدمة الجهد المطلوب لتفسير رسالة العميل والإنصات لها.
- اختيار التوقيت المناسب للتحدث مع العميل أثناء طلب الخدمة، وبالتالي فإن خبرة مقدم الخدمة يجب أن تمكنه من معرفة اللحظة التي يبدأ فيها توجيه حديثه إلى عميله لكي يتمكن الأخير بدوره من الإصغاء إليه.
- يفضل كثير من العملاء أن يكون الحديث الموجه إليهم من قبل مقدم الخدمة خاصة، لذلك يجب أن ينتبه الأخير للموقف الذي يوجد فيه عميله، فإن كان بمفرده يمكن استخدام صوت عادي وإن كان يقف بين عملاء آخرين يفضل أن يكون التحدث إليه بصوت منخفض يكون في مرمى ومسمع العميل فقط.
- يجب إرسال أفكار مقدم الخدمة إلى عميله وتواصله معه بطريقة منظمة بحيث يستطيع أن يتابع حديثه بوضوح.

- استخدام مدخل الإقناع في الحديث بالتركيز على حاجات ورغبات العميل والتي من أجلها طلب الخدمة.
- تبسيط لغة التخاطب مع العميل من خلال استخدام مصطلحات واضحة على حسب مستوى كل عميل.
- التأكد تماماً من أن العميل يفهم الحديث الموجه إليه وبالتالي يجب أن يطلب منه إبداء رد الفعل نحو هذا الحديث.
- تقبل انتقادات العميل أثناء الحديث الموجه واعتبار أن ذلك جزءاً من طلب الخدمة وصولاً إلى تحقيق مفهوم العناية بالعملاء.
- استخدام الأمثلة والعرض إن أمكن ذلك أثناء الحديث إليه وتعديل هذا الحديث للاستجابة مع مضمون هذه اللغة.
- يجب تلخيص حديث مقدم الخدمة لتوضيح الموضوع الذي يناقشه مع العميل ولكي يكون ذلك تركيزاً وتوجيهاً نحو مواصلة تقديم الخدمة.
- التأكد من أنه لا توجد إيضاحات كان يريد بها العميل أثناء حديث مقدم الخدمة ولم يتم توضيحها له.

تجنب الوقوع في أخطاء التحدث:

- كثيراً ما يقع مقدمو الخدمة في أخطاء أثناء تحدثهم إلى عملائهم ومن أهم الأخطاء التي يجب تجنبها أثناء التحدث إلى العملاء ما يلي:
- استخدام لغة غير رسمية للعملاء وخاصة فيما يتعلق بالمصطلحات الفنية المتخصصة، فمقدم الخدمة يعمل بصفة مستمرة في الشركة وأصبحت جميع المصطلحات الفنية الخاصة بالخدمات التي تقدمها شيئاً مألوفاً له، أما العميل فإنه ضيف ولا يعلم كل شيء عن العمل في الشركة.

• استخدام "تمنّات غير مفهومة" عند الحديث مع العميل فقد يفسرها على أنها إهانة له، لذلك يجب أن يكون حديث مقدم الخدمة واضحاً وعادياً ولا يحمل في طياته أي شيء يحتمل التأويل.

• التحدث مع العميل بعصبية نتيجة لضغوط العمل قد يترتب عليه غضب العميل وحكمه السلبي على الشركة بأسرها وبالتالي يجب على مقدم الخدمة أن يدرّب نفسه على التعامل مع ضغوط العمل الخارجية.

• استخدام لغة تخاطب مع العميل تشعره بأنه تحت الاختبار، وعلى سبيل المثال قد يطلب مقدم الخدمة من العميل ترديد ما ذكر مرة أخرى وبأسلوب لا يشعر العميل بأنه يرغب من وراء ذلك العمل في تقديم الخدمة بالطريقة التي تناسبه وتسعده ولكن بأسلوب يشعر العميل بأنه صادق أو على الأقل غير متأكد من رسالته التي وجهها إلى مقدم الخدمة.

• الإسهاب في الحديث الموجه إلى العميل اعتقاداً من مقدم الخدمة أن ذلك يريحه ولكن في الحقيقة قد يجلب الملل ويخرج الطرفين عن الموضوع، وللتغلب على ذلك يجب أن يكون حديث مقدم الخدمة مركزاً على النقاط الأساسية الخاصة بموضوع الخدمة.

• توجيه الحديث إلى العميل وفي نفس الوقت الانشغال بأشياء أخرى مثل الرد على المكالمات الهاتفية أو إنهاء معاملات أخرى لا تخص العميل، وللتغلب على ذلك يجب أن يكون مقدم الخدمة متفرغاً تماماً للحديث مع عميله.

آليات طرح الأسئلة على العملاء :Questioning Techniques

لا يكفي أن تنصت للعميل أو تعرض عليه الخدمات بل يجب أن توجه إليه الأسئلة فهي أحد الأساليب المهنية التي تمكن مقدم الخدمة من الحصول على البيانات والمعلومات المطلوبة لتقديم الخدمة بفاعلية خاصة وأن التجارب أثبتت أنها (أي الأسئلة) تعتبر أحد فنون المحادثة التي تساعد على التفاهم والاتفاق مع الآخرين.

ويمكن لمقدم الخدمة أن يستخدم أحد المداخل التالية أثناء توجيهه الأسئلة لعملائه:

الأسئلة المغلقة Closed questions:

وهي الأسئلة التي يستخدمها مقدم الخدمة ويرغب في أن يكون عميله محدداً في الإجابة عليها للحصول على بيانات ومعلومات محددة ودقيقة، وتنقسم الأسئلة المغلقة التي يمكن استخدامها مع العملاء إلى ثلاثة أنواع هي:

– الأسئلة الاستعلامية Questions informative:

وهي تهدف إلى التعرف على بيانات أو معلومات معينة من خلال عبارات موجزة مثل توجيه السؤال التالي إلى العميل:
ما العنوان الذي تريد أن ترسل عليه الخطاب الذي تريده من الشركة؟

– الأسئلة الاختيارية Optional questions:

وهي تهدف إلى مساعدة العميل على تحديد رأيه بالاختيار بين (نعم) و (لا)، مثل توجيه السؤال التالي إلى العميل:
هل ترغب في إنهاء معاملتك من خلال البريد ؟

– الأسئلة متعددة الاختيارات Multiple choices questions:

وهي تهدف إلى مساعدة العميل على الاختيار من بين عدة إجابات ممكنة متضمنة السؤال نفسه.. مثل توجيه السؤال التالي إلى العميل:
هل ترغب في سداد الأقساط سنوياً ؟ أم ربع سنوي ؟ أم شهرياً ؟

الأسئلة المفتوحة Open questions:

وهي الأسئلة التي تفسح المجال أمام العميل لإعطاء إجابات متنوعة بهدف تشجيعه على التفكير والمشاركة في اكتشاف الحلول المتعلقة بمشكلاته، كما أنها تبرز اهتمام مقدم الخدمة بالعميل والحرص على الأخذ برأيه. ومن أمثلة هذه الأسئلة توجيه السؤال التالي إلى العميل: ما رأيك في الخطاب الذي أمامك؟

الأسئلة الانعكاسية Questions reflectivity:

وهي الأسئلة التي يوجهها مقدم الخدمة إلى العميل من خلال إعادة جزء من حديثه نفسه في شكل سؤال، وتهدف هذه الأسئلة إلى تجنب الرفض المباشر لأفكار العميل ومساعدته على تخفيف أحكامه القطعية وتدعيم التفاهم وتجنب النزاع معه.

الأسئلة المتسلسلة Serial questions:

وهي الأسئلة التي تبنى على إجابات العميل بهدف استغلال إجاباته في تقديم أقصى ما يمكنه من بيانات ومعلومات تفيد في عرض المنتج أو تقديم الخدمة بالشكل المطلوب، إلا أن الأسئلة المتسلسلة قد تقتضي من مقدم الخدمة حسن الإصغاء وسرعة البديهة.

أسئلة التأكيد Confirmation questions:

وهي أسئلة يستخدمها مقدم الخدمة للاستفسار عما تم في الحديث مع العميل بهدف إعادة صياغة ما تم والتأكيد من فهمه وبالتالي يتم تجنب سوء الفهم، مثل توجيه السؤال التالي إلى العميل:

ما الذي اتفقنا عليه حتى الآن؟

ومرة أخرى عدم إشعار العميل بأنه ضعيف الذاكرة أو غير مكترث بالحديث.

آليات ردود الأفعال:

يجب أن يكون مقدم الخدمة في شركة التأمين مستعدًا لتلقي مختلف ردود أفعال عميله، ومدربًا على التعامل معها إما بإعادة صياغة المدخلات التي تم عرضها على العميل وأبدى تعليقًا سلبيًا عليها، أو بتأكيدھا إذا كان رد فعل العميل إيجابيًا، ومن أهم الوسائل التي يمكن لمقدم الخدمة أن يستخدمها للتعرف على تعليقات العميل ما يلي:

- **إثارة الأسئلة:** إذا تلقى مقدم الخدمة تعليقات إيجابية من العميل دون أن يطلب منه ذلك فإنه يعني أن العميل أصبح مقتنعًا بالعرض الذي قدم له، أما إذا شعر مقدم الخدمة أن العميل لم يقتنع بالعرض فعليه أن يوقف عملية العرض، ويطلب من عميله أن يعلق على عرضه للتأكد من فهمه لموضوع العرض والعمل على اقتناعه به من خلال إزالة الغموض الذي تضمنه ويمكن لمقدم الخدمة أن يصل إلى ذلك من خلال توجيه بعض الأسئلة مثل:

أشعر بأنك غير مقتنع بما أعرضه عليك.. أليس كذلك؟

أو ما رأيكم في النقطة الأخيرة التي ذكرتها؟.. الخ.

- **عقد المقارنات:** يطلب مقدم الخدمة من العميل أن يقارن بين العرض الذي قدمه عن الخدمة وما تلقاه من خدمات متشابهة في السابق حتى يقتنع العميل بالعرض المقدم له.. ولكن ننصح بعدم اللجوء إلى هذه الوسيلة إلا بعد اطمئنان مقدم الخدمة لتمييز الخدمة التي تقدمها شركته في الوقت الحالي.

آليات إدارة الصراعات وإيجاد الحلول:

الصراعات تعني عدم اتفاق طرفين أو أكثر ممن يرون وجود تعارض في مصالحهم، وتحدث الصراعات عندما يقوم أحد الأطراف بعمل يعوق أو يتعارض مع أهداف ومتطلبات وسياسات الطرف الآخر. وقد تنشأ الصراعات نتيجة لتعدد الخبرات التي تمر بها الشركة مثل تضارب الأهداف واختلاف تفسير الحقائق والشعور بمشاعر سلبية واختلاف القيم والفلسفات أو التنازع على الموارد المشتركة.

وتعد الصراعات من الأمور الطبيعية في أي شركة ومع أي عميل وليس من الممكن تجنبها تماماً، وقد تؤدي الصراعات - إذا لم تتم إدارتها بالشكل المناسب - لخلل وظيفي كبير ولنتائج غير مرغوبة. مثل نشوب العداوات وعدم التعاون والعنف وتدمير العلاقات بل وفشل الشركة. ولذلك يجب أن تشمل الإدارة الفعالة للصراعات أساليب تحفيز الصراعات وحلها، وتحتاج الصراعات إلى عدة مهارات أساسية حتى يتم إدارة هذه الصراعات بشكل إيجابي فعال والتعامل معها بالشكل المناسب، حيث تحتاج الصراعات:

- أولاً: تقييم طبيعة الصراع، وسبب حدوثه، والمشاركين به، ونتائجه... إلخ.
- ثانياً: تحتاج إلى البت بشأن أي الصراعات يحتاج إلى التعامل معه وأيهما يحتاج إلى تجنبه.
- ثالثاً: فهم أساليب التعامل المختلفة مع الصراعات بما في ذلك أكثر الأساليب التي تفضلها.
- رابعاً: تحديد أفضل أسلوب يفضله الطرف الآخر في حل الصراعات والتأكيد عليه.
- خامساً: من الضروري غالباً التعامل بشكل فعال مع النواحي العاطفية للصراعات قبل محاولة الوصول إلى حل عقلائي.
- سادساً: أنه قد تكون هناك بعض الأوقات التي تقرر فيها التفاوض حول نتيجة مرضية.
- سابعاً: وأخيراً قد تحتاج إلى تحفيز الصراع للوصول لأفضل النتائج على المدى الطويل.

إدارة الحدود

يجب أن يكون واضحاً في النظام الداخلي (قواعد سلوك الأعمال) للشركة كل ما يتعلق بإدارة الحدود بين مقدمي الخدمات بالشركة وبين العملاء، فقواعد سلوك الأعمال بصفة عامة هي مجموعة المعايير والضوابط الأخلاقية التي تحكم سلوك الأفراد خلال ممارستهم أعمالهم، ونشأت الحاجة إلى وجود أخلاقيات العمل من احتكاك عدد من الأطراف (المساهمين - أصحاب المصلحة - الرؤساء - الموظفين - العملاء) في منظومة العمل وتقديم الخدمات والمنتجات المختلفة، وتضارب مصالحهم وأهدافهم ومتطلباتهم معاً، لذلك كان من الضروري إرساء عدد من المعايير الأخلاقية لتنظيم هذه العلاقة من أجل إشباع احتياجات كل من الأطراف والمحافظة على حقوقهم وتحديد واجباتهم ومسئولياتهم.

ويقع على الموظفين والإدارة العليا واجب تجنب تضارب المصالح. وسوف تكون هناك حاجة إلى إجراءات لضمان أنه في حالة نشوء تضارب في المصالح، أن تتم إدارته بشكل مناسب. ويجب أن تكون الإجراءات كافية لتحديد تضارب المصالح ومعالجتها وتسجيلها. وعلى إدارة الشركة أن تتأكد من وصول معلومات قواعد سلوك الأعمال لكل موظفيها وفهمهم لها وتعاملهم مع العملاء وفقاً للسياسات والإجراءات الموضوعية والتي يراعى فيها الالتزام بالمعايير الأخلاقية والتعامل مع العملاء بعدالة وشفافية وقواعد سلوك الأعمال وقواعد تضارب المصالح...إلخ.

رابعاً: فهم حقوق العميل ومسئوليته:

- الجوانب الأساسية لحقوق العملاء Customer Rights:

أصدرت مؤسسة النقد العربي السعودي حقوق شركات التأمين والتي وضعت في بند «المبادئ العامة لحماية عملاء شركات التأمين» استناداً إلى المبادئ التي طورتها مجموعة العشرين بواسطة فريق عمل من منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في عام ٢٠١١م. وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

- ١- المعاملة بعدل وإنصاف.
- ٢- الإفصاح والشفافية.
- ٣- التنقيب والتوعية التأمينية.
- ٤- سلوكيات وأخلاقيات العمل.
- ٥- عدم التمييز والتفضيل.
- ٦- الحماية ضد عمليات الاحتيال.
- ٧- حماية خصوصية المعلومات.
- ٨- معالجة الشكاوى.
- ٩- المنافسة.
- ١٠- مقدمو الخدمات نيابة عن الشركات.

الجوانب الأساسية لمسئوليات العملاء Responsibilities:

ينبغي على شركات التأمين تعزيز دور ومسئولية العملاء من خلال نشر برامج التوعية والتثقيف المستمرة المقدمة من مؤسسة النقد العربي السعودي والمبادرات التي تقدمها مختلف شركات التأمين لعملائها. حيث تضمنت مسؤوليات العملاء ما يلي:

- ١- كن صادقاً عند تقديم المعلومة.
- ٢- اقرأ بدقة كافة المعلومات التي قدمتها لك الشركة.
- ٣- اطرح الأسئلة.
- ٤- تأكد من بيانات وثيقة التأمين.
- ٥- معرفة كيفية تقديم الشكوى.
- ٦- استخدم الخدمة أو المنتج التأميني بموجب الأحكام والشروط.
- ٧- عدم التعرض للمخاطر.
- ٨- قدم طلب الحصول على المنتجات و/ أو الخدمات المتلائمة مع احتياجاتك.
- ٩- أبلغ الشركة بشأن الإجراءات الغير نظامية.
- ١٠- استشر الشركة في حال مواجهة صعوبات تأمينية.
- ١١- تحديث المعلومات.
- ١٢- عنوان البريد.
- ١٣- الوكالة الرسمية.
- ١٤- لا توقع على النماذج (الاستمارات) غير المكتملة.

تعزيز الوعي المالي لدي العملاء .

ينبغي على شركات التأمين وضع برامج وآليات مناسبة لتطوير معارف ومهارات العملاء الحاليين والمستقبليين ورفع مستوى الوعي والإرشاد لديهم وتمكينهم من فهم المخاطر الأساسية ومساعدتهم في اتخاذ قرارات مدروسة وفعالة وتوجيههم إلى الجهة المناسبة للحصول على المعلومات في حال حاجتهم لذلك.

أسئلة المراجعة والتقييم الذاتي

السؤال ١

من أهم أهداف إدارة علاقات العملاء:

- زيادة معدلات الاحتفاظ بالعملاء وزيادة ولائهم وربحيتهم.
- توفير معلومات ومدخلات لبحوث التسويق وللخطة الإستراتيجية من خلال دراسة ميول العملاء وحياتهم الشخصية وتوجهاتهم ووضع افتراضات حول تعاملاتهم المستقبلية.
- جذب عملاء جدد.
- توحيد الرؤية التسويقية للشركة، وإقرار نقاط الاتفاق حول المفاهيم الإستراتيجية الهامة بالشركة.

(أ) ٢ و ٣ و ٤

(ب) ١ و ٢ و ٤

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

السؤال ٢

اختر الإجابة الصحيحة:

أسئلة التأكيد هي أسئلة يستخدمها مقدم الخدمة للاستفسار عما تم في الحديث مع العميل بهدف إعادة صياغة ما تم والتأكد من فهمه وبالتالي يتم تجنب سوء الفهم.

(أ) العبارة صحيحة

(ب) العبارة خاطئة

السؤال ٣

من مجالات التميز التسويقي في مجال المكان:

- ١- تقديم الخدمات في الأماكن المختلفة.
- ٢- إنشاء الفروع.
- ٣- ملاءمة مواقع فروع الشركة.
- ٤- ملاءمة أوقات العمل مع الظروف المختلفة.

(أ) ١ و ٢ و ٣

(ب) ١ و ٢ و ٤

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

السؤال ٤

ينبغي على شركات التأمين وضع برامج وآليات مناسبة لتطوير معارف ومهارات العملاء الحاليين والمستقبليين ورفع مستوى الوعي والإرشاد لديهم وتمكينهم من فهم المخاطر الأساسية ومساعدتهم في اتخاذ قرارات مدروسة وفعالة وتوجيههم إلى الجهة المناسبة للحصول على المعلومات في حال حاجتهم لذلك.

(أ) العبارة صحيحة

(ب) العبارة خاطئة

السؤال ٥

على موظف الشركة أن تكون لديه الرغبة في المعرفة وعليه أن يعرف مصادر المعرفة والتي هي:

١- زملاؤه في العمل الأقدم منه.

٢- سياسات وإجراءات تقديم الخدمة.

٣- البرامج التدريبية.

٤- التحدث مع قدامى العملاء.

(أ) ١ و ٢ و ٤

(ب) ١ و ٢ و ٣

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

السؤال ٦

العميل هو الدعامة الرئيسية للشركة وجوهر العمل بها، في سبيل ذلك أنشأت شركات التأمين دوائر مختصة تعنى بشئون العملاء سواء الحاليين منهم أم المستهدفين، منها:

١- إدارة العلاقات العامة.

٢- إدارة التسويق والبحوث .

٣- إدارة علاقات العملاء CRM.

٤- إدارة الشئون القانونية.

(أ) ١ و ٢ و ٣

(ب) ١ و ٢ و ٤

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

السؤال ٧

يجب أن تشمل الإدارة الفعالة للصراعات أساليب تحفيز الصراعات وحلها، وتحتاج الصراعات إلى عدة مهارات أساسية حتى يتم إدارة هذه الصراعات بشكل إيجابي فعال والتعامل معها بالشكل المناسب.

(أ) العبارة صحيحة

(ب) العبارة خاطئة

السؤال ٨

يجب أن يقوم مقدم الخدمة بتنمية مهاراته على كيفية التحدث إلى العملاء بفاعلية وفي نفس الوقت يتجنب الوقوع في الأخطاء الخاصة بالحديث، علاوة على توجيه الأسئلة إلى عملائه بالطريقة التي تساعد في تقديم الخدمات التي يقومون بطلبها.

(أ) العبارة صحيحة

(ب) العبارة خاطئة

السؤال ٩

هناك العديد من الأساليب المقترحة للتعامل مع شكاوى العملاء منها:

- ١- التعرف على توقعات العملاء لمستويات الخدمة المقبولة.
- ٢- التحديد الجيد لمجالات الشكاوى.
- ٣- تطوير إجراءات العمل وتبسيط متطلبات الحصول على الخدمة واستخدام التكنولوجيا المتطورة.
- ٤- تقديم الضمان وتوفير الأمان في التعامل مع الشركة لإزالة الشعور بالمخاطرة عند شراء الخدمة.

(أ) ١ و ٢ و ٣

(ب) ١ و ٢ و ٤

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

السؤال ١٠

من الأمور الأساسية التي يتعين على موظف الشركة معرفتها:

- ١- الأسعار والشروط.
- ٢- طريقة احتساب النسب.
- ٣- طريقة تحديد الدفعات.
- ٤- الخدمات والمنتجات المقدمة من الشركات بما في ذلك إجراءاتها وأسعارها وشروطها.

(أ) ١ و ٢ و ٣

(ب) ١ و ٢ و ٤

(ج) ١ و ٣ و ٤

(د) جميع ما سبق

الفصل الثامن

بعض المخاطر والمعوقات في عمل شركات التأمين

بعض المخاطر والمعوقات في عمل شركات التأمين

إن وجود سوق تأمين سليم ومتطور يعتبر عنصراً أساسياً لأي اقتصاد ناجح، ويمكن التأكد من ذلك بالنظر إلى اقتصاديات العديد من دول العالم، كما أن عدم التطرق إلى التأمين بنفس الزخم الذي تناله المؤسسات المالية الأخرى (مثل البنوك) لا يعكس الأهمية الحقيقية لصناعة التأمين، فلقد تطرق العديد من الباحثين الذين كتبوا في تاريخ الاقتصاد وتاريخ التأمين إلى الترابط بين وجود سوق تأميني جيد وتطور الصناعة وباقي المؤسسات الاقتصادية الأخرى، ونضرب مثلاً على ذلك بريطانيا كأحد الدول المتقدمة في سوق التأمين حيث يساهم التأمين بما نسبته ١٥٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وعلى الرغم من أهمية صناعة التأمين في حماية الأفراد والمؤسسات، إلا أنها لم تكن بعيدة عن بعض المعوقات التي نأتي على ذكرها هنا كنوع من التوعية للقارئ الكريم، على أمل أن تصبح هذه المعوقات جزءاً من تاريخ هذه الصناعة وأن تنتهي مع الزمن. ومن هذه المعوقات والمخاطر:

أولاً: تطوير المنتجات:

مخاطر تطوير المنتجات هي المخاطر المرتبطة بالتغيرات التي يتم إدخالها على منتج موجود بهدف تلبية حاجات العملاء وجعل المنتج أكثر قابلية للتسويق في بيئة تنافسية، من شأنها أن تؤثر على تغطية المنتج والخصوم، الأمر الذي يؤدي إلى نشوء الخطر، وعندما تواجه الشركة مخاطر تطوير المنتجات يجب عليها أن تتخذ الآتي:

- تقوم بمراجعة إكتوارية والحصول على الموافقة الإكتوارية لبيع المنتج الجديد.
- تضمن التزام المنتج الجديد بالمتطلبات النظامية الخاصة بالحصول على الموافقة على أي منتج جديد أو تعديل من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي.
- إعداد تقرير بتغيير المخاطر وسلوك المؤمن لهم منذ تاريخ إطلاق المنتج الجديد.

ملاحظة / التطوير لا يعتبر مشكلة لأنه موجه نحو تطوير منتج موجود وزيادة مزاياه والمخاطر تكون في منتجات جديدة تطرح في السوق دون اختبار.

ثانياً: مخاطر الاكتتاب:

هي المخاطر المرتبطة بعملية تقييم المخاطر التي تعرض على شركات التأمين وقبولها، فعندما تواجه الشركة مخاطر الاكتتاب يجب عليها أن تتخذ ما يلي:

- التأكد من وضع السياسات والعبارات بشكل واضح لا يترك مجالاً للتفسيرات.
- التأكد من قيام المؤمن له بتعبئة طلب التأمين بشكل كامل.
- التأكد من أن أقساط التأمين تشمل تكلفة الوثائق، بما في ذلك التكاليف غير المباشرة للتسويق أو أي رسوم أخرى.
- وضع الضوابط التوجيهية للاكتتاب الخاصة بتحديد مسؤوليات الإدارات ذات العلاقات بأنشطة الاكتتاب (على سبيل المثال لا الحصر: إدارة المبيعات، إدارة تسوية المطالبات وإدارة إعادة التأمين).
- إعادة تأمين جزء من المخاطر وفقاً للوائح التنفيذية الخاصة بالإعادة قبل بيع أي منتج من أجل تقليص المخاطر الإجمالية ومراقبتها وتعزيز تحمل المخاطر.
- إجراء مراجعة دورية وكافية لمدى ملاءمة وثائق التأمين والضوابط التوجيهية للاكتتاب وعملية الاكتتاب لضمان سير عمل كل إدارة بفاعلية.

ثالثاً: مخاطر التسعير:

وتعتبر من المخاطر المرتبطة بعملية الاكتتاب لأنها إحدى وظائفها، وهي المخاطر الناتجة عن العملية التي تحاول الشركة من خلالها تحديد سعر القسط المناسب، وعندما تواجه الشركة مخاطر التسعير يجب عليها ما يلي:

- الأخذ بعين الاعتبار جميع المخاطر المحتملة باستخدام الوسائل المناسبة عند تحديد سعر المنتج.
- تقييم الأرباح وخسائر العمل لتحديد الآثار المرتبطة بتعديل سعر قسط التأمين على الأرباح وفي حال بروز أنماط جديدة، يجب على الشركة إطلاق عملية تقييم الأسعار (أي إعادة التسعير).
- إشراك خبراء إكتواريين في تحديد الأسعار للمنتج.

رابعاً: مخاطر تسوية المطالبات:

وهي المخاطر المرتبطة بعملية سداد المطالبات لأصحاب الوثائق كل حسب تغطيته. وتكمن المخاطر في أن تتخطى المطالبات الفعلية المستحقة لحاملي الوثائق فيما يخص الأخطار المؤمن عليها في أحد شركات التأمين القيمة الدفترية لمطلوبات التأمين، حيث تتأثر مخاطر التأمين حالياً بالطبيعة التنافسية الاستثنائية للسوق والزيادة في تكرار وشدة المطالبات وخاصة مطالبات السيارات والمطالبات الطبية حيث ارتفعت التكاليف بشكل واضح مما أدى إلى الكثير من الخسائر لدى عدد من الشركات تجاوز في البعض منها ما يزيد عن ٥٠٪ من رأسمال بعض الشركات.

وعندما تواجه الشركة مخاطر تسوية المطالبات يجب عليها أن:

- تراجع قرارات تسوية المطالبات لضمان اتخاذها وفقاً لتغطية وثيقة التأمين والذي من شأنه أن يقلص التكاليف الإضافية المرتبطة باتخاذ القرارات غير المناسبة في المستقبل.
- إجراء تقييم دوري لإجراءات ومبادئ تسوية المطالبات لتعزيز فعاليتها وجودتها.
- تحديد وتطبيق عملية تسوية المطالبات مع شركات إعادة التأمين من أجل تسهيل تسوية تلك المطالبات.
- تحديد وتطبيق آليات مناسبة من أجل وضع الاحتياطات المناسبة.

خامساً: الملاءة المالية للشركات:

تعتبر الملاءة المالية لشركات التأمين التعاوني من أولويات اهتمامات الهيئات والمنظمات الخاصة المشرفة على قطاع التأمين في مختلف دول العالم تماماً كما هي هنا في المملكة العربية السعودية، إذ تتابع مؤسسة النقد العربي السعودي وهيئة سوق المال هذا الموضوع عن قرب، وقد ازدادت أهميتها مع تواتر الأزمات المالية العالمية. وتعني الملاءة بشكل عام القدرة على الوفاء أو سداد الالتزامات، وفي مجال التأمين تعرف بأنها «قدرة شركة التأمين أو شركة إعادة التأمين على أن تضمن بشكل دائم مواردها الخاصة لدفع الالتزامات الناشئة عن أعمال التأمين أو إعادة التأمين». أي أنها «القدرة على سداد الالتزامات عند الاستحقاق». وقد بين الاتحاد الدولي لمراقبي التأمين أن أي شركة تأمين تكون مليئة عندما تكون قادرة على الوفاء بالتزاماتها بالنسبة إلى العقود كلها وفي أي وقت كان (أو على الأقل في معظم الظروف).

وتعني ملاءة شركات التأمين توفير القدرة المالية الدائمة لسداد الكوارث التي قد تصيبها، بمعنى أن تكون هذه الشركات قادرة على مواجهة التزاماتها المأخوذة على عاتقها تجاه حملة وثائق التأمين في مواعيدها المقررة، وتكمن أهمية الملاءة المالية في أنها تمثل حماية لمصالح حملة وثائق التأمين من خلال الوفاء بمستحققاتهم في أوقاتها المحددة، كما أنها تضمن نجاح وبقاء واستمرارية نشاط شركات التأمين لما لها من أهمية اقتصادية واجتماعية، هذا وتختلف مكونات هامش الملاءة حسب التنظيمات المختلفة للدول، إلا أنه يتكون في العموم من رأس المال والاحتياطيات والأرباح المحتجزة، ونظراً لأهمية هامش الملاءة تعتمد الجهات الرقابية على قطاع التأمين لفرض حد أدنى إلزامي من هامش الملاءة يتمشى مع حجم اكتتابها وحجم مخاطرها.

وتبرز هذه المشكلة كأحد المعوقات بسبب:

- توقف الشركات عن الوفاء بالتزاماتها.
 - توقف الشركات عن اكتتاب بعض أنواع التأمين مما يسبب انخفاض في إيرادات الشركات.
 - توقف الشركات عن اكتتاب كافة أنواع التأمين وبالتالي انخفاض أكبر من الموارد.
- ونتيجة لاهتمام مؤسسة النقد العربي السعودي بهذا فقد أفردت الكثير من المواد في لوائحها التنفيذية بهدف بحث الشركات والزامها بمراقبة كافة أعمالها لضمان استمرارية ملاءتها المالية والتي تعتبر من الأدوات الخاصة باستمرار عملها.

سادساً: مخاطر الائتمان:

- وهي المخاطر المرتبطة بعدم قدرة الطرف الآخر على الوفاء بالتزاماته من خلال ما يستدل عليه من تأخر المؤمن له في سداد الأقساط ووضع الاقتصاد بشكل عام على مخاطر الائتمان، وهذه المخاطر تعتبر من المعوقات اليومية التي تتعرض لها بعض شركات التأمين، ويجب عليها عند مواجهة مخاطر ائتمان القيام بما يلي:
- الطلب من المؤمن له تقديم الضمان المناسب.
 - تنفيذ جدول صارم لدفع المستحقات من الأقساط أو غيرها.
 - وضع قيود على منح الائتمان من ناحية جودته وكميته.
 - القيام بمراجعة دورية لسياسة منح الائتمان التي تعتمدها الشركة في محاولة لتحديد مجالات الضعف في هذه السياسة والتدخل في حالة اكتشاف أي ضعف.

سابعاً: مخاطر تقنية المعلومات:

- وهي المخاطر التي تنشأ أو تحدث نتيجة الخطأ أو الفشل في استمرار أعمال الشركة بسبب خطأ في تقنية المعلومات (وهي البرامج التقنية الحاسوبية التي تستخدمها شركات التأمين في أعمالها اليومية) حيث يفترض أن يكون لكل شركة برنامج يستخدم في العمليات اليومية

- من إدخال معلومات المؤمن لهم وإصدار الوثائق وإدارتها والعمليات التأمينية الأخرى، وعند مواجهة الشركة لمثل هذه المخاطر لابد من القيام بما يلي:
- توفير نظام تقنية معلومات مناسب لحماية أمن البيانات.
 - مراجعة دورية وتحديث مستمر لنظام تقنية المعلومات ووضع خطط التعافي من الكوارث.
 - استخدام برامج موثوق بها وأصلية.
 - وضع نظام مضاد للفيروسات على أن يكون حديث ومركب على جميع الأجهزة بالشركة.
 - المحافظة على جميع المعلومات المالية والمعلومات الأخرى في مكان آمن.
 - حفظ نسخ احتياطية عن كل معلومات الشركة.
 - توفير الكوادر البشرية المدربة والمؤهلة.

ثامناً: مخاطر تعرض الشركات للاحتيال التأميني:

ولا شك في أن ازدياد جرائم الاحتيال يوحي بخلل بعض القيم الثقافية والاجتماعية والتربوية لدى هؤلاء الأفراد المحتالين، وأن الوقاية من هذه الجرائم تتطلب المزيد من البحث والدراسة من قبل الجهات والمؤسسات العلمية المتخصصة، على اعتبار أن الاحتيال يعتبر أحد المعوقات التي تعيق تقدم صناعة التأمين التعاوني.

والاحتيال على شركة التأمين لا يعد ظاهرة محلية فقط وإنما هي ظاهرة عالمية، حيث يمارس الاحتيال على معظم شركات التأمين في العالم.

مفهوم الاحتيال في التأمين Fraud in Insurance:

يعريف احتيال التأمين على أنه: أي عمل أو إهمال يقصد منه تحقيق كسب غير شريف أو غير شرعي أو غير قانوني للطرف الذي يرتكب الاحتيال (الذي يشار إليه في هذا البحث باسم «المحتال») أو لأطراف أخرى، ويمكن تحقيق ذلك، على سبيل المثال لا الحصر بالوسائل التالية:

- التعمد في تقديم، أو إخفاء، أو كتم، أو عدم الكشف عن إحدى أو كل الحقائق المادية المتصلة بقرار مالي، أو عملية أو تصور لوضع شركة التأمين.
- إساءة المسؤولية، أو موقع ثقة أو علاقة وكالة.
- سوء توزيع الموجودات المؤمن عليها من أجل تقديم مطالبات في وقت لاحق.

والاحتيال في التأمين هو اصطلاح مطالبية تأمين أو رفع قيمة مطالبية تأمين بزيادة قيمة الضرر أو تغيير طبيعته بوسائل غير مشروعة بغرض تحقيق مكاسب غير مستحقة، والاحتيال يقسم هنا إلى احتيال أساسي وهو قيام شخص بادعاء وقوع حادث أو أذى أو سرقة أو ضرر غير موجود أصلاً، أو الادعاء بقيامه بأداء خدمة لم تؤد، وكل ذلك بغرض الحصول على كسب مشروع من شركة التأمين، وهناك احتيال ثانوي وهو قيام شخص أمين ونزيه بطبيعته بكذبة أو كذبات صغيرة بيضاء بغرض تعظيم أو زيادة مستحقته من شركة التأمين بغير وجه حق. وعليه نستطيع تلخيص صور الاحتيال على شركات التأمين فيما يلي:

١. ادعاء كاذب يقوم به المؤمن له أو الطرف المتضرر في الحادث من خلال الإدلاء ببيانات ملفقة لخدمة مصلحته أو منفعته الشخصية أو الحصول على تعويض غير مستحق.
٢. استعمال طرق احتيالية من شأنها إيهام شركة التأمين بوجود حادث لا حقيقة له للحصول على ربح مادي.
٣. التعرف على مال منقول أو غير منقول وهو يعلم أنه ليس له صفة التعرف عليه.
٤. اتخاذ اسم كاذب أو صفة غير صحيحة.

مصادر الاحتيال على شركات التأمين:

يأتي الاحتيال في كافة الأشكال والأحجام، ويمكن أن يكون عملاً بسيطاً يتعلق بشخص واحد أو يمكن أن يكون عملية معقدة تتعلق بعدد كبير من الأشخاص أو المصادر من داخل وخارج شركة التأمين، وتشير الجمعية الدولية لمشرفي التأمين إلى أن مصادر الاحتيال ما يلي:

١. الاحتيال الداخلي: الاحتيال على شركة التأمين من قبل مدير مجلس الإدارة، أو مدير أو عضو من العاملين أو أحدهما بالتآمر مع آخرين في داخل شركة التأمين أو خارجها.
٢. احتيال حامل وثيقة التأمين - المؤمن له: الاحتيال ضد شركة التأمين في شراء و/ أو تنفيذ منتج مؤمن من قبل شخص أو أشخاص بالتآمر من خلال الحصول على تسديد أو تغطية خاطئة.
٣. احتيال الوسطاء أو وكلاء التأمين أو المهن التأمينية المساعدة: احتيال عن طريق وسطاء أو وكلاء شركات التأمين ضد شركة التأمين أو حاملي وثائق التأمين أو احتيال مسوي الخسائر من خلال تغيير الحقائق في تقارير تسوية الخسائر .
٤. احتيال الجهات التي تزود الخدمات التكميلية لوثائق التأمين: كالاحتيال الذي يتم من قبل مراكز صيانة السيارات، وكالات السيارات، المراكز والجهات الطبية كالمستشفيات أو الصيدليات أو الأطباء .
٥. احتيال يرتكبه مقاولون أو موردين لا يلعبون دوراً في تسوية مطالبات التأمين أو لا يشكلون أطرافاً رئيسية في العقد التأميني.

ونقدم هنا بعض التفاصيل فيما يخص احتيال بعض هذه المصادر على النحوالتالي:

أ- الاحتيال الداخلي:

كجزء من إدارتها لجميع الأخطار التي تواجهها شركات التأمين، يجب على شركات التأمين أن تنظر في تأثير الاحتيال الداخلي على معنويات العاملين وكذلك على احتمال وقوع خسائر مالية، كما يطرح الاحتيال الداخلي خطراً على سمعة شركات التأمين، إذ يمكن للحالات الخطيرة منه أن تتسبب في تأثير اقتصادي كبير على هذه الشركات.

العوامل التي تؤثر على وقوع شركة التأمين كضحية للاحتيال الداخلي:

- تعقيدها: من المحتمل أكثر أن يقع الاحتيال الداخلي في شركات التأمين التي تتمتع بهيكل تنظيمي معقد، حيث هنالك تزايد في تخصيص المسؤوليات أو غياب تحديد واجبات العاملين في شركة التأمين.
- السرعة التي تتقدم بها الاختراعات والتقنية: إذ إن سرعة الاقتصاد الحديث، وتطور المنتجات، والحوسبة، كلها تعمل على زيادة فرص الاحتيال.
- سياسات المكافآت والترقيات: ربما يكون الدافع لارتكاب الاحتيال أكبر فيما لو كان وضع الموظف وراتبه يعتمد على تحقيق أهداف معينة.
- الجوالاقتصادي والوضع التجاري: قد تصنع مراحل عدم الاستقرار في شركة التأمين مثل الاندماجات والاستحوادات أو تولي المناقصات فرصاً غير متوقعة لوقوع الاحتيال.
- ومن المحتمل أكثر أن يقع الاحتيال عندما تكون نظم الرقابة الخاصة بشركة التأمين غير قوية تماماً.
- ومن المحتمل تزايد خطر الاحتيال الداخلي في النظم الإدارية المركزية خاصة في ظل الاتساع الجغرافي لرقعة الدولة.
- وبشكل عام يقع الاحتيال على كل المستويات، بما في ذلك مستوى مجلس الإدارة والإدارة نفسها، وكلما ارتفع المستوى الذي يتم فيه ارتكاب الاحتيال، كلما كانت خسارة المال السمة الأكبر.
- إن الموظفين الذين يحتالون على المال أو موارد شركة التأمين - مثل المعدات، والمخزونات، أو المعلومات - يمثلون السلوك الاحتيالي الأكثر تقليدية، إلا أن الموظفين الفاسدين ينخرطون أكثر في مؤامرات أكثر كلفة، وتتضمن هذه المؤامرات انتهاج سلوك الرشوة أيضاً، وعادة يتم في الرشوة «شراء» شيء ما، مثل تأثير متلقي الرشوة الذي يتخذ القرارات الخاصة بالعمل، ورغم أن الرشوة التجارية ليست شائعة كالأنواع الأخرى من الاحتيال، إلا أنها في العادة أكثر كلفة وتتطوي على تأمر بين الموظفين وأطراف ثالثة، وفي العادة، تتضمن هذه المؤامرات سرقة أو

تقاضي عمولات من مورد كمكافأة على منح العقد، وهذا النوع من الاحتيال يصعب كشفه في العادة، لأن الرشوة تدفع مباشرة من المورد إلى الموظف ولا تمر عبر دفاتر الحسابات الخاصة بشركة التأمين، ولا يتم في العادة اكتشاف هذه الممارسات الفاسدة، إلا إذا فضحها موظفون آخرون، أو التجار أو أطراف ثالثة.

الدلائل التقليدية على وجود احتيال داخلي هي:

- تأخر المدراء أو العاملين في العمل، ممن لا يرغبون في أخذ إجازات أو ممن يبدو أنهم تحت ضغط مستمر.
- مجلس الإدارة، والمدراء، أو العاملين الذين يستقيلون فجأة.
- تغييرات واضحة في شخصية أعضاء مجلس الإدارة، أو المدراء أو العاملين.
- ثراء مفاجئ أو العيش في مستوى يفوق المستوى الذي يوفره الدخل، وذلك من قبل أعضاء مجلس الإدارة، أو المدراء أو العاملين.
- التغيير المفاجئ في أسلوب حياة أعضاء مجلس الإدارة، أو المدراء أو العاملين.
- امتلاك مدراء رئيسيين أو عاملين كثيراً من السيطرة و/ أو السلطة دون رقابة أو تدقيق من قبل شخص آخر، أو ممن يرفضون أو يعارضون مراجعة (مستقلة) لأدائهم.
- وجود علاقات لأعضاء مجلس الإدارة والمدراء أو العاملين ممن لهم مصالح تجارية خارجية أو علاقات لطيفة مع أطراف ثالثة، مما يشكل تضارب مصالح، فمثلاً، إن القدر غير المتوازن للعمل أو الأشكال الأخرى من «الدعم» قد تمنح لأطراف ثالثة تكون مقربة من المدراء أو العاملين.
- شكاوى العملاء.
- فقدان كشوف الحسابات أو وجود عمليات غير معروفة.
- ارتفاع التكاليف دون وجود تفسير.

ب- الاحتيال من حاملي وثائق التأمين (المؤمن لهم) أو الذين يتقدمون بمطالبات لشركات التأمين:

يمكن للاحتيال الناشئ عن حاملي وثائق التأمين والمطالبات أن يتم من قبل حاملي هذه الوثائق عند إبرام عقد التأمين، أثناء عقد التأمين أو عند طلب التسديد أو التعويض، كما يمكن للاحتيال في المطالبات المالية أن يتم من قبل أطراف ثالثة لها علاقة بتسوية المطالبة، فمثلاً، يمكن للعاملين في المجال الطبي أن يطالبوا بسداد مقابل خدمات طبية لم يتم تقديمها أو يمكن للمهندسين أن يضحوا تكاليف الإصلاحات.

ويمكن لحامل الوثيقة أن يقوم عن عمد بحجب أو تقديم معلومات أو خلفيات غير صحيحة أو معلومات أخرى، كأن يحدث على سبيل المثال تقديم معلومات حول رفض التغطية من قبل شركات تأمين أخرى أو تقديم معلومات غير صحيحة عن خلفية مطالبات، وتعتبر هذه مخاطرة كبيرة بالنسبة لشركات التأمين، التي ربما لم تقدم تغطية أو ربما قدمت تغطية ضمن ظروف مختلفة (أقساط أعلى أو مبالغ تحمل أعلى) في حال عرفت بهذه المعلومات.

ويمكن للاحتيال في المطالبات أن يتسم بأي من الخصائص التالية:

- ذكر أو مطالبة بأضرار أو خسائر من نسج الخيال.
 - المبالغة في الأضرار أو الخسائر التي يغطيها التأمين.
 - تزوير الحقيقة من أجل إيجاد شكل حادث تغطيه وثيقة التأمين.
 - تزوير طريقة عرض الجانب المتضرر من قبل دجال.
 - تلفيق وقوع حوادث تتسبب بأضرار أو خسائر تغطيها الوثيقة.
- ويمكن للاحتيال في مطالبات التأمين أن يقع بالاشتراك مع أنواع أخرى من الاحتيال، مثل الاحتيال في الهوية، فقد كانت هنالك، مثلاً، حالات من العلاج الطبي الذي يقدم إلى أشخاص يستعملون هوية آخرين مؤمنين ضد تكاليف العلاج الطبي.

حالات من احتيال حاملي وثائق التأمين واحتيال المطالبات المالية في التأمين:

- المبالغة في الأضرار أو الخسائر.
- تلفيق وقوع الحوادث.
- الإبلاغ والمطالبة بالتعويض عن أضرار أو خسائر غير حقيقية.
- احتيال المطالبات في المجال الطبي.
- احتيالات المطالبات المالية المتصلة بغسل الأموال.
- جرائم تمويل إرهابيين.

ج- الاحتيال من قبل وسطاء التأمين:

يعتبر وسطاء التأمين أو العاملون في المهن التأمينية المساعدة- المستقلون أو غيرهم- مهمين لتوزيع ودفع وتسوية المطالبات، ومن الممكن للوسطاء الاحتفاظ بسجلات تضم عملاء شركات التأمين. وبالتالي فإن الوسطاء مشتركون في أهم العمليات التي تقوم بها شركات التأمين، وهم مهمون في إدارة خطر الاحتيال من قبل شركات التأمين.

أمثلة على تورط الوسطاء في عمليات احتيال تضم:

- حجز أقساط مدفوعة من حامل وثيقة التأمين إلى أن يتم دفع المطالبة.
- تأمين حاملي وثائق تأمين غير موجودين أثناء دفع أول قسط، وتحصيل عمولة، وإبطال التأمين عبر إيقاف دفع مزيد من الأقساط.

وهناك علامات تحذيرية من احتيال الوسطاء، وتتضمن:

- يطلب الوسيط دفع عمولة فوراً أو عمولة مقدماً.
- يعيش حامل الوثيقة/ المؤمن خارج المنطقة حيث يعمل الوسطاء.
- لدى الوسيط محفظة صغيرة لكن مبالغ مؤمنة كبيرة.

- تكون الأقساط المستلمة أو العمولات المدفوعة فوق أو تحت الطبيعي للنوع المعين من الوثائق.
- الطلب من حامل الوثيقة أن يسدد مبالغ عبر الوسيط بينما تكون هي طريقة غير معتادة في هذا المجال.
- تمثيل المؤمن والوسيط من قبل نفس الشخص.
- وجود علاقة شخصية أو أخرى حميمة بين العميل والوسيط.
- هنالك تطورات أو نتائج غير متوقعة مثل:
 - معدل مطالبات مرتفع.
 - زيادة في الإنتاج بحيث تكون استثنائية أو دون سبب واضح.
 - مستوى عال من حالات الإلغاء المبكرة أو عدم الاستمرار.
 - عدد مرتفع من المطالبات التي لم تتم تسويتها.
- لدى الوسيط الكثير (نسبياً) من وثائق التأمين:
 - حيث تكون عمولتها أعلى من أول قسط.
 - بتأخر دفع الأقساط.
 - بالسداد مباشرة تقريباً بعد إبرام اتفاقية التأمين (لاسيما في حالات التأمين على الحياة).
 - عدد كبير من حالات الاحتيال في المطالبات.
 - بعدد غير معقول من الأشخاص المؤمنين الذين يكون لديهم نسبة مخاطرة عالية، مثل كبار السن.
- تغيير الوسيط لعنوانه أو اسمه في العادة.
- تغيرات مستمرة في ممتلكات الوسيط.
- وجود عدد من الشكاوى أو الاستجابات النظامية.
- وجود مشكلات مالية يمر بها الوسيط.

- مشاركة الوسيط في عمل لطرف ثالث.
- الحديث المستمر عن السياسات.
- إصرار الوسيط على استخدام مخمني خسائر معينين و/ أو مقاولين لعمل الإصلاحات.

د- الاحتيال من الجهات التي تقدم خدمات تكميلية لشركات التأمين:

ومن هذه الجهات المراكز الطبية والمستشفيات والأطباء والصيدالدة، ونذكر هنا بعض من أنماط الاحتيال لهذه الجهات:

١- مزود الرعاية الطبية: يقوم مزود الرعاية الطبية بتضخيم الفاتورة، حيث يقوم عن علم ومعرفة بتقديم فواتير ذات أرقام غير صحيحة طبياً ويشوه الحقائق.

٢- احتيال البطاقة الطبية: استخدام بطاقات الآخرين للاستفادة من الرعاية الصحية.

٣- التحويل الطبي/ التطوع غير المشروع: يشير إلى حالات يتم فيها استخدام أشخاص ومنحهم مغريات لعمل إجراءات طبية، سواء كانت هذه الإجراءات تتم فعلاً أم لا.

٤- الاحتيال في الفواتير: قيام مزود الخدمة الطبية، عن علم ومعرفة، بتقديم فواتير طبية غير صحيحة لدفعها مقابل خدمات لم يتم تقديمها، أو تقديم فواتير على إجراءات طبية خاطئة أو تقديم فواتير لضرورة طبية عندما تكون لحالات اختيارية أو تجميلية ولا يشملها التأمين الصحي.

٥- الاحتيال في المطاعيم: تقديم فواتير خاطئة من قبل مزودي الخدمة الصحية مقابل مطاعيم لم يتم إعطاؤها.

٦- الصيدلية: تقديم الصيدلية فواتير بقيم مرتفعة أو تزوير الحقائق.

٧- احتيال مركز الجراحة: أي نشاط يحتوي على التزوير (احتيال في الفواتير... إلخ) يتعلق بالمرضى مراجعي مركز الجراحة.

٨- الإعاقة: مطالبة تتعلق بالإعاقة يتم التقدم بها ضمن وثيقة إعاقة بينما يكون صاحبها في حالة من الإعاقة الدائمة أو المؤقتة، ويتلقى امتيازات مستمرة و/ أو امتيازات مهنية و/ أو يقوم صاحبها بعمل أو نشاط يفوق قدراته البدنية.

تكلفة الاحتيال في مجال التأمين:

يعتبر الاحتيال في مجال التأمين، كمعظم أنواع الاحتيال، «جريمة خفية»، ولأن كثيراً منه يبقى غير معروف، أو غير مكتشف أو مثبت، فمن الصعب وضع أرقام دقيقة له، وبينما يعترف معظم المؤمنین أن الاحتيال يعتبر مشكلة، فإنهم يجدون صعوبة في الاتفاق على مدى تلك المشكلة.

إن عدد حالات الرفض للمطالبات المقدمة إلى شركات التأمين باعتبارها احتيالياً يعتبر قليلاً، كما أن المؤمنین يحجمون عن تقديم أرقام في هذا السياق، فقد أشار عدد من كبار المتخصصين في التأمين إلى أن النسبة الفعلية لحالات رفض المطالبات المالية على أساس الاحتيال غير واضحة. ويتباين هذا الرقم كثيراً حسب شركة التأمين والعمل الذي يجري عنه الحديث، فيتعامل معظم المؤمنین مع رفض المطالبة على أنه أمر خطير، فقبل رفض هذه المطالبة، سيكون قد تم تحقيق شامل، وبشكل عام، يكون قرار الرفض في يد الإدارة العليا.

تحديد الآثار السلبية لجرائم الاحتيال على شركات التأمين:

حيث إن الاحتيال يمثل جهداً ذهنياً مترجماً على شكل سلوك متفاعل مع الضحية وهي هنا شركات التأمين ولما كانت الحياة الاجتماعية متطورة ومتغيرة فإن ذلك يعني أن الجهود الذهنية للمحتالين تتطور وتتغير مما يجعلهم يكرسون جل اهتمامهم ووقتهم في كيفية استخدام وتسخير هذه المعطيات الجديدة لخدمة أغراضهم في زيادة حجم ونمط ونوع جرائم الاحتيال على شركات التأمين وغيرها من المجالات، الأمر الذي يترك الكثير من الآثار السلبية على مستوى شركات التأمين نفسها:

الآثار السلبية على شركات التأمين:

- ١- يسبب الاحتيايل على شركات التأمين الكثير من الخسائر المالية نتيجة قيامها بدفع التعويضات المستمرة لمطالبات تأمينية لحوادث غير صحيحة أو غير حقيقية.
- ٢- اضطرار شركات التأمين لرفع أسعار التأمين على المؤمن لهم من الأفراد أو المؤسسات لتعويض الخسائر وزيادة نسبة الاحتياطات المالية، الأمر الذي يسبب خسارة بعض الزبائن نتيجة فقدان التنافسية القائمة على الأسعار.
- ٣- اضطرار شركات التأمين لإيقاف التعامل بإصدار وبيع بعض أنواع التأمين نتيجة لارتفاع تكلفة التعويضات، الأمر الذي يسبب الخلل في الشكل التنظيمي للشركة من ناحية الأنواع التي تعمل فيها.
- ٤- اضطرار شركات التأمين لإيقاف التعامل مع بعض مزودي الخدمات الداعمة للخدمة التأمينية كمراكز صيانة السيارات أو الخدمات الطبية من مراكز طبية وصيدليات الأمر الذي يقلل فرص توسيع شبكات الخدمة مما يقلل من المنافسة مع الشركات أو حتى الحصول على أسعار منافسة فكما هو معروف شبكات خدمة أكثر تعني أسعار تفضيلية أكثر بمعنى كسر الاحتكار من قبل المزودين للخدمات نفسها.
- ٥- الخسائر التي تتكبدها شركات التأمين في قضاء الوقت في البحث عن مزودين للخدمات من الذين يتبعون أنظمة مهنية وإدارية ذات شفافية وأخلاقية عالية من أجل التخفيف من احتمالات الاحتيايل، حيث إن هذا الموضوع يتطلب الخبرة والدراية في التحقيق في أنظمة المزودين وخبراتهم.
- ٦- الخسائر التي تتكبدها شركات التأمين نتيجة تخفيض حجم ونوع الاستثمارات نتيجة لزيادة المدفوعات وقلة المردود المالي، فكما هو معروف فإن شركات التأمين تقوم باستثمار جزء كبير من الأقساط التي تحصل عليها في مشاريع متنوعة من أجل تنويع مصادر دخلها، فالتعويضات التي ستذهب لسداد مطالبات الاحتيايل هي في واقع الأمر جزء من مبالغ الاستثمار.

٧- الخسائر التي ستتكبدها شركات التأمين نتيجة قيامها في البحث والتحري وملاحقة المحتالين أمام المحاكم وتعيين المحامين في حال أن قامت بمتابعة المحتالين لدى الجهات القضائية المختلفة.

٨- الخسائر التي ستتكبدها في التوجه نحو البحث عن كيفية تقليل الخسائر بدلاً من التوجه إلى زيادة المبيعات بمعنى انشغال أصحاب القرار في إدارات شركات التأمين في كيفية تقليل هذه الخسائر.

٩- الخسائر التي ستتكبدها شركات التأمين في تعيين محاسبين ومدققين وخبراء إضافيين في كشف المبالغ والمطالبات الصحيحة وغير الصحيحة من أجل تقديم التقارير المطلوبة لمجالس الإدارة.

١٠- الخسائر التي ستتكبدها شركات التأمين في تعيين مسوي الخسائر لتقدير الخسائر للحوادث التي تحصل للممتلكات نتيجة لحوادث الحريق المفتعلة على سبيل المثال بالإضافة إلى التعويض نفسه، خاصة إذا عرفنا أن تكاليف تعيين هؤلاء مرتفعة مقارنة بباقي المهن الأخرى.

١١- الخسائر المعنوية التي ستحدث داخل الشركة نفسها نتيجة للشك وتوجيه اللوم الذي سيوجه لبعض الموظفين دون غيرهم، الأمر الذي يسبب اهتزاز ولاء وثقة الموظفين في شركتهم وطموحهم وراحتهم النفسية وبالتالي مقدار عطائهم.

١٢- الخسائر التي ستتكبدها شركات التأمين نتيجة التعديلات التي ستحدث على اتفاقيات إعادة التأمين التي تجدد سنوياً، فكما هو معروف فإن شركات التأمين تقوم بإعادة جزء كبير من الخطر الذي تقبل به مع شركات إعادة تأمين عالمية كبرى وذلك ضمن ما يسمى باتفاقيات إعادة التأمين وتتوقف هذه الاتفاقيات على نتائج الشركة خلال السنة فكلما كانت الخسائر كبيرة كانت الشروط أصعب والامتيازات أقل.

١٣- اهتزاز صورة شركة التأمين أمام المؤمن لهم غير المحتالين نتيجة اختراق المحتالين للشركة وأنظمتها الأمر الذي سيدفعهم إلى البحث عن شركات تأمين أخرى.

١٤- الخسائر التي ستكبدتها شركة التأمين نتيجة التدريب المتواصل على كشف أنماط وصور الاحتيال الناتج عن طبيعة المحتالين أنفسهم الذين يستخدمون جهود ذهنية متجددة في الاحتيال.

١٥- الخسائر التي ستكبدتها شركات التأمين نتيجة تركيب وتحديث أنظمة تقنية من أجهزة كمبيوتر وأي أجهزة أخرى من أجل الكشف عن أساليب وطرق الاحتيال التي يستخدمها المحتالون في تمرير احتيالهم (زريقات، ٧٠-٨٠).

دور مؤسسة النقد العربي السعودي في مكافحة الاحتيال التأميني:

قامت مؤسسة النقد العربي السعودي بوضع لائحة لمكافحة الاحتيال تشتمل هذه اللائحة على المبادئ العامة والحد الأدنى من المعايير التي يجب أن تلتزم بها شركات التأمين وإعادة التأمين وشركات المهن الحرة بهدف منع أو على الأقل الحد من ممارسات الاحتيال، وتهدف هذه اللائحة إلى ترسيخ معايير عالية للكشف عن الاحتيال ومنعه، وبموجب هذه اللائحة يتوجب على الشركات وضع إجراءات المراقبة الداخلية المناسبة لضمان متابعة الالتزام بهذه اللائحة وفي حالة تعاقدها مع أطراف أخرى، يتعين عليها التأكد من التزام كافة الأطراف بهذه اللائحة وبالأخص عند وجود مخالفة واضحة من أحد الأطراف المتعاقد معها. وللمزيد من المعرفة حول دور المؤسسة يمكن للقارئ الكريم الرجوع إلى موقع المؤسسة والاطلاع على تفاصيل هذه اللائحة: www.sama.gov.sa.

تاسعاً: نقص الكوادر البشرية المؤهلة:

من المعوقات التي تواجه عمل شركات التأمين وسوق التأمين بشكل عام في المملكة العربية السعودية نقص الكوادر البشرية المؤهلة من الناحية المعرفية في صناعة التأمين بمختلف وظائفها؛ حيث إن مشكلة نقص الموارد البشرية المتخصصة في هذا المجال هي أبرز وأهم العقبات التي تواجه هذا القطاع. ولا ننكر أن هذا النقص له آثاره الخطيرة في سوق التأمين،

- خاصة أن نشاط التأمين من الأنشطة ذات المخاطر العالية ويحتاج إلى خبرات فنية ومهنية محترفة لإدارته، والوزن النسبي للخبرات الفنية كعامل من عوامل نجاح نشاط التأمين يفوق أهمية رأس المال، وهذا المعيق بالطبع يعود إلى الأسباب التالية:
- حادثة صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية، الأمر الذي أدى إلى عدم وجود خبرة تراكمية من ناحية الموارد البشرية.
 - عدم وجود عدد من الجهات التعليمية المؤهلة التي تعمل على تأهيل الكوادر البشرية الوطنية في صناعة التأمين.
 - عدم وجود مراكز تدريبية متخصصة في صناعة التأمين.
 - تسابق شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة في استقطاب الكوادر القليلة المؤهلة مما أدى إلى عدم استقرار هذه الكوادر.
 - تسرب بعض الكوادر المؤهلة والتي لديها معرفة تأمينية للعمل في مجالات أخرى نتيجة للطلب على بعض المهارات.
 - بعض المؤثرات الاجتماعية أدت إلى ابتعاد الأجيال الجديدة في الابتعاد عن العمل في صناعة التأمين.
 - ازدياد الطلب على العمالة المحلية في معظم المهن الأخرى فتح بابًا للتفاضل ما بين صناعة التأمين والصناعات الأخرى.
 - تزايد حجم الأعمال التأمينية في سوق التأمين السعودي من حيث الأقساط التأمينية مما يضطر الشركات في البحث عن عاملين جدد.
 - تزايد عدد التراخيص الممنوحة لشركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة مما يعمل على المزيد من الطلب على الكوادر المؤهلة.
- ونود الإشارة هنا إلى أن مؤسسة النقد العربي السعودي تولي هذا الموضوع أهمية خاصة وذلك لأنها تطلب من شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة أن تبين في خططها السنوية خطة التدريب والتأهيل وذلك لرفع مستوى العاملين في صناعة التأمين.

عاشراً: التوعية والثقافة التأمينية:

بالرغم من القفزات النوعية في سوق تأمين المملكة العربية السعودية، إلا أن خبراء صناعة التأمين ما زال لديهم تحفظات على نسبة الاختراق في السوق المفترض لسوق التأمين في المملكة مقارنة بالأسواق العالمية.

وهذا بالطبع يعود إلى نقص في التوعية والثقافة التأمينية في المجتمع السعودي للأسباب التالية:

أ- حداثة العهد لصناعة التأمين في المملكة العربية السعودية بالشكل المنظم، حيث إن التأمين بصورته النظامية بدأ تقريباً بعد عام ٢٠٠٤ م بعد صدور اللوائح التنفيذية والبدء في تأسيس شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة.

ب- النظر إلى المنتجات التأمينية على أنها منتجات ليست ذات أولوية باستثناء تلك المنتجات الإلزامية كتأمين المركبات ضد الطرف الثالث والتأمين الطبي.

ت- قلة النشاط الإعلامي الذي يتناول صناعة التأمين في المملكة العربية السعودية من حيث تناول الفوائد والمميزات، حيث ما زال الكثير من الإعلاميين يركز على سلبيات القطاع أكثر من الحديث عن فوائد التأمين بحد ذاته.

ث- بعض المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع السعودي، والنظرة السلبية عند الكثير من المجتمعات المحلية وذلك بسبب التأخر في تنظيم هذا القطاع، حيث نتوقع أن تزول هذه النظرة بشكل تدريجي.

ج- عدم مساهمة المؤسسات التعليمية في إجراء الدراسات والأبحاث عن فائدة صناعة التأمين ودورها في توفير الحماية للأفراد والممتلكات ودفع عجلة التنمية.

ح- تأثير الوضع السابق للتأمين ما قبل التنظيم في المملكة العربية السعودية والآثار السلبية التي تركتها تلك المرحلة.

خ- عدم وجود البرامج التدريبية المتخصصة التي تعمل على توعية الأفراد والمؤسسات بمدى أهمية صناعة التأمين.

- د- التأخر في تطبيق بعض أنواع المنتجات التأمينية بحيث تكون منتجات إلزامية أسوة ببعض الأسواق الأخرى، كتأمين المنازل أو التأمين السنوي على المركبات.
- ذ- عدم استقرار المواطنين السعوديين في العمل في شركات التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة لفترات زمنية طويلة ومتواصلة بسبب الرغبة في العمل في القطاعات الحكومية بالرغم مما تقدمه شركات التأمين من حوافز عديدة.
- ر- تقصير شركات التأمين نفسها في عقد المؤتمرات أو اللقاءات التي توضح فيها ماهية صناعة التأمين ودورها في التنمية الاقتصادية وحماية الأفراد والمؤسسات، أو القيام ببرامج إعلامية وإعلانية بشكل مستمر تستهدف من خلالها أكبر شريحة ممكنة من المجتمع السعودي للعمل على نشر التوعية والثقافة التأمينية.
- ز- عدم وجود برامج واضحة للمسؤولية الاجتماعية لشركات التأمين تجاه قضايا المجتمع المختلفة.

الحادي عشر: مخاطر إعادة التأمين:

وهي المخاطر المرتبطة بعملية نقل جزء من الخطر إلى شركة أخرى حيث تقوم شركات التأمين خلال دورة أعمالها العادية بإعادة التأمين لدى شركات إعادة تأمين وذلك لتقليل تعرضها للخسائر المالية التي قد تنشأ عن مطالبات التأمين الضخمة، وعلى الرغم من أن لدى الشركات اتفاقيات إعادة تأمين فإنها لا تُعفى من التزاماتها المباشرة لحاملي الوثائق في حالة فشل شركات إعادة التأمين في الوفاء بالتزاماتها.

وفي السنوات الأخيرة ونتيجة لتعرض شركات القطاع لعدد من الخسائر ونتيجة للتغيرات في بعض الظروف الطبيعية كأحداث الفيضانات أدى ذلك إلى عزوف الكثير من شركات إعادة التأمين عن قبول الأخطار من بعض الشركات أو عدم قبول تجديد بعض اتفاقيات الإعادة الرئيسية لشركات التأمين.

الثاني عشر: مخاطر السمعة:

وهي المخاطر الناتجة عن الرأي السلبي عن الشركة من قبل العموم أو المنافسين، حيث إن المخاطر تحد من قدرة الشركة على إقامة علاقات أو خدمات جديدة أو الاستمرار في خدمة عملاء حاليين، والذي بدوره قد يعرض الشركة إلى خسائر مالية أو نقص في عدد العملاء من المؤمن لهم، والذي يؤثر بالتالي على إيرادات الشركة ورأسمالها، وعند مواجهة الشركة مخاطر السمعة، يجب عليها توخي الحذر عند التعامل مع العملاء والمجتمع. ومن الأمثلة على ذلك التأخر في سداد المطالبات أو الموافقات الطبية أو حتى في تقديم خدمات إدارة الوثائق.

الثالث عشر: مخاطر عدم الالتزام:

وهي المخاطر الناتجة عن مخالفة الأنظمة واللوائح والتعليمات، وعند مواجهة هذه المخاطر يجب على الشركة ما يلي:

- التأكد من التزام الشركة بجميع الأنظمة واللوائح التي تحكم عملها.
 - متابعة كافية لجميع التعليمات المنظمة لنشاطة التأمين وكذلك سياسات وإجراءات الدفع.
 - التأكد من جدية وملاءمة العلاقات التعاقدية مع المؤمن لهم والأطراف الأخرى.
- ومن المخالفات التي قد ترتكبها شركات التأمين عدم وضع قواعد للتعامل مع المؤمن لهم أو تجاوز المدة المطلوبة في معالجة المطالبات والحوادث أو بيع منتجات لم يتم الحصول على موافقة لها من مؤسسة النقد العربي السعودي.

الرابع عشر: مخاطر التغيرات في الدولة:

وهي المخاطر المرتبطة بحدوث تغيرات في بيئة العمل والاستثمار داخل الدولة والذي بدوره يؤثر في ربحية الشركات. ومن المخاطر المرتبطة هنا : سوء إدارة الاقتصاد الكلي في الدولة، والناتج عن سوء استخدام سياسات مالية ونقدية غير فعالة، حيث قد يؤدي إلى حدوث التضخم وارتفاع معدلات الفائدة والكساد، بالإضافة إلى الحروب أو عدم الاستقرار السياسي، وعدم الاستقرار في سوق العمل مما يؤدي إلى ارتفاع التكاليف.

الخامس عشر: مخاطر غسل الأموال وتمويل الإرهاب:

يقصد بغسل الأموال ارتكاب أي فعل أو الشرع فيه بقصد إخفاء أو تمويه أصل حقيقة أموال مكتسبة خلافاً للشرع أو النظام وجعلها تبدو وكأنها مشروعة المصدر. بينما يعني تمويل الإرهاب تمويل العمليات الإرهابية والإرهابيين والمنظمات الإرهابية.

وتتم عمليات غسل الأموال بثلاث مراحل:

- **التوظيف التشغيل:** إدخال الأموال المكتسبة من مصادر غير مشروعة إلى الأنظمة المالية ومنها قطاع التأمين (وثائق / عقود التأمين).
- **التمويه والتغطية:** إخفاء وفصل الأموال غير المشروعة / الإيرادات عن مصدرها عبر عدد من العمليات المعقدة.
- **الدمج:** إعادة توظيف الأموال غير المشروعة في الاقتصاد الشرعي حتى تبدو وكأنها مشروعة.

وينبغي على شركات التأمين إدراك أن صناعة التأمين معرضة لعمليات تهدف إلى غسل الأموال وتمويل الإرهاب ومن هذه العمليات على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- مبلغ تأمين عالٍ على وثيقة تأمين الادخار.
 - أقساط إضافية تدفع في محفظة وثيقة الحماية والادخار.
 - مبلغ تأمين عالٍ على وثيقة تأمين الحوادث الشخصية.
- ولمساعدة شركات التأمين في المملكة العربية السعودية في مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب قامت مؤسسة النقد العربي السعودي بوضع قواعد ولائحة تنفيذية خاصة بذلك ولا بد على شركات التأمين وإعادة التأمين وشركات المهن التأمينية الحرة الالتزام بها.

أسئلة للتقييم الذاتي على الفصل السابع

س ١: يعرف الاحتياال التأميني بأنه:

- (أ) عدم مقدرة طرف ما على الوفاء بالتزاماته بشأن تعاقد مالي ما
- (ب) اصطناع مطالبة تأمين أو رفع قيمة مطالبة تأمين بزيادة قيمة الضرر
- (ج) عدم قبول تجديد بعض اتفاقيات الإعادة الرئيسية لشركات التأمين
- (د) الإخفاق في زيادة نسبة الاختراق في السوق

س ٢: الملاءة المالية لشركات التأمين تعني:

- (أ) عدم مقدرة المدير المالي للشركة على ملء مكانه الوظيفي
- (ب) تخطي المطالبات الفعلية في إحدى شركات التأمين القيمة الدفترية لمطويات التأمين
- (ج) الشركات قادرة على مواجهة التزاماتها المأخوذة على عاتقها تجاه حملة وثائق التأمين
- (د) عدم وجود البرامج التدريبية المتخصصة التي تعمل على توعية الأفراد

س ٣: من مصادر الاحتياال الخارجي على شركات التأمين:

- (أ) الموظفون أثناء الإجازة
- (ب) أعضاء مجلس الإدارة
- (ج) وسطاء التأمين
- (د) مندوبو التأمين

س ٤: من أسباب تسرب موظفي شركات التأمين السعوديين وعدم استقرارهم:

- (أ) كثرة الطلب وقلة العرض
- (ب) الابتعاث الخارجي للدراسة
- (ج) عدم وجود حوافز داخل شركات التأمين
- (د) رخص تكاليف الموظف غير السعودي

س ٥: واحد مما يلي يعتبر من الآثار السلبية للملاءة المالية:

- (أ) عدم قدرة الشركة على الاستمرار ببرنامج المسؤولية الاجتماعية
- (ب) توقف الشركة عن الاكتتاب في تأمينات جديدة
- (ج) عدم توزيع حوافز على الموظفين
- (د) ازدياد نسبة الاحتيال من عدة مصادر

س ٦: واحد مما يلي يعتبر من مخاطر تطوير المنتجات التي تتعرض لها شركات التأمين:

- (أ) عدم اتباع تعليمات الإكتواري لبيع منتج جديد
- (ب) تضمين التزام المنتج الجديد بالمتطلبات النظامية
- (ج) إعداد تقرير بتغير المخاطر وسلوك المؤمن له مع إطلاق المنتج الجديد
- (د) ارتفاع سعر التأمين

س ٧: واحد مما يلي يعتبر من الإجراءات التي تتبعها شركات التأمين لمواجهة مخاطر

الاكتتاب:

- (أ) عدم وضع السياسات والعبارات بشكل واضح
- (ب) عدم الاهتمام بتعبئة طلب التأمين من قبل طالب التأمين
- (ج) التأكد من أن أقساط التأمين تشمل كافة التكاليف
- (د) عدم إجراء مراجعة دورية وكافية لمدى ملاءمة وثائق التأمين

س ٨: تحديد تطبيق آليات مناسبة من أجل وضع الاحتياطات المناسبة، من الإجراءات التي

تتخذها شركات التأمين لمواجهة:

(أ) مخاطر تطوير المنتجات

(ب) مخاطر الاكتتاب

(ج) مخاطر تقنية المعلومات

(د) مخاطر تسوية المطالبات

س ٩: لكي تستعد شركات التأمين لمواجهة مخاطر الائتمان، تقوم بواحد مما يلي:

(أ) مراقبة ارتفاع إلغاء الوثائق

(ب) استخدام ممارسات سليمة لإدارة أصول الشركة

(ج) تنفيذ جدول صارم لدفع المستحقات

(د) عدم وضع قيود على منح الائتمان

س ١٠: من المخاطر التي تتعلق بالتغيرات التي تحصل في الدول وتؤثر على أداء شركات

التأمين:

(أ) كثرة حوادث السير

(ب) الحروب وعدم الاستقرار السياسي

(ج) حصول الفيضانات والزوابع

(د) ازدياد نسبة الاحتيال من عدة مصادر

الإجابة النموذجية على أسئلة التقييم الذاتي

الإجابة النموذجية	رقم السؤال
الفصل الأول	
أ	١
ج	٢
أ	٣
ب	٤
أ	٥
ج	٦
ج	٧
أ	٨
ب	٩
أ	١٠
الفصل الثاني	
ج	١
ج	٢
د	٣
ج	٤
د	٥
أ	٦
ج	٧
د	٨
ج	٩
ب	١٠
الفصل الثالث	
ج	١
ج	٢
د	٣
ج	٤
أ	٥
ج	٦
د	٧
أ	٨
د	٩
ب	١٠

الفصل الرابع	
ج	١
د	٢
أ	٣
د	٤
ج	٥
ج	٦
أ	٧
د	٨
د	٩
د	١٠
الفصل الخامس	
ب.ب	١
ج	٢
د	٣
ج	٤
د	٥
د	٦
ب.ب	٧
د	٨
د	٩
ب.ب	١٠
الفصل السادس	
د	١
ج	٢
د	٣
أ	٤
د	٥
د	٦
ج	٧
د	٨
ب.ب	٩
د	١٠

الفصل السابع	
ب.	١
ج.	٢
ج.	٣
أ.	٤
ب.	٥
أ.	٦
ج.	٧
د.	٨
ج.	٩
ب.	١٠

قائمة المراجع

قائمة الكتب:

- ١- زريقات، د. مراد علي، جريمة الاحتيال على شركات التأمين (المفهوم، المصادر والآثار)، مطابع جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ٢٠١٣ م.
- ٢- شكري، بهاء بهيج، التأمين في التطبيق والقانون والقضاء، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٧ م.
- ٣- العجمي، حسين يوسف، التأمين الأسس والممارسة، معهد البحرين للدراسات المصرفية والمالية، المنامة، ط ١، ١٩٩٨ م.
- ٤- العنبيكي، د. شهاب أحمد جاسم، التأمين الهندسي، مركز عبادي للدراسات والنشر، صنعاء، ٢٠٠٦ م.
- ٥- الكيلاني، د. محمود، عقود التأمين من الناحية القانونية، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، ١٩٩٩ م.
- ٦- المصري، محمد رفيق، التأمين وإدارة الأخطار، دار زهران للنشر، عمان، ١٩٩٧ م.

المواقع الإلكترونية:

- ١- موقع مؤسسة النقد العربي السعودي
- ٢- موقع مجلس الضمان الصحي التعاوني
- ٣- موقع هيئة سوق المال
- ٤- موقع وزارة التجارة والصناعة
- ٥- موقع الغرفة التجارية الصناعية
- ٦- موقع وزارة العمل

الوعمء المالى

The Institute of Finance

www.iof.org.sa

ص.ب 10820 الرياض 11443 المملكة العربية السعودية - هاتف: +966 11 4662688 - فاكس: +966 11 4662368
P.O.Box 10820 Riyadh 11443 Saudi Arabia — Tel.: +966 11 4662688 - Fax: +966 11 4662368

Principles and practices of insurance

Saudi Arabian Monetary Agency

The Institute of Finance



Insurance Foundation Certificate Exam (IFCE) Preparatory Course

Learning Objective:

'To introduce candidates to the need for insurance, the principles and legal framework those underpin its practice.'

Foreword

Improving knowledge, developing skills, building careers

The insurance industry in the Kingdom has arrived.

The success of the new industry will rely on the knowledge and skills of the people who work in the industry.

Professionalism in insurance is not an option but is a must.

As a first step in the development of Saudi Arabian insurance professionals, the Institute of Finance has developed this foundation course in insurance which must be taken before all other courses.

The Foundation Course has been formed with individual modules covering different subject areas within insurance, protection and savings. During your studies, your principal learning resource will be yourself and this courseware. However, the Institute of Banking has also developed a classroom based presentation to accompany and support this book.

The instructor of this program will guide your studies, develop your group discussions and be able to fully explain those issues which are particularly complex. He will also answer your questions on specific issues that you may find difficult.

There are three knowledge ratings used throughout the course which indicate the depth of knowledge required for each topic. These are *i. To be aware of*, *ii. To have knowledge of* and *iii. To understand*.

The courseware contains definitions and explanations throughout together with regular short questions to check your understanding of the text. These questions are given in a box and will either test your understanding of the topic or stimulate your thought process and facilitate further discussion.

Principles and practices of insurance

At the end of each module, there is a series of questions to test your knowledge of the module. It is strongly recommended that these be completed before moving on to the next module.

The IOB's goal of developing excellence amongst insurance professionals in the Kingdom will only be achieved if each of us strives for insurance knowledge. This program is here for your development. Use them!

Good luck, enjoy the Program and, may it be the stepping-stone to an interesting and rewarding career.

Principles and practices of insurance

Course Content & Syllabus:

Module 1: Risk and Insurance

- 1.1 Meaning of risk
- 1.2 Categories of risk
- 1.3 Insurable risks
- 1.4 Uninsurable risks
- 1.5 Insurance as a risk transfer mechanism
- 1.6 Pooling of risk
- 1.7 Perils and hazards
- 1.8 Benefits of insurance
- 1.9 Reinsurance
- 1.10 Co-insurance and self-insurance
- 1.11 How an insurance company operates.

Module 2: Legal Principles of Insurance

- 2.1 Utmost Good Faith
- 2.2 Insurable Interest
- 2.3 Indemnity
- 2.4 Subrogation
- 2.5 Contribution
- 2.6 Proximate Cause

Module 3: Risk Underwriting

- 3.1 Material facts
- 3.2 Physical and moral hazards and the use of warranties
- 3.3 Proposal forms and broker's slips
- 3.4 Surveys
- 3.5 Quotations

Module 4: The Insurance Market

- 4.1 Components of the insurance market
- 4.2 Intermediaries
- 4.3 Distribution channels
- 4.4 The role of ancillary players in the insurance

Module 5: The need for documentation

- 5.1 Proposal Forms and policy structure
- 5.2 Warranties and endorsements
- 5.3 Cover notes and certificates of insurance
- 5.4 Claim forms
- 5.5 Renewal invitations

Principles and practices of insurance

Module 6: Regulation of the Insurance Industry in the Kingdom

- 6.1 Why the insurance and protection/savings industry needs to be regulated.
- 6.2 The Historical Background of the Insurance Industry in the Kingdom
- 6.3 Regulation of insurance in the Kingdom of Saudi Arabia

Module 7: Market Code of Conduct Regulation MCCR

- 7.1 Introduction
- 7.2 General Requirements
- 7.3 Standards of Practice
- 7.4 Appendix

Module 1: Risk and Insurance

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to:

- List the main components of risk
- Demonstrate how insurance relates to risk
- Identify the categories of risk
- Compare insurable and uninsurable interest
- Describe the relation between frequency and severity
- Distinguish between perils and hazards
- Describe how insurance operates as a risk transfer mechanism
- Describe how the common pool operates
- Identify the benefits of insurance to individuals, business and economy
- Understand Reinsurance
- Understand co-insurance and self insurance

Principles and practices of insurance

Introduction

The first module introduces the student to the broad principles that govern how insurance operates. Risk and insurance are linked and this module provides a greater understanding of the meaning of risk both in its ordinary meaning and how it relates to insurance and which risks are insurable. We examine how insurance operates to transfer risks through the principal concept of the **'Losses of the few, shared by the many'**. Perils and hazards, two key aspects of insurance work are distinguished.

Following our examination of risk and insurance and the broad concepts that enable insurance to operate, we then look at why consumers buy insurance and the additional benefits that arise from its basic function. We also look at why insurers themselves need to insure and the relationship between the original insured, their insurer and the insurer of the insurance company.

Finally, we look at other options available to insurers when arranging larger insurance risks and why some businesses may choose not to use insurance as a method of dealing with some of their risks.

1.1 –Meaning of risk

During this session, we will examine the meaning of risk.

The Oxford English Dictionary lists 26 synonyms for the word ‘risk’. How many can you list out?

Write your synonyms of risk here.

.....

.....

.....

.....

.....

Several academics have attempted to define risk, for example, ‘risk is uncertainty of a loss occurring’. Risk represents the possibility of an outcome being different from the expected.

The Implementing Regulations of the Law on Supervision of Cooperative Insurance Companies define the term RISK as “Situation involving the chance of loss or no loss, but no chance of gain”

We define the term risk as THE POSSIBILITY OF ADVERSE RESULTS FLOWING FROM ANY OCCURRENCE.

Reviewing the list of synonyms and definitions suggests that risk involves a lack of knowledge about future events (‘uncertainty’, ‘doubt’, ‘possibility’, ‘unpredictability’) and whether there will be a loss.

This idea of the unknown and loss is borne out by the use of risk in everyday language. You may have heard or used some of the following phrases:

Principles and practices of insurance

- “The risk of losing a job”
- “What is the risk of an accident?”
- “The risks involved in a new business venture”.

Risks are with us every day – each time we travel in a car there is a risk of an accident but our individual attitude to risk varies. Some people are considered risk-seeking; they enjoy risks perhaps it gives them a sense of excitement while others may be risk neutral. Finally, those who actively avoid risk are risk-averse.

Which of the three groups are more likely to buy insurance?

.....

.....

.....

The term risk is used in insurance business to also mean either a peril to be insured (fire is a risk to which a building is exposed) or a person or property protected by insurance (young drivers are often not considered good risks for Motor insurance)

Principles and practices of insurance

1.2 –Categories of risk

We have examined risks and peoples' attitude towards risk. We are now going to look at how risks can be classified i.e. the placing of similar risks into a group

Three categories of risks are:

- Financial or non-financial
- Pure or speculative
- Fundamental or particular

Financial or non-financial

If the outcome can be measured in financial terms then the risk is classified as financial. It follows, therefore, that a non-financial risk is one where the outcome cannot be measured in financial terms.

Examples of financial risk include a business venture, which may show a profit, a loss or may break-even on its original investment. If a fire damages a building, the cost of rebuilding is the financial loss.

Measurement of the outcome of non-financial risks is usually not in monetary terms but by characteristics that are more personal disappointment, unhappiness, joy, pleasure etc.

Visiting a restaurant for the first time may involve an element of risk as to whether the outcome will be disappointment or pleasure. Buying a car, choosing a holiday, selecting a job all involves a degree of risk (unknown outcomes) but although the outcome may have some financial implications, a precise measurement in strictly financial terms is not possible.

Principles and practices of insurance

If a person had only one photograph taken as a child with his father who is no more, then that photograph would, to him, have great value. However, that value is an emotional or sentimental value, a value that we cannot measure financially.

Which type of risk, financial or non-financial, is usually considered as insurable and why?

.....
.....
.....

Pure or speculative

A pure risk is one that has only two possible outcomes.

- 1- a loss
- 2- or break-even (No loss)

A speculative risk has three possible outcomes,

- 1- a loss
- 2- or break-even (No loss)
- 3- or gain/profit.

The distinction is important for insurance and one that you must fully understand.

Each time we travel in a car there is a risk of an accident. If there is no accident the position is unaltered, a break-even situation. If there is an accident a loss is suffered as a result of damage to the vehicle, injuries etc. There is no possibility of gain (apart from arriving safely at a destination) but there is a possibility of a loss.

Principles and practices of insurance

Other examples of pure risk include fire, theft, explosion, and storm damage.

Can you think of other examples of pure risk?

.....
.....

A speculative risk on the other hand involves the prospect of gain or profit. New business ventures, purchase of shares, investments - all have the prospect of loss and break-even but we usually make these decisions for the prospect of gain. It follows, therefore, that a speculative risk has three possible outcomes, loss, break-even or gain.

Which type of risk, pure or speculative is considered insurable and why?

.....
.....
.....

Fundamental or Particular

The categories of financial or non-financial and pure or speculative are concerned with the *outcome* of events. This classification relates more to the cause and effect of risks.

In its simplest description, fundamental risks relate to those risks that affect large groups of people. Particular risks conversely affect individuals or small limited groups of people.

Examples of fundamental risks include widespread natural disasters, (earthquake, hurricanes, flooding, famine and the like), a national economic disaster or social upheavals.

Japan Earthquake 2011

Examples of particular risk include fire in the home, motor accidents, personal injuries.

It is the effect of the risk that distinguishes between fundamental and particular. A severe economic recession, causing mass unemployment in a region is a fundamental risk. It has affected a nation's economy and all, or many of its citizens. As individuals however many of us face the possibility of unemployment for whatever reason. The individual's prospect of such unemployment is considered as particular.

Since fundamental risks are caused by conditions more or less beyond the control of individuals who suffer the losses and since they are not due to the fault of any one in particular, it is held that society rather than the individual has responsibility to deal with them – social insurance should be for fundamental risks – private insurance for particular risks though some fundamental risks like earthquakes are covered by private insurance.

1.3 - Insurable risks

So far, we have developed an understanding of the meaning of risk, that it broadly involves a lack of knowledge about future events and whether there will be a loss. From discussions and examining categories of risk, you will be aware that not all risks are insurable.

For a risk to be insurable, a number of factors need to be present.

Financial

Any loss suffered must be measured financially.

<u>Pure Risks</u>	Generally only pure risks are insurable i.e. a loss or break-even situation.
<u>Fortuitous</u>	Fortuitous essentially means accidental and in this context means that any event must be outside the control of the insured. It must be accidental as far as he is concerned.
<u>Insurable Interest</u>	We have already established that any loss must be capable of being measured financially. Insurable interest means that the party receiving the benefit of the policy must be the party who suffered that financial loss.

& See Module 2: Legal principles of insurance; Section 2.2 for a more detailed discussion of Insurable interest.

A theft is not accidental; it is a deliberate act by the thief but is accidental or fortuitous to the victim.

A disgruntled ex-employee, recently dismissed by his employer, returns to his employer's premises and deliberately starts a fire. Can this be considered accidental?

.....
.....

Your friend recently bought a new car and is well known as a terrible driver. You feel sure he will have an accident.

Would you insure his car if you are an insurance company ?

Give reasons for your answer.

.....
.....

Principles and practices of insurance

It will be recalled that fundamental risks relate to those which affect large segments of the population and particular risks relate to those which affect individuals or small groups of the population.

It cannot be stated with certainty that either is insurable – some fundamental and particular risks are; but some are not. Fundamental risks that satisfy the above criteria are usually insurable. Earthquake, storms, hurricanes and other natural disasters are, in most cases considered by the insurance industry to be insurable.

Principles and practices of insurance

1.4 - Uninsurable risks

It has been established that to be insurable a risk should, be a pure risk, be capable of financial measurement, be fortuitous (to the insured) and there must be insurable interest. It follows therefore that risks that are the opposite i.e. primarily speculative, not capable of financial measurement, are not fortuitous and where there is no insurable interest are uninsurable.

We will now consider other factors that may make a risk uninsurable but before discussing and understanding these issues, it is important to bear in mind that society and the business world are not static environments. Attitude and circumstances change over time and what is uninsurable today may well be insurable tomorrow.

An example of this is the notion that to be insurable there must be a large number of similar risks as the absence of large numbers mean it is impossible to forecast losses and therefore calculate premiums. This notion held good for many years but it lost support when there was a demand to insure the Olympic Games for the first time and also the early space satellites. Clearly there were not a large number of these but insurance was possible, perhaps due to the entrepreneurial nature of the industry but it demonstrates how attitudes change.

Public policy is essentially anything that involves the interests of the public or society as a whole. Situations that may be legally valid but may be ethically or morally wrong are against public policy, as they are not in the public interest.

It is possible to arrange insurance against the paying of certain fines (fortuitous, financial, pure, insurable interest). However, a feature of a fine is punishment for breaking the law and such an arrangement would be against public policy and not therefore allowed. It could encourage people to break the law and the deterrent effect (a warning to others not to do the same) would be lost.

Encouraging people to break the law of another, friendly country could also be against public policy

Principles and practices of insurance

Try to think of a situation in KSA that you consider may be against public policy.

.....
.....
.....

Certain kinds of fundamental risks are also uninsurable usually because their financial consequences are so huge that the insurance industry could not possibly pay for the damage. War on land is an example. Nuclear disasters are another example. Several countries felt the consequences of Chernobyl and many are still suffering from the effects, particularly to agriculture today.

Another possibility is that the risk of the loss occurring is so high e.g. natural disasters in certain areas, that premiums become unsustainable.

We cannot be too dogmatic concerning fundamental and particular risks. In general, fundamental risks arising from social, economic or political causes would not normally be insurable. However, a fundamental risk that is uninsurable may be insurable as a particular risk.

An example of this is an economic recession causing widespread unemployment that is beyond the scope of the insurance industry and therefore uninsurable as a fundamental risk. However, an individual may be able, under certain circumstances to purchase insurance in the event of him, as an individual, becoming unemployed. This would be a particular risk.

Can you think of a situation arising from a social, economic or political cause that may be uninsurable?

.....
.....
.....

1.5 - Insurance as a risk transfer mechanism

Principles and practices of insurance

We have examined risk and can now turn our attention to the role that insurance plays in risk. It must be emphasised that insurance does not prevent, remove or cancel risks. Cars will still collide and buildings catch fire, with or without insurance. The role of insurance is to ***transfer the risk*** from one party, the insured to another, the insurer.

The Implementing Regulations define the role of insurance as “Mechanism of contractually shifting burdens of pure risks by pooling them”.

In 1601CE, (yes, 1601, over 400 years ago!) the UK passed an Act of Parliament laying down rules for the conduct of Marine Insurance. It included the phrase:
“The loss of any ship....followeth not the undoing of any man....but the loss alighteth easily upon many men....than heavily upon few.”

The language is old fashioned and therefore difficult to read but the sentiments expressed are the basic rationale behind insurance. A single loss, which may cause financial ruin to an individual, is not a problem when shared by several hundred i.e. ***the losses of the few, shared by the many.***

When people purchase insurance, they are buying a promise that if certain events happen (accident, fire etc) which causes them financial loss, they will receive compensation. If the event does not happen then no financial compensation is required. That promise gives peace of mind that arises from financial security. In exchange, for a small known amount (the premium) the insured avoids the possibility of incurring a much larger unknown amount that could cause financial ruin.

There were a community of 1000 families each have a home. They decided if any home was burned they will contribute in equal shares to pay the price.

Who are the few?

.....

Who are the many?

.....

1.6 - Pooling of risk

Insurers pay the losses of the few and share it among the many by operating a pool system. Insurers receive contributions, in the form of premiums, from all those who wish to join. They place the money into a pool and from this pool they make payments to compensate those who have suffered a loss. In addition to the losses, the pool must be big enough to pay all the costs and expenses of operating the pool.

In order for the pool to operate successfully everybody who joins must pay a fair and reasonable contribution according to the risk they transfer into the pool. This will depend partly on the size of the risk (value of a building for example) and the degree of risk i.e. the possibility of a loss occurring. A car driver with a poor accident record would need to pay more than one with a good accident record. A house owner having a house of superior construction will pay less than the one having slightly inferior construction.

Deciding this level of degree of risk is the responsibility of the underwriter and is a concept discussed in more depth later in the course.

Consider once again our community. They decide that instead of collecting contributions from each owner after the damage; it would be better to collect from everybody on a regular weekly basis. That way they will be more certain that there is money available immediately if there is damage.

Their problem was how much to collect from each owner. What is your advice? (Think about the size and degree of risk.)

.....
.....

Principles and practices of insurance

To assist insurers in determining the correct degree of risk and therefore level of premium insurers make use of the **law of large numbers**. This simply states that the greater the number the more accurately results can be predicted.

If a coin is tossed in the air the probability of its landing heads or tails is equal, 50/50. Despite knowing this it would be difficult to accurately predict, the percentage of heads or tails if the coin is tossed 10 times. It is quite possible that the coin would have landed 7 times head and only 3 times tail. But toss it 100,000 times and we can predict with greater certainty that the outcome will be very close to 50% heads and 50% tails say 55/45 or 56/44 etc. Toss it 1,000,000 times and the situation could be 51/49 or 52/48 etc. That is bigger the sample, the greater the accuracy.

Applying this principle to insurance enables insurers to predict more accurately the future probability of losses and the degree of risk presented by contributors to the pool. It also helps to explain why insurers are willing to exchange statistical information as the greater knowledge is of assistance to everyone.

Our community plan has proved very successful. They are however concerned because in a certain year five homes will be damaged. One of the owners suggested that they should ask other close communities to join their scheme.

What would be the advantages of extending the plan?

.....
.....

Can you think of any disadvantages?

.....
.....

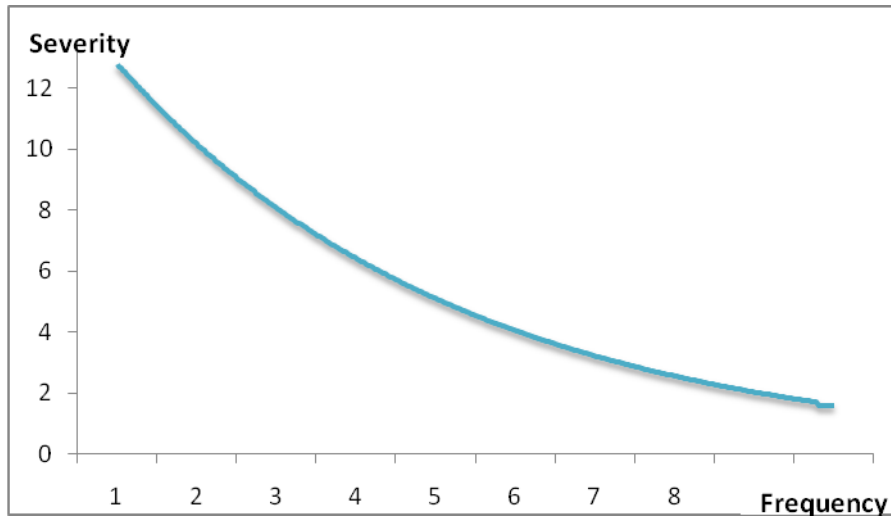
Another aspect when assessing the level of risk is to consider frequency (how often events happen) and severity (how serious when they do happen). Risks considered by insurers are either high frequency with low severity or low frequency with high severity.

Insurance companies would accept high frequency / low severity risks as well as Low frequency / high severity risks.

Principles and practices of insurance

High frequency/low severity

refers to incidents that occur often but individually are not financially severe. Most car accidents, thefts, or house fires would fall into this category.



Low frequency/high severity

refers to incidents that do not occur very often but when they do, they may have serious financial consequences. Natural disasters such as earthquakes, hurricanes or tropical storms, a petrochemical fire etc fall into this category.

How do you think an insurance company would deal with a risk that is high frequency and high severity?

.....
.....

How would you deal with a risk that has low frequency and low severity?

.....
.....

How would you categorise aircraft accidents in terms of frequency and severity?

.....

How would you categorise our Community?
.....

1.7 - Perils and hazards

We have seen how an insurance pool operates and how insurers use the law of large numbers and the frequency/severity profile to help determine the degree of risk.

Perils and hazards take this process a step further and permit a scrutiny of individual risks. ***A peril is cause of loss whereas a hazard is a condition – that may create or increase the chance of a loss arising from a given peril or under a given condition.***

An example should make the distinction clear. Fire is a peril; it is something that can cause loss or damage. Construction of a building is a hazard that can influence the extent of damage if there is a loss. If we have two buildings, one constructed of brick and the other of wood. Clearly, the wooden building is the bigger risk for fire insurance. However, neither brick nor wood will, themselves cause damage but if a fire (the peril) starts then the wooden building will, all things being equal, suffer greater damage.

The construction is a hazard; it will influence the outcome but will not cause a loss, while fire is a peril, which will cause a loss.

Think about perils (things that will cause a loss) under each of the following Policy and list under each the hazards (things that will influence the extent of loss or damage) associated with that peril.

Fire Insurance on a factory building
.....
.....

Theft Insurance on a retail shop
.....
.....

Principles and practices of insurance

Insurers divide perils into three kinds; insured, excluded (or excepted) and unnamed.

Insured perils are those specifically mentioned in the policy and states when the insurance will operate e.g. 'loss or damage caused by fire'. Fire is an insured peril.

Excluded perils are also specifically mentioned in the policy but state when the insurance will **not** operate e.g., 'loss or damage caused by fire excluding fire caused by explosion'. So if an explosion causes a fire, the policy will not cover the loss as it is an excluded peril.

Unnamed are perils not mentioned in the policy and usually they are not covered.

Insurers also divide hazards into three kinds – physical, moral and morale hazards.

Physical hazards are relatively easy to understand. They arise from the physical aspects of a risk, such as construction of a building mentioned earlier. Probably several of the hazards listed in your answer to the previous question you can classify as physical hazards.

Moral hazards arise from the immoral, unethical or illegal conduct of people, usually the person insured but in the event of a business enterprise, it could be the employees or management.

Moral hazard is always more difficult to detect because it is not physical or tangible and cannot be touched or seen. Examples of moral hazard include dishonesty by the insured, or people who do not consider deliberately inflating an insurance claim as dishonest.

In liability situations, third party claimants often exaggerate their injuries and property damage and sympathetic physicians, lawyers, body shops and contractors may support these exaggerations and increase the cost of the claims

Morale hazard is an increase in the hazards presented by a risk arising from the insured's indifference to loss because of the existence of insurance. In other words,

Principles and practices of insurance

Morale hazard arises from the insured's attitude and this differs from Moral hazard as there is no conscious or malicious intent to cause a loss.

Poor morale hazard may eventually lead to physical loss or damage. A company's management and employees who are untidy, or who do not clean the factory floor or do not follow correct safety procedures (obey no smoking signs for example) or leave machinery unguarded are all signs of poor morale hazard that could eventually lead to an accident. Their attitude and behaviour have increased the risk of a peril starting. Morale hazard acts to increase both the frequency and severity of losses when such losses are covered by insurance.

1.8 - Benefits of insurance

Module 1.5 determined that the primary function of insurance is to transfer risk, from the insured to the insurer. To facilitate the risk transfer two other functions, the *common pool* and *fair and equitable premiums* have to be in place.

Principles and practices of insurance

Insurers gather together parties who want to share similar risks and set up a *common pool* to fund these risks. Insurers do not operate a single pool as the factory owner would not want contribute to losses caused by motor vehicle owners and vice versa. There is therefore not one pool but a series of pools, one for motor, one for houses etc. Although in reality there may be some transfer of money between pools for our purposes we can consider each separately.

Individual risks introduced into the pool are not identical, each has a different degree of risk according to their individual hazards and the size of each risk may be different. It is important that every contributor should make a *fair and equitable* contribution, according to the degree and size of their risk.

The scheme started by our Community has proved very successful. In fact, it is so successful that factories in the area asked to join. If you admit them what factors do you need to consider when deciding on their contribution?

Write your answer here.

.....
.....
.....

Insurance is therefore a method of transferring risk supported by the common pool and equitable premiums. From this primary function, a number of other benefits arise to policyholders.

Peace of mind: The premium paid is a known expense but in exchange for this, policyholders receive a promise that if certain events occur they will receive financial compensation. They are exchanging a relatively small known expense in exchange for the possible avoidance of a larger unknown expense.

This provides policyholders with the principal benefit of insurance often described as, *peace of mind* because they are

Principles and practices of insurance

comforted by the knowledge that if a disaster should happen e.g. a fire destroying their home or business, financial compensation will be available.

Risk Improvement Insurance companies often combine their resources and invest considerable sums of money in trying to reduce both the frequency and severity of losses. They invest in and examine new methods of loss detection, testing and developing fire fighting equipment, new methods of repairs, the use of inflammable materials in consumer goods, methods of car repairs, crash testing and so on. This may be done in conjunction with other interested parties (e.g. manufacturers, governments, fire fighters) and sometimes independently.

They share this knowledge when advising their policyholders on how to avoid or minimise their risks. This results in lower claims costs and lower premiums. It also has the added advantage that less claims means fewer accidents and therefore less personal suffering and any loss of output is reduced.

If insurers had not taken such an active interest in risk improvement what do you think would have been the outcome for: a) them, b) their policyholders and c) society overall?

.....
.....

As well as direct benefits to policyholders, insurance also benefits the business community as a whole.

Avoids capital retention If there were no insurance available then businesses would need to take into consideration the impact of losses and the cost of rectifying them. Instead of exchanging a small known amount (the premium) they would need to set aside “just in case”, capital that could be more advantageously used to expand and develop the business.

Principles and practices of insurance

Encouraging new enterprises Starting a new business requires capital investment often raised from investors or banks. The assets and future profits of a business are usually the security for investors who would be reluctant to invest if insurance was not available. A fire could easily make a business unprofitable and a new business is even more vulnerable.

Investments

As custodians of the pool insurers have large amounts of money in their care. There is a time difference receiving premiums and paying claims, which in the case of life (Protection & Savings) assurance can be several years. The funds are not left idle but are available for investment.

Insurers invest these funds in a wide range of investments, from direct equity investment in companies (stocks and shares), loans made to industry and governments, property and fixed interest securities. The small premiums paid by thousands of individuals and businesses are not idle but circulate in the economy helping to stimulate national growth.

Why do you think investors may be reluctant to invest into a new manufacturing company if the property was not properly insured?

.....
.....
.....

We have looked at the benefits insurance brings to policyholders and the business community and it also brings benefits to the national economy.

Principles and practices of insurance

Import/Export

Insurance is a commodity that, like other commodities is traded between countries and therefore a country that sells insurance is exporting and a country that buys insurance is importing. As an intangible product, i.e. it has no physical presence; it is classified as *invisible earnings*. Other invisible earners include tourism and banking.

A major business investing heavily in plant and equipment will want to protect that investment. If the state has either no insurance industry or one that is inadequate, that business will arrange its insurances overseas. Hence, that country will be an importer of insurance services. The overseas country that is providing or selling the insurance cover will receive the premiums and therefore be an export of the service.

Foreign Exchange

International deals will be done in the currency of exporting country. Many countries have a currency problem and foreign exchange is a valuable commodity the sale and purchase of which may be controlled. An established and financially sound insurance industry that can retain its own risks will assist those countries by reducing the level of foreign currency needed.

A small, undeveloped country has a nationalised insurance industry and all insurance must be placed with the state owned company, the only available insurer. They reinsure 99% with international reinsurers. What effect do you think this arrangement has on the nation's economy?

.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

1.9 - Reinsurance

Having accepted the risk from their policyholders, an insurance company has an interest in spreading the risks that they have accepted and transferring some of it to others. It may seem strange that insurers accept risks then transfer them on to another insurance company but there are sound commercial and financial reasons for this practice.

The Implementing Regulations of the Law on Supervision of Cooperative Insurance companies in KSA define the reinsurer as “an insurance or reinsurance company that accepts insurance contracts from another insurer”.

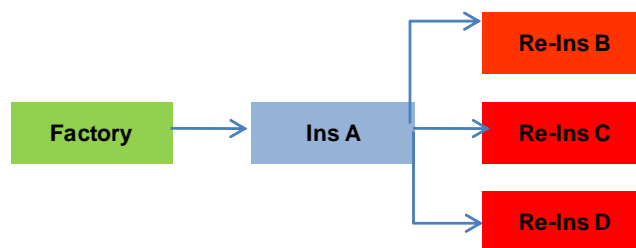
As for reinsurance, the Implementing Regulations defines the term as “Transfer of the insured’s risk from the insurer to the reinsurer and to indemnify the insurer by the reinsurer for any payments made to the insured against damages or loss”.

A broker offers an insurer a risk from a client who already has several large policies, but it considers the risk too large or too hazardous to accept. It wants therefore to decline to accept the insurance. What are the disadvantages to the insurers in refusing to accept the insurance?

.....
.....
.....

Instead of refusing the business an insurer could decide to accept the risk and arrange to transfer some of the risk to another insurance company – a process known as reinsurance.

It is important to remember that there is no relationship between the insured and the reinsurer. There is a contract of insurance between the insured and the insurer and a similar arrangement between the insurer and the reinsurer but ***there is no legal or contractual relationship between the insured and the reinsurer.*** In fact, in most cases, the insured is not aware that there is any reinsurance.



As there is no relationship between the insured and the reinsurer, what do you think would be the financial consequences for the Factory and the Insurance Company A if the Reinsurance Company C went into liquidation and was unable to pay any claims?

.....
.....
.....

In addition to commercial considerations, there are also financial reasons for arranging reinsurance. Insurers are custodians of the common pool, which means that they are guardians of the funds that belong to their policyholders. They therefore have a duty to safeguard that pool of money and reinsurance is a way of protecting the interests of their policyholders and their pool of money.

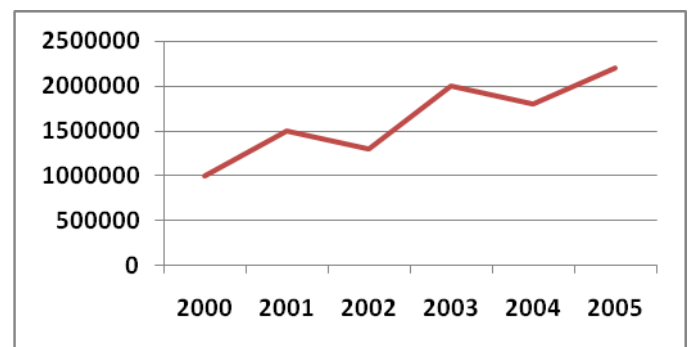
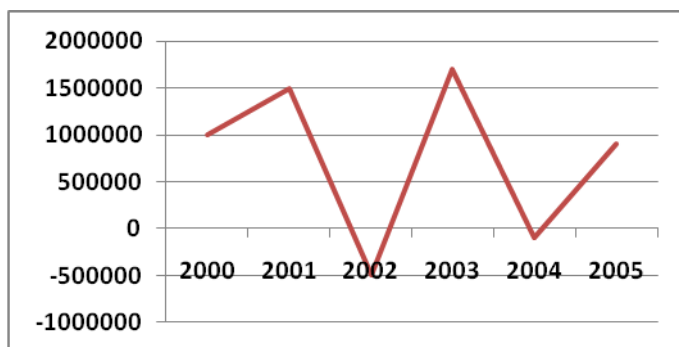
Peace of Mind

In the same way that a policyholder secures peace of mind by buying insurance, insurers have the same objective. They would not want one single disastrous event or bad risk to jeopardize the

Principles and practices of insurance

common pool, which would cause financial problems to other policyholders. Reinsurance achieves this objective by providing protection, particularly against catastrophic losses.

Underwriting Stability A major expense for insurers is the cost of claims and an individual insurer would not like to have these costs fluctuating wildly from year to year. Reinsurance provides a method of ensuring that the underwriting results (premium minus claims equals underwriting result) and the loss ratio (claims ÷ premium %) are stable each year.



Underwriting Result

Consider the above figures of two insurance companies. In which one would you prefer to insure and why do you think it is important that an insurance company does not allow its loss ratio and underwriting results to fluctuate wildly from year to year?

.....
.....

1- Types of Reinsurance

Reinsurance Contracts from (method of premium and risk distribution between the direct insurer and the reinsurers) are divided in two types: Proportional and Non-proportional

Reinsurance contracts are either proportional or non-proportional.

Proportional means the insurer and reinsurer share the risk, the premiums and claims, usually on a percentage basis. For example, the reinsurer may agree to accept, say 25% of the risk receiving 25% of the original premium and paying 25% of all claims.

Non-proportional reinsurance means that the insurers and reinsurers do not share premiums and claims equally. Typically, it involves a deductible, usually quite substantial that the insurer must pay before the reinsurer will contribute to any claim. For example, a reinsurance policy issued with SR10M excess only requires reinsurers to contribute when a loss exceeds this amount.

Reinsurers agree to accept 15% of a risk. If the premium received by the insurance company is SR150M how much reinsurance premium will reinsurers receive?

.....
.....

Reinsurers agree to reinsure all losses that exceed SR15M. The insurance company settles a claim for SR25M. How much will they recover from reinsurers?

.....
.....

2- Forms of Reinsurance:

Reinsurance contracts (the commitment of the direct insurer to cede or not to cede a part of the risk and the commitment of the reinsurer to take the risk or not to take it) are divided in two forms: Facultative and Treaty

Principles and practices of insurance

Facultative was the original method of arranging reinsurance but today the vast majority of reinsurance is treaty.

Facultative

Facultative is a French word that means optional or by request and insurers have to request facultative reinsurance when they need it. This means that the insurer has to contact the reinsurer, give details of the original risk, together with all material facts concerning the risk. If the reinsurer refuses or the terms are too high, the insurer will need to find another reinsurer.

The Implementing Regulations define Facultative reinsurance as “: An optional case-by-case method of reinsurance. The reinsurer has the option to accept or neglect the offered risks”.

Although a specialist reinsurance broker can help, the process is still time consuming, administratively expensive and there is always uncertainty if the reinsurance will be at acceptable terms.

It may be required however when:

- The treaty is full
- The risk is outside the treaty terms
- The risk is unusual

Why do you think the time delay and uncertainty cause problems for the insurer?

.....

.....

.....

Treaty

A treaty is an agreement between insurers and reinsurers. Under the treaty, reinsurers are obliged to accept all the risks that are within the defined limits of the treaty. Treaties

Principles and practices of insurance

typically are signed for one year and then if both parties agree can be renewed. Reinsurers therefore agree in advance to accept reinsurance business given to them by the insurer. The major benefit to insurers is that they know they have reinsurance protection and they know the cost of that protection immediately they accept a risk from a client.

The Implementing Regulations define Treaty Reinsurance as the “Reinsurance that occurs when the primary insurers cede insurance of certain risks within certain amounts & percentages to the reinsurer and the reinsurer has agreed to accept reinsurance of the assigned risks”.

The insurance company has a treaty with a reinsurer in which the reinsurers agree to accept 25% of all fire policies issued by the insurance company. The reinsurer notices that the insurance company has agreed insurance on a particular term that they did not wish to reinsure. Can the reinsurer refuse to accept the reinsurance? Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

1.10 - Coinsurance and self-insurance

Co-Insurance

For the risk that is either too large or too hazardous for an insurer to accept, there is a second option apart from reinsurance. Instead of accepting 100% of the risk and then arranging reinsurance the insurer can accept a lower percentage of the risk, an amount which is within its capacity and the insured, or his advisers will need to find another local insurer (or insurers) to accept the balance

The insurers who share the risk, usually along percentage lines are *co-insurers* and the practice known as *co-insurance*. It is a common practice in many insurance markets and usually involves the insurance of larger risks, often arranged through an intermediary, typically an insurance broker.

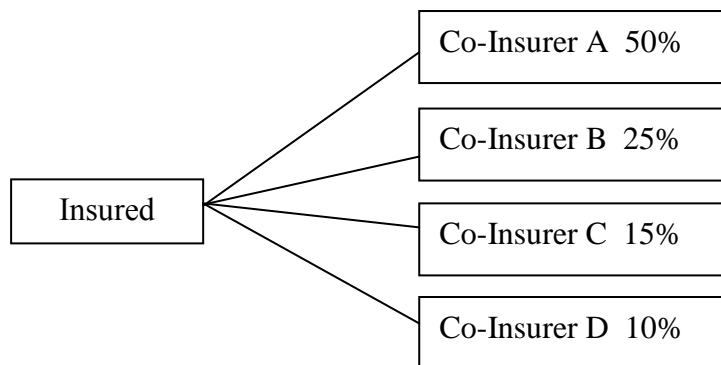
The broker would probably prefer to place all the business with one insurer but if this is difficult, he will arrange co-insurance. It will be his responsibility to place the insurance 100% and not leave the insured with only partial cover. The broker will also handle a great deal of the administrative work.

The process usually operates by the broker approaching an insurer whom he thinks will want to do the business. This first company decides the premium and other terms, may arrange an inspection and survey of the insured's premises, will issue the policy and is the *lead insurer*. The broker will then approach other insurers who will have to decide whether they are prepared to follow the terms and conditions agreed by the lead company. The broker continues until the insurance is covered 100%.

It is important to note that each insurer is in contract with the insured but only up to his specified percentage.

& See Module 2: Legal principles of insurance; Section 2.5 for a more detailed discussion of Co-insurance and Contribution.

Principles and practices of insurance



If, in the case outlined above Insurer ‘C’ went into liquidation what effect do you think this will have on the insured and on the remaining three co-insurers?

.....

.....

.....

Self-Insurance

Insurance provides peace of mind because by transferring risk the losses of the few are shared by the many and therefore a loss that may be disastrous for an individual is acceptable when shared by several hundred.

Self-Insurance as defined in the Implementing Regulations means “ the retention of any risk by structured means, i.e. the company that is retaining the risk has set up a fund against a future event that is fortuitous and outside the control of the company”.

There may however be circumstances when an individual or business may choose to retain the risk. This is *self-insurance* and should not be confused with no insurance. No insurance occurs when a person or business simply ignores the risk, does nothing and does not arrange to pay for any losses that may occur. **Self-insurance is a deliberate and conscious decision to retain risk.**

Principles and practices of insurance

A business faced with a risk that it considers small and well within its financial ability may choose to retain such a risk. The risk may be low severity/low frequency but even with high frequency, a wide geographical spread may bring it within their capacity to manage the risks themselves.

The business may decide to self-insure possibly by putting the equivalent of the premium aside, which can then be used to pay for losses. It should save on the insurer's administration costs and premiums and the funds could also generate a return if invested sensibly.

A clothing store has 250 shops, nationwide situated in all principal towns and shopping centres. Each shop has a plate glass front which if broken would cost at least SAR5,000 to replace. Why may this company choose not to insure?

.....
.....
.....

What disadvantages, if any are there in choosing to retain the risk?

.....
.....
.....

& See Module 4: The insurance market; Section 4.1 for a more detailed discussion of Captive insurance company which is a type of self insurance.

Principles and practices of insurance

1.11 -How an insurance company operates

The business models (see diagrams below) for insurance companies, whether general insurers or protection and savings insurers, shows that insurers seek to make a profit in two ways: (1) through underwriting, the process by which insurers select and price the risks they insure, and (2) from investment income arising from the investment of the premiums they collect from their policyholders.

Principles and practices of insurance

Within these models are several key operational functions. These include:

1. Rate making:

Is the process of calculating the premium for a risk so that the money obtained by the insurance company for the risk is adequate, reasonable and not unfairly discriminatory.

& See Module 3: Risk Underwriting; Section 3.2 for a more detailed information on the Rate making process.

2. Underwriting – selecting a risk and deciding the price for the risk

& See Module 3: Risk Underwriting for a more detailed discussion of the Underwriting process

3. Production (Sales and Marketing) – generating new business

& See Module 4: The insurance market; Section 4.3 for a more detailed discussion of the different Marketing and Distribution channels.

4. Claim settlement

& See Module 5: The need for documentation; section 5.4 for a more detailed discussion of Claim forms.

5. Reinsurance

6. Maintaining a fund

& See Module 6: Regulation of the Insurance Industry in the Kingdom; section 6.3 for a more detailed discussion on Maintaining funds.

7. Investments

& See Module 6: Regulation of the Insurance Industry in the Kingdom; section 6.3 for a more detailed discussion of Investments.

8. Distributing surpluses

& See Module 6: Regulation of the Insurance Industry in the Kingdom; section 6.3 for a more detailed discussion on Distributing surplus.



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. Which of the following examples is speculative risk?
 - a. A situation that has three possible outcomes, either loss, break-even or gain.
 - b. A widespread natural disaster
 - c. A situation which has only two possible outcomes, loss or break-even
 - d. A loss which affects only a few people

2. Insurance deals with risk through a system of
 - a. Risk prevention
 - b. Risk avoidance
 - c. Risk transfer
 - d. Risk removal

3. The law of large numbers assists insurers because:
 - a. It helps to make reliable claim predictions
 - b. It helps to determine overheads
 - c. It helps to make reliable income predictions
 - d. It helps to forecast the level of new business

4. To be insurable a risk must, as far as the insured is concerned be
 - a. Speculative and fortuitous
 - b. Pure and fortuitous
 - c. Inevitable and pure
 - d. Speculative and inevitable

Principles and practices of insurance

5. Insurable interest can be defined as:
 - a. More than one insurance policy covering same risk
 - b. Putting back the insured in same financial position at inception of policy
 - c. Putting back the insured in same financial position just before the loss
 - d. The person benefits from insurance is the same person who suffers the financial loss

6. Public policy can be described as:
 - a. The financial relation with the subject matter insured
 - b. The conditions in the policy
 - c. The laws of the country
 - d. The exclusions in the policy

7. What is meant by “a peril”:
 - a. Increase the damage
 - b. Decrease the damage
 - c. Cause the damage
 - d. Has no effect on the damage

8. What is meant by “a hazard”:
 - a. Affect the extent of damage
 - b. Cause the damage
 - c. Decrease the damage
 - d. Does not affect the damage

9. The difference between, moral and morale hazards is that
 - a. Moral is intentional while morale can be seen
 - b. Moral is intentional while morale is unintentional
 - c. Moral is unintentional while morale is intentional
 - d. All of the above

Principles and practices of insurance

10. Why is it necessary for a risk to be capable of financial measurement before it can be considered as insurable?
- To be indemnified
 - To have insurable interest
 - To be pure risk
 - All of the above
11. What do you think would be the effects on a nation's economy if a country had no insurance industry but despite this allowed overseas companies to invest?
- It will be exporting insurance
 - It will be importing
 - It will support the local currency
 - It will keep all the investment inside the country
12. A factory is seeking insurance for \$100M on its buildings. Insurance company A accepts the risk and reinsures with, B, C, D and E who each take 20% of the risk. A claim is submitted and agreed at \$10M. How much will company D pay and whom will they pay?
- 2M to the factory
 - 10M to the factory
 - 8M to company A
 - 2M to company A
13. The same factory approaches insurance company L who will only take 20% of the insurance but insurance companies M, N, O and P all agree to accept 20% each. A claim is submitted and agreed at \$10M. How much will company N pay and whom will they pay?
- 2M to the factory
 - 10M to the factory
 - 8M to company A
 - 2M to company A

Principles and practices of insurance

14. Mr. Ali buys a car. He does not arrange insurance because he has never heard of insurance. This is example of:
- Self insurance
 - No insurance
 - Retaining risk
 - Self risk management
15. The difference between facultative and treaty reinsurance is:
- Facultative is optional while in treaty the reinsurer accept all the risks that are within the defined limits
 - Facultative is less costly than treaty
 - Facultative is usually for a year
 - All of the above is correct
16. The difference between proportional and non-proportional reinsurance.
- Proportional is agreeing on a certain amount while non proportional is agreeing on a certain percentage
 - Proportional is usually treaty while non proportional is facultative
 - Proportional is agreeing on a certain percentage while non proportional is agreeing on a certain amount
 - Non Proportional is usually treaty while proportional is facultative

Progress Check Answers

1-a

2-c

3-a

4-b

5-d

6-c

7-c

8-a

9-b

10-a

11-b

12-d

13-a

14-b

15-a

16-c

Module 2 – Legal Principles of Insurance

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to understand the following legal principles:

Utmost good faith

- define utmost good faith
- define a material fact and describe its importance
- describe the consequences of non-disclosure or misrepresentation

Insurable interest

- define insurable interest
- understand when insurable interest commonly arises in different classes of insurance

Indemnity

- define indemnity
- identify the policies that modify indemnity

Subrogation

- define subrogation
- understand when subrogation is applied

Contribution

- define contribution
- identify different methods of contribution

Proximate cause

- define proximate cause
- distinguish between insured, expected and uninsured perils

Principles and practices of insurance

Introduction

Insurance developed several hundreds of years ago in response to a basic human need, to avoid hardship and suffering. Since that time it has grown into a major worldwide industry and as it has developed, so have a number of principles that govern its workings.

In this module, we study the insurance principles. This is an important module because the principles are the foundations for the business of insurance as it is practised. A proper understanding of these principles will enable you to understand why many insurance practices are done in the manner they are done.

Utmost good faith is a legal principle governing the formation of the contract and we take another closer look at insurable interest. Indemnity and its supporting principles, subrogation and contribution control how much the insured can receive as compensation and finally proximate cause is used to assist in determining the cause of loss.

The principles relate to all classes of insurance, (Marine, Life (Protection & Savings) and General) although there are variations in the way they are applied to each.

Principles and practices of insurance

2.1 - Utmost good faith

When buying a product, a car, TV etc, the buyer can examine the goods and the seller does not have to say anything although any question from the buyer must be truthfully answered. The legal principle governing such contracts is *caveat emptor* - let the buyer beware - it is up to the two parties (but mainly the buyer) to ensure that they are satisfied with the terms. Neither party is under any obligation to volunteer any facts or information to the other. This is not the case with insurance.

In insurance, the insurer must rely on the truthfulness and integrity of the proposer. In return, the insured must rely on the insurer's promise to pay future claims. Further only one party (the proposer) knows all the facts about himself and the 'thing' to be insured. Insurance is therefore subject to a much stricter duty than let the buyer beware it is the ***duty of Utmost Good Faith***.

Utmost Good Faith is a duty of disclosure because each party must voluntarily disclose all information; they cannot remain silent. Utmost Good Faith applies to both insurer and insured although it is a more onerous duty on the proposer.

An insurance company is aware that the insured is entitled to a discount on his premium, as he has made no claims for the previous year. The insured does not ask for his discount and the insurance company remains silent. Is this a breach of the duty of utmost good faith?

.....
.....
.....

Utmost Good Faith is a duty of disclosure and all parties to the contract are obliged to disclose all material facts.

A material fact is defined as a fact that would influence the judgement of a prudent insurer in deciding whether to accept a risk for insurance and if so the terms and conditions that should apply, e.g. premium, conditions, deductibles etc.

Principles and practices of insurance

The duty of disclosure **begins at the start of negotiations** and continues until the contract is in force. After that, both parties are subject to the terms and conditions of the contract. However, even if there were changes after inception, the insured should disclose them. Most policies contain a condition that the insured must disclose any alteration that increases the possibility of loss. Even without this condition, the insured should disclose any such alteration because the essential terms of contract have altered.

Insurance contracts are issued for a period of time, 12 months being the most common. At expiry insurers usually offer to renew the policy. The terms and conditions may change but even if renewal is on existing terms, **the renewal is a new contract**. The duty of utmost good faith, therefore, revives at renewal and both parties must voluntarily disclose any changes.

A landlord takes out a fire policy on his building. Two months after the contract the tenant who used the building as a warehouse for storing groceries moves out and a new tenant, who is using the building as a garage and motor repair shop moves in. Do you think the landlord should notify his insurers of the change in risk? Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

A material fact is one that influences the decision of the insurer to accept or decline risks or continue with an existing risk. Determining exactly what a material fact is can be difficult especially for proposers who are new to insurance. A proposal form normally asks for those facts generally considered material by insurers. However, if there are other facts not covered by the proposal then the proposer should voluntarily disclose them; **staying silent is not an option**. Many insurance companies remind the proposer to disclose any other information that may be relevant to the insurance. The general rule is, if in doubt regarding the relevance, disclose the information.

Facts that require disclosure include:

- A full description of the subject matter of the insurance. The car, property, liability etc.
- Any other policies covering the same risk
- Previous insurances. Especially relevant if an insurance company has declined insurance or imposed special or restrictive terms.
- Details of previous losses and insurance claims.
- Any fact that increases the risk from normal. For example, a car engine modified to make it go faster.

Some of the information disclosed will relate to the subject matter of the insurance and these are primarily physical hazards. Others relate to the person taking out the insurance and are primarily be moral hazards.

There are some facts that do not need disclosing. These include:

- Facts of law. The assumption is that everyone knows the law and ignorance is not a defence.
- Facts of public or common knowledge. This could include well-known flood or crime areas, earthquake zones, war areas, trade and industrial processes.
- Facts that lessen the risk. Additional fire or security precautions for example.
- When further information has been waived. If there is a blank or inadequate answer on a proposal that insurers do not follow up the assumption is they have accepted the position and cannot later rely on facts they do not like.

Principles and practices of insurance

A question on the proposal form asks: 'Have you ever suffered any previous losses?' The proposer answers with a dash (-). Later, when investigating a claim, insurers discover that the proposer had a history of losses. Do you think they could refuse to pay the claim? Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

A breach of utmost good faith is typically either non-disclosure i.e. failing to disclose a material fact or misrepresentation i.e. incorrect or inadequate disclosure. A breach that is a deliberate misrepresentation of the facts may be fraudulent and referred to as concealment.

The breach leaves the injured party, typically the insurance company with the option to:

- Cancel the contract from the beginning – almost as if it never existed.
- Insurers usually discover breaches at the time of a claim and refusing to pay the claim is an option.
- Insurers may choose to charge additional premium or impose additional terms on the policy.
- They may choose to ignore the breach and just continue with the insurance.

Although unlikely, in the event that the insured suffers a breach, he will be able to recover any damages that he has suffered.

Principles and practices of insurance

Khalid bought an old building to store his stock. The previous owner told him that the building suffers from flood damage from a nearby river because every time it rained the river flooded. He does not tell insurers. Later the river floods, stock damaged and a claim submitted. Could insurers refuse to pay the claim? Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

2.2 - Insurable Interest

Insurable Interest means that the person receiving the benefit of the insurance policy must have suffered a financial loss when the insured item suffers loss or damage.

To emphasise the importance of insurable interest, in a fire policy, it is **not** the building that is insured but the **insured's interest** in that building. This is insurable interest and is the legal right to insure. Without insurable interest, an insurance policy becomes invalid as it ceases to be an insurance contract but almost a gambling contract.

It follows that a legal relationship, between the person affecting the insurance and the 'thing' being insured, must exist. The most common of these is ownership. Clearly if a piece of property, car, house, camera, watch, gold pen or whatever is damaged the owner will suffer financially. Consequently, the owner has insurable interest in his property.

It is also possible to have an insurable interest in property that is not owned but is in another person's possession. Although with that possession should be responsibility for the property. Garages, laundries, hotels, airlines, repair shops and warehouses are just a few examples of people who are in possession of property not belonging to them but because they are responsible for its safety they have insurable interest.

Note that the owner of the property also has insurable interest and it is possible for both parties to insure these items.

You are leaving for a month's holiday touring Europe. You borrow a camera from your friend. Do you have insurable interest in the camera?

.....
.....
.....

We have referred to the 'thing' being insured and given property as an example but the 'thing' can be an individual's life or limb. We all have an insurable interest in our own life to an unlimited extent but we can also have insurable interest in the life of others.

Principles and practices of insurance

Being a relative does not necessarily create insurable interest, as there must be a financial loss on the death of the life insured. There might be emotional loss on the death of a relative or close friend but not necessarily a financial loss.

Families do however have insurable interest in the life of the 'breadwinner'; business partners may have interest in each other's lives; a bank has insurable interest to the extent of the amount of any loan they make.

Insurable interest varies slightly depending on the branch of insurance - Marine, Life (Protection & Savings) or General.

Marine

In marine insurance, there must be insurable interest **at the time a loss occurs** and not necessarily at policy inception. The nature of marine business is such that goods can be in transit for several months and its ownership could change during the journey. Therefore, the person who may have taken out the insurance may not be the person who suffers the loss.

Life (Protection & Savings)

It has been established that in life (Protection & Savings) insurance insurable interest has only to be present **when the policy is taken out** and not necessarily when the loss occurs - the opposite of Marine Insurance. This may seem a strange position but is not really a problem. If for example a bank requires a life (Protection & Savings) policy as a condition for a substantial loan, the debtor takes out the insurance on his life and names the bank as the beneficiary for the proceeds. If the loan is paid, the insured can simply change the beneficiary, or cancel the insurance.

General Insurance

For all other policies, insurable interest must exist at **policy inception, during the currency of the policy and when the loss occurs**. If there is an absence of insurable interest when the insurance starts then the contract may be considered invalid and if

Principles and practices of insurance

there is no insurable interest at the time of the loss then there will be no loss to the insured.

Principles and practices of insurance

2.3 - Indemnity

Indemnity in many ways is linked to Insurable Interest. Insurance contracts to be valid must have Insurable Interest i.e. the insured must suffer financially from the loss or damage to the 'thing' insured but that Insurable Interest is limited to the financial interest.

An owner has Insurable Interest in his own property but only to the extent of the value of that property. Recover more and he would be financially better off after a loss than before a loss. This would breach the principle of indemnity and render insurance a gambling proposition..

The Principle of Indemnity is to put the insured in the same financial position after a loss as he was in immediately before the loss. In theory, he should be neither better off nor worse off but the same. In practice, this is very difficult to achieve but it does not detract from the basic principle, which many consider the foundation of insurance.

Indemnity is therefore the maximum financial interest that the insured has in the insured item. However, it is not possible to place a monetary value on a human life and we all have an unlimited interest in our own life and limbs.

Therefore, life (Protection & Savings) insurance and personal accident policies (excluding medical expenses) are **not policies of indemnity and the principle of indemnity does not apply to them.**

If the insured is to be in the same financial position after a loss as he was before the loss, it is necessary to establish the value of any items lost or destroyed at the time of loss.

Principles and practices of insurance

Example:

Ali has a car model 2008 insured with a comprehensive insurance policy. He had a car accident that damaged the head lights and the radiator

If Ali is given the new replacement price he would be able to purchase new items whereas before the loss he had old items, so he would be better off. To arrive at indemnity it is necessary to make a deduction from the new price to make allowances for the *age and previous use* of these items, known as *wear and tear and depreciation*.

Indemnity should not include any element of profit. Therefore, a shopkeeper who has his stock damaged should be indemnified with the cost price to replace that stock – it is not the selling price, which would include his profit.

In liability insurance the amount of indemnity would be limited to the damages suffered by the third party with his costs.

Having established Indemnity, the insurance contract states that the method of providing the Indemnity is at the option of insurers. The typical policy lays down four options and insurers will normally elect the option that is most convenient and least costly to them.

Monetary payment In the majority of cases, this is the most convenient method and insurers reimburse the insured by cheque.

Repair Insurers may arrange for a damaged item to be repaired at their expense. Collision damage to motor vehicles is a common example where insurers arrange repairs. In some cases, insurance companies own or have a financial interest in repair shops, which help them to control costs. Alternatively, they may receive discounts from repairers due to the volume of business.

Replacement Insurers may choose to replace an item that has either been lost or damaged beyond repair. Glass insurance, jewellery, house contents are examples of replacement, again the insurance

Principles and practices of insurance

company usually gets the benefit of discounts for the volume of business they supply.

Reinstatement

Reinstatement tends to refer to buildings or machinery and is similar to repair. Insurers may choose to undertake to rebuild the damaged building themselves. An option rarely exercised because of the problems it can cause insurers. They would normally expect the insured to arrange the work and limit their role to verifying that the work is in order and within the policy terms. They then reimburse their insured.

A vehicle is damaged in an accident. The insured takes it to a garage who estimates the cost of repairs as SR1,000. He submits a claim to his insurers but due to their bulk purchasing power insurers can have the vehicle repaired for SR 850. The insured states that he does not want to have the vehicle repaired. He requests a cash settlement of SR1,000. Does he have the right to this? Who chooses the type of compensation?

.....
.....
.....

Indemnity is a principle underpinning insurance but in order to satisfy the needs of policyholders it must be flexible. Insurers have policies that alter slightly the strict principle of indemnity but achieve the overall objective of attempting to put the insured in the same financial position after the loss as he was immediately before the loss.

Agreed Value

In some cases it may be difficult to assess the value of an item on the day of loss, especially if that item is rare e.g. an antique work, a master's painting. In these circumstances, insurers offer an agreed value policy. In these contracts, ***the value to be paid in the event of a total loss is agreed at inception of the policy.*** Note only the total loss value is agreed, any partial loss would be handled in the usual manner e.g. cost of repairs. It does mean

Principles and practices of insurance

however that if the value changes between inception and loss date (which could be up to a year later) the agreed value that is paid may differ from the indemnity value on the day of the loss.

Agreed value policies are rarely used in non-marine insurance but are very common in marine insurance where the value of cargo can fluctuate during a long voyage and replacing the goods may be difficult in view of the time and distances involved.

A painting insured for SR100,000 on an agreed value policy is destroyed in a fire. Its value on the day of the loss was SR75,000. How much will the insured receive?

Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

First Loss

A situation may arise when the insured feels the probability of a total loss is so remote that full insurance is not necessary. For example, in a large warehouse containing heavy goods it is unlikely that thieves could remove all the contents in a single loss. In these circumstances a first loss policy, which permits less than full value insurance, is appropriate.

The insured selects the amount they feel is ***the maximum they could suffer from any one loss*** and this becomes the first loss sum insured and is the maximum payable in respect of any one claim. The full value of the property is noted but only for information and to aid in premium calculation. It does mean that if the insured has made a mistake and does suffer a loss in excess of the first loss sum insured he would not be able to receive a full indemnity.

Principles and practices of insurance

AlMuttahida have a first loss policy for SR500,000 although they have property valued at SR2M in their warehouse. While closed during a holiday period thieves break in and remove property valued at SR600,000. What is the maximum the insurer can pay?

Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

In addition to these two types of policy, many other policies contain conditions that can affect the amount the insured can receive as indemnity.

Average

It was stated earlier in the course that insurance is based upon the common pool and that all contributors must contribute to the pool according to the degree and size of the risk being introduced.

In the event that somebody undervalues his property, he will not be making a fair and equitable contribution, as he will be paying less premium than his risk demands. Insurers, therefore, penalise the insured for any underinsurance by reducing his claim at the same proportion that the sum insured is to the full value.

Unless there is a claim the underinsurance may not be discovered and it will be too late to recover unpaid premiums possibly going back several years.

Example

If a shopkeeper insures his stock for SR 50,000 but at the time of the loss, the full value of his stock was SR100,000 then the claim will be reduced by the same proportion – 50%. If the claim was SR15,000 he will receive SR 7,500. It can be expressed as follows:

Sum Insured at time of loss

Full Value at time of loss X Loss = Claim Payment

Principles and practices of insurance

Replacing these with figures above:

$$\frac{\text{SR } 50,000}{\text{SR } 100,000} \times \text{SR } 15,000 = \text{SR } 7,500$$

If average applies then the insured will not receive a full indemnity.

Al Ikhlas Foods has a fire policy insuring their factory for SR1M. There is a fire and the cost of repairs is agreed at SR 240,000. The loss adjuster notes that the actual value of the factory at the time of the loss was SR1.5M. How much can Al Ikhlas receive under the terms of the policy?

Show your calculation.

.....
.....
.....

Sums Insured The sum insured is insurer's maximum indemnity and they cannot pay more than this amount. In the event the insured suffers a total loss of a property that is underinsured he will not receive a full indemnity. (Average does not apply in case of Total Loss whereas the insured receives the full sum insured) However, some policies have sub limits or inner limits.

For example, house insurance may have a limit any one item or a limit in respect of valuables.

Deductibles Also known as 'excess'
These are the first amounts payable by the insured and are deducted from any claim payment. Some deductibles are **voluntary**, which means that the insured has elected to have the deductible usually in return for a reduced premium. Others are **compulsory** because insurers have imposed them, usually to encourage the insured to be careful.

Principles and practices of insurance

Reinstatement This condition simply states that indemnity will be the full cost of replacement *without any deductions for wear and tear* i.e. he will receive the value of new goods.

The condition is quite common in policies covering commercial buildings and machinery where deductions in any event may be quite small but where huge funds are needed to continue the business.

The reinstatement condition is available in house insurance policies and referred to as **'new for old'**. The reason is to avoid hardship when if the homeowner loses a substantial part of his home indemnity only cover may not provide enough to refurnish the home. Although not common in KSA, in other parts of the world, notably the UK almost every home policy is on this basis.

Why do you think an insurance company will give a discount from the premium if the insured voluntarily agrees to pay the first SR 2,500 of any claim instead of 1500 SAR?

.....

.....

.....

2.4 - Subrogation

Subrogation supports the Principle of Indemnity and **does not apply to insurance policies that are not contracts of Indemnity.**

Identify two policies that are not contracts of indemnity. Explain why they are not contracts of indemnity.

.....
.....
.....

The principle of indemnity is to place the insured in the same financial position after a loss as he was in at the time of the loss. There are circumstances, however, when an insured has the possibility to claim from more than one party. If he did so successfully, he would receive two payments and make a profit from his loss. This breaches the principle of indemnity.

Example: "A" is waiting in his car at a red traffic light. "B" is approaching the red light but failed to apply break in time and crashes into the rear of A's car causing serious damage. Fortunately, "A" has an insurance policy that will pay for the repairs to his car. However, he also has the option to make a claim against "B". What he cannot do is make two claims, one against his own insurance company and the other against B's.

In this example, if A chooses to ask his insurance company to pay his claim (which is the sensible option as "B" may not be willing to pay him) then the insurance company can act in Ahmed's name and try to recover from "B" (or his insurers).

This is the principle of subrogation, and means that an insured cannot recover his loss a second time from another party if his insurer has settled his claim. Those rights of recovery pass to the insurer.

Principles and practices of insurance

Subrogation exists as a right but only after the Insurers have settled the claim. Many claims can however take several months if not years to settle, very serious fire claims for example or major bodily injury. Insurers would not want to wait before attempting a recovery neither would they want their insured to start actions that could spoil their chances of success.

Insurance policies, therefore, have a policy condition that states insurers may pursue a claim against another party in the insured's name before payment. Effectively insurers can start recovery actions immediately after they are aware of the loss.

In Saudi Arabia the Right of Subrogation is given through a “power-of-attorney from the Insured to the Company to subrogate it in the following two cases:

- a) Third party Liability for the Loss.
- b) Defending the insured in repudiate liability or in determining the indemnity amount”, as stipulated for in paragraph 7 of article 43 of the Implementing Regulations.

Therefore Subrogation under prevailing Saudi Arabian laws is always a “Conventional Subrogation” as opposed to “Legal Subrogation” which is a statutory subrogation as in some jurisdictions.

In addition to legal rights against a negligent party, Subrogation rights can also happen under a contract e.g. tenancy or warehouse agreements. A breach of a contract term may entitle one party to compensation. If appropriate, these rights could pass to insurers.

Following a theft from Ahmed's shop, his insurers pay him SR 5,000 in full indemnity. The thief following his arrest repays to Ahmed the SR 5, 000 he has stolen. What should Ahmed do with the SR 5, 000?

.....
.....
.....

In the same example above, the insurers pay Ahmed only SR 3,000 whereas the sum insured under the policy is SR 5,000 as Ahmed is unable to substantiate his claim for full amount. The Police, however, recovers full amount from the thief and passes on the same to the insurers as they hold the subrogation rights.

What should insurer do with the SR 5, 000?

.....
.....

When insurers agree to pay a total loss claim, e.g. when a car is so badly damaged that repairs are impossible, there may be some salvage value in the damaged property. As the insured has received a full indemnity, if he kept the salvage he would be in an improved position.

Therefore, the rights in the salvage pass to insurers as part of their subrogation rights.

Adel's car is irreparable following an accident. Its value is SR100, 000 and he receives this from his insurers. A dealer says he can break up the old car for spare parts and offers Adel SR10, 000 for the wreck, which Adel accepts. Should Adel keep the money?

.....
.....
.....

Insurers have subrogation rights only in respect of losses for which they have provided an indemnity. If there are **uninsured losses** such as loss of wages, car hire then the insured can still attempt to claim these from the third party.

Principles and practices of insurance

In many of the larger insurance markets insurers enter into agreements not to recover from each other. The reasoning is the principle of 'swings and roundabouts' (what we gain on the swings we lose on the roundabouts and the result is stalemate). This is due to the large number of claims and consequently the large number of times insurers are trying to recover from each other. It becomes more cost effective not to recover.

In some countries, in Motor insurance, the insurers have an agreement called "knock for knock" under which each insurer pays the claim for the motor vehicle under their policies and refrain from proceeding against the insurer of the opposite vehicle.

Principles and practices of insurance

2.5 - Contribution

If an insured takes out two insurance policies covering the same risk, he would have dual or double insurance. To allow recovery from both insurance companies would breach the principle of indemnity. Contribution is similar to subrogation; it exists to support the Principle of Indemnity and like Subrogation, **applies only to contracts of indemnity.**

Dual insurance is not usually intentional but may happen through a misunderstanding. Examples include:

- The company secretary and financial manager both believing it is their responsibility to deal with the company's insurance.
- The owner of goods and the owner of the warehouse both insure goods stored in the warehouse.
- Cover under two policies overlap e.g. holiday insurance and a house policy.

Insurers allow for dual insurance by a contribution condition in their policies, which states that in the event of more than one policy they will only pay their share. This is the **contribution or other insurance condition.**

The share that each insurer agrees to pay is their *rateable proportion* of any loss. There are two methods of calculating an insurers' rateable proportion, based on either sums insured or independent liability.

Sums Insured Method

In this method, the contribution to be paid by each insurer is calculated by apportioning it according to the sums insured under each policy.

Principles and practices of insurance

Each insurer pays according to the formula

$$\frac{\text{Sum Insured under individual policy}}{\text{Total Sum Insured}} \times \text{Loss} = \text{Payment}$$

Example

Policy “A” has a sum insured of SR 100,000.

Policy “B” has a sum insured of SR 400,000

The loss is SR10,000

Therefore:

$$\text{Policy “A” pays} \quad \frac{100,000}{500,000} \times 10,000 = \text{SR } 2,000$$

$$\text{Policy “B” pays} \quad \frac{400,000}{500,000} \times 10,000 = \text{SR } 8,000$$

$$\text{Insured Receives} \quad \text{SR } 10,000$$

The method is adequate for property insurance when the policies in contribution are identical in the cover they provide.

Independent Liability Method

The alternative method is suitable for policies that are not identical; they may include deductibles, loss limits or when average applies. They are also suitable for non-property policies e.g. liability insurances.

The independent liability is arrived at by calculating how much each policy would have paid had it been the only policy issued. Each policy is calculated and then the claim is apportioned according to the total of independent liabilities.

The formula is:

Principles and practices of insurance

Independent Liability of each policy

$$\frac{\text{Total of all independent liabilities}}{18500} \times \text{Loss} = \text{Payment}$$

Example

Policy "A" has a sum insured of SR 100,000 and a deductible of SR 500.

Policy "B" has a sum insured of SR 400,000 and a deductible of SR 1000

The loss is SR 10,000.

Independent Liability of Policy "A" is SR 9,500 (10,000-500)

Independent Liability of Policy "B" is SR 9,000 (10,000-1000)

Policy "A" pays

$$\frac{9500}{18500} \times 10,000 = \text{SR } 5,135.14$$

Policy "B" pays:

$$\frac{9000}{18500} \times 10,000 = \text{SR } 4,864.86$$

Insured receives SR 10,000

The correct method is the one that is most appropriate for the circumstances.

Similar to subrogation, larger insurance markets have agreements on contribution. The method to use, when contribution is not appropriate (if less than a certain amount only one insurer will pay), which policy should take preference. A policy that is more specific would pay first. For example, if one policy covers *jewellery* and another *a diamond ring*. If the policies are in contribution then *diamond ring* is more specific than *jewellery*. The diamond ring policy will pay and not seek contribution.

2.6 - Proximate Cause

When a loss occurs before making a decision concerning settlement, it is necessary to determine the cause of the loss. In the majority of cases, there is one cause of loss but

Principles and practices of insurance

there are occasions when there is more than one event. In these circumstances, the rules of proximate cause assist in determining the cause of loss.

After establishing the cause, it is necessary to interpret the policy wording to see if the loss is insured or not. The cause will fall under one of the following three headings:

An Insured Peril This is a peril specifically mentioned in the policy as covered by the policy. A fire policy will specifically mention that losses caused by fire are insured.

An Excluded Peril This is a peril specifically mentioned in the policy as not covered. A fire policy specifically mentions a fire caused by an earthquake is not covered.

Other Unnamed Perils These are perils not mentioned in the policy. If the cause of loss is an unnamed peril, it is not covered. The fire policy does not mention the peril of theft. It is therefore neither an insured nor an excluded peril but simply an unnamed peril.

Principles and practices of insurance

An earthquake knocks over a burning oil-stove. The building catches fire which spreads to the adjacent building. A third building 5000 meter away catches fire due to wind blowing in that direction. The owners of the third building submit a claim. The policy covers fire (an insured peril) but not losses caused by earthquake (an excluded peril).

Do you think insurers should pay the claim or does the exclusion apply?

Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

If there is a series of events there must be a direct link between the cause and resulting loss. Each action should be the natural consequence of the previous with nothing new intervening to change the effect. The proximate cause is not necessarily the first or the last cause but is usually the dominant cause. The cause that has set in motion a chain of events that results in a loss.

Khalid falls from his horse and breaks his leg. Unable to move he remains alone for several hours, exposed to the cold weather, eventually catches an infection and dies. He had a policy that insured against accidental death but not death caused by illness. Do you think insurers should pay the claim?

In order to determine the answer we need to identify the proximate cause of the loss. Is it an insured peril (fall from the horse) or an excluded peril (the infection).

What do you think? Remember the proximate cause is the one that sets in motion a train of events without any new and intervening event.

.....
.....
.....

Consider now the same circumstances, but this time Khalid's riding companion is able to call for assistance and Khalid goes immediately to the hospital. Several days later, still in the hospital Khalid catches an infection and dies.

What do you think is the proximate cause? What is different from the question above? Has something new happened?

.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

Ahmed is cleaning windows in the third floor of building. He suffers a heart attack and falls down from the third floor and dies.

Ahmed's family claims under personal accident policy.

What do you think is the proximate cause? Is the claim payable?

.....
.....

Consider now the same circumstances; Ahmed is cleaning windows in the third floor of a building. He slips from the ladder and falls down. Due to shock he suffers a heart attack and dies.

What do you think is the proximate cause? Is the claim payable?

.....
.....
.....



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. Utmost Good Faith can be defined as:
 - a. The financial relationship between the insured and subject matter
 - b. The right to claim from third party
 - c. The duty of disclosure of all material facts
 - d. All of the above

2. Indicate which of the following is correct. Utmost Good Faith applies to:
 - a. The proposer only
 - b. The insurance company only
 - c. Both the proposer and the insurance company
 - d. None of the above

3. A Material Fact is the fact that:
 - a. Should not be disclosed
 - b. Affect the premium
 - c. Affect the conditions
 - d. Affects the decision of the underwriter to accept or reject the risk

4. The age of the policy holder is a material fact in:
 - a. Fire policy on a building
 - b. Theft policy on a retail shop
 - c. Private car policy
 - d. Contractors all risk

5. In the proposal of comprehensive motor insurance; some of material facts that may help an underwriter assess moral hazard
 - a. The model of the car
 - b. The usage of the car
 - c. The age of the proposer
 - d. The previous losses

Principles and practices of insurance

6. Insurable Interest can be defined as:
 - a. The financial relationship between the insured and subject matter
 - b. The right to claim from third party
 - c. The duty of disclosure of all material facts
 - d. All of the above

7. Indicate when Insurable Interest must exist in General Insurance?
 - a. At the beginning
 - b. During the policy
 - c. At the time of loss
 - d. All of the above

8. A shopkeeper has 1000 pairs of shoes in stock. He buys them for SR50 each and sells them for SR100 each. How much should he insure them?
 - a. 1000
 - b. 5000
 - c. 50000
 - d. 100000

9. Following a fire, damage amounts to SR15,000 in respect of stock insured for SR100,000. The loss adjuster advises that the value of stock on the day of loss was SR150,000. How will insurers calculate the settlement?
 - a. $(100,000/150,000) * 15,000$
 - b. $(150,000/100,000) * 15,000$
 - c. $(100,000/15,000) * 150,000$
 - d. $(150,000/15,000) * 100,000$

10. A policy has a SR1,000 deductible. A loss is agreed at SR10,000. How much will the insured receive?
 - a. 1000
 - b. 9000
 - c. 10000
 - d. 11000

Principles and practices of insurance

11. Define Indemnity.
 - a. The financial relationship between the insured and subject matter
 - b. The right to claim from third party
 - c. The duty of disclosure of all material facts
 - d. Putting back the insured in the same financial position before the loss

12. What are the options available to provide Indemnity?
 - a. Paying cash
 - b. Repair
 - c. Reinstate
 - d. All of the above

13. Who has the authority to choose the option of indemnity?
 - a. The policyholder
 - b. The third party
 - c. The insurance company
 - d. None of the above

14. Explain the difference between 'Indemnity only' cover and 'Reinstatement' or 'New for Old' cover.
 - a. In reinstatement there is no deductible
 - b. In indemnity there is no depreciation
 - c. In reinstatement there is no depreciation
 - d. In reinstatement there is large deductible

15. Following a claim insurers pay SR100,000 to the policyholder and allow him to keep the salvage valued at SR10,000. How much can they claim from the third party?
 - a. 10,000
 - b. 90,000
 - c. 100,000
 - d. 110,000

Principles and practices of insurance

16. A loss agreed at SR10,000 but after allowing for the deductible insurers pay SR 9,000 to the insured. How much will be the insurer right in the recovered amount of SR10,000?
- a. 1000
 - b. 9000
 - c. 10000
 - d. 11000
17. What principle does Contribution and Subrogation support?
- a. Insurable interest
 - b. Indemnity
 - c. Proximate cause
 - d. Utmost good faith
18. Proximate Cause is the:
- a. First cause
 - b. Last cause
 - c. Main cause
 - d. Physical cause
19. What is the purpose of Proximate Cause?
- a. To determine the indemnity amount
 - b. To determine the deductible
 - c. To determine if the loss is covered
 - d. All of the above

Progress Check Answers:

1-c

2-c

3-d

4-c

5-d

6-a

7-d

8-c

9-a

10-b

11-d

12-d

13-c

14-c

15-c

16-b

17-b

18-c

19-c

Module 3 - Risk Underwriting

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to:

Understand the proposal form

Identify the three main function of an underwriter

Understand what is a warranty and deductible

Describe the role of surveyor

Understand the maximum probable loss and relation to reinsurance

Principles and practices of insurance

Introduction

It is the duty of the underwriter to decide whether to accept a risk and if so on what terms. In this module, we look at the steps taken by an underwriter and how he gathers information in order to reach that decision.

Previous modules discussed the duty of utmost good faith, the importance of material facts and explained physical and moral hazards. In this module we refer again to these subjects, place them into a practical context and their importance to the underwriter when he assesses the risk.

The use of proposal forms, brokers' slips and surveys to obtain information are considered. Finally, we look at how an underwriter presents a quotation.

Principles and practices of insurance

3.1 - Material facts

It is the job of the underwriter to decide whether to accept a risk for insurance and if so he must then decide the applicable terms and conditions. In order to do this he needs all material facts.

The Implementing Regulations define the term “Underwriting as being “the process of evaluating and accepting of insurance risk”.

& See Module 2: Legal principles of insurance; Section 2.1 for a more detailed discussion of Material facts.

Do you remember the definition of a material fact?

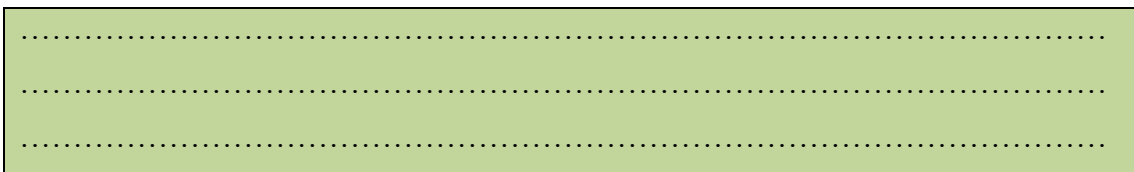
.....
.....
.....

A material fact is any fact that increases the risk or makes it more hazardous than others in a similar category. It is also any fact that has a bearing on the morals or character of the insured or his manager or employees

Without all material facts, the underwriter is unable to fully assess the risks presented to him. The importance of material facts in the insurance contract cannot be underestimated and failure to disclose will have serious consequences.

What are the options available to an insurance company who subsequently discovers that their insured has failed to disclose a material fact?

Principles and practices of insurance



The duty of disclosure applies equally to both proposer and insurers but the duty is more onerous for the proposer who must disclose all material facts *without being asked*. In practice, although this may not be a problem for a larger commercial organisation, clearly an individual taking out insurance for the first time cannot possibly know those facts *an underwriter* would consider material and those which are immaterial.

Insurance companies therefore ask the appropriate questions, typically in a proposal form to obtain those facts they consider material. The point remains however that without full disclosure of material facts it is not possible to accurately assess the risk. If a proposer is in any doubt as to whether a fact is material or not the advice must be to disclose the information.

2.1 listed types of fact that the proposer must disclose and types of fact that he need not disclose. For ease of reference, those lists are repeated here.

Facts requiring disclosure include:

- A full description of the subject matter of the insurance
- Any other policies covering the same risk
- Previous insurances
- Details of previous losses and insurance claims
- Any fact that increases the risk from normal.

Facts not requiring disclosure include:

- Facts of law
- Facts of public or common knowledge
- Facts that lessen the risk
- When further information has been waived.

Principles and practices of insurance

In deciding whether a fact is material or not the type of insurance is relevant. The age of the proposer is material for life (Protection & Savings) assurance (older person) but is not relevant to fire insurance on a building.

Using the above as a guide decide, giving your reasons, whether the following facts should be disclosed or not.

Age of the proposer (Motor):

.....

Existing medical conditions (Medical Expenses):

.....

Installation of a new fire sprinkler system (Fire):

.....

Age of the proposer (Fire):

.....

Outstanding loan on a car (Motor):

.....

Type of stock (Theft):

.....

Distance from the nearest police station (Fire):

.....

The proposer's claims record (Motor):

.....

3.2 - Physical and Moral Hazards and the use of Warranties

After gathering the material facts the underwriters' first decision is whether to accept the risk or not. Some types of risk, possibly because of a particular trade or type of property or location may be unacceptable to an individual underwriter.

If the risk is acceptable, the next decision of the underwriter will be to decide on the terms he will offer. In making this decision the underwriter will consider the physical, morale and moral hazards presented by the risk.

& See Module 1: Risk and insurance; Section 1.7 for a more detailed discussion of Moral and physical hazards.

Explain hazards and the difference between physical hazard, morale hazard and moral hazard.

.....

.....

In deciding terms, the underwriter must ensure that the insured makes a fair and equitable contribution to the common pool. The underwriter will have an average rate for a particular risk, often referred to as the 'book' rate based on the many years experience of underwriting that particular class of business. To this book rate, he will make adjustments to take into consideration the good and bad features of a risk.

As an example, the fire book rate for office building is 0.1% but if a particular building has a car parking area, with a small workshop where the insured stores petrol. The storing of petrol is clearly hazardous for fire insurance. To take this risk the underwriter might increase the rate, to say 0.15%. However, if the building has adequate fire extinguishers the underwriter might then reduce the rate, by say 10% making the net rate 0.135%. By adjusting the rate, the underwriter makes allowances for the bad and good features of a risk.

Principles and practices of insurance

The underwriter, therefore, adjusts the rate of premium to recognise the differences that an individual risk has from the standard or normal risk for that class and consequently the contribution the insured makes to the common pool. The terms, however, are not just the premium to be paid. There are occasions when no amount of additional premium will compensate for a bad risk. Another option available to the underwriter is to impose an excess (also known as a deductible).

An excess is the first amount payable by the insured towards any claim. The insured pays for any claim up to the specified amount of the excess and the excess is deducted from all claims that exceed it.

If a loss is agreed at SR750.00 but there is SR100 excess then the insured will receive SR650.00 ($750 - 100 = 650$). A loss of SR 75.00 will be borne by the insured himself because it is below the excess.

A policy has an excess/deductible of SR 2,000. How much will the policy pay for the following claims?

- a) SR 500
- b) SR1, 500
- c) SR 2,100
- d) SR10, 500

Excesses are particularly useful for eliminating small claims, which can be administratively expensive to deal with and of course, the excess reduces the size of all claims, even large ones.

If the underwriter decides to impose the excess as part of his terms for accepting the insurance, this is called **compulsory** excess. There are occasions, especially for personal insurances when the insured may request an excess in return for a discount from the premium. This is known as **voluntary** excess.

In trying to ensure that the insured makes a fair and equitable contribution to the pool of premiums for the risk introduced the underwriter can amend the premium rate and decide whether to apply an excess as part of the terms for accepting the risk.

There is a third option - that of imposing a **warranty** on the insured.

The use of warranties by an underwriter is a valuable part of his overall terms. It enables him to ensure that good features of a risk are maintained throughout the period of a contract. It is also valuable in controlling poor physical hazards.

The office building referred to earlier had petrol stored in a small workshop. The underwriter may decide he wants to limit this hazardous feature of the risk by restricting the amount of petrol kept on the premises. He will do so by including the following warranty in the policy: -

Principles and practices of insurance

It is warranted that the quantity of petrol in the workshop other than in parked vehicles shall not exceed 50 litres at any one time.

The insured received a discount on the rate because of his fire extinguishers. The underwriter will want to ensure that these are working satisfactorily and are in place throughout the insurance period. He may therefore include the following warranty: -

It is warranted that fire-extinguishing appliances kept on the premises are maintained in efficient working order during the currency of this policy.

In the event that the insured breaks either of these warranties (by exceeding 50 litres of petrol or if the fire extinguishers are not maintained properly) the insurance contract itself is jeopardised.

A warranty is a condition written specifically into an individual policy stating that:

- Either a certain state of affairs does or does not exist
- Or
- That something shall or shall not be done.

The warranty when applied to insurance contracts is a condition that goes to the heart of the contract. Insurers consider a breach extremely serious and a breach of a warranty makes the whole contract avoidable at insurer's option.

A breach can reflect the attitude of the insured that ignores or breaks rules that can lead to physical damage. Therefore, a breach could allow insurers to avoid payment under a policy even if the breach is not relevant to the loss suffered. If our office owner keeps too much petrol or fails to service his fire extinguishers, his insurance contract will be in jeopardy.

However, unless there are other factors involved most reasonable insurance companies do not avoid paying claims when the breach has no connection to the cause of the loss.

Breaching a warranty gives insurers the option to repudiate a claim and possibly cancel the whole contract. Insurers rarely enforce the option to cancel but why do you think the penalty for breaching a warranty can be so severe?

.....
.....
.....

The underwriter when assessing the risk wants to ensure that the insured makes a reasonable contribution. He also needs to ensure that any hazardous features of the risk are under control and good features maintained. The main terms that he can use to achieve these objectives are the premium, excess and warranties.

Far more difficult for the underwriter is the assessment of moral hazard. In an individual risk, it is the conduct of the person insured. The dishonest person who may make a fraudulent or exaggerated claim clearly presents a greater moral hazard than the honest person. However, recognising this in advance can be difficult and so can the decision whether an exaggerated claim is dishonest or merely a negotiating tool.

In addition to the individual, social attitudes can be important. There may be sectors of a society that, possibly because there is no personal victim, do not regard cheating insurers as dishonest.

Morale hazard in a business organisation can be recognised by the attitude of management and employees. Premises that are untidy, lack supervision or where the insured ignores safety rules suggest an attitude from management or employees that they will not respect the insurance rules.

There is an overlap between morale and physical hazard as poor morale hazard may lead to increasing the physical hazard that can cause or increase the size of a loss. A no smoking rule not enforced can lead to a discarded cigarette starting a fire. Untidy premises can cause accidents and injuries to employees or visitors. Safety rules leading to

Principles and practices of insurance

overcrowding or machinery not guarded correctly can cause damage. The losses are physical but all originate from the insured's attitude and poor morale hazard.

A motor proposal form indicates that the proposer has a history of minor accidents. Could the cause of these accidents be poor morale hazard?

.....

.....

.....

Principles and practices of insurance

3.3 - Proposal forms and broker's slips

Offer and acceptance are essential ingredients in an insurance contract.

The proposal form is the most usual way the offer is made by the Insured and the insurance company obtains information about the risk. They are usually designed in order to present the information in a convenient and easy to understand format that can speed up the underwriter's work. They will provide information concerning the physical hazards and clues as to the moral hazard.

In Saudi Arabia, the Implementing Regulations stipulate in Article 55 that the "The basis of the information provided in the policy shall be the application submitted by the policyholder. When completing the insurance application, the following must be taken into consideration:

1. Insurable interest.
2. Providing all material facts related to the insurance policy.
3. Indemnification of the policyholder based on the insurance policy shall be the purpose of the insurance and/or reinsurance policy.
4. Insurance provided must not violate any rules, regulations, and directives".

There is a variety of proposal forms issued by all companies covering a whole range of policies and therefore their look and appearance can differ greatly. Questions however, usually fall into two types those that are general in nature, name, address etc and those that relate to the insured risk. We shall categorise proposal forms between personal insurance and commercial insurance.

Personal policies are those issued for individuals e.g. private car, house, travel etc.

General questions will relate to the proposer and will include:

- Name, age, address, occupation
- Details of previous insurance policies
- Details of previous losses or claims
- Whether any other insurance company has refused to give cover

The answers to these questions will help to build up a 'picture' of the proposer.

Principles and practices of insurance

Other questions will refer specifically to the type of insurance. Examples include:

Private Car

- Vehicle details
- Driving experience of proposer
- Details of other drivers
- Use of the vehicle

House Insurance

- Location of property
- Value
- Construction

Commercial policies are those issued for businesses.

General questions may include:

- Business name and postal address
- Business locations
- Exact description of trade
- Details of previous insurances
- Previous losses and claims

Examples of specific questions include:

Third Party/Liability Insurance

- Contracts entered into
- Estimated turnover or sales
- Limit required
- Details of any machinery used

Principles and practices of insurance

Theft

- Nature of goods
- Details of locks, bolts etc
- Value of goods
- Unoccupancy times of premises

After completing the form, the insured will sign and date the form. As part of the form, he will also be signing a declaration at the foot of the form. The declaration is an important part of the form as it confirms that the information supplied by the proposer is true and correct usually to his *best knowledge and belief*.

Many proposals also contain a warning regarding the duty of disclosure. It may be part of the declaration or more prominently included on the form. The note contains a warning as to the importance of disclosing all material facts, defines a material fact and suggests that if the proposer is in any doubt as to whether a fact is material or not he should disclose it.

Whilst the majority of insurances require the completion of a proposal, there are times when they are not used. In larger fire risks, the details may be so complex that it would not be possible to provide all details in a single form. Many insurers therefore do not use them, whilst others will always ask the insured to sign the form as it includes the declaration.

A proposer submits a proposal form with all questions properly answered. He encloses full payment of the premium and requests that cover starts immediately. You note that the proposer has not signed the form. What action would you take?

.....
.....
.....

Marine insurance developed at Lloyd's of London and the practice at Lloyd's is not to use a proposal form but for the broker to present details on a *broker's slip*. Today, apart

Principles and practices of insurance

from small pleasure boats it is not common practice to use proposal forms for marine insurance.

The use of the broker's slip has grown and it is now usual for brokers to present larger commercial business to insurers on a slip. The broker is a full time insurance professional and is aware of the information needed by the underwriter to prepare a quotation. The broker's slip will contain all the necessary details including possibly even a guide to the rate and conditions they expect.

A simple broker's slip for the previously mentioned office building may look as follows:

<u>Professional Insurance Brokers Ltd</u>	
<u>Quotation Slip</u>	
Proposer	ABC Property Company
Business	Building Owners
Period of Insurance	12 months from 1.1.2002
Cover required	Fire
Location	125 High Street, Anytown
Sum Insured	SR100M
Description	5-storey office block built 1995
Occupation	Rented as offices to some 10 tenants
Previous Claims	None
Previous Losses	None
Other Information	Underground car parking for 50 cars Includes storage area for petrol Fire extinguishers located on each floor
Rate	Please advise
Commission	Normal terms apply

Principles and practices of insurance

If the business is accepted, insurers may choose to accept the slip and dispense with the requirement of a proposal. When presenting the information the broker is acting as the agent for his client.

A broker's slip states that the insured has never suffered a previous loss. The insurance is prepared based on the information contained in the slip. Later the investigation of a claim reveals that the insured has had previous claims, although he states that he advised the broker. What is the position of: -

a) The Insurance Company

.....
.....
.....

b) The Insured

.....
.....
.....

c) The Broker

.....
.....
.....

3.4 – Pre-Risk Surveys

In respect of a simple personal insurance a proposal form may provide sufficient information to enable the underwriter to assess the risk and make his decision as to whether to accept the risk and if so the terms to apply. For larger risks and where possible for the majority of commercial insurances a survey is required.

The surveyor is often referred to as the eyes and ears of the underwriter, he will visit the premises to be insured and complete a report to be submitted to underwriters to assist him to assess the risk.

The reasons for requesting surveys include:

- To obtain a full description of the risk. Particularly if the proposal is inadequate for this purpose.
- To check that the details on the proposal are correct.
- Assess the physical hazards.
- Assess the morale hazard. Looking for such features as employee attitude, tidiness, and cleanliness.
- Recommendations on risk improvement and loss prevention

The shape of the report will depend largely on the complexity of the insurance. An insurance company may have pre-printed short survey forms covering most lines of business for smaller risks. The surveyor will simply complete this in much the same way that the insured completed his proposal form. For larger risks, the surveyor may need to prepare a written report. Whether it is a lengthy printed report or a short form the information in the report will contain the following:

- A full description of the risk. This may include a plan of the premises, photographs, type of work undertaken, details of neighbouring buildings.

Principles and practices of insurance

- An assessment of the level of risk, taking into account all the physical and morale hazards
- An opinion on the management or housekeeping at the insured's premises.
- Recommendations on loss prevention
- Adequacy of the insurance requested to ensure that it is reasonable and not too high (over insurance) or too low (underinsurance).

Underinsurance is a problem for insurers because it means the insured is not contributing sufficient funds to the common pool for the risk he is introducing. Slight over insurance is being cautious but insurers view excessive over insurance with suspicion. Why do you think this is so?

.....
.....
.....

The underwriter's job is in three parts. We have already discussed two of them (first whether to accept a risk and then the terms), the third aspect is how much of the risk to retain for his account and how much to reinsure. To help make a decision he will rely on his surveyor's opinion of the worst possible scenario; the maximum loss that can be suffered from one single event.

This maximum loss from any one event is the **MPL (Maximum Probable Loss)** or sometimes the **EML (Estimated Maximum Loss)**. It is a very important figure to enable the underwriter to complete his job and an important aspect of the surveyor's report is his opinion on the amount of EML.

The sum insured is insurer's maximum liability and they can never pay more than this amount but the EML may be lower than this. If for example, the insured owns two buildings each insured for SR1M then the total sum insured and insurer's maximum liability is SR2M. However, if the two buildings are in separate locations, insurers cannot suffer a total loss on this policy from *one* event: a single fire cannot destroy both

Principles and practices of insurance

buildings. The surveyor may estimate the EML at SR1M. The underwriter will decide his retention based on the EML of SR1M and not the total sum insured of SR2M.

The EML is important in deciding the reinsurance arrangements. If the surveyor estimates the EML too high then the insurers will retain less risk than warranted and reinsure the balance thus paying more towards reinsurance premiums. If he estimates it too low then insurer will retain more than warranted i.e expose themselves to a higher risk and possibly a claim in excess of their capacity though reinsurance outgo will be less.

An insured owns a building valued and insured for SR10M. He advises that he has purchased the neighbouring building that is identical. He adds the second building to his policy making two buildings each insured for SR10M and a total sum insured on the policy of SR20M.

How do you think this will affect the rate? Will it:

- a) Increase
- b) Decrease
- c) Stay the same

Give reasons for your answer

.....

.....

.....

Principles and practices of insurance

An underwriter's job is in three parts. What are they?

.....

.....

.....

Principles and practices of insurance

3.5 - Quotations

On receipt of all the facts, an underwriter is in a position to assess the risk. He will decide his terms and the next step to effecting cover is to offer his terms to the proposer as a quotation. The proposer or his broker may have approached several insurance companies for quotations.

The quotation by insurers is an offer that if the proposer accepts creates a contract. It is important therefore for the underwriter to prepare his quotation accurately, as it may be difficult to alter or correct any errors at a later stage.

If the proposer accepts the quotation then insurance cover is in force from the inception date required on or after the date of receipt of premium. However, circumstances change and a quotation must be valid for a fixed period, typically 30 days but could be less. At the end of this time, the quotation is invalid and the underwriter has the opportunity to change the terms.

What could the consequences be if an insurance company issued a quotation with no date and no time limit?

.....
.....
.....

It must be emphasised that there is no cover in force during the period of the quotation. This is simply the time allowed for the proposer to decide whether to accept the underwriter's quotation.

If the quotation is acceptable, cover will be in force from the required date and insurers will make steps to issue a policy. This may take several days but cover is in force during this period. The policy is the written evidence of the contract; it is not the contract and is not a prerequisite for insurance.

Principles and practices of insurance

If the insured requires evidence of the insurance, perhaps for a contractor, bank or employee then insurers issue a cover note. This is a document confirming that cover is in force. It may be a simple letter from insurers or a more formal document. Once the policy is prepared and issued, the cover note is no longer necessary.

To prepare the quotation accurately would require a completed proposal form and a survey but for commercial reasons insurers may need to prepare quotations before these are completed. The underwriter will prepare the quotation but with conditions attached.

The underwriter will offer the quotation but ‘*subject to completion of a satisfactory proposal*’ and if, the underwriter feels the risk requires a survey (almost certainly for any reasonable sized commercial risk) he will add ‘*subject to completion of a satisfactory survey*’.

Principles and practices of insurance

A quotation for 'office' owners could look as follows:

<u>New World Insurance Co Ltd</u>	
To:	Professional Insurance Brokers Ltd
Date:	5 th December 2001
Quotation No 1234/ABC	
Proposer	ABC Property Owners Ltd
Business	Building Owners
Period of Insurance	12 months from 1.1.2002
Cover required	Fire
Location	125 High Street, Anytown
Sum Insured	SR100M
Description	5-storey office block built 1995
Occupation	Rented as offices to some 10 tenants
Previous Claims	None
Previous Losses	None
Fire Rate	.135%
Rate Subject to	1. Satisfactory Proposal Form 2. Satisfactory Survey
Warranties	1. Max 50 litres petrol (excl in parked cars) 2. Fire appliances serviced and maintained
Commission	Standard
Quotation Valid for 30 days from date of issue	

If the subsequent survey or proposal reveals any unsatisfactory aspects, the underwriter has an opportunity to change his terms. If the insured asks for immediate cover i.e. before the proposal or survey is completed, the normal practice is to *hold covered* but again subject to the proposal or survey being satisfactory.

An insurance company issues a quotation that the proposer accepts. Insurers issue the policy and later the insured submits a claim. Realising they have no proposal the company request one. On arrival, there are several unsatisfactory features.

Do you think insurers have any grounds for refusing to consider the claim? What should they have done?

Write your answer here.

.....
.....
.....



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. If the insurance company surveys the premises this will
 - a. relieve the insured of the duty of good faith
 - b. lower the deductible
 - c. lower the premium
 - d. none of the above

2. Which of the following is not a material fact in relation to comprehensive motor insurance:
 - a. Chassis number
 - b. Make and model of the vehicle
 - c. Value of the vehicle
 - d. Number of children the proposer has

3. Which of the following documents provides an underwriter with a fast, effective and convenient method of obtaining material facts?
 - a. Quotation
 - b. Proposal Form
 - c. Policy
 - d. Certificate of insurance

4. An insurer issues a quotation on 15th January, which the insured accepts with cover to commence on 1st February. A loss occurs on 29th January but the insured does not inform the company as the loss happened before cover started. After paying the claim, the insurers discover that the loss occurred before inception. What action can insurers take?
 - a. No action cause they already paid
 - b. They can ask the insured to pay back the claim to them
 - c. Cancel the policy
 - d. None of the above

Principles and practices of insurance

5. Why do insurers use warranties?
 - a. To decrease the deductable
 - b. To control bad hazard and maintain good ones
 - c. To determine the premium
 - d. To determine the conditions

6. What is the difference between a voluntary excess and a compulsory excess?
 - a. Voluntary excess is chosen by the policyholder while compulsory by the underwriter
 - b. Voluntary excess is chosen by the underwriter while compulsory by policyholder
 - c. Compulsory excess is more than the voluntary
 - d. There is no difference

7. The main function of the surveyor is to:
 - a. Decide the premium
 - b. Put the warranties
 - c. Visit the site to be insured and report to underwriter
 - d. Give advices to reduce the risk

8. EML (Estimated Maximum Loss) is:
 - a. The maximum loss in one year
 - b. The maximum loss in one claim
 - c. Less than the sum insured
 - d. Greater than the sum insured

9. When does insurance cover commence?
 - a. During the period of the quotation
 - b. After paying the premium
 - c. Before accepting the quotation
 - d. From inception date after accepting the quotation

Progress Check Answers

1-d

2-d

3-b

4-b

5-b

6-a

7-c

8-b

9-d

Module 4 – The Insurance Market

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to:

Discuss the operation and structure of insurance market

Identify the different types of insurance companies

Identify the different types of intermediaries

Identify the types of insurance buyers

Outline the different distribution channels used for buying and selling of insurance

Principles and practices of insurance

Introduction

A market is broadly defined as a place where buyers and sellers meet to exchange goods and services. Insurance is a market and although there may be no physical meeting place it is still a market where buyers and sellers are brought together often with the assistance of intermediaries.

In this module, we shall examine the structure of the insurance market and the different groups of buyers, sellers and intermediaries that together make the market place. Reinsurers' role in the market is also considered

Finally, we shall look at the role played by other parties who supply a service to the insurance industry.

Principles and practices of insurance

4.1 - Components of the insurance market

A market is where buyers and sellers meet to conduct business but this does not necessarily have to be a physical meeting place. Modern technology has made communications between parties much easier and business is done at a time and place more convenient to everyone.

The insurance market includes three publicly known groups with a fourth group known primarily by those within the industry.

The three publicly known groups are the buyers of insurance, the intermediaries (middlemen), and the sellers of the service, collectively known as insurers, defined in the Implementing Regulations as being “An insurance company that accept insurance contracts directly from insured(s).

The fourth group are the reinsurers who support insurers That are defined in the Implementing regulations as “an insurance or reinsurance company that accept insurance contracts from another insurer”.

In this section, we shall become familiar with the sellers or providers of insurance, the insurers. The most well known are insurance companies, who provide insurance to the public. These are classified according to their ownership structure or type of business written.

<u>Proprietary Companies</u>	Shareholders who have either supplied the share capital or purchased shares in the company own proprietary companies. It is to the shareholders that any profits belong, in the form of dividends. The shareholders would however endure the cost of any losses and could lose their entire investment.
------------------------------	---

<u>Cooperative Companies</u>	Cooperative Insurance Companies are Shareholders companies in which the shareholders bear the losses but receive a certain percentage of the company profits. The
------------------------------	---

Principles and practices of insurance

remaining percentage is distributed among policyholders. Cooperative Insurance Companies are the Types of Insurance companies established in Saudi Arabia in compliance with Article One of the Law on Supervision of Cooperative Insurance Companies and Article 70 of the Implementing Regulations stipulating that 10% of the net surplus shall be distributed to the policyholders directly, or in the form of reduction in premiums for the next year. The remaining 90% of the net surplus shall be transferred to the shareholders' income statement.

Mutual Companies

Policyholders own mutual companies and who share any profits, usually either a bonus (mainly life (Protection & Savings) assurance) or lower premiums for other types of insurance.

Specialist/Composite

A specialist insurance company (either mutual or proprietary) is, as its name implies one that specialises in a particular class of business. A composite company on the other hand is one that deals with all, or certainly the majority of classes of business.

Let us take a look at the concept of self –insurance, when a business will make a conscious and deliberate decision to retain risk for itself. In order to facilitate this process a business enterprise may form a ***captive insurance company***.

A parent company, typically a substantial national or multi-national organisation, will form a subsidiary captive insurance company to insure its own risk. Originally, designed as a tax efficient method of retaining risks, though many of the original tax incentives have closed they are still a very popular method of self-insurance for a company.

The captive insurer is not registered as an insurance company (even though it may have the title in its name) and cannot do business with the public. Trading sectors of the parent company pay premiums to the captive who issue policies and deal with claims as a commercial insurer. Like a commercial insurer, it will also protect its fund by using reinsurance.

Lloyd's of London A unique institution Lloyd's began as a marine insurer in the late sixteen century. At that time, Edward Lloyd's coffee house in London was a meeting place for people generally interested in shipping that gradually became a centre for marine insurance. They increasingly wrote other classes of business and in 1871, Lloyd's Corporation was set up to govern and administer their affairs.

Lloyd's is not an insurance company and does not itself transact business. It provides the facilities (building, administrative support etc) for its members who transact business. For many years, these were individuals, operating on an unlimited liability basis, who formed themselves into syndicates. The syndicate would appoint an underwriter to accept risks on behalf of the syndicate. At one time Lloyd's had some 30,000 individuals (known as names) grouped into some 400 syndicates.

Following a series of disasters in the 1980s and early 1990s, a large number of these names lost their life savings. In some cases, family fortunes built up over several generations were lost. Since that time the number of names have reduced and Lloyd's have allowed corporate members with limited liability to join.

It is a feature of Lloyd's that it does not deal directly with members of the public. They only accept business from Lloyd's brokers (insurance brokers who have been approved by the

Principles and practices of insurance

Council of Lloyd's) and only Lloyd's brokers are permitted on to Lloyd's trading floor (known as the 'room')

@ Lloyds website: www.lloyds.com

The State

In many territories the state will also act as an insurer. This may be because insurance is a nationalised industry or where the state has declared a certain type of insurance compulsory (workmen's compensation or third party motor for example) and then insures that class of business.

There are several other examples of types of insurers but these are formed due to legislative or tax consideration in particular countries. Friendly Societies, Mutual Indemnity Associations, Industrial Life are examples from the UK of insurers who exist because of a tax and legislation advantages.

In any typical market place, sellers compete with each other for business. Think of a market with which you are familiar e.g. local vegetable market, a market for consumer goods, say a TV or newspapers. List the various methods that the suppliers of these goods use to attract customers.

.....
.....
.....

Now consider the suppliers of insurance. Do they use the same methods you have outlined above or do you think there are differences?

.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

Buyers of Insurance

Buyers of insurance are usually classified into two broad groups, private individuals and commercial organisations. The needs of each group are different and the types of policies arranged for each group are different.

Private individuals usually referred to as *personal insurances or personal lines* and the bulk of the market is in respect of private motorcars and houses insurance.

Other insurances in this sector include travel, life (Protection & Savings) and personal accident. Individually the premiums are not large but together the personal lines market can produce a large volume of business.

It is however the *commercial sector* that supply the bulk of the premium income for insurers. Most insurance companies are organised on the lines of personal and commercial with possibly the commercial sector sub-divided according to size or type of insured.

A third category occasionally used is that of *public bodies or not for profit* organisations. These organisations provide a public or voluntary service, charities, government departments, schools, hospitals, sports clubs etc.

What do you think is the advantage to insurers of classifying buyers into personal and commercial?

.....
.....
.....

4.2 - Intermediaries

Introduction

In general, the term agency describes a situation when one party (the principal) authorises another party (its agent) to act on its behalf. The rights and duties of each party are subject to the law of agency. In insurance, the term agent has a different meaning and therefore to avoid confusion between the insurance agent and the general law of agency it has become customary to use the term intermediary when referring to insurance.

It is quite possible and in many cases quite common for buyers to go direct to an insurance company and purchase insurance. They will consider and decide their insurance requirements, find the correct insurer and negotiate accordingly. Others may decide they need someone to act on their behalf, provide impartial advice, and consequently visit an insurance intermediary.

The intermediary is a middleman whose role is to bring buyers and sellers together into a contractual relationship. He receives payment in the form of commission deducted from the premium that is payable to the insurer. Although insurers pay the commission and it is with insurers that he may have a close and long term professional relationship, it is the insured who is the client and the insured for whom the intermediary is acting.

One of the problems when considering the intermediary sector of the market is its fragmentation, with a variety of people doing the role and many with different titles although they may be effectively doing the same job. Brokers, consultants, agents and advisers are titles intermediaries may call themselves. Some countries have tried to regulate this sector of the market by using legislation to control who may use titles or who may perform certain functions.

Intermediaries in KSA

The implementing regulations of the Saudi Arabian Cooperative Insurance Companies Control Law have defined the participants in this sector into three types.

SAMA is still introducing the regulations and their impact on the structure of the market is unknown. Before the regulations, it was a fragmented sector comprising Brokers, Agents, Consultants and others, many of whom are professional but others less so and simply using the title to give themselves status. Within the industry professional could recognise each other but to the insuring public their competence is unknown.

In Saudi Arabia the prevailing insurance laws and regulations define three categories of persons and entities allowed to practice insurance brokerage, namely:

1. **Insurance Brokerage:** A juristic entity that for compensation represents insureds or prospective insureds to solicit, procure and negotiate insurance contracts.
2. **Insurance Agency:** A juristic entity that for compensation represents the Company to solicit, procures and negotiates insurance contracts.
3. **Person Providing Insurance and reinsurance Services:** A natural person that is licensed to engage in the insurance and reinsurance services or activities permitted in Saudi Arabia who is employed by an insurance services provider.

Brokers

Traditionally an insurance broker is an individual or firm whose full time occupation is insurance. Use of the term broker implies that they are holding themselves out to be experts in insurance. They are knowledgeable about insurance and can give independent and impartial advice to a policyholder on their professional needs. They know the insurance companies in the market and which offers the most appropriate product for their client's need at the most favourable terms. In KSA an Insurance Broker refers to a brokerage firm and must be always a juristic person, in accordance with the prevailing insurance laws and regulations.

Principles and practices of insurance

In KSA there are local companies operating nationally often with international connections and they compete with multi-national companies who operate in many territories and employing several thousands of staff. The larger multi nationals have in excess of 50,000 employees, over 500 offices in more than 120 countries and enjoy revenues in excess of US\$8Billion.

The regulations make it clear that a broker is representing his client whose interests should be of primary importance.

Agents

Traditionally an insurance agent is either a full time sales person representing a single insurance company or a part time insurance salesman who has other business interests that provided an opportunity to sell insurance. In Saudi Arabia an insurance agent is a salesman who is employed by an insurance activity provider. This is not to be confused with Insurance Agency which is a juristic entity that represents the Company to solicit, procures and negotiates insurance contracts.

Typical would be the car dealer who sells a car and insurance to go with it. Estate agents, accountants, legal personnel are other examples. These part time agents normally confine their activities to introducing the business; they do not claim to be experts in insurance and will not offer guidance except in the most general way

The new regulations make it clear that an insurance agent represents the insurance company and can only give advice on, or recommend the products for that one company.

Salesmen

The Regulations define them as licensed natural persons employed by insurance services providers to sell insurance

Your friend has asked your advice about buying insurance. He wonders if there is any advantage in visiting a broker. What would you reply?

.....

.....

.....

4.3 - Distribution channels

The distribution channel of a product describes the methods used to bring a product from its manufacturer to the final consumer. In insurance, the 'manufacturer' is the insurer and in order to distribute his product there are two principal routes; either, direct to the consumer or indirect, using intermediaries. Each has their benefits and drawbacks. Some companies prefer to deal with one method exclusively whilst others use a combination of the two.

Direct Business: Direct business involves the insurer selling his product direct to the insuring public without any independent intermediary being involved.

A traditional method of direct selling is to employ a direct sales force and although paid on a 'commission only' basis, they are employees of the company. This system is very popular especially with life (Protection & Savings) assurance.

There has been a great expansion of direct business in the last decade or two mainly in personal lines business. Improvements in communications and the use of computers makes it possible to do business from a central processing office (a call centre) with quotations and cover given instantly over the telephone. These direct companies pay no commission but need to advertise heavily. This type of business is mainly suited to personal lines insurance, primarily car and house insurance.

Indirect Business: Intermediaries introduce business to the insurance company in return for which they receive commission. The insured receives the benefit of independent and impartial advice from the broker who will place the business with the company that offers the best terms and conditions for his client's business. The broker may also assist his client in dealing with claims or any other problem with the insurance. Intermediaries, usually insurance brokers arrange the majority of commercial business.

Principles and practices of insurance

The insurer will have to pay commission to the broker but has no major advertising expense. The relationship with the broker can be long standing and because the brokers are themselves professionals, insurers can entrust a great deal of the administrative work to them.

Many brokers do not wish to handle too much personal lines insurance, as the individual premiums can be relatively small for work involved. With the improvements in technology, the trend has been for personal business to be handled direct and commercial insurances indirect. This trend may continue as the future makes communication easier in the form of WAP mobile telephones, Interactive Digital TV, the Internet and whatever else the future may bring.

Why do you think that direct business is more suited to personal lines insurance e.g. private car insurance than to commercial business?

.....
.....
.....

Reinsurance

Reinsurers are part of the supply chain as they support and extend the supply of insurance. They accept business only from insurers, i.e. insurance companies (including captives), Lloyds and other reinsurers, often dealing through an intermediary, the reinsurance broker.

Reinsurers may be a specialised reinsurance company i.e. they do not transact business with the insuring public. Insurance companies also act, as reinsurers, through either a separate division or subsidiary company. Lloyd's syndicates are also active in reinsurance.

Principles and practices of insurance

Reinsurance also has a 'jargon' of its own such as retrocession, cedant, ceding office. Reinsurance is an international business and risks shared in many parts of the world by co-reinsurers are spread over several reinsurance companies.

Insurance operates because it shares the losses of the few by the many by transferring risk. How does reinsurance fit into this broad concept?

.....

.....

.....

4.4 The role of ancillary players in the insurance market.

We have looked at the insurance market and the various roles of the parties involved in the industry - the buying public, intermediaries, insurers and reinsurers. There are also other businesses working in the industry, not directly involved with the supply of the product but providing services and support to the industry. We shall consider the principal ones.

Actuary Actuaries use mathematical and statistical techniques to solve business problems by predicting future events. They have been used in life (Protection & Savings) assurance for many years but are more and more being used in general branch insurance. The Actuary according to the Regulations is “the person who conduct various statistical and probability theories whereby services are priced; liabilities are assessed and provisions calculate”.

Companies may employ actuaries or use the services of an external actuarial consultancy company.

Insurance Claims Settlement Specialist
(Third Party Administrators) Are employed by insurers to handle and process claims on their behalf. In Saudi Arabia the Regulations define them as “juristic entity that investigates and assesses losses, and negotiates settlements on behalf of the insurance company”.

Some companies employ loss adjusters to handle the majority of their work and others prefer to handle all claims internally. However, even these companies will need the services of a loss adjuster at some stage either for a particularly large claim that requires detailed investigation and negotiation or when there are a large volume of claims to be dealt with.

Principles and practices of insurance

A loss adjuster specialises in insurance claims. He will investigate the cause of the loss, check that policy conditions have not been breached, negotiate with the insured and make a final recommendation, which should be fair and reasonable to both the insured and insurers, for settlement.

Loss adjusters hold themselves to be independent but insurers who appoint them pay their fees.

Loss Assessors: Loss assessors are appointed by the insured to prepare, present and negotiate a claim on their behalf.

It is the duty of the loss assessor to negotiate the maximum entitled settlement under the terms and conditions of the policy and to provide support to the claimant during the processing of a claim. He is paid by the insured usually based on an agreed percentage of the final settlement.

As far as it is known, there are no loss assessors operating in the Kingdom although the service of assisting in the preparation, presentation and negotiation of a claim may be offered by some intermediaries.

Loss Adjusters: “A juristic entity that examines and inspects the insurance risk before it is insured, inspects the damages after they occur to determine the reasons for the loss, assesses the value thereof, and assigns liabilities”.

The loss adjuster must be objective and independent in performing his tasks.

Risk Management: Industry and commerce employ risk managers although insurance brokers may offer a risk management service on a fee basis. There are three steps in risk management, first risk identification followed by a risk analysis and finally risk control.

Principles and practices of insurance

The first stage is to identify the risks that a business enterprise is exposed. This could be physical, financial or monetary. Having identified the risk, it will be analysed possibly using past data, examining the frequency and severity profiles, and trying to predict the future outcome. Finally, the risk manager will try to control the risk preferably by eliminating it (e.g. changing work practices) reducing it (locks and bolts to prevent theft) or by transferring it (insurance).

Risk management and insurance are closely linked but insurance is only one option available to a risk manager when deciding on risk control.

Advisor

The regulations introduce the advisor as someone who provides consultative services. Brokers and agents receive a commission on the products they recommend to the policyholder but it appears that this category of insurance service provider will be paid by charging a fee, based on the service provided for giving consultation and advice that may not necessarily result in the purchase of an insurance product.

Insurers employ loss adjusters to investigate claims and loss assessors by policyholders to prepare and present a claim on their behalf. They operate in only area i.e. they are either a loss adjuster or loss assessor. It would be unusual for one business or person to work in the area of the other. Why do you think this is so?

.....
.....
.....



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. The company owned by its shareholders is a
 - a. proprietary company
 - b. mutual company
 - c. reinsurance company
 - d. captive company

2. The company who insures insurers is a
 - a. proprietary company
 - b. mutual company
 - c. reinsurance company
 - d. captive company

3. The company that distributes its surplus profits to its policyholders is known as a
 - a. proprietary company
 - b. mutual company
 - c. reinsurance company
 - d. captive company

4. The company that does not provide insurance to the general public is called a
 - a. proprietary company
 - b. mutual company
 - c. reinsurance company
 - d. captive company

5. What is the difference between a specialist company and a composite company?
 - a. Specialist deal with one type of insurance while composite in many
 - b. Composite deal with one type of insurance while specialist with one type
 - c. Specialist cannot be mutual
 - d. Composite cannot be captive

Principles and practices of insurance

6. What is the generally accepted difference between a broker and an agent?
 - a. Broker deal with one insurance company while agent with many
 - b. Broker deal with many policyholders while agent with one
 - c. Broker deal with many insurance companies while agent with one
 - d. Broker deal with one policyholder while agent with many

7. An insurer doing only direct business will claim to have lower costs because;
 - a. They pay no commission
 - b. They do not advertise
 - c. They pay lower salaries
 - d. They take less reserves

8. A loss adjustor:
 - a. Assesses the financial impact of future uncertain events
 - b. Investigates claims on behalf of insurers
 - c. Prepares and presents a claim on behalf of an insured
 - d. Advises a manufacturer on safety and loss control

Progress Check Answers

1-a

2-c

3-b

4-d

5-a

6-c

7-a

8-b

Module 5 - The Need for Documentation

After studying this module, you should be able to:

Principles and practices of insurance

Describe the content and structure of the policy

Understand the difference between a cover note and a certificate of insurance

Understand the importance of renewal invitations

Introduction

Principles and practices of insurance

A contract does not have to be in writing to be a valid contract. However, in a complex matter such as insurance, it is advisable to have the details in writing. There is clearly an opportunity for disagreement if changes are not confirmed in writing. Documents serve several purposes including:

- Information: Standard documents are used, which help insurers receive information in a consistent manner. This reduces the possibility of receiving irrelevant data or missing important information.
- Record Keeping: Insurers need to know their potential liabilities, reinsurance requirements etc.
- Discrepancies: The documents clarify discussions and agreements and ensure that insurers satisfy the policyholder's requirements
- Disputes: Reference to the appropriate document can often resolve disputes at an early stage.

The result is a range of documents for different purposes, which we shall examine in this final module. Several will be familiar as they were discussed in earlier modules. Others will be new to you.

5.1 - Proposal Forms and policy structure

Proposal Forms

The proposal form is the most convenient way for the insurer to receive information concerning the proposed risk. Proposal forms can be quite plain or can be a form of advertising, particularly for personal business.

& See Module 3: Risk Underwriting; Section 3.3 for more detailed information on the Proposal forms.

A brochure helps to sell the product and the proposal when completed is detached and sent to the company. The policyholder retains the brochure for information purposes. Brochures may contain a note that the brochure is not part of the contract and is 'for information only'. It is however advertising and like all advertising, it cannot mislead or misinform the client.

You will recall from module 3.3 that marine insurance and sometimes large and complex fire risks do not use proposal forms. Briefly, explain the reasons for this.

.....
.....
.....

Policy Forms

When the insurer has accepted the proposal, terms agreed, the premium paid (or the insured has promised to pay the premium) then the contract is in force and subject to the laws of contract, irrespective of the existence of a policy wording. The policy is the *evidence* of the contract, not the actual contract.

Every insurer has their own style of wording for the different classes of business they write. The approach and presentation may be decided by company policy, some are simple A4 format, others particularly for personal lines use a small booklet, bound in plastic covers or try to make them 'user friendly' with explanatory notes and glossy pictures.

Principles and practices of insurance

The Implementing Regulations of the law on Supervision of Cooperative insurance Companies in Saudi Arabia define the Insurance Policy as “Legal document/contract issued to the insured by the insurer setting out the terms of the contract to indemnify the insured for loss and damages covered by the policy against a premium paid by the insured”.

The class of business determines the length of the document. A simple PA policy may be just a few pages but a house insurance with its numerous sections or a fire and perils policy for a large manufacturing risk, with extra perils, warranties etc could be quite a bulky document of several pages.

In the UK, the Plain English Campaign has had a major influence on insurers’ approach to policy wording. It has made them consider the structure, layout and language used and many policies try to use clear, everyday language and define any words that may be unfamiliar or capable of misinterpretation.

Whilst we have stated that every insurer has their individual style, all policies contain eight sections. They are:

Heading: The section at the top of the policy giving the insurer’s name, possibly the company logo and the registered address.

Preamble: Usually found immediately below the heading (which means a preliminary statement or introduction).

The preamble contains two essential points:

- The proposal is the basis of the contract and the proposal form incorporated in the contract. The proposal is not confined to just the proposal form. Other documents, correspondence, discussions etc are part of the proposal and therefore, part of the contract.
- Reference to the consideration of the insured (has paid or agreed to pay the premium) and the consideration of the insurer (will provide the insurance as detailed).

Principles and practices of insurance

Operative Clause: An important section of the policy as it sets out precisely the cover provided by insurers and the circumstances when they will pay.

They often start with the phrase ‘The Company will pay’ and then the details follow. The Operative Clause can be very short, (certain All Risks Policies) or quite lengthy (a motor policy).

Why is the Operative Clause on an All Risks Policy much shorter than that of a named perils policy?

.....
.....
.....

Exclusions: Also known as exceptions they detail what the policy does not cover. Exclusions can be classified into one of three categories:

- Risks considered uninsurable in the normal insurance market. Sonic bangs, radioactive contamination and war (on land) risks are three that are most common.
- To avoid confusion certain risks are more appropriately insured under another policy. The theft policy may exclude money; the PL policy excludes liability arising from the use of motor vehicles and so on.
- There are risks that insurers are prepared to consider but because they are extra hazardous, only after making further enquiries and possibly requesting additional premium and/or other terms.

Give an example of two exclusions:

The **first** - because the cover is available under another policy

The **second** - where the risk is insurable but excluded because it is an additional hazard for insurers

Principles and practices of insurance

.....

.....

.....

Conditions: All insurance policies are subject to conditions - either Implied i.e. not written in the policy or Express i.e. they are written in the policy. They lay down rules that govern the behaviour of both parties during the currency of the policy.

Implied conditions are present for all policies and they are:

- That the subject matter of the insurance (property etc) actually exists and is identifiable
- That both parties have observed utmost good faith
- That the insured has insurable interest

Written into and part of the wording are the express conditions. They vary according to the type of contract but several are common to most policies. Conditions can be **general**, which means they apply to the whole contract. These include:

- Alterations
- Cancellation
- Claims Notification
- Fraud
- Reasonable Care
- Subrogation
- Contribution
- Arbitration

If general conditions apply to the entire contract then **particular** conditions are conditions that relate to a particular or an individual section of the policy and not the entire contract.

Principles and practices of insurance

Conditions vary according to the time they operate for example, some relate only to after a claim has occurred. There are three headings:

- Conditions before the contract These are mainly the implied conditions but may also be written into the wording. They operate before the contract is formed.
- Conditions after the contract These operate after the contract is in force and are the majority of the conditions. They include taking proper care, fraud, cancellation, alterations etc.
- Conditions before liability These conditions apply after a claim and if the claim is to be paid must not be broken. Subrogation, contribution (other insurances), claim notification are examples.

COOPERATIVE PROFIT SHARING CLAUSE: Ten Percent (10%) of said Net Surplus shall be distributed to all Policyholders, each proportionately to his premium, by reducing the premium of the following year.

Signature: The policy is signed by a senior official of the company, typically the managing director or general manager. The signature is printed on the policy and usually countersigned or initialled by the official checking the contents before forwarding to the client.

Schedule: The six sections of the policy discussed so far are a standard document for each type of policy. The policy forms are mass-produced and the schedule contains all the information concerning the individual risk that makes it an individual contract.

The schedule may include the following information;

- Name of the insured
- Postal address
- Risk address
- Description of business
- Inception Date
- Renewal date
- First and annual premium
- Policy number

Principles and practices of insurance

- Sums Insured
- Description of property insured (if large a separate specification may be attached)
- Excess or deductibles
- Special conditions
- Name of broker or agent

Module 5.2 - Warranties and endorsements

Warranties

& See Module 3: Risk Underwriting; Section 3.2 for more detailed information on Warranties.

What is the definition of a warranty?

.....

.....

.....

.....

Some people argue that warranties are part of the policy conditions and not a separate section of the policy. The argument is academic; the main point is that a breach of warranty entitles the aggrieved party (nearly always the insurer) to repudiate the entire contract. In that sense they are more 'important' than the conditions where although a breach might entitle insurers to repudiate the contract (e.g. fraud), many breaches of conditions may entitle insurers only to repudiate an individual claim (breach of subrogation condition) or to impose stricter terms (e.g. failure to declare a premium adjustment condition).

Despite the seriousness of a breach of warranty, insurers in practice tend to be more moderate in their approach and unless it is very serious do not repudiate contracts for a

Principles and practices of insurance

single breach. They would not wish to lose an otherwise good policyholder and it is unlikely that they would repudiate a claim if the breach were unconnected to the loss.

Endorsements

During the currency of a policy, changes are inevitable, the insured may change his motor vehicle, property owners buy and sell properties, values change, and items added to the schedule with others deleted. Insurers prepare an endorsement detailing the changes made to the terms of the insurance.

Typical of an endorsement is a change of vehicle under a motor policy. The insured advises insurers who if they are prepared to accept the change will advise the insured of any extra terms or conditions they may wish to impose. (It may be a vehicle with much higher value or performance). If the insured agrees to the new terms then an endorsement will make the change to the policy. The endorsement will note details of the new vehicles, any extra terms (higher excess) or additional premium that may be due.

5.3 - Cover Notes and Certificates of Insurance

Cover Notes

The policy is the written evidence of the contract and contains all the details of cover provided. Preparing the formal document takes time and it is not always possible, in fact, it is very rare for the document to be ready from the first day of the insurance.

In the meantime, the insured may need to show to a third party that insurance is in force. If property is security for a loan, the bank may insist on insurance or a contractor may need to prove insurance to his principal before commencing work. The cover note serves this purpose.

The cover note simply states that insurance is in force and gives brief details of the cover. The notes are temporary and not needed once the policy is issued. The cover note may be a pre-printed form often in a numbered book or could take the form of a letter from the insured to the insurer.

Cover notes can be informal and vary between insurers as to content, style and appearance. They all, however, serve the same purpose - they are proof - if proof is needed that insurance is in force and insurers are preparing the policy documents.

Certificates of Insurance

Certificates of insurance serve a very similar purpose as cover notes; they confirm that cover is in force. When insurance is compulsory, the authorities may ask the insured to confirm that cover is in force.

It would be cumbersome to carry the entire policy document and as they differ from company to company, it would be difficult for the authorities e.g. the police to be sure that the policy was valid. Certificates are therefore required and they are in a standard format recognisable by all concerned.

Marine cargo insurance uses certificates of insurance and they become part of the shipping documents. The certificate of insurance contains information concerning the

Principles and practices of insurance

shipment which will be substantially the same as that contained in a policy i.e. description of goods, conveyance, voyage, sum insured etc.

Marine Insurance plays a vital role in the international system of trade and although not legally required the insurance policy together with letters of credit, bills of exchange, bills of lading, are necessary documents to facilitate the smooth exchange of goods and money around the world.

A vendor selling his goods overseas will naturally want payment for those goods when they leave his warehouse. A purchaser buying those goods will not wish to pay for them until they have safely arrived in his warehouse, possibly thousands of miles away. Journey times may take several months and there is clearly a problem if both parties are to be satisfied.

A step-by-step example will make the process clear.

1. Rashid in Riyadh agrees to purchase machine parts from a company based in Manchester, UK.
2. Rashid visits his bank in Riyadh and obtains a letter of credit.
3. The letter of credit is sent to the supplier's bank in the UK.
4. To obtain the money the supplier sends the goods to Riyadh and confirms by giving the shipping documents including the certificate of insurance to the bank.
5. The UK supplier receives his money.
6. The UK bank sends the shipping documents to Riyadh.
7. The goods are in transit between UK and Riyadh
8. The goods arrive.
9. To collect his goods Rashid needs the shipping documents, to collect these he needs to pay the bank in Riyadh.
10. So the supplier gets his money from the bank, the bank collects the money from the buyer and the buyer collects the documents from the bank and collects his goods. So every party is satisfied with the transaction.

The journey from the UK to Saudi Arabia could take several weeks. If there is a problem e.g. the boat sinks or an accident destroys the goods, the banks and/or Rashid have lost

Principles and practices of insurance

their money. Consequently, the banks will require a marine insurance policy to cover the goods during the journey. The certificate of insurance is an essential part of the shipping documents and is proof that a policy is in force.

As the certificate of marine insurance is part of the shipping documents if the goods change hands, the insurance certificate also changes hands with the goods. This is different from other classes of general insurance (non life) business. If a motorcar or a building is sold, the insurance is not sold with the property. The identity of the policyholder is an important underwriting consideration for insurers and they may not wish to give cover to the new owner.

Why do you think that a bank involved in an international transaction will insist on marine cargo insurance?

.....
.....
.....

5. 4 - Claim Forms

Generally, policyholders notify insurers (or their brokers) of a claim by telephone who send a claim form to the insured for completion and return. To satisfy the claim notification condition the insured should return this within a reasonable time.

Typical questions on a property claim form and their reason for insurers asking them include:

Name, address and policy number - enables insurers to locate the underwriting file

Date of Loss - to check it occurred during the period of insurance

Cause of Loss – to ascertain if the peril is insured

Details of damaged property – to check that the policy insures it

Insured's relationship to the property – check on policy cover and insurable interest

Value of the property – to check the sum insured and for average

Cost of repairs or replacement – the basis of the insured's claim

Details of any other party involved – checking for possible recovery through subrogation

Other insurances – to check for double insurance

A liability claim form will ask for details of the incident and extent of injuries or property damage to third party as a guide to the size of the claim expected.

On receipt of a claim form the claims official will make a number of checks before proceeding. Typically these are:

- That there are no outstanding premiums
- Loss date is within the period of insurance
- Name, address, occupation, previous claims, and other information agree with the underwriting file
- Cause of loss is an insured peril
- There is no breach of a warranty or condition
- That the sum insured (for property insurance) is adequate
- The amount claimed is reasonable

In the event of doubt of any issue, further enquiries may be necessary.

Principles and practices of insurance

Some claims dispense with the need for a claim form. Large losses where loss adjusters are carrying out a detailed investigation make a claim form unnecessary.

What action would you recommend if the information on the underwriting file contradicts the information on the claim form?

.....

.....

.....

5.5 - Renewal Invitations

The majority of policies run for 12 months. There is no obligation on either side to renew but insurers are keen to keep good business and want the insured to renew the contract for a further 12 months.

The insurer will issue a renewal notice just before the renewal date (three to four weeks is a typical period), which brings to the insured's attention that the period of insurance is ending and indicating the renewal premium required. There is no obligation to issue a renewal notice but it is clearly in insurer's interests if they wish to retain the business.

The renewal notice will indicate the premium required by insurers to continue the insurance for a further 12 months. It will contain brief details of the insurance, policy number and possibly where and how to pay. The renewal notice may also contain a warning or reminder to the insured of the duty of utmost good faith and that he must notify any changes or alterations to the risk.

The new period of insurance is a new contract albeit at the same terms and conditions as the expiring contract.

What effect does the renewal, being a new contract, have on the insured's duty of utmost good faith?

.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

Days of Grace

Many insurers will insist that they receive the renewal premium before the renewal date. If there is non-payment then the implication is that the insured does not want to renew the insurance and the policy will lapse.

There are cases however when the insured has not paid the premium by the due date but it is their intention to renew. The renewal notice may have been lost, the insured on holiday when it arrived, the cheque for payment may be mislaid. To allow for this insurers may allow a period of time, (7 to 14 days is typical but could be 30 days) known as days of grace during which if the premium is paid the policy will continue without any break in cover.

Days of grace do not apply if the insured indicates that it is not their intention to renew. Neither are they an extension of cover.

The Finance Director of a company returns from vacation on 5th September and discovers the renewal notice for the company's public liability on his desk. The renewal date was 1st September and he immediately prepares a cheque and sends it to insurance company by messenger. Several weeks later, a customer makes a claim against the company alleging injuries received in a showroom on 3rd September two days before the premium was paid. Do you think insurers will deal with claim? Give reasons for your answer.

.....
.....
.....

Long-Term Agreements

Long-term agreements are agreements between the insured and insurer whereby the insured agrees to offer the risk for insurance to the insurer for a stated number of years (three is typical) at the same terms and conditions in force at expiry. In return, insurers offer a discount from the premium (5% or even 10%).

Principles and practices of insurance

Insurers do not have to accept the offer and if they revise the terms and conditions of the insurance, this becomes a counter offer and the insured does not have to accept the new terms. It helps insurers to retain business especially on a large commercial contract where the expenses of surveying and policy preparation are in the first year.

Both sides benefit from a long-term agreement, the insured from the reduction in premium and the insurer retains the business.

Long-term agreements are not long-term contracts, each contract is for 12 months and the agreement is simply that insurers have an opportunity to retain business while their terms remain unchanged.



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. Why do insurance companies use proposal forms?
 - a. To determine the deductible
 - b. To calculate the premium
 - c. To get the material facts
 - d. To put the conditions

2. What information is in the preamble?
 - a. The exclusions
 - b. The coverage
 - c. Proposal; is basis of contract
 - d. The warranties

3. What information is in the operative clause?
 - a. The exclusions
 - b. The coverage
 - c. Proposal; is basis of contract
 - d. The warranties

4. Why do insurance policies need conditions?
 - a. To set the rules for insured and insurance company
 - b. To control bad moral hazard
 - c. To keep good aspects of risk
 - d. To control morale hazards

5. Generally what is more serious?
 - a. breach of warranty
 - b. breach of condition
 - c. both are correct
 - d. both are wrong

Principles and practices of insurance

6. When do insurers use endorsements?

- a. If there is a physical hazard
- b. To control moral hazard
- c. To eliminate morale hazard
- d. If there is any change in the policy

7. Why do insurers issue renewal notices?

- a. To maintain policyholders
- b. To get new policyholders
- c. If there is any change in the policy
- d. Evidence for cover

8. Days of grace.

- a. A period with no cover
- b. There is cover although premium is not paid
- c. There is intent to renew and coverage but premium is not received
- d. Is obligatory for an insurance company to give to all policy holders

Progress Check Answers:

1-c

2-c

3-b

4-a

5-a

6-d

7-a

8-c

Module 6: Regulation of the Insurance Industry in the Kingdom

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to:

Understand why the insurance and protection/savings industry needs to be regulated

Understand the role of SAMA

Understand article two of the regulations

Principles and practices of insurance

Introduction

National economies vary from free market, open economies to state controlled nationalised economies. However, even in the freest of free market economies governments find it necessary to control and regulate their insurance industry.

Insurance companies are entrusted with huge amounts of money - in the \$50 Billion to \$200 Billion range in the case of the largest U.S. life insurance companies, such as the Prudential Insurance Company of America, Metropolitan Life Insurance Company and New York Life Insurance Company. The insurers are thus custodians of public funds and they have to be regulated in an effort to ensure that the public and its funds are dealt with honestly and also to prevent the insurers from taking unwarranted risks in the name of investments with the money they are holding.

The Purpose of Regulation

The primary purposes of insurance regulation historically have been:

- (1) To maintain the insurers' financial solvency and soundness so they can carry out their long term obligations to policyholders and pay claims.
- (2) To guarantee a fair treatment of current and prospective policyholders and beneficiaries by both insurers and the people who sell their policies.
- (3) The need to make certain types of insurance compulsory as a way of achieving broad financial protection to the general population.

In this section, we start with a look at the background to the introduction of regulation in the Kingdom of Saudi Arabia, why government controls are necessary, why some classes of insurance are compulsory, and how these issues are dealt with in the Kingdom.

Principles and practices of insurance

6.1 - Why the insurance industry needs to be regulated?

Consumers buy insurance to protect themselves against what is generally a small probability of a catastrophic loss, effectively transferring the risk of any loss to an insurance company. In turn, the insurance company spreads the risk it assumes over a large pool of policyholders, using capital reserves to shoulder any compensation costs to policyholders who may incur an unexpected loss.

Concepts of insurance dates back to 3000 B.C. There are several examples of pre-Islamic history whereby families, tribes or related members throughout the Arabian Peninsula pooled their resources as a means to help the needy on a voluntary and gratuitous basis. These practices were validated by Prophet Mohammad (Peace Be Upon Him) and incorporated into the institutions of the early Islamic State in Arabia around 650 AD.

Examples of these early Islamic practices include the following:

- Merchants of Mecca formed funds to assist victims of natural disasters or hazards of trade journeys.
- Surety called “daman khatr al-tariq” was placed on traders against losses suffered during a journey due to hazards on trade routes.
- Assistance was provided to captives and the families of murder victims through a grouping known as a'qila.
- Contracts, called “aqd muwalat”, were entered into for bringing about an end to mutual enmity or revenge.
- Confederation was brought about by means of a “hilm”, or an agreement for mutual assistance among people.

However, it was during 1500's to 1700's, when more modern types of policies began to develop for life (Protection & Savings), marine and fire insurance

The roots of Lloyds's of London began at Lloyd's Coffee in 1688, where shippers and merchants would negotiate and obtain insurance on shipping fleets and their cargo.

During the period of the British colonisation and trade with U.S. colonies, some insurers cooperatively agreed to set reserves, in order to maintain solvency and build public trust and confidence. This was the first major step towards regulation, although it initially was

Principles and practices of insurance

self-regulation. Early government regulation included reporting requirements, taxes on insurers, and granting charters.

Later, in the 1800s, as rapid urbanisation and industrialisation took place across Europe and America, many governments established regulations to set standards and guard against problems of insolvency, after a number of catastrophic fires led to insurance bankruptcies. Regulations also were used to discourage opportunistic and financially unsound companies.

Throughout this period, governments and their regulators became anxious about insurance policy rates that were either too high or too low. The regulators wanted to keep the industry competitive but also balanced. If markets and prices were too competitive, regulators believed that low rates could be predatory and would lead to a decreased number of insurance companies, many failing due to bankruptcy. In such cases policyholders would suffer as there would be insufficient funds available to pay for policyholders' losses. On the other hand, if rates were too high insurance companies would be seen as price-gouging by not offering affordable rates to the masses which could lead to the public avoiding insurance which, in turn, could impact the public well-being. During this time period, regulators also started to become concerned with preventing price discrimination.

The period following World War II through to the end of the 20th Century saw increasing and more sophistication of regulation in the insurance and financial sector as a whole. Largely driven by the need for consumer protection regulation encompasses many aspects of the industry, from robust financial requirements of insurers and reinsurers to codes of conduct for agents and brokers.

Some economists have criticised regulation by pointing out that efficiently working markets are the best means for consumers to get what they want at the lowest price and highest quality. While this may be true, regulations have been shown to be necessary in order to protect consumers, correct market imperfections and be a backstop for preventing a variety of harms caused to consumers. Regulations can help consumers by

Principles and practices of insurance

providing recourse for common problems and complaints, helping industries institute universal standards and guidelines, and, most importantly, increasing consumer welfare.

“Competition can be depended on to keep rates from being excessive, and good management will keep them from being inadequate; regulation of insurance rates is an infringement on the right of management to make business decisions.”

Do you agree or disagree with this statement? Why?

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 - The Historical Background of the Insurance Industry in the Kingdom

The Control of Cooperative Insurance Companies Regulation, which was enacted as Royal Decree No M/32 on 1 August 2003, is the first Saudi Arabian legislation regulating insurance. Prior to insurance regulations over 75 insurance operators were writing business estimated in excess of SAR 2.7 billion in the Kingdom, they were able to do so without virtually any regulation at all. Now, this has been completely transformed. What used to be an unregulated, free-for-all has become one of the most closely regulated insurance markets in the region.

The past lack of regulation does not mean that the Saudi Arabian government took a non-interventionist approach to the insurance industry. Rather, its past reluctance to legislate in relation to insurance arose from the uncertain status of insurance under Sharia'h Law. While, for example, the prohibition of charging or paying interest is based on clear statements in the primary sources of Islamic Law, there is no reference to insurance in the Islamic Law texts which are regarded as authoritative in Saudi Arabia. This is not surprising, since these texts were compiled in the period from the 13th to 17th centuries of the Gregorian calendar, that is, at a time when insurance was just evolving as a business in Europe.

In Saudi Arabia, the debate of whether or not contracts of insurance are legitimate under Sharia'h law was narrowed down to the key issue that to profit from an insurance transaction runs counter to Islamic law, while collective risk sharing is acceptable and in the community's interest. This is based on Decision No 51 of 23 March 1977 of the Supreme Council of the Senior Ulema, a Saudi Arabian government body of religious scholars, who ruled that cooperative (or mutual) insurance is "a form of contract of donation", and, because no one is supposed to profit from cooperative insurance transactions, the Senior Ulema considered insurance in this form to be acceptable under Islamic Law.

In 1985, the state-owned National Company for Cooperative Insurance (NCCI) was formed by Royal Decree as a Saudi Arabian joint stock company, with the Public Investment Fund, the Pension Fund and the General Organization for Social Insurance

Principles and practices of insurance

as its shareholders. This was done in response to the Senior Ulema's recommendations that a cooperative insurance company should be established in the Kingdom of Saudi Arabia to offer an alternative to commercial insurance.

In keeping with NCCP's articles of association, the company maintains separate accounts for both its policyholders and for its shareholders. Therefore, it is actually a hybrid between a true mutual insurer, which is wholly owned by its policyholders and not traded on a stock market, and a commercial insurer, but nevertheless sufficiently mutual to meet the Senior Ulema's recommendation that it should conduct its business on a cooperative basis.

Although there was never a statutory prohibition of commercial insurance in the Kingdom, the Saudi Arabian Ministry of Commerce did not issue commercial registrations to any person or company, other than NCCI, to conduct insurance business in the country. Yet, a fair number of foreign-registered insurance organisations operated in Saudi Arabia. The majority of these were Bahraini-exempt companies, that is, companies registered in Bahrain with the express purpose of not conducting business there. The companies' day-to-day business in Saudi Arabia, such as writing policies and settling claims, was done through a local agent. In other words, the majority of insurance operators in Saudi Arabia were foreign-based but marketing and underwriting risks within the Kingdom.

In accordance with the strict letter of the law, conducting any kind of business in Saudi Arabia without holding the requisite commercial registration is unlawful. Notwithstanding this, the Ministry of Commerce exercised a loose supervisory function over foreign insurers who conducted business in the country, and there certainly was nothing clandestine in the manner in which those organisations operated.

For example, all government construction contracts contain a proviso that the contractor must have Contractor's All-Risks Insurance with an insurer who is represented in Saudi Arabia, and it was quite acceptable to insure such risks with Bahrain-based, Saudi-operating insurers other than NCCI. Despite this pragmatic approach to a predicament created by an interpretation of the Islamic law principles, which are relevant in this

Principles and practices of insurance

context, having an insurance industry which is essentially offshore and not subject to strict supervision naturally created problems.

While a handful of the foreign insurers who wrote business in Saudi Arabia were of a blue-chip background, there were many who were financially unsound and sometimes unscrupulous. Not surprisingly, there were incidents of insurers collecting premiums and disappearing overnight. Furthermore, because the business was essentially foreign, local retention of risk and reinsurance within the Saudi market was low, with over 70 per cent of the premiums generated in Saudi Arabia leaving the country. Nevertheless, until quite recently, no serious effort was made to impose real control on the Kingdom's insurance market. The current reforms were driven by two important changes that were taking place within the Kingdom.

As insurance was an unrecognised business in the Kingdom, how did insurers get around the problem to enable them to write business in Saudi Arabia?

The main reasons for allowing and regulating insurance are:

1. The medical compulsory Insurance.
2. Joining the World Trade Organization.


For many years, all health-care in Saudi Arabia has been free to citizens and foreign residents alike. Since there were an estimated six million foreign workers and their dependents in Saudi Arabia, this clearly imposed a considerable burden on the nation's healthcare system and on the economy as a whole. To alleviate the problem, the government introduced the Cooperative Health Insurance Act, Royal Decree No M/10 of 13th August 1999, which makes it mandatory for employers to take out private medical insurance for their foreign employees and their dependents. Article one of the

Principles and practices of insurance

Act stipulates that “This Law aims at providing health care and organizing it to non-Saudi residents of the Kingdom. It may be applied to Saudi citizens on the basis of a resolution by the Council of Ministers”. Article 2 provides for insurance coverage “to include all of those to whom such coverage applies and their families”. Article 3, however, stipulates that no residence permit shall be granted or renewed unless the applicant holds the cooperative health insurance policy which covers the length of the residence permit.

In principle, the government could have just made private health insurance for foreigners obligatory and left the Saudi insurance market in its existing, disorganised state. However, the Act requires that insurers providing cover under the scheme must be Saudi-registered cooperative insurance companies. Because there was only one entity which fulfils this requirement, namely the NCCI, the effect of the legislation could have been the introduction of a state-owned monopoly. However, the expansion of state-owned industry is not in line with the overall government policy. Rather, the Saudi government has been working to encourage an increase in the private sector’s role in the economy as a whole not to decrease it. Additionally, setting up the provision of health insurance to an estimated four to six million persons within a relatively short period would have been a logistical exercise well beyond the capacity of any single entity.

The second key driver to the introduction of insurance regulation in the Kingdom was King Abdullah’s determination to have Saudi Arabia accede to the World Trade Organization (WTO). A part of the Kingdom’s agreement to join the WTO was the opening up of its insurance sector to foreign interests. In truth, this is a paradox, because in its past unregulated state the Saudi insurance market was open to all comers, albeit not in any official basis. If one viewed the opening up of the Saudi insurance market solely from the perspective of being able to establish a licensed Saudi Arabian insurer, it was closed to both foreigners and Saudis alike, since there was no framework for the setting up of such entities, other than NCCI, of course.

 World Trade Organization website: www.wto.org

Principles and practices of insurance

So, the Control of Cooperative Insurance Companies Regulation came into force on 20th November 2003 (2/6/1424H). With the issue of the Implementing Rules on 23rd April 2004 (1/3/1425H), a new industry in the Kingdom was born.

Module 6.3 - Regulation of Insurance in the Kingdom of Saudi Arabia

Recall from the previous section, when the decision was made for Saudi Arabia to open its doors to insurance it was done so on the basis of the improving the consumers' welfare, it being in the public interest, to enable the nation to deal with its healthcare insurance problem, and also to bring about an open market, fairness and a level-playing field between foreign and domestic insurance companies in line with WTO agreements.

On 30th of July 2003 (1 Jamada thani 1424H), the Saudi Council of Ministers passed historic legislation opening the Kingdom's insurance sector to foreign investment and the Control of Cooperative Insurance Companies Law came into force on 20 November 2003. However, the issuance of the Implementing Rules, which were meant to be published on 21 October 2003, was delayed until 23 April 2004. Therefore, because much of the detail of the legislation is contained in the Implementing Rules, the new regulatory scheme did not become effective until 23 April 2004.

The objective of the law and the implementing Regulations were expressed in the Article two of the Regulations:

'Article Two

Objectives of the law and its implementing Regulations

1. Protection of policy holder and shareholders
2. Encouraging fair and effective competition
3. Enhancing the stability of the insurance market
4. Enhancing the insurance sector in the Kingdom and provide training and employment opportunity to Saudi nationals.'

The government regulator of the Saudi insurance sector is the Saudi Arabian Monetary Agency (SAMA), which, since its formation in 1957, has proven to be a successful and stringent regulator of the Saudi banking sector. Indeed, SAMA has brought this young nation's monetary system well within modern standards.



SAMA website: www.sama.gov.sa

Principles and practices of insurance

With respect to insurance, SAMA's duties and powers are wide-ranging. They include the preparation of the Implementing Rules of the Regulation, licensing of insurers wishing to operate in Saudi Arabia, and, generally, policing and control of the Saudi insurance sector. This also includes insurance brokers, insurance agents, insurance consultants, surveyors, loss adjusters and actuaries, all of whom must now apply to SAMA for a licence to carry on business in Saudi Arabia. When viewed broadly, SAMA's insurance regulatory powers in the Kingdom includes the following:

1. Regulations for the establishment of insurance and reinsurance companies in the Kingdom;
2. The supervision of the technical aspects of insurance and reinsurance companies' operations;
3. Regulation of the distribution of surplus funds to shareholders and policyholders;
4. Determining the capital and solvency requirements for each class of insurance business required by companies;
5. Regulation of the companies' investments both inside and outside of the Kingdom;
6. Actuarial and rating approval.
7. Education and qualification requirements of insurance company personnel, brokers and agents.
8. Content of policy forms.
9. Code of Conduct, insurance sales and information disclosure.
10. Contract interpretation and enforcement.
11. Compulsory purchase of insurance coverage.

Now let's look at each of these regulatory areas in more detail and with specific reference to the Kingdom's legislation.

1. Regulations for the establishment of insurance and reinsurance companies in the Kingdom

The Regulation restricts insurance activities in the Kingdom to Saudi-registered companies which are incorporated by Royal Decree as public joint stock companies, with a minimum paid-up capital of SAR100 million for primary insurers, and SAR200 million for reinsurers. Applications for licences must be lodged with SAMA, which, if the

Principles and practices of insurance

application is approved, refers the matter to the Ministry of Commerce and Industry for the formalities of incorporation in accordance with the Saudi Arabian Companies Regulation.

Licensing Requirements – Insurance and Reinsurance Companies

Before licensing, the prospective insurer or reinsurer must complete an application and submit it to SAMA for review. The application package should include the following:

- 1) Completed licensing application
- 2) Memorandum of Association
- 3) Articles of Association
- 4) Organisational structure
- 5) Feasibility study
- 6) Five-year business plan which must include as a minimum:
 - i) Classes of insurance that will be undertaken by the Company.
 - ii) Ability to cede or accept reinsurance treaties for classes the Company intends to insure.
 - iii) Marketing plan
 - iv) Projected costs and financing to start the Company's operation.
 - v) Projected underwriting growth taking into consideration solvency margin requirements.
 - vi) Expected number of employees and a Saudisation plan for training and employment.
 - vii) Annual costs based on projected growth rate.
 - viii) Projected financial statement related to the growth rate.
 - ix) Technical Provisions statement for the proposed growth of the insurance operation certified by a qualified actuary.
 - x) Branch distribution plan in the Kingdom.
- 7) Any agreements with outside parties.
- 8) An irrevocable bank guarantee issued by a local bank for the capital required (Such a guarantee must be renewed until the capital is paid up.)
- 9) A non-refundable application fee of SR 10,000 for Companies.

Licensing Requirements – Individual Insurance Professions

The regulations identify specific insurance professions requiring licensing. These include:

- Actuaries
- Insurance agents
- Insurance Brokers
- Insurance Consultants and Advisors
- Claims or loss assessors, adjusters and claims settlement specialists
- Key Company personnel dealing with and advising the public.

These professionals must meet the following requirements:

- 1) A university degree as a minimum, and five years relevant insurance experience, or an insurance professional designation acceptable to SAMA.
- 2) Pass the examination approved by the SAMA to engage in the qualification acceptable to SAMA.

Once the application has been received SAMA will advise the applicant within 30 business days confirming the application is complete or further information is required. When the application is complete, SAMA will advise the applicant of its decision within 90 business days. Upon approval of the license a licensing fee is required:

Insurance Companies	SR 100,000
Reinsurance Companies	SR 200,000
Insurance and Reinsurance Companies	SR 300,000
Insurance and Reinsurance Providers (Except Actuaries and Insurance Advisors)	SR 25,000
Actuaries and Insurance Advisors	SR 5,000

The regulations also aim to ensure that companies involved in the provision of insurance and reinsurance services, other than insurers and reinsurers, are financially sound. As a result minimum capitalisation requirements for these companies are required. In addition, to ensure that the public and other industry members are protected, insurance and reinsurance services providers have to obtain a professional liability policy covering liability risks for negligence, wrongdoing and dereliction of duties.

The minimum requirements for capitalisation and professional liability insurance cover are given in the following table:

<u>Type of Insurance Service Provider</u>	<u>Minimum capitalisation Requirement</u>	<u>Minimum Professional Liability Cover</u>
Reinsurance Brokerage	SR 3,000,000	SR 6,000,000
Insurance Brokerage	SR 3,000,000	SR 3,000,000
Claims Settlement Specialists (Third Party Administrator)	SR 3,000,000	SR 1,000,000
Insurance Agency	SR 500,000	SR 1,000,000
Loss Assessors and Loss Adjusting	SR 500,000	SR 3,000,000
Insurance Advisor	SR 150,000	SR 500,000
Actuary	SR 150,000	SR 3,000,000

2. The supervision of the technical aspects of insurance and reinsurance companies' operations

As well as fairly strict licensing conditions on companies and individuals, the regulations place high, but not unreasonable, capitalisation requirements on companies wishing to operate within the Kingdom's insurance sector. The stringent requirements lead to large scale exodus of insurers from the Saudi Arabian Insurance Market, leaving a few well-structured and highly regulated Insurance Companies. Certainly, this was the intention of the regulations. Because the legislation requires insurers to be incorporated as public joint stock companies, the Kingdom saw a fair number of new companies coming onto the stock market (IPOs) within a relatively short period.

Foreign Ownership

There are no restrictions on foreign participation in insurance companies registered under the new framework. However, full foreign ownership of a Saudi insurance company is at present precluded, because under the current regulations publicly traded stock may not be owned by non-Saudi interests. Therefore, at present, foreign interests can only participate in a Saudi insurance company as founding shareholders. As per SAMA regulations the ownership structure of Saudi Insurance Companies should offer between 25% to 40% at the minimum to the public and foreign insurance companies between 25% to 49% at the maximum, whereas foreign investors 10% at maximum.

Classes of Insurance

Principles and practices of insurance

Insurers must be licensed by SAMA to write specific classes of business, which are broadly grouped as general insurance (including accident, liability, motor, property, marine, aviation, energy and engineering), health insurance, and protection and savings insurance, or for two or more of these, depending on the proposals put forward by the applicant in the feasibility study and business plan, which must be submitted with the licence application. Once a company is duly licensed, the offering of any products in the market must be pre-approved by SAMA.

Valuation of Investments, Assets and Technical Provisions

As far as finances are concerned, the Implementing Rules contain detailed provisions governing investments, solvency margins, evaluation of assets and technical provisions. Saudi insurers are required to maintain 50 per cent of their assets in Saudi Riyals, although this may be reduced with SAMA's prior approval. Saudi insurers may not invest more than 20 per cent of their assets outside of Saudi Arabia. Certain types of investments, for example those in derivatives, require pre-approval of SAMA. A company is required to have written investment and risk assessment guidelines approved by its board.

Transnational Transactions

Under the terms of the Implementing Rules several restrictions are imposed on transnational transactions. Thus SAMA's approval must be obtained before a Saudi insurer associates with non-Saudi insurance funds. Saudi insurers, brokers and agents who wish to place cover with Lloyd's or non-Saudi insurance companies must obtain SAMA's permission. At least 30 per cent of cover must be reinsured within the Kingdom, although this percentage may be reduced with SAMA's consent.

Reinsurance regulations

The Implementing Rules set out detailed guidelines relating reinsurance and are particularly specific regarding the use of non-Saudi reinsurers with who cover may be placed. Certainly, dealing with a reinsurance (or insurance) company not licensed in the Kingdom will not be tolerated and heavy fines will be imposed. Consumer protection is naturally the main reason for such stringent rules. An insurer that engages treaties outside the Kingdom must adhere to the following criteria:

Principles and practices of insurance

- 1) The foreign reinsurer is licensed to transact the type of reinsurance proposed in the Kingdom in its own country of domicile.
- 2) The insurance regulator of the foreign reinsurer must authorise the exchange of relevant information with SAMA.
- 3) The foreign reinsurer must maintain separate records and financial statements of all Saudi operations and these must be made available to SAMA upon request.
- 4) The insurance company must provide SAMA with the reinsurer's latest financial statements and the latest regulatory report issued by the reinsurer's insurance regulatory authority.
- 5) The insurance company must select a reinsurer with a minimum S&P (Standard and Poors) rating of BBB (or equivalent internationally acceptable rating).

In addition, whether the reinsurance agreements are with foreign based or Saudi based reinsurers, all reinsurance agreements must be filed with SAMA.

Technical Provisions

Naturally, the Technical Provisions must be calculated in accordance with generally accepted accounting standards and approved by the actuary. When reporting, the following technical provisions must be included as a minimum:

- 1) Unearned premium reserve
- 2) Unpaid claims reserve
- 3) Incurred but not reported (IBNR) claims reserve
- 4) Unexpired risk reserves
- 5) Catastrophe risk reserves
- 6) General Expense reserve
- 7) Reserves related to Protection and Savings insurance, such as disability, old age, health, death, medical expenses, etc.

The reserves must be calculated in a specified manner as approved by the regulations.

3. Regulation of the distribution of surplus funds to shareholders and policyholders

A key aspect of the introduction of regulated insurance in the Kingdom is the cooperative nature of the industry. Therefore the regulations require that Saudi insurers must operate on this cooperative basis. As a model for what constitutes cooperative insurance, the Regulation has pointed to NCCI's articles of association, which insurance companies registered in the Kingdom are supposed to use as a blueprint for their articles of association.

The key to the distribution of surplus funds lies in how the net surplus is calculated. This calculation is made in the following steps:

- Step 1) Determine the Earned Premiums, and income generated from reinsurance commissions and other insurance operations.
- Step 2) Determine the Incurred Indemnification.
- Step 3) At the end of each year calculate the Total Surplus representing the difference between Step 1 and Step 2, less any marketing, administrative expenses, the necessary technical provisions, and other general operating expenses.
- Step 4) The Net Surplus is then calculated by taking the Total Surplus and adding or subtracting the policyholders' investment return, and subtracting the general expenses related to the management of the policyholders' investment funds.
- Step 5) Once the Net Surplus has been calculated 10% of the net surplus is to be distributed to the policyholders directly either in the form of a direct payment or as reduction in premium for the next year.

The remaining 90% of the Net Surplus is to be transferred to the shareholders income statements. Twenty percent (20%) of the net shareholders' income is to be set aside as a statutory reserve until reserve amounts are equal to 100% of the paid capital.

Principles and practices of insurance

In addition to these rules, SAMA must approve the Company's calculations and net surplus distribution and timing.

4. Determining the capital and solvency requirements for each class of insurance business required by companies

Solvency is the minimum standard of financial health for an insurance or reinsurance company, where assets exceed liabilities. For the protection of policyholders and the assurance of stability within the marketplace, regulators, such as SAMA, are particularly concerned about monitoring company solvency.

Statutory Deposits

Initially, each company must make a Statutory Deposit of 10% of the paid up capital. If SAMA believes there to be a greater than normal risk with the company or the type of business it is participating in, then it may request a statutory deposit of up to 15%. The deposit must be made within 3 months of the company's license being issued, in a bank designated by SAMA.

Asset Valuation and Solvency Margins

The principal assets of general insurers tend to be:

- (1) The loss reserves.
- (2) The unearned premium reserves.
- (3) Investments.

For companies involved in the Protection and Savings area of insurance, the assets are primarily accounted for by the policy reserves, which is the insurer's obligation to policyholder for the policyholders' savings and expected policy payments. The much lower capital-to-assets ratio for protection and savings companies than general insurers (6% to 35%) reflects the differences in the risk for the products that the two groups sell. Variability of claims costs are much lower for protections/savings (and health and life insurers) than they are for general insurers. As a result, the regulations require a much smaller cushion (or amount of capital per Riyal of assets) needed to avoid the probability of insolvency for the protection/savings industry.

Principles and practices of insurance

Additionally, within general insurance the riskiness of business can vary considerably. In view of the risk differences between general insurers and protection and savings companies, the assets of each class of business must be considered separately.

The assets that can be included in the solvency calculation must be related to the business of insurance. For example, if a company has issued bonds or has assets obtained from loans, then these cannot be included as they have non-insurance related liabilities attached to them. The regulations provide a table of acceptable assets and the conditions to their valuation.

Also, the Regulations demand that companies that fall below their required solvency margins notify SAMA immediately and agree upon a plan with SAMA to restore the margins to their approved levels within the next financial quarter. If the margins fall significantly and the company has not been able to restore them to the acceptable levels then SAMA will require the company to do some or all of the following:

- a. Increase the Company's capital,
- b. Adjust their insurance premiums,
- c. Reduce costs,
- d. Stop underwriting business,
- e. Asset liquidation.

Furthermore, SAMA may enforce other actions and may appoint an advisor to provide private consultation and advice to the company or even order a cease and desist order to stop the company underwriting business. SAMA can also withdraw the company's license if the solvency margin falls below 25% or the company fails to rectify its solvency problem.

5. Regulation of the companies' investments both inside and outside of the Kingdom

As insurance companies are tasked with the stewardship of their policyholders' money, either for savings and investment or for ensuring funds are available to cover their policyholders' losses, it is important that these funds are managed prudently. To help

Principles and practices of insurance

ensure wise investment management the regulations demand that the insurance and reinsurance companies invest these funds wisely.

Each company must have a clear, written investment policy governing the investment policy and methods of managing their investment portfolios. At least 50% of the company's investments must be invested in Saudi Riyals. And the investment policy must include a diversification strategy, which gives consideration to the risks faced by the company and the environment in which it operates. Risk management of the investments is critical and the investment diversification plan should, at a minimum, include consideration of the following

Risks:

- a. Market risk
- b. Credit risk
- c. Interest rate risk
- d. Currency exchange risk
- e. Liquidity risk
- f. Operations risk
- g. Country risk
- h. Regulatory and legal risk
- i. Reinsurance risk
- j. Technology risk

Within the regulations, SAMA has provided a set of investment standards which the companies must work within. These set the limits of the types of investment and their concentration. Specifically, companies are not permitted to use financial instruments such as derivatives and off-balance-sheet items, other than for efficient portfolio management and only with SAMA's approval.

6. Actuarial and rating approval.

The regulations require that each company appoint an Actuary who holds that designation of 'Fellow', or contracts the services of an actuarial firm with the permission of SAMA.

The actuary or actuarial firm plays an important role in maintaining the company's sound financial position. Indeed, the regulations provide an outline to the duties of the actuary:

Principles and practices of insurance

- a. Obtain all required previous information from the previous actuary.
- b. Examine the Company's financial position.
- c. Evaluate the Company's ability to meet its future obligations.
- d. Determine adequate risk retention levels.
- e. Price the Company's insurance products.
- f. Determine and approve the Company's technical provisions.
- g. Provide advice and recommendations related to the Company's investment policy.
- h. Any other actuarial recommendations as he or she sees fit.

As a qualified professional, the Actuary is deemed to be professionally liable for his/her advice and technical services provided to the Company. The actuary is viewed by the regulations as the pivotal individual for the supply of financial and technical information to SAMA.

7. Education and qualification requirements of insurance company personnel, brokers and agents.

The regulator, SAMA, also oversees the education and qualifications of all insurance industry professionals.

The Institute of Banking (IOB) is currently the education and training arm of SAMA. The IOB has already been very successful in developing professional education programs for the financial services industry in the areas of banking, investment, banking operations and English language. The IOB also, currently manages insurance exams for the Chartered Insurance Institute and the Bahrain Insurance Institute. Currently, the IOB is developing a program for training and education in conjunction with SAMA and the major insurance companies.

 IOB website: www.iobf.org

Ultimately, however, the regulations place the responsibility of ensuring that insurance employees are trained, educated and qualified by the companies themselves.

Principles and practices of insurance

Also, related to this is the requirement within the regulations that the percentage of Saudi employees be at least 30% at the end of the first year of the company's operation and that this percentage be increased annually according to the Saudisation plan submitted to SAMA.

8. Content of policy forms.

The regulations have not specified the use of a standard form of policy for each class of insurance as is often done in other jurisdictions. However, the regulator, SAMA, must approve all of the policy wordings used by each insurer and reinsurers. In addition, the company must adhere to minimum coverage levels as agreed with SAMA for each class of business.

Naturally policies must be written in such a way that they are clear and unambiguous and can be read by the public at large. In line with conventional policy documentation the policy schedules must contain, at a minimum, the following:

- a. The policy number, which must also be provided in all related documents,
- b. Policyholder's name and address,
- c. The period of cover,
- d. Description of coverage and limits,
- e. Deductibles and retentions,
- f. Endorsements, warranties and riders,
- g. Conditions and exclusions
- h. The insurance rates, premium amounts, the basis of premium calculation and the amount of commission paid to a broker or agent.
- i. Clear identification of the property or activities being insured.

In addition, the standard text of the policy must contain the types of coverage, general terms, conditions and exclusions. The endorsements and riders must indicate any additional coverage, conditions and exclusions, identifying where they change the main agreement. Also, in line with convention, the company's seal and signature must be printed on the policy and attachments.

9. Code of Conduct, insurance sales and information disclosure

Consumer protection and the development of consumer confidence in the insurance industry are critical to the spirit of the regulations. Therefore, it is no surprise that the

Principles and practices of insurance

regulations have several Articles which direct companies on how they should relate to policyholders to ensure clarity and eliminate any misunderstandings regarding the policy coverage and premium.

Communication with Policyholders

If they wish it, policyholders must be allowed to view the policy terms, conditions and exclusions, before agreeing to the insurance contract. Once the policy is issued the contract cannot be changed by the company unless there is a material change in the risk. Policyholders can amend the policy by written request and, if agreed, this must be followed by an addendum issued by the company.

Cancellation, Denying and Non-Renewal of a policy

The company cannot cancel insurance during the policy period unless for a reason specified in the cancellation clause of the policy. If the company does cancel a policy it must refund any pre-paid premium on a pro-rata basis and the policyholder must be given at least 30 days written notice before the effective date of the cancellation. The company must also advise the policyholder the reason for the cancellation of the policy. If the policyholder cancels the policy before it expires then the company may refund any pre-paid premium on a 'short period-rate' basis.

The insurance must be issued without discrimination and unfair treatment. For example, an insurance company cannot deny insurance to a person of a certain race due to the colour of his or her skin. Neither can insurers deny coverage to a person or company solely because of the decisions of other companies. Acceptance and denial of insurance can only be made on the basis of the risk and the activities surrounding the risk itself. This would, however, include the loss history of the risk and/or policyholder. The same factors apply to cancelling or non-renewing a policy. The insurer must have credible reasons for cancelling, denying or non-renewing insurance.

Utmost Good Faith

The term *utmost good faith* is a key principle of insurance and the regulations apply the principle of utmost good faith. In other words, insurance contracts require that both the company and the policyholder disclose all relevant information to each other. This principle requires policyholders to respond truthfully to whatever questions the insurance company asks. Also, the policyholder must disclose any relevant information to the

Principles and practices of insurance

insurer about the risk or activities to be insured, even if the insurer does not directly ask the question. Likewise, the insurance company must disclose the policy wording, terms, condition and exclusions to the policyholder before the contract is issued. This must include a description of the basis of indemnification of the policyholder in the event of a loss.

10. Contract interpretation and enforcement.

While it is the duty of each company to interpret the policy and settle claims in line with standard insurance conventions, the regulations require companies to show evidence of fairness and adhere to minimum standards for claims settlement.

Each company must have its own claims department with procedures for accepting, evaluating and processing claims. The company must maintain records of each claim, whether they are paid, unpaid or rejected.

The regulations require that each company settle individual policyholders' claims within 15 days of receiving all requested necessary documentation related to the claim. If the case warrants an extension of an additional 15 days may be provided by the Compliance Officer . For commercial policyholders' claims the settlement must be made within 45 days. If this period is exceeded, the Compliance Officer must be advised and provided with reasons for the delay.

Companies must respond to policyholders' complaints within 15 days. All complaints must be registered and their outcome documented. A semi-annual report must be prepared and provided to the regulator.

11. Compulsory purchase of insurance coverage.

The Insurance Implementation Regulations do not cover the administration of compulsory insurance purchasing, such as automobile insurance. However, as compulsory insurance tends to be a legal requirement, in the case of automobile insurance, health insurance and social insurance it is worth a short discussion.

Principles and practices of insurance

Governments in a free market economy try not to interfere in the workings of the market place. The basic rules of supply and demand and a competitive environment are generally sufficient to ensure good order. However, almost every government finds it necessary to intervene in the insurance market place and make some types of insurance compulsory.

Failing to insure when it is compulsory will result in a criminal offence and punishment. Typically, a fine, which should be large enough to deter people from avoiding buying insurance and ultimately a prison sentence, is possible.

In society, there is a general principle that the innocent victims of accidents should be able to receive compensation from the guilty or negligent party who caused those injuries. It is often to support this principle that governments make some classes of insurance compulsory.

Compulsory insurance assist innocent victims to receive compensation in three broad areas:

Funds

If a person causes injury to another, the injured party can seek compensation from the guilty party and states have legal systems in place to aid this process. This process is defeated however, if the guilty party has no funds ('a man of straw') or hides his funds. Governments feel it necessary therefore to make insurance compulsory in certain cases as a means of ensuring that there will be funds available to compensate the innocent victim of accidents.

Society's Duty

In the event that no financial compensation is available the consequences can be severe for the victim and his family. In case of death or disablement to the family 'breadwinner', the family may have to rely on other family members or charity for support. If these are not available or inadequate, society through their government has a duty to look after its people. Insurance will

Principles and practices of insurance

provide the necessary financial compensation and reduce the burden on family or society.

Public Demands In some cases there are issues that the public consider unjust, because victims are denied access to financial compensation. Insurance is a method to help justice by ensuring that such compensation is available.

Recently, the Kingdom of Saudi Arabia made automobile insurance (third party liability) and medical expenses insurance compulsory for all drivers and residents/citizens. Why do you think the government made these types of insurance obligatory?

Do you think that the reasons fit in to the above categories or are there other reasons?

.....
.....
.....

Automobile Insurance

In KSA, third party motor insurance has been compulsory since November 2002. Originally, the requirement was everyone who holds a driving licence to have *Rukhsa* insurance providing unlimited indemnity for death or bodily injury to a third party and a minimum SR5M indemnity for third party property damage. Rukhsa insurance is linked to the driver. However, this was changed in 2006, when Rukhsa insurance was replaced with the conventional automobile insurance based on the vehicle at risk.

In the year 2012 (1433H) SAMA has issued the Unified Compulsory Motor Insurance Policy in its latest version).

Health/Medical Insurance

In most countries, the government is involved in providing healthcare in some form or another. It may be supervising or nationalising health insurance or the means of providing healthcare.

Principles and practices of insurance

If health insurance is compulsory then the government, private insurance companies or a combination of private and public, may provide it. The UK has a different approach, as the government owns hospitals and provide healthcare to citizens free at the point of delivery. The government, who raise the revenue through taxation and national insurance contributions pay doctors and other health service workers. Private hospitals are available for those who are willing to pay the extra costs.

In the Kingdom of Saudi Arabia, the government requires that all residents have medical expenses insurance. From September 2002 (1424H), it became mandatory for expatriates to have private medical insurance.

Injuries at Work

Unfortunately, accidents at work are a very common source of injuries and could result in a great deal of litigation. To ensure that workers are protected many governments around the world have made compulsory, one or both of the following systems in place: a workers' compensation plan and/or an employer's liability insurance contract.

Workers' compensation usually involves the government providing a schedule of benefits that it is compulsory for the employer to pay in the event of injury to an employee during the course of his employment. Sometimes, the Workers' Compensation plan is run by the government similar to a state-run insurance company and sometimes it is merely a supervisor of the law. Generally, in these plans, liability is not an issue as it is a 'no fault' system i.e. it is not necessary to prove fault, it is sufficient to show that the injury occurred at work.

Compensation is the amount detailed in a schedule of benefits, typically wages during any period of incapacity and possibly a lump sum for certain injuries. The employer can take out an insurance policy to indemnify him for his liability under any workmen's compensation rules.

Under an employer's liability system, (used in the UK) there is no guarantee of benefits. An employee must prove liability i.e. that the employer is responsible for any injury or illness. If successful, the employee can claim any amount considered appropriate. It is

Principles and practices of insurance

compulsory for the employer to have an insurance policy, with an approved insurer to ensure that funds are available to meet any award. It is worth mentioning that the courts have shown that they consider the employer's responsibility to be very wide.

In Saudi Arabia, GOSI regulations cover injuries at work. They provide compensation according to a scale of benefits considered adequate to meet the basic requirements of an average labourer. An employer may need workers' compensation insurance to cover work related injuries repudiated by, or in excess of GOSI. If the GOSI benefits are inadequate for an employee perhaps, with a large family or additional responsibilities the employee may take legal action for additional compensation. Employers in KSA may therefore also require full employer's liability insurance to give them this extra protection. (For more details please refer to the GOSI Act and its implementing regulations at www.gosi.gov.sa)

Other Compulsory Insurances

Motor vehicle accidents, injuries at work and healthcare are areas that most countries have legislation but governments often require insurance as part of a licensing or authorising process for particular professions. Examples include:

- Legal and medical professions
- Insurance brokers
- Keepers of dangerous animals (zoos, circuses)
- Riding Schools
- Funfairs and Amusement Parks

Insurance is also a requirement for many contracts, which effectively makes insurance compulsory for the contracting party. In the Kingdom, for example, government contracts will normally stipulate that the contractor must have a minimum insurance arrangement with their approved insurer. Most banks will require insurance to be placed on a house if they are financing the purchase of the home with a mortgage loan. They may also, require that the buyer has life (Protection & Savings) insurance to ensure that the loan can be paid off if he or she dies unexpectedly.

Principles and practices of insurance

Summary

The three main reasons for insurance regulation are:

- (1) To maintain the insurers' financial solvency and soundness so they can carry out their long term obligations to policyholders and pay claims.
- (2) To guarantee the fair treatment of current and prospective policyholders and beneficiaries by both insurers and the people who sell their policies.
- (3) The need to make certain types of insurance compulsory as a way of achieving broad financial protection to the general population.

In the Kingdom, the current Insurance Regulations were on 1 August 2003. This brought an end to the previously unregulated industry that was largely based outside of the country. The introduction of the new regulations was largely driven by two factors: the introduction of compulsory private health insurance for foreign residents, and as a part of the agreements for Saudi Arabia to accede to the World Trade Organisation (WTO).

The Insurance Implementation Regulations do not cover the administration of compulsory insurance purchasing such as automobile insurance. However, other laws require the purchase of insurance such as automobile insurance, health insurance and social insurance.



Progress Check

Directions: Choose the best answer to each question.

1. The insurance sector requires government regulation in order to:
 - a. protect policy holders.
 - b. protect insurance companies.
 - c. protect brokers.
 - d. encourage fair competition between insurance companies.

2. The landmark decision that led opening the Kingdom's insurance sector to foreign investment was in.
 - a. 1977
 - b. 1999
 - c. 2002
 - d. 2003

3. What is the key difference between a Sharia'h recognised Cooperative insurance company and a typical commercial insurance company?
 - a. Cooperative distributes profits to policyholders only
 - b. Cooperative distributes profits to shareholders only
 - c. Cooperative distributes profits to policyholders and shareholders
 - d. Commercial distributes profits to policyholders only

4. What were the two key drivers that brought about the introduction of insurance as a regulated industry within the Kingdom
 - a. Motor insurance and personal accident
 - b. Contactors all risk and medical malpractice
 - c. Marine and joining gulf union
 - d. Medical and joining the WTO

Principles and practices of insurance

5. Which government agency is responsible for regulating insurance in the Kingdom of Saudi Arabia?
- The Capital Market Authority.
 - The Ministry of Banking, Finance and Insurance.
 - The Institute of Banking.
 - The Saudi Arabian Monetary Agency.

6. Match each type of Insurance business with the minimum required professional liability limits:

a.	Insurance Brokerage	1.	SAR 6,000,000
b.	Reinsurance	2.	SAR 3,000,000
c.	Insurance Agency	3.	SAR 1,000,000

- a1; b2; c3
 - a2; b1; c3
 - a3; b2; c1
 - a2; b3; c1
7. How much of the Net Surplus is paid to policyholders.
- 10%
 - 20%
 - 70%
 - 100%

Progress Check Answers

1-a

2-d

3-c

4-d

5-d

6-b

7-a

Module 7 - Market Code of Conduct Regulation (MCCR)

Principles and practices of insurance

After studying this module, you should be able to:

Define MCCR

Identify what sectors of the insurance market MCCR is applied

Understand the minimum standards required by MCCR

Principles and practices of insurance

Introduction

Insurance contract is nothing but a piece of paper which promises to pay in the event of an insured contingency actually happens.

So in every country there will be regulations in place to protect the customer against deficiency in service in terms of delayed issuance or poor quality of documentation as well as non payment, delayed payment or short payment of claims.

Saudi Arabian Monetary Agency, the Insurance regulator for the Kingdom of Saudi Arabia has introduced Market Code of Conduct Regulation (throughout this courseware, we will refer to this regulation as MCCR) which will not only regulate marketing and selling of insurance products but also stipulates codes for insurers and service providers for a fair and transparent conduct of business and dealing with the customers.

Why is MCCR an integral part of any insurance market?

.....
.....
.....

7.1 - Introduction to MCCR

The code stipulates minimum standards that should be met by the insurance companies and the service providers.

It may, sometimes, so happen that the insurance company's internal standard for customer service may be more stringent than the minimum standard set by SAMA in this Regulation. Any Regulator will welcome such a move as this only goes towards improving service delivered to the customer and enhancing customer delight.

The following are the Service Providers who come under the scope of MCCR
Insurance Brokers, Insurance Agencies, Claim Settlement Specialists, Loss Assessors/Adjusters, Insurance Advisors, Third Party Administrators

In the above list of Service Providers, one service provider in the insurance value chain is missing. Can you name them? Why MCCR is not applicable to them?

.....
.....
.....

Since Customer Service depends entirely on how efficiently the company is organised to deliver that service, it is necessary that they establish appropriate internal checks and controls and put in place systems and procedures to not only ensure delivering excellent customer service but also monitor the delivery as well.

Systems and procedures will also mean that companies maintain adequate records like premium register, cover note control register, certificate register, claim intimation and settlement registers etc so that at any point of time, information can be retrieved for appropriate customer service.

Principles and practices of insurance

Since the service providers like loss adjusters and third party administrators represent an insurance company and act as face of that company while dealing with the public, in case of any deficiency in service on the part of service providers, the credibility of the insurance company who the service provider is representing will be affected. So the insurance company will have to ensure that the service providers have necessary controls and systems in place for efficient delivery of customer service on their behalf.

7.2 - General Requirements

Integrity: Though it is expected that the companies will generally act in a fair and transparent manner in all their dealings with the customer, Regulator and the general public, the MCCR has codified this in the form of general requirement.

The companies and the service providers are required to have an internal document which sets out the systems and procedures for conducting and transacting the business in a fair and transparent manner. Wherever, such steps and procedures are not codified, they have to adopt internationally accepted best practices for conduct of business.

What is the purpose behind codifying steps in conducting the business in a fair and transparent manner?

.....
.....
.....

Skill, Care and Diligence: In order to provide efficient customer service, the companies should have necessary technical skills and competence.

Competence has to be developed through periodic training in technical subjects, customer service and also regularly updating the employees through internal communication of the happenings in the Market in KSA and the world over.

It is the duty of a company to keep the employees' skills and insurance knowledge up-to-date? Discuss the ways in which a company can do that.

.....
.....

Principles and practices of insurance

MCCR expects all customers to be treated alike and no company can deny renewing or cancel an insurance policy without giving a valid reason for doing so.

Protecting customers' personal data is very important and companies should ensure that such data is not allowed to be abused or misused.

What are the ways in which personal data can be protected?

.....
.....

Any premium collected by the brokers or the agent must be immediately deposited with the insurance company.

Can you think of two specific reasons why the premium should be deposited with the insurance company immediately?

.....
.....

The brokers/agents can also the deposit the premium in the bank account specifically for this purpose and should not appropriate this money for any other purpose.

The only exception for the above rule is that they can withdraw their commission from this account but only after getting the necessary authorisation from the Insurer in writing to this effect.

Can the broker/agent treat the money in the premium account as security against any sums receivable from the Insured?

.....
.....

Since the service providers like brokers, agents, loss adjusters, TPAs etc represent the company and deal with the customers on behalf of the company, it is essential that the

Principles and practices of insurance

insurance company enters into a contract with these service providers setting out the procedures, rights and responsibilities of each party and also the establishment of systems controls for effective delivery of service by these providers to the customers on their behalf .

Principles and practices of insurance

7.3 - Conduct Standards

To ensure that the customers are not put to difficulty, MCCR insists that the insurance policy application and contract wordings must adhere to some minimum standards.

MCCR lists of the following as minimum standards:

1. The proposal form and the policy document must be bilingual – both in Arabic and English.
2. The sentence structure and the language used should be simple and should be easily understandable by laymen.
3. They should be printed in clear readable text.
4. There is also a mention about the legendary small print in insurance policies and MCCR specifically prohibits these documents to be in fine print.

What part of the Policy is normally printed in fine prints and why?

.....

.....

.....

.....

Further guidelines:

MCCR also provides further guidelines as regards the proposal form and the policy document.

The policy form must contain:

1. A disclosure statement indicating that the policy contract is the entire contract
2. A description of Insured's duties after a loss has occurred
3. A description of claims and disputes handling procedures.

Principles and practices of insurance

Any amendment to the policy should be done only after receiving a written request for the same from the Insured and also these amendments should be made only by way of endorsement.

Policy Cancellation:

Another requirement of MCCR is that cancellation of insurance policies should be made simple and that the terms must be fair to the customer.

Every policy must contain cancellation terms which will include

- a. conditions under which the Insurer has the right to cancel the policy
- b. conditions under which an Insured can cancel the policy
- c. Notice period required for cancellation by both the parties
- d. The method of refunding the premium , if applicable on cancellation and
- e. A description of cash surrender value, if applicable (in case of Protection & Savings insurance)

Free Look Clause:

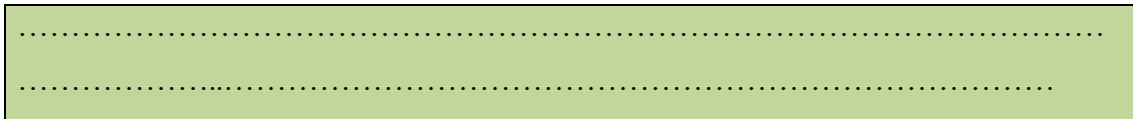
A FREE LOOK clause has to be incorporated in all Protection & Savings which should provide a minimum of 21 days period from the date of delivery of the policy to the Insured.

Free Look period is the right of an Insured to examine an insurance policy for a stated period, in this case 21 days, and if the Insured is not satisfied of its suitability and benefits to him, to return the policy and receive a refund of the initial premium.

In some markets, the refund is in full whereas, in the Kingdom, the regulator has stipulated that a pro-rated amount will be retained by the Insurer for the period for which they had assumed risk after deducting the expenses incurred by them on medical examination.

In case of Unit Linked Plans, the Insurer is also entitled to make appropriate adjustments to take the changes in the price of the Units into consideration.

Discuss the issues associated with 100 % refund of premium under Free Look Clause



Advertising and Promotion:

Companies should use their advertising campaign judiciously and should not communicate inaccurate statements about the company, products, price, coverage, benefit etc.

Defamatory statements about competition:

They should not also target their competitors in their advertising campaign.

Information on companies' offering:

The companies must disclose some minimum pre-acceptance information to the customers:

1. Whether they are Insurers or intermediaries
2. Whether there exists any other relationship between the Insurer and the intermediary other than the brokerage/commission
3. The nature and range of products and services they can offer.

Information from/to the customers:

Companies are obliged to seek information from customers to assess their insurance needs depending on the products and services which they are interested.

Since insurance contracts are based on the duty of utmost good faith, Insurers should draw the attention of the customers to their duty to disclose relevant and accurate information.

Companies have to take care that the advice given to clients adequately meets their needs. They should provide sufficient information to enable customers to make informed decisions when purchasing insurance products and services.

Principles and practices of insurance

Churning:

Companies should inform the Insured of the consequences when he wants to replace the existing P & S insurance with a new one.

Discuss the issue of replacing a Protection and Saving Policy with a new one.

Obligation of brokers:

The brokers are Insured's representative and hence have to get the best possible term for their clients. They do this by obtaining quotes from several insurance companies.

When they obtain such quotes and recommend one, they have to indicate the reasons for recommending any particular insurance company. The justification should include a comparison of the terms and conditions offered by each insurance company, and if the broker would earn more commission on the recommended contract this must be explained to the customer.

Obligation of Insurers:

The first step before accepting a business from the proposer is to provide the important terms and conditions of the product in which the proposer is interested.

Some of the key information required to be furnished to the proposer includes:

1. Benefits, exclusions, and deductibles.
2. The coverage period.
3. All related costs, including premiums and any other fees.
4. The terms of payment covering the periodicity of payment, grace period, implications of discontinuing the premium and any other related details.
5. The claims and complaints handling procedure.
6. The obligations of each party under the insurance policy.
7. The cancellation and renewal rights and conditions.

Principles and practices of insurance

8. The requirements for carrying out policy alterations.
9. Any aspect of the policy where the insurance company has the right to change something once cover has commenced such as benefit charges and policy fees on protection and savings business.
10. Any unusual restriction or condition attaching to the customer.

Which principle of insurance casts the above obligations on the part of the Insurer?
How?
.....
.....

In addition to the above, companies must provide the following information with regard to protection and savings insurance products:

1. Type of plan – Participating, non participating or investment linked.
2. Basis of participation in profit in case of participating – cash bonus, deferred bonus, reversionary bonus, terminal bonus etc.
3. Plan illustration providing the sum insured, surrender value and paid up value over the term of the plan.

Insurance cover should not be back-dated on any insurance product. Why?
.....
.....

MCCR states some of the obligations of the insured in the insurance contract which are related to Premium, Disclosure of material information. Discuss why these obligations are relevant information.
.....
.....
.....
.....

Principles and practices of insurance

Confirmation of coverage:

It is the duty of the Insurer to provide written confirmation confirming the coverage as soon as a contract is concluded.

What are the ways in which a written confirmation can be given evidencing the contract?

.....
.....

When an application for insurance is taken without a premium payment, the Insurer should provide a receipt to the customer indicating that coverage will commence at the date the policy is issued and the first premium is paid.

Insurers are obliged to provide the full policy documentation to customers after entering into an insurance contract promptly.

It is mandatory on the part of the Insurers to obtain the customers' signature confirming the contents, understanding, and receipt of the full policy documentation.

How does a counter signature from the customer help?

.....
.....

Policy coverage to employees and close relatives:

Insurers should avoid covering the assets and liabilities of their employees which will include the owner, Board of Directors, management and staff including their close family members. In case, this requires to be done, then the full premium needs to be collected before the cover commences.

Close family members will mean wi(fe)ves, children, parents, brothers and sisters.

Premium Collection:

Insurers can collect premium on a transaction only if it is finalised.

Insurance companies are considered to have received the premiums once the premiums are received by the agents or brokers.

Principles and practices of insurance

The agent of an Insurer collected the premium cheque and posted it to the company. While the cheque was in transit, a claim occurred. Is the insurance contract is valid and the claim payable?

Claims handling:

Whether the Insurer handles claims directly or through outsourcing, the following are some of the activities which are expected of them/handling agency:

- A. Respond to claims filing in a prompt manner.
- B. Provide claims forms showing all the information or steps required by the customer (including the beneficiary under a protection and savings policy) to file the claim.
- C. Acknowledge to the customer the receipt of the claim and any missing information and documents within ten (10) days from receiving the claim's application form.
- D. Provide adequate guidance to the customer in filing the claim and information on the claims handling process.
- E. Inform customers of the progress of filed claims, at least every fifteen (15) working days (as per article 44 of the Implementing Regulations).
- F. Handle claims in a fair manner.
- G. Appoint a claims or loss adjuster when necessary, and notify the customer of such an appointment within three (3) working days.
- H. Conduct a reasonable investigation of claims within a reasonable time period.
- I. Notify the customer in writing of the claim acceptance or refusal promptly after completing the investigation, stating the following:
 1. For accepted claims (full or partial acceptance):
 - Settlement amount.
 - How the settlement amount was reached.
 - Justification if reduced settlement is offered.
 - Justification in case any part the claim is not accepted.

Principles and practices of insurance

2. For denied claims:

- Written reason for denying the claim under question.
- Copies of documents or information that were used in reaching the decision, if requested.

J. Explain the appeal or complaints process, if the settlement is not accepted by the customer.

K. Forward the claims settlement payment without undue delay upon receiving all required information and documentation.

Insurance companies are obliged to settle the claims within fifteen days from the date of receiving all requested and necessary documents and when that is not possible, provide an explanation, with reason(s) for such delay.

Credit Control

Full payment terms must be agreed in writing at the outset of the policy, and the insurance company should promptly cancel a policy, after appropriate warnings, and thirty (30) days notice, if payments are not made. Premiums must be paid separately from, and may not be offset from, claims payments.

Complaints Handling

Complaints handling and resolution are important constituents of after sales service.

Companies have to put in place a fair, transparent, and accessible complaints handling process, and inform customers of the complaints filing procedures.

Cancellation

Cancellation of policies must conform to the cancellation conditions specified in the policy terms and conditions.

Cancellations by the insurance company must be notified to customers in writing, including a reference to the relevant contractual cancellation condition and explanation of the underlying reasons for the cancellation. In such cases, the balance premium has to be returned on pro-rated basis.

The policyholder may also cancel the policy in which case he will be entitled for a refund on short period scale as per the schedule given in the policy.

Can the insurance company cancel a policy where a valid claim has occurred?

Renewal and Expiry

Companies must inform customers of the policy renewal or expiry date in a timely manner to allow customers to arrange continuing insurance coverage.

For all protection and savings contracts, insurance companies should provide an annual statement to their customers which include the following information:

- A. Projected maturity value, or value at age eighty-five (85) for the whole policy.
- B. Current sum insured on main and supplementary benefits.
- C. Total premiums paid in the previous year.
- D. Policies linked to investment funds should show the value of the units in each fund.

Distribution of Surplus:

A key aspect of the introduction of regulated insurance in the Kingdom is the cooperative nature of the industry. Therefore the regulations require that Saudi Insurers must operate on this cooperative basis. One of the main points which distinguish cooperative insurance from a traditional insurance model is the distribution of surplus funds to the policyholders.

The key to the distribution of surplus funds lies in how the net surplus is calculated.

This calculation is made in the following steps:

Step1. Earned Premium + income generated from reinsurance commissions and other insurance operations.

Step2 Incurred Claims = (claims outstanding at the end of the year + claims paid – Claims outstanding at the beginning of the year)

Step3 Total Surplus = (Difference between Step 1 and 2) – Marketing expenses – Administrative expenses – technical provision – general operating expenses

Principles and practices of insurance

Step4 Net Surplus = Step 3 (+/-) Policyholder's investment return – expenses relating to management of policyholder's investment fund

10% of the net surplus is to be distributed to the policyholders directly either in the form of a direct payment or as reduction in premium for the next year

The remaining 90% of the Net Surplus is to be transferred to the shareholders income statements.

Twenty percent (20%) of the net shareholders' income is to be set aside as a statutory reserve until reserve amounts are equal to 100% of the paid capital.

Insurers have to document the mechanism they have to put in place to comply with article seventy (70) of the Implementing Regulations, and submit this document to SAMA for approval.

This document should then be freely available to customers and Members of the Public.

7.4 Appendix

The Market Code of Conduct Regulation (Dated 16/9/2008 (15/9/1429H) to be implemented by Insurers and Insurance Service Providers in the Kingdom of Saudi Arabia – introduced by Saudi Arabian Monetary Agency (English version)

Part 1

Introduction

Purpose

1. This Code presents the general principles and minimum standards that should be met by insurance companies, including branches of foreign insurance companies, and insurance service providers licensed by SAMA in their dealings with their existing and potential customers.
2. The objective of This Code is to promote high standards of business conduct within the insurance industry.
3. This Code must be read in conjunction with articles 12, 15, 16, 19, 22, 24, 25, 26, 37, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 71, 77, 78, and 80 of the insurance Implementing Regulations.

Definitions

4. The terms used in This Code shall have the same meaning as per article one (1) of the insurance Implementing Regulations, unless mentioned otherwise.

Scope and Exemptions

5. The term “Companies” in This Code is intended to include: insurance companies, insurance brokerages, insurance agencies, insurance claims settlement specialists, loss assessors (loss adjusters), and insurance advisors.
6. Reinsurance activities are exempted from the provisions of This Code.

Compliance Measures

7. Companies must establish appropriate internal controls and procedures to ensure and monitor compliance with This Code, including the compliance of all contracted companies.
8. Companies must maintain adequate records to demonstrate compliance with This Code, including but not limited to, reasons for early termination or non-renewal of insurance policies, claims records and complaints records.

Supervision of Other Contracted Companies

9. Insurance companies are responsible for ensuring that all persons dealing with customers on their behalf, including their own staff and other licensed agents who sell the company’s products and services, perform their duties in compliance with this Code.

Non-Compliance

10. Non-compliance with the requirements set forth in This Code will be deemed a breach of the licensing conditions and may subject the companies to enforcement action.
11. Companies should promptly inform SAMA of any circumstances that may restrict their ability to adhere to the requirements herein.

Structure of This Code

12. The market conduct requirements are outlined in Parts 2 and 3 of this Code:
- A. Part 2 -General Requirements, which are principle-based.
 - B. Part 3 - Conduct Standards, which stipulate the companies' minimum conduct requirements across the customer relationship lifecycle, which includes pre-sales, sale, and post-sale conduct guidelines.

Part 2

General Requirements

Integrity

13. Companies must act in an honest, transparent and fair manner, and fulfill all of their obligations to customers, which they have under the laws, regulations, and SAMA guidelines. Where these obligations have not been fully codified, companies may follow internationally accepted best practices.

Skill, Care, and Diligence

14. Companies must act within their area of competence in dealing with customers. For this purpose, competence is acquired through training, experience, and working with experts in the field.

15. It is the duty of each company to keep their, and their employees', skills and knowledge of the insurance business up-to-date and be informed of the products and services offered by the company, or companies, they represent and the intended use of these products and services.

Non-Discrimination

16. Companies must not unfairly discriminate between customers, whether existing or potential customers, and must provide credible reasons for denying, canceling, and not renewing insurance policies.

Adequate Resources

17. Companies must take reasonable care in maintaining adequate managerial, financial, operational, and human resources to carry out their business and serve their customers.

Disclosure Information to Customers

18. Companies must communicate all relevant information to customers in a timely manner to enable them to make informed decisions.

19. Companies must take reasonable measures to ensure the accuracy and clarity of the information provided to customers and make such information available in writing.

Data Protection

20. Companies must, at all times, ensure that customer personal data is protected. This means that the data:

- A. Must be obtained and used only for specified and lawful purposes.
- B. Must be kept secure and up to date.
- C. Must be provided to the customer upon his written request.

Principles and practices of insurance

- D. Must not be disclosed to any third party, without prior authorization from SAMA, other than the companies' auditors and actuaries.

Security of Customer Assets

21. Companies must ensure the security of customers' assets held on their behalf. Any premiums collected by the broker or agent must either be placed in a separate bank account (the premium account) that has been established for that purpose, or passed directly to the insurance company as is required under the contractual arrangement with the insurance company. The only payments that can be deducted from the premium account are:

- A. Premium payments to a licensed insurance company.
- B. Commission payments where the insurance company authorizes the broker or agent to make premium payments net of commission. The premium account must not be treated as the property of the broker or agent in any sense. In particular, it must not be used as security for any loan, and it must be clearly beyond the reach of the broker or agent's creditors.

Conflict of Interest

22. Companies should take reasonable measures to identify and address conflicts of interests to ensure fair treatment to all customers. Where conflicts of interest arise, the companies must disclose such conflicts to the customer and must not unfairly place its interests above those of its customer.

Contracting Service Providers

23. Companies that use the services of other parties, including other companies, must have a contract in place setting out the terms and conditions for the provision of services, the rights and responsibilities of each party and the extent of the liability that each party has to the other.

Part 3

Conduct Standards

Section A: Policy Forms and Rates

Policy Wording and Packaging

24. The wording of the insurance policy application and contract forms must adhere, at a minimum, to the following:

- A. Written in both Arabic and English.
- B. Use simple language and sentence structure, when possible.
- C. Printed in clear, readable text, with no fine print.

25. The printed insurance policy application and contract forms must adhere to requirements set in article 52 of the Implementing Regulations, and include:

- A. A disclosure statement indicating that the policy contract is the entire contract.
- B. A description of the insured's duties after a loss has been incurred.
- C. A description of the claims handling and dispute handling procedures.

Policy Amendments

26. An insurance policy contract shall be amended only after a written request submitted by the policyholder and to which the insurance company agrees followed by an endorsement issued by the insurance company to the policyholder.

Policy Cancellation

Principles and practices of insurance

27. Companies should include cancellation terms that are fair to customers and are reasonable and appropriate with regard to the product. The cancellation conditions must be clearly stated in the policy contract, including:

- A. Conditions permitting the insurance company to cancel the policy.
- B. Conditions permitting the policyholder to cancel the policy.
- C. Cancellation notice requirements, including notice period. In any case, the Policyholder should be afforded a minimum period of thirty (30) days before the effective date of cancellation by the companies (as per article 54 of the Implementing Regulations).
- D. A description of the refund of premium due to the policyholder on cancellation of the policy and when it would be payable.
- E. For Protection and Savings insurance, in addition to (D) above, a description and illustration of the cash surrender value, if applicable, for each year of the plan.

“Free Look” Clause (Protection & Savings Insurance Products)

28. Every policy for protection and savings insurance should provide at least a twenty-one (21) day Free Look period from the date of delivery of the insurance contract for the policyholder to review the contract to assess its suitability and whether it provides the benefits described by the agent or broker. The policy will be deemed to be fully in force and this provision will be deemed to be waived by the policyholder, if the policyholder does not inform the insurance company within the period that the policy will be returned. If the policyholder deems the policy unsuitable, the insurance company must be notified in writing within the Free Look period and a refund of premiums paid to the customer subject only to the following:

- A. Deduction of the expenses incurred by the insurance company on medical examination of the customer.
- B. Deduction of a proportionate risk premium for the period of cover.
- C. In respect of a unit linked plan, the insurance company shall also be entitled to make an appropriate adjustment to take account of changes in the unit price.

Pricing

29. Companies must apply the pricing structure submitted to and approved by SAMA as part of the product approval application.

Discrimination

30. Companies' underwriting criteria and practices must not be unfairly discriminatory.

Section B Advertising and Promotion Honest Representation

31. Companies must not communicate any statements or advertising, directly or indirectly, that are inaccurate, misleading, exaggerated, or deceptive, including but not limited to information on:

- A. Name of the company issuing the insurance policy.
- B. Financial status of the insurance company issuing the policy.
- C. Coverage of the policy.
- D. Benefits or advantages promised by the policy.
- E. If the advertising includes the policy pricing, then it should indicate whether the price is inclusive of all fees.

Defamatory Statements

32. Companies should not include in their advertising any false or defamatory statements on other companies.

Section C

Pre-sale Customer Contact

Information about the Companies' Offering

33. Companies must disclose, at a minimum, the following information to each customer prior to accepting an application for an insurance contract:

A. Whether they are an insurance company, or are acting on behalf of an insurance company, or acting on behalf of the customer.

B. Any financial relationship between a broker and the insurance company other than the normal commission agreements. In particular if there is any cross-ownership, or both parties have owners in common, the customer should be informed.

C. The nature and range of products and services they can provide.

Customer Needs Assessment

34. Companies must seek information from customers as might reasonably be expected to assess their insurance needs in relation to the products and services in which they indicated an interest. Companies are not required to determine customers' insurance needs beyond the specific products and services in which customers have indicated an interest, except with regard to protection and savings contracts (see article 41 below).

35. Customers should be informed of their duty to disclose relevant and accurate information.

Advice to Customers

36. Companies must ensure that the advice given to clients adequately meets their needs.

37. Companies must provide sufficient information to enable customers to make informed decisions when purchasing insurance products and services, including:

A. An explanation of how the proposed advice meets their needs.

B. If different options are identified, the difference in the benefits, coverage, and costs of such options.

Avoidance of Churning

38. Companies should not advise a customer to replace an existing protection and savings policy with a new one, unless it fully justifies the recommendation and make it clear that a second set of initial charges will be incurred, and the agent will earn initial commissions on the new product.

Quotations to be Obtained from More than One Insurance Company

39. Insurance brokers must make reasonable efforts to obtain quotations from several licensed insurance companies, and indicate the reasons for recommending any particular insurance company. For contracts other than protection and savings, if the insurance company recommended by the broker has not provided the cheapest quotation, the broker must provide details of the cheapest quotation to the customer, and a full justification for his recommendation. The justification should include a comparison of the terms and conditions offered by each insurance company, and if the broker would earn more commission on the recommended contract this must be explained to the customer.

Section D
Sale of Insurance Products and Services
Disclosure to Customers

40. Prior to accepting an application for an insurance contract, the companies must provide customers with the key terms and conditions of the product and service to be purchased, including but not limited to:

- A.** The name of the insurance company underwriting the policy.
- B.** Benefits, exclusions, and deductibles.
- C.** The coverage period.
- D.** All related costs, including premiums and any other fees.
- E.** The terms of payment covering the periodicity of payment, grace period, implications of discontinuing the premium and any other related details.
- F.** The claims handling procedure.
- G.** The complaints handling procedures.
- H.** The obligations of each party under the insurance policy.
- I.** The cancellation rights and conditions.
- J.** The renewal rights and conditions.
- K.** The requirements for carrying out policy alterations.
- L.** Any aspect of the policy where the insurance company has the right to change something once cover has commenced such as benefit charges and policy fees on protection and savings business.
- M.** Any unusual restriction or condition attaching to the customer.
- N.** The postal address, telephone, fax and email contact details of the insurance company.

41. In addition to the above, companies must provide the following information with regard to protection and savings insurance products:

- A.** Whether the plan is participating, non-participating or an investment linked plan.
- B.** In case of participating, the basis of participation in profits i.e., cash bonus, deferred bonus, reversionary bonus, terminal bonus etc.
- C.** Plan illustration providing the sum insured, surrender value and paid-up value over the term of the plan. The illustration should show these values at the end of each of the first five (5) policy years, five (5) yearly thereafter, and at maturity date if appropriate or up to age eighty-five (85) if not.
- D.** If benefits are not fully guaranteed, the customer should be provided with three illustrations with gross investment return rates of 3%, 5% and 7% p.a.
- E.** The extent of any investment or expense guarantees. It should be clearly stated that values shown are for illustrative purposes only unless the investment and expense charges are fully guaranteed.
- F.** For non-linked plans, where applicable, a breakdown of the premiums and charges by main cover, supplementary cover and any other cover or services provided.
- G.** When presenting information related to past performance, the basis on which the performance was calculated together with a statement that past performance is not indicative of future performance.
- H.** If the policyholders' funds may be invested in a range of linked investment funds, a description of the investment funds, which should include, at a minimum:
 - 1.** A description of the asset classes the fund may invest in.
 - 2.** A risk or volatility rating for each fund.
 - 3.** If the fund is measured against a benchmark, details of that benchmark.
 - 4.** Geographical spread of the investments.

Principles and practices of insurance

5. A statement of any concentration of investments into particular types of investments.
 6. The currency that the fund is priced in.
 7. The frequency that the fund is priced.
 8. The name of the fund manager, if the fund is external to the insurance company.
 9. Past performance of the fund, subject to the same comments as stated in (g) above.
42. Companies selling savings and protection contracts should complete a client fact find containing sufficient information to fully back-up the product recommendation made. The fact find must be signed by the client, and retained on the clients file. In the event of any dispute over the appropriateness of the contract sold, the contents of the fact find will be taken fully into account. If the fact find is not on the file, or is poorly or partially completed, this is likely to lead to the dispute being resolved in favor of the client.
43. Insurance brokers should disclose to the customer at the point of sale the full commissions and/or fees earned for the services provided from all sources.
44. Companies that represent the insurance company in arranging the insurance contract must disclose to the customer all commissions, fees, and any other remuneration received from arranging the insurance contract.
45. Insurance cover may not be back-dated on any insurance product. No insurance company, or employee of an insurance company may provide evidence of cover on a product unless the customer has committed to taking out a full annual policy that complies with the minimum standards set for that policy.

Customer Obligations

46. Prior to entering into an insurance contract, the companies must inform customers of their key obligations under the insurance contract to pay premiums in a timely manner and to provide full and honest disclosure of all relevant information needed to determine the insurance needs and underwrite the risk. The customer should only be expected to advise the companies of information that a reasonable person would regard to be relevant.

Confirmation of Coverage

47. Upon entering into an insurance contract, companies must promptly provide customers with official written confirmation of the insurance coverage. In case the full documentations are not available, the companies must issue temporary evidence of coverage confirmation, which can be legally used as a proof of coverage.
48. When an application for a compulsory insurance product such as motor or health is taken with a premium payment, a receipt should be provided to the customer indicating that coverage commences at the date the application was completed.
49. When an application for insurance is taken without a premium payment, a receipt should be provided to the customer indicating that coverage will commence at the date the policy is issued and the first premium is paid.

Documentation

50. Companies must promptly provide the full policy documentation to customers after entering into an insurance contract. Companies must obtain the customers' signature confirming their revision, understanding, and receipt of the full policy documentation.

Related Parties

Principles and practices of insurance

51. No insurance policy shall be issued or renewed by an insurance company to any of its owners or members of the Board of Directors, Senior and Executive Managers, and their related parties except after the payment of the full premium (as per article 49 of the Implementing Regulations). Related parties shall be taken to mean close family members, wives, husbands, children, parents, brothers and sisters.

Premium Collection

52. Companies must not collect premiums or fees for transactions that are not in the process of being provided or have not yet been provided.

53. Insurance companies are considered to have received the premiums once the premiums are received by the agents or brokers.

Section E

Post-sale Customer Servicing After-Sale Service

54. Companies must provide after sales services to customers in a timely and appropriate manner, including responding to their inquiries, administrative requests, and requests for amending the insurance policies. In particular, companies must:

- A. Provide certificates of coverage when requested by the customer.
- B. Provide written confirmation of any amendments to the policy and any additional amounts due.
- C. Issue receipts for any amounts received, unless payment is made by credit card or other form of automated bank transfer when the bank records will suffice.
- D. Issue refunds or other charges due to customers.

55. Companies must promptly notify customers of any changes in the disclosures or conditions made to the customers at the time of entering into the insurance contract. This includes changes in the companies' contact details and changes in the claims filing procedure.

Claims Handling

56. For companies whose licensed activities include claims handling, they must:

- A. Respond to claims filing in a prompt manner.
- B. Provide claims forms showing all the information or steps required by the customer (including the beneficiary under a protection and savings policy) to file the claim.
- C. Acknowledge to the customer the receipt of the claim and any missing information and documents within ten (10) days from receiving the claim's application form.
- D. Provide adequate guidance to the customer in filing the claim and information on the claims handling process.
- E. Inform customers of the progress of filed claims, at least every fifteen (15) working days (as per article 44 of the Implementing Regulations).
- F. Handle claims in a fair manner.
- G. Appoint a claims or loss adjuster when necessary, and notify the customer of such an appointment within three (3) working days.
- H. Conduct a reasonable investigation of claims within a reasonable time period.
- I. Notify the customer in writing of the claim acceptance or refusal promptly after completing the investigation, stating the following:
 - 1. For accepted claims (full or partial acceptance):
 - Settlement amount.
 - How the settlement amount was reached.

Principles and practices of insurance

- Justification if reduced settlement is offered.
- Justification in case any part the claim is not accepted.
- 2. For denied claims:
 - Written reason for denying the claim under question.
 - Copies of documents or information that were used in reaching the decision, if requested.
- J. Explain the appeal or complaints process, if the settlement is not accepted by the customer.
- K. Forward the claims settlement payment without undue delay upon receiving all required information and documentation.

Claims Settlement

57. Insurance companies must settle claims within the time period indicated in article 44 of the Implementing Regulations, and when that is not possible, provide an explanation, with reason(s) for such delay.

Credit Control

58. Companies may not provide excessive credit to customers. Full payment terms must be agreed in writing at the outset of the policy, and the insurance company should promptly cancel a policy, after appropriate warnings, and thirty (30) days notice, if payments are not made. Premiums must be paid separately from, and may not be offset from, claims payments.

Complaints Handling

59. Companies must put in place a fair, transparent, and accessible complaints handling process, and inform customers of the complaints filing procedures.
60. Upon receiving a complaint, companies must carry out the following:
- A. Acknowledge the receipt of the complaint.
 - B. Provide an estimate of the time to address the complaint.
 - C. Provide the customer with the contact reference to follow up on the filed complaint.
 - D. Inform customers on the progress of the filed complaint.
 - E. Address the claims in a prompt and fair manner within ten (10) working days of receiving the complaint.
 - F. Notify the customer, in writing, whether the complaint is accepted or rejected, and the underlying reasons for the decision and, if applicable, any offered compensation.
 - G. Explain the dispute filing process to escalate the complaint to the committees established by article 20 of the law on supervision of cooperative insurance companies.

Cancellation

61. Cancellation of policies must conform to the cancellation conditions specified in the policy terms and conditions. Cancellations by the insurance company must be notified to customers in writing, including a reference to the relevant contractual cancellation condition and explanation of the underlying reasons for the cancellation.
62. Amounts due to customers as a result of the cancellation of a policy must be paid without undue delay, and must be calculated in accordance with the provisions of article 54 of the Implementing Regulations.

Renewal and Expiry

- 63.** Companies must inform customers of the policy renewal or expiry date in a timely manner to allow customers to arrange continuing insurance coverage.
- 64.** For all protection and savings contracts, insurance companies should provide an annual statement to their customers which includes the following information:
- A.** Projected maturity value, or value at age eighty-five (85) for the whole policy.
 - B.** Current sum insured on main and supplementary benefits.
 - C.** Total premiums paid in the previous year.
 - D.** Policies linked to investment funds should show the value of the units in each fund.

Distribution of Surplus

- 65.** An insurance company must document the mechanism it will put in place to comply with article 70 of the Implementing Regulations, and submit this document to SAMA for approval. This document should then be freely available to customers and Members of the Public.