



الأكاديمية المالية
THE FINANCIAL ACADEMY

شهادة «مطالبات التأمين»

منهج تعليمي صادر عن الأكاديمية المالية

سبتمبر ٢٠٢١ م

يحتوي هذا المنهج التعليمي على أربعة فصول، وهو المرجع الأساسي لاجتياز اختبار

شهادة «مطالبات التأمين»



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مرحبا بكم في المنهج التعليمي الصادر عن الأكاديمية المالية. صُمِّم هذا الكتاب لتأهيل المختبرين لاختبار شهادة "مطالبات التأمين" الذي تنظّمه الأكاديمية المالية.

يعدّ هذا الكتاب دليلاً تعليمياً وقد بذلت الأكاديمية قصارى جهدها للتأكد من دقة محتوى الكتاب. جميع الحقوق محفوظة للأكاديمية، ولا يجوز إعادة نشر أي جزء من هذا الكتاب أو تخزينه عن طريق نظام استرجاع المعلومات، كما يحظر نقله بأي شكلٍ أو بأي وسيلة سواء إلكترونياً أو بالتصوير أو التسجيل أو خلافه من دون الحصول على إذن مسبق من الأكاديمية المالية.

تظهر خارطة المنهج، التي تشمل خطة دراسية مفصّلة، في نهاية هذا الكتاب التعليمي، كما يُمكن الاطلاع على الخطة الدراسية عن طريق زيارة الموقع الإلكتروني للأكاديمية www.fa.org.sa أو الاتصال بالأكاديمية على رقم الهاتف +966114662688, فاكس: +966114662368.

يجب التنويه أن الاختبار يقوم على أساس هذه الخطة، لذا نوصي المتقدمين لاختبار شهادة "مطالبات التأمين" بالتأكد من حصولهم على آخر المُستجدّات المُتعلّقة بالمنهج.

صُمّمت الأسئلة الواردة في محتوى هذا الكتاب التعليمي لتكون بمثابة وسيلة تساعد المتقدم للاختبار على مراجعة شتى المجالات الواردة في المنهج ولتعزيز التعلّم فصلا تلو الأخر، ولا ينبغي عد هذه الأسئلة بأنها أسئلة اختبار "تجريبية" أو التّظر إليها على أنها مؤشّر على مستوى الأسئلة التي ستأتي في الاختبار الموافق لهذه المادة التّعليمية.

الناشر: الأكاديمية المالية 2021م

صندوق بريد 10820 الرياض 11434 المملكة العربية السعودية

الهاتف: +966114662688

الفاكس: +966114662368

جميع حقوق التأليف والطبع والنشر محفوظة

الفصل الأول: دراسة وتحليل المطالبات في سوق التأمين السعودية

يبدأ الكتاب باستعراض هيكل قطاع الخدمات المصرفية للأفراد في المملكة العربية السعودية وتعريف النظام البنكي وتصنيف المؤسسات في القطاع المصرفي وأنواع البنوك. ويعرض الفصل أيضاً الملامح العامة لقطاع الخدمات المصرفية والأطر التنظيمية للقطاع وتأثير القواعد والمعايير الاتفاقيات الدولية على القطاع المصرفي في نهاية الفصل نستعرض نشأة وتطور النظام المصرفي السعودي.

الفصل الثاني: الاحتياطيات والمخصصات الفنية في شركات التأمين

يقدم هذا الفصل المنتجات والخدمات المصرفية للأفراد داخل المملكة العربية السعودية وأنظمة المدفوعات والخدمات التقنية في القطاع المصرفي ومنها نظام المدفوعات السعودية وأجهزة الصراف الآلي.

الفصل الثالث: إجراءات تسوية المطالبات

يتناول هذا الفصل مفهوم التمويل المسؤول والأحكام المتعلقة به والطرق الكمية لتقييم الجدارة الائتمانية للعميل وقدرته على السداد. حيث تعتبر حماية عملاء البنوك هدفاً استراتيجياً يسعى البنك المركزي السعودي دائماً إلى تحقيقه من خلال تحفيز البنوك على تقديم المستوى المطلوب من المعاملة العادلة والأمانة والشمول المالي.

الفصل الرابع: مؤشرات اكتشاف الاحتيال في المطالبات التأمينية

يقدم هذا الفصل نظرة عامة عن قطاع المصرفية الإسلامية، والفرق بينه وبين المصرفية التقليدية. ثم التعرف على نشاط المصرفية الإسلامية من خلال عمليات النوافذ الإسلامية. كما يتناول الفصل منظمات البنية التحتية للصناعة المصرفية الإسلامية وهيئاتها. وأخيراً، التعرف على أدوات وصيغ التمويل الإسلامي ومفهوم الصكوك الإسلامية وعمليات التوريق.

مسرد المصطلحات

الأسئلة متعددة الاختيارات

إجابات الأسئلة

خريطة المنهج

الفصل الأول

دراسة وتحليل المطالبات في سوق التأمين السعودية

يتضمن هذا الجزء من المنهج قرابة ١٢ سؤالاً تجريبياً من بين ٥٠ سؤالاً في الاختبار.



مقدمة:

يعد سوق التأمين في المملكة العربية السعودية من أكبر أسواق التأمين على المستوى الإقليمي، حيث يشهد نمواً من سنة لأخرى، وتتناول في هذا الفصل، الجوانب التنظيمية والقانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي، نظرة عامة على المطالبات، مطالبات أنواع التأمين الأكثر شيوعاً، والاستثناءات في وثائق التأمين الأكثر انتشاراً في سوق التأمين السعودي، ودور الوسطاء في إجراءات مطالبات التأمين، ودور شركة نجم في إجراءات تسوية مطالبات المركبات، ودور شركات إدارة المطالبات الطبية (TPA) في إجراءات تسوية المطالبات.

١-١ الجوانب التنظيمية والقانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي.

الهدف التعليمي:

١- التعرف على أهم الجوانب التنظيمية والقانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي.



١-١-١ الجوانب القانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي:

أوضحت اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، الصادرة عن البنك المركزي السعودي، في المادتين الثالثة والأربعين، والرابعة والأربعين الجوانب القانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي، على النحو التالي: تنص المادة الثالثة والأربعون من اللائحة بأنه: على شركة التأمين تكوين إدارة لتسوية المطالبات، ووضع إجراءات محددة لاستقبال مطالبات العملاء ودراستها وإنهاءها، كما يجب على شركة التأمين الاحتفاظ بملفات خاصة بمطالبات العملاء، وتقسيمها إلى مطالبات مدفوعة، ومطالبات تحت الدراسة أو التسوية، ومطالبات مرفوضة، بحيث يشمل كل ملف الآتي:

- نموذج 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 خسارة.
- نصيب الوثائق الأخرى أو شركات التأمين الأخرى النسبي من التعويض.
- الإجراءات المتخذة من قبل شركة التأمين 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 التعويض.
- المخالصة النهائية الموقعة من قبل العميل للمطالبة المدفوعة.

كما أوضحت المادة الرابعة والأربعون من اللائحة بأنه: يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة خمسة عشر يوماً هجرياً من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات، ويجوز تمديد المدة خمسة عشر يوماً أخرى مع إشعار المراقب النظامي بذلك، ويجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الشركات خمسة وأربعين يوماً هجرياً بعد استلام جميع المستندات اللازمة وتقرير مقدر الخسائر، الذي يجب تعيينه من قبل شركة التأمين خلال أسبوع من تاريخ الإبلاغ عن وقوع الحادث، وإذا زادت مدة تسوية المطالبات عن ذلك يشعر المراقب النظامي مع ذكر مبررات التأخير.

١-١-٢ الجوانب التنظيمية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي:

وفقاً لما ورد في اللائحة التنظيمية لسلوكيات سوق التأمين السعودي، الصادرة عن البنك المركزي السعودي، فيما يتعلق بإدارة المطالبات، فإنه بصفة عامة يجب على شركات التأمين فيما يتعلق بتسوية المطالبات اتباع التالي:

- الرد على المطالبات المستلمة بشكل سريع.
- تقديم نماذج المطالبات التي تبين كافة المعلومات أو الإجراءات المطلوبة من العميل (بما في ذلك المستفيد بالنسبة لوثيقة تأمين الحماية والادخار) لتقديم المطالبة.
- الإقرار للمؤمن له بتلقي المطالبة وإشعار العميل بأية معلومات ومستندات ناقصة خلال سبعة أيام من تلقي نموذج المطالبة.
- تقديم إرشادات توجيهية للمؤمن له عند تقديم المطالبة وتزويده بمعلومات كافية عن الإجراءات لإتمام عملية تسوية المطالبات.
- تبليغ المؤمن له بالتقدم الحاصل في المطالبات المستلمة، على الأقل كل خمسة عشر يوماً (وذلك وفقاً للمادة ٤٤ من اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني).
- تسوية المطالبات بكل نزاهة وعدالة ودون تمييز.
- تعيين خبير معاينة أو مقدر الخسائر إذا كان ذلك ضرورياً، وإشعار العميل بهذا التعيين خلال ثلاثة أيام عمل.
- إشعار العميل كتابياً بقبول أو رفض المطالبة فوراً بعد استكمال البحث مع ذكر التالي:
 - أ. بالنسبة للمطالبات المقبولة (قبولاً كاملاً أو جزئياً):
 - مبلغ التسوية.
 - توضيح كيف تم التوصل إلى مبلغ التسوية.
 - التبرير فيما إذا تم تخفيض مبلغ التسوية أو في حال عدم قبول جزء من المطالبة.
 - ب. بالنسبة للمطالبات المرفوضة:
 - تقديم سبب خطي لرفض الطلب المقدم.
 - تقديم نسخ للوثائق أو المعلومات المستخدمة في التوصل للقرار، إذا طلب ذلك.
 - شرح إجراءات تقديم الشكاوى، إذا لم تقبل التسوية من قبل العميل.
 - في حالة صحة المطالبة، يتم دفع مبالغ المطالبات بدون تأخير غير مبرر عند تلقي كافة المعلومات والوثائق المطلوبة (وذلك وفقاً للمادة ٤٤ من اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني).

- فترة تسوية المطالبة:

يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة خمسة عشر يوماً هجرياً من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات، ويجوز تمديد المدة خمسة عشر يوماً أخرى مع إشعار المراقب النظامي بذلك، ويجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الشركات خمسة وأربعين يوماً هجرياً بعد استلام جميع المستندات اللازمة وتقرير مقدر الخسائر، الذي يجب تعيينه من قبل الشركة خلال أسبوع من تاريخ الإبلاغ عن وقوع الحادث، وإذا زادت مدة تسوية المطالبات عن ذلك يشعر المراقب النظامي مع ذكر مبررات التأخير.

وتعزيزاً لتنفيذ وتحقيق الجوانب التنظيمية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودية، قامت بعض الشركات بإنشاء مواقع إلكترونية؛ لتقديم خدمات إدارة المطالبات إلكترونياً، كذلك قامت بعض الشركات بتطوير تطبيقات حاسوبية للهواتف الذكية أيضاً؛ لمتابعة إجراءات المطالبات وسرعة تسويتها، فضلاً عن ذلك تم إنشاء شركة نجم للمساهمة في إدارة وتسهيل إجراءات تسوية المطالبات في تأمين المركبات، كذلك إنشاء شركات لإدارة مطالبات التأمين الصحي، حيث سيتم تقديم عرض تفصيلي لعمل كل منهما في الفصل الثالث من هذه المادة.

بعض من الجوانب التنظيمية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي:

أ. إجراءات بشأن تسوية مطالبات تأمين المركبات الإلزامي للأفراد:

في بيان للبنك المركزي السعودي بشأن إجراءات تسوية مطالبات تأمين المركبات الإلزامي للأفراد انطلاقاً من مسؤولية البنك المركزي السعودي في حماية المؤمن لهم والمستفيدين من التغطية التأمينية، وتحقيقاً لاستقرار قطاع التأمين في المملكة، ولتسهيل إجراءات تسوية مطالبات المركبات وحصول المستفيدين من التغطية التأمينية على مبلغ التعويض خلال فترة وجيزة، أصدر البنك المركزي السعودي عدداً من التعليمات الخاصة بتنظيم إجراءات مطالبات التأمين الإلزامي لدى شركات التأمين، على النحو الآتي:

- تعليمات تلتزم بمقتضاها شركات التأمين بتسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد التي لا تتجاوز قيمتها مبلغ (٢٠٠) ألفي ريال خلال مدة لا تتجاوز (٥) خمسة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.

- تعليمات تلتزم بمقتضاها شركات التأمين باعتماد نموذج موحد لمطالبات التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث) للأفراد. وتضمن النموذج توحيداً للمستندات المطلوبة في هذا الشأن، وإجراءات موحدة تلتزم بها شركات التأمين؛ لتسوية مطالبات التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث) للأفراد، وعلى رأسها وجوب إبلاغ مقدم الطلب حال استلام الطلب بأي نواقص في المستندات المطلوبة مع التزام الشركة بمعاينة المركبة خلال فترة لا تتجاوز ثلاثة أيام من تاريخ تقديم المطالبة. (مرفق النموذج بملاحق المادة)

- وقد سبق للبنك المركزي السعودي إصدار تعميم بتاريخ ١٤٣٨/٢/٨ هـ الموافق ٢٠١٦/١١/٨ م يلزم شركات التأمين بسداد جميع مطالبات التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث) للأفراد، وكذلك استرداد الجزء المتبقي من قسط التأمين في حال إلغاء وثيقة تأمين المركبات من خلال إيداع مبلغ التعويض في الحساب البنكي للمستفيد مباشرة عن طريق الأيوان.

- ويذكر البنك المركزي السعودي بأحقية العملاء والمستفيدين بالتقدم بشكوى لدى الشركة المعنية، وفي حال عدم

تجاوب الشركة أو عدم رضا العميل أو المستفيد عن نتيجة معالجة الشكوى فإن البنك المركزي السعودي يدعو العميل أو المستفيد إلى التواصل معها من خلال صفحة إدارة حماية العملاء على موقعها الإلكتروني.

ب- تعليمات تتعلق بحدود التحمل Deudictubles في تأمينات الحريق والممتلكات:

أصدر البنك المركزي تعليمات يعمل بها في شركات التأمين اعتباراً من ١ نوفمبر ٢٠١٥، تتعلق بالحدود الدنيا لحدود التحمل لتغطية مخاطر الحريق والممتلكات على النحو التالي:

١. جميع مخاطر الحريق والممتلكات، المغطاة بمبلغ تأمين يتراوح من ١ مليون ريال إلى ٤٠ مليون ريال؛ يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪، وبما لا يقل عن ٥٠٠٠٠ ريال، من قيم المطالبات المحققة.

٢. الممتلكات السكنية التي يصل مبلغ التأمين عليها إلى ٤٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٢,٥٪ من قيم المطالبات المحققة، مع مراعاة تحمل حد أدنى قدره ٢٥٠٠ ريال على غطاء المبنى نفسه. ولا يوجد حدود تحمل تنطبق على التغطيات الأخرى، مثل المحتويات المدرجة في وثيقة التأمين التي تغطي الممتلكات السكنية.

٣. الممتلكات غير السكنية التي تقل مبالغ التأمين عليها عن مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة.

٤. يجب أن تشمل تغطية جميع مخاطر الحريق / الممتلكات، والتي يصل مبلغ التأمين فيها إلى ٤٠ مليون ريال، على تغطية فترة تعطل عن العمل بما لا يقل عن ٧ أيام.

٥. جميع مخاطر الحريق والممتلكات، المغطاة بمبلغ تأمين حتى ٤٠ مليون ريال؛ يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪، وبما لا يقل عن ٥٠٠٠٠ ريال، من قيم المطالبات المحققة. في حالة مخاطر الكوارث الطبيعية، بما في ذلك الفيضانات والزلازل.

٦. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٤٠ مليون ريال، ويقل عن أو يساوي ١٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن ١٠٠ ألف ريال.

٧. يجب أن تشمل تغطية جميع مخاطر الحريق / الممتلكات، والتي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٤٠ مليون ريال وحتى ١٠٠ مليون ريال، على تغطية فترة تعطل عن العمل بما لا يقل عن ١٠ أيام.

٨. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٤٠ مليون ريال، ويقل عن أو يساوي ١٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن ٢٥٠ ألف ريال، لجميع مخاطر الكوارث الطبيعية، بما في ذلك الفيضانات والزلازل.

٩. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ١٠٠ مليون ريال، ويقل أو يساوي ٥٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن ٥٠٠ ألف ريال.

١٠. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ١٠٠ مليون ريال، ويقل عن أو يساوي ٥٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن مليون ريال، لجميع مخاطر الكوارث الطبيعية، بما في ذلك الفيضانات والزلازل.

١١. يجب أن تشمل تغطية جميع مخاطر الحريق / الممتلكات، والتي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ١٠٠ مليون ريال

وحتى ٥٠٠ مليون ريال، على تغطية فترة تعطل عن العمل بما لا يقل عن ١٤ يوماً.

١٢. يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل لجميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٥٠٠

مليون ريال ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن مليون ريال.

١٣. يجب أن تشمل تغطية جميع مخاطر الحريق / الممتلكات، والتي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٥٠٠ مليون ريال،

على تغطية فترة تعطل عن العمل بما لا يقل عن ٢١ يوماً.

١٤. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٥٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى

للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن مليون وخمسمائة ألف ريال، لجميع مخاطر الكوارث الطبيعية،

بما في ذلك الفيضانات والزلازل.

ج. تعليمات تتعلق بحدود التحمل في تأمينات المركبات والهندسي:

١. جميع مخاطر المركبات / الهندسي، المغطاة بمبلغ تأمين حتى ٤٠ مليون ريال؛ يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل

١٪، وبما لا يقل عن ١٠٠٠٠ ريال من قيم المطالبات المحققة، في حالة تحقق مخاطر الكوارث الطبيعية، بما في ذلك

الفيضانات والزلازل.

٢. جميع مخاطر المركبات / الهندسي، المغطاة بمبلغ تأمين يزيد عن ٤٠ مليون ريال وبما لا يتجاوز ١٠٠ مليون ريال؛ يجب

أن يكون الحد الأدنى للتحمل ١٪، وبما لا يقل عن ١٠٠٠٠٠ ريال من قيم المطالبات المحققة، في حالة تحقق مخاطر

الكوارث الطبيعية، بما في ذلك الفيضانات والزلازل.

٣. جميع مخاطر المركبات / الهندسي، المغطاة بمبلغ تأمين يزيد عن ٥٠٠ مليون ريال؛ يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل

١٪، وبما لا يقل عن ١,٥ مليون ريال من قيم المطالبات المحققة، في حالة تحقق مخاطر الكوارث الطبيعية، بما في ذلك

الفيضانات والزلازل.

٤. يجب ألا يتجاوز الحد الأقصى للتحمل عن ٢,٥٪، في جميع مخاطر المركبات / الهندسي.

١-٢ نظرة عامة على المطالبات في سوق التأمين السعودي.

الهدف التعليمي:

٢- التعرف على سمات المطالبات في سوق التأمين السعودي.



يعد سوق التأمين في المملكة العربية السعودية، ابتداءً من عام ٢٠٠٣م، من أكبر أسواق التأمين على مستوى دول مجلس التعاون، وخصوصاً عندما قامت مؤسسة النقد العربي السعودي (البنك المركزي السعودي حالياً)، بالمملكة بإصدار نظام مراقبة لشركات التأمين التعاوني في عام ١٤٢٤هـ، الموافق لعام ٢٠٠٣م، وتلا ذلك إصدار اللائحة التنفيذية للنظام بقرار وزير المالية رقم ٥٩٦/١ في ١٤٢٥/٣/١هـ، والذي كان الهدف الأساسي منه هو تنظيم قطاع التأمين في المملكة. وبعد صدور نظام مراقبة شركات التأمين التعاونية تولى البنك المركزي السعودي مهام الإشراف والرقابة على قطاع التأمين في المملكة، وشكل البنك إدارة عامة لأداء مهام الإشراف والرقابة على قطاع التأمين، ووضع السياسات العامة لعمل شركات التأمين / إعادة التأمين الخدمات المساندة والتي ينصب هدفها العام في حماية حقوق المؤمن لهم والمستثمرين، وتشجيع المنافسة العادلة والفعالة، فضلاً عن توفير خدمات تأمينية أفضل بأسعار وتغطيات منافسة، ونجم عن هذا ازدهار في سوق التأمين السعودي برغم أنه كان سوقاً حديثاً وجديداً نسبياً؛ لحدثة عهده، واقتصاره في فترة السبعينيات على تغطية قطاع البترول وخدمات التصدير، فضلاً عن أنه كان يواجه صعوبات جمة، إلا أنه نما نمواً ملحوظاً وسريعاً في فترة وجيزة، حتى أصبح من أهم أسواق التأمين في المنطقة من حيث حجم الأقساط. وكشف البنك المركزي السعودي، عن أداء قطاع التأمين خلال الربع الأول من عام ٢٠٢١، عن تطورات إيجابية في قطاع التأمين السعودي بارتفاع صافي الدخل ٢٣٪، وأوضح التقرير أن ارتفاع صافي دخل القطاع جاء مدفوعاً بارتفاع دخل الاستثمار بنسبة ٢٢,٥٪، من ١٨٠ مليوناً في الربع الأول من العام السابق ٢٠٢٠، إلى ٢٧٩ مليوناً خلال الربع الأول من العام ٢٠٢١، كما بلغت الأقساط المكتتب بها ١٢,٨ مليار ريال بارتفاع طفيف عن نفس الربع من العام ٢٠٢٠، يقدر بنسبة ٠,٤٪، كما ارتفع إجمالي الأقساط المكتتب بها لتأمين الممتلكات وتأمين الحماية والإدخار بنسبة ١١٪ و ٢٦٪ على التوالي.

وأشار التقرير إلى تحسن هامش الملاءة المالية للقطاع حيث بلغ ١٨٠٪، إضافة إلى ارتفاع معدل الاحتفاظ، وانخفاض معدل الخسائر لتأمين المركبات.

ووفقاً لتقرير سوق التأمين السعودي ٢٠٢٠، الصادر عن البنك المركزي السعودي، فإنه يمكن إيضاح أبرز تطورات سوق التأمين السعودي، على النحو التالي:

- شهد قطاع التأمين نمواً يقدر تقريباً بنسبة ٢,٣٪ خلال عام ٢٠٢٠م، حيث بلغ إجمالي الأقساط المكتتبه ٣٨,٨ مليار ريال.
- بلغت إجمالي الأقساط المكتتبه من خلال منصات الوساطة الإلكترونية خلال عام ٢٠٢٠م، مبلغ ٢,٣ مليار ريال.

مقارنة ب ١,٣ مليار ريال خلال عام ٢٠١٩ م.

- ارتفع عمق قطاع التأمين من الناتج المحلي الإجمالي خلال عام ٢٠٢٠ م ليصل إلى نسبة ١,٤٨٪ مقارنة ب ١,٢٨٪ خلال عام ٢٠١٩ م.
- تحسّن معدل الخسارة الإجمالي للقطاع، حيث بلغ ما نسبته ٧٧,٥٪ خلال عام ٢٠٢٠، مقارنة ب ٨١,٩٪ خلال عام ٢٠١٩ م؛ وذلك نتيجة التحسن في معدل الخسارة لكل من التأمين الصحي وتأمين المركبات.
- ارتفع صافي الربح (بعد الزكاة والضريبة)، لقطاع التأمين بنسبة ٦١,٦٪ مقارنة بالعام الماضي، حيث بلغ ما يُقارب ١,٣٨ مليار ريال. مما أدى تبعاً إلى ارتفاع العائد على الأصول والعائد على حقوق المساهمين أيضاً.
- واصلت نسبة التوطين في شركات التأمين ارتفاعها لتصل إلى ٧٥٪ خلال عام ٢٠٢٠ م مقارنة ب ٧٤٪ خلال عام ٢٠١٩ م.

- شهد العام ٢٠٢٠ م أول اندماج في قطاع التأمين متمثلاً باندماج شركة ولاء للتأمين التعاوني مع شركة متلايف والمجموعة الأمريكية الدولية، والبنك العربي الوطني للتأمين التعاوني، وتلا ذلك اندماج شركة اتحاد الخليج للتأمين التعاوني مع الشركة الأهلية للتأمين التعاوني، ثم اندماج شركة سوليدرتي السعودية للتكافل مع شركة الجزيرة تكافل؛ وذلك استمراراً لدور البنك المركزي في تشجيع شركات التأمين على الاندماج والاستحواذ لتحقيق أهداف رؤية المملكة ٢٠٣٠. وحماية حقوق المؤمن لهم، وتحسين جودة الوضع المالي لقطاع التأمين وبرامجها، وتقوية الخدمات المقدمة للعملاء، وخفض التكاليف، وتحسين الكفاءة، وتنويع المنتجات المقدمة، والقدرة على الحصول على الكفاءات البشرية والإبقاء عليها.

١-٢-١ سمات المطالبات في سوق التأمين السعودي:

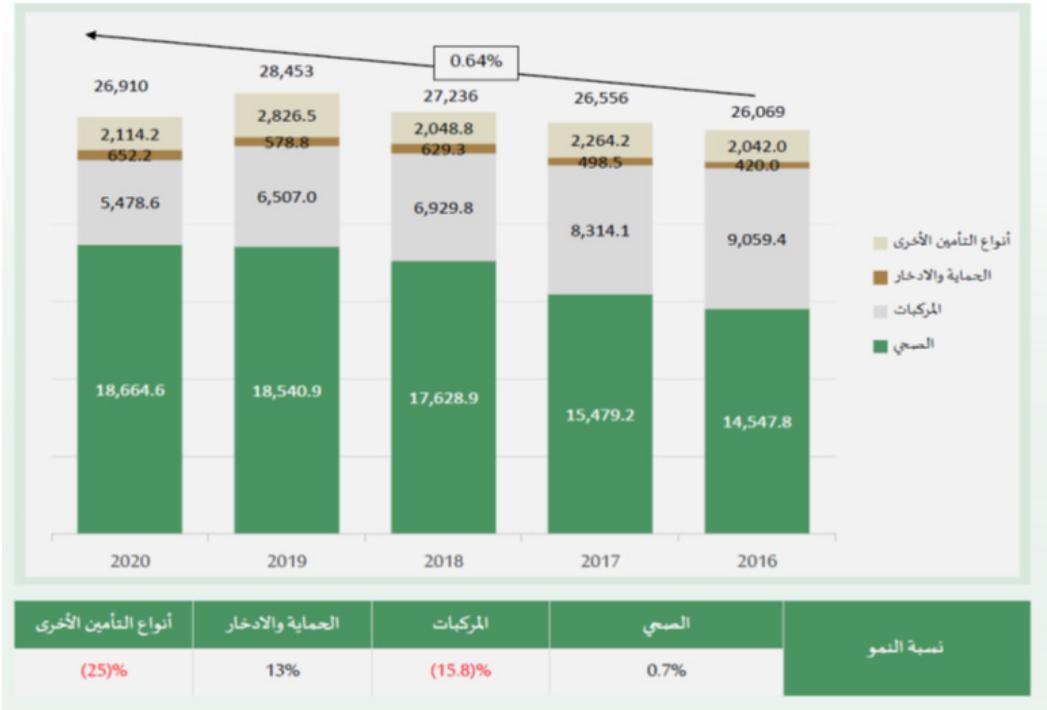
وفقاً لتقرير سوق التأمين السعودي ٢٠٢٠، فيما يتعلق بإجمالي المطالبات، نجد أن:

أ. إجمالي المطالبات حسب نوع النشاط:

- انخفض إجمالي المطالبات المدفوعة من ٢٨,٥ مليار ريال في عام ٢٠١٩ م إلى ٢٦,٩ مليار ريال في عام ٢٠٢٠ م بنسبة ٥,٤٪.

- في عام ٢٠٢٠ م ارتفع إجمالي المطالبات المدفوعة على التأمين الصحي بنسبة ٠,٧٪، بينما انخفض إجمالي المطالبات المدفوعة لتأمين المركبات بنسبة ١٥,٨٪ مقارنة بالعام ٢٠١٩ م.

ويوضح الشكل التالي تطور حجم المطالبات المدفوعة حسب نوع النشاط خلال الفترة ٢٠١٦ إلى ٢٠٢٠.



يتضح من الشكل السابق أن:

- إجمالي مطالبات التأمين الصحي تزايدت من سنة لأخرى، حتى بلغت ١٨,٦٦٤,٦ مليار ريال خلال العام ٢٠٢٠.
- إجمالي مطالبات تأمين المركبات انخفضت من سنة لأخرى، حتى بلغت ٥,٤٧٨,٦ مليار ريال خلال العام ٢٠٢٠.
- إجمالي مبالغ التأمين المدفوعة في تأمينات الحماية والادخار تذبذبت بين الارتفاع والانخفاض حتى بلغت ٦٥٢,٢ مليون ريال خلال العام ٢٠٢٠.
- إجمالي مطالبات أنواع التأمين الأخرى تذبذبت بين الارتفاع والانخفاض حتى بلغت ٢١١٤,٢ مليار ريال خلال العام ٢٠٢٠.

ب. صافي الأقساط المكتسبة مقابل صافي المطالبات المتكبدة للتأمين العام والصحي:

- صافي الأقساط المكتسبة تساوي صافي الأقساط المكتسبة مطروحاً منها التغير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة.
- بلغ صافي الأقساط المكتسبة للتأمين العام والصحي في سوق التأمين ٣٠,٨٣ مليار ريال في عام ٢٠٢٠ م مقابل ٣٠,٢٥ مليار ريال في عام ٢٠١٩ م بارتفاع بلغ ١,٩٪.
- صافي المطالبات المتكبدة عبارة عن صافي المطالبات المدفوعة مضاف إليها التغير في المطالبات تحت التسوية واحتياطي المطالبات التي وقعت ولم يبلغ عنها.
- حقق صافي المطالبات المتكبدة للتأمين العام والصحي انخفاضاً بنسبة ٤,٦٪ في عام ٢٠٢٠ م ليبلغ ٢٣,٦٤ مليار ريال.
- في عام ٢٠٢٠ م، شهد معدل الخسائر الناتج من قسمة صافي المطالبات المتكبدة على صافي الأقساط المكتسبة انخفاضاً حيث بلغ ٧٦,٧٪ مقابل ٨١,٩٪ في عام ٢٠١٩ م.
- ويوضح الشكل التالي تطور صافي الأقساط المكتسبة مقابل صافي المطالبات المتكبدة للتأمين العام والصحي خلال الفترة ٢٠١٦ إلى ٢٠٢٠:



يتضح من الشكل السابق أن:

- صافي الأقساط المكتسبة يفوق صافي المطالبات المتكبدة للتأمين العام والصحي، خلال الفترة من ٢٠١٦ وحتى ٢٠٢٠.
- أكبر حجم أقساط مكتسبة تحقق خلال العام ٢٠٢٠، حيث بلغ ٣٠,٨٣ مليار ريال، بينما أكبر حجم صافي مطالبات متكبدة تحقق خلال العام ٢٠١٩، حيث بلغ ٢٤,٧٦ مليار ريال.
- أقل معدل خسارة تحقق خلال العام ٢٠٢٠، حيث بلغ ٧٦,٧٪، بينما أعلى معدل خسارة كان خلال العام ٢٠١٨، حيث بلغ ٨٢,٣٪.

ج. إجمالي المطالبات المدفوعة حسب نوع النشاط:

ويوضح الجدول التالي إجمالي المطالبات المدفوعة حسب نوع النشاط خلال الفترة ٢٠١٦ إلى ٢٠٢٠:

نسبة التغيير ٢٠١٩- ٢٠٢٠	٢٠٢٠		٢٠١٩		٢٠١٨		٢٠١٧		٢٠١٦		نوع النشاط
	الحصة من الإجمالي	مليون ريال									
(٪١٨,٧)	٪٢٨,٢	٧,٥٩٢,٧	٪٣٢,٨	٩,٣٣,٥	٪٣٣,٠	٨,٩٧٨,٦	٪٣٩,٨	١٠,٥٧٨,٣	٪٤٢,٦	١١,١٠١,٤	التأمين العام
٪٢٦,٩	٪١,٣	٣٣٦,٥	٪٠,٩	٢٦٥,٢	٪١,٠	٢٦٣,٣	٪١,٢	٣١٠,٨	٪٠,٩	٢٤٠,٧	الحوادث والمسؤوليات وغيره
(٪١٥,٨)	٪٢٠,٤	٥,٤٧٨,٦	٪٢٢,٩	٦٥٠,٧	٪٢٥,٤	٦,٩٢٩,٨	٪٣١,٣	٨٣١٤,١	٪٣٤,٨	٩,٠٥٩,٤	المركبات
(٪٥٦,٦)	٪١,١	٣٠٣,٣	٪٢,٥	٦٩٩,١	٪٢,٣	٦٢٤,٤	٪٣,٦	٩٦١,١	٪٤,٠	١,٠٣٣,٨	الممتلكات والحرائق
(٪٣٩,٤)	٪١,٠	٢٦٩,٢	٪١,٦	٤٤٤,٣	٪٠,٨	٢٢٣,٧	٪٠,٨	٢٠٧,٧	٪١,٠	٢٦٣,٧	البحري
(٪٦٧,١)	٪٠,١	٢٧,٩	٪٠,٣	٨٤,٨	٪٠,٥	١٢٣,٨	٪٠,١	١٨,١	٪٠,٤	٩٢,٦	الطيران
(٪١٣,٢)	٪٣,٤	٩٠٩,٩	٪٣,٧	١٠٤٨,٥	٪١,٣	٣٥٦,٨	٪٠,١	١٨,٦	٪٠,٢	٥٣,٢	الطاقة
(٪٦,١)	٪١,٠	٢٦٧,٣	٪١,٠	٢٨٤,٦	٪١,٧	٤٥٦,٨	٪٢,٨	٧٤٨	٪١,٤	٣٥٨	الهندسي
٪٠,٧	٪٦٩,٤	١٨,٦٦٤,٦	٪٦٥,٢	١٨,٥٤٠,٩	٪٦٤,٧	١٧,٦٢٨,٩	٪٥٨,٣	١٥,٤٧٩,٢	٪٥٥,٨	١٤,٥٤٧,٨	التأمين الصحي
٪١٢,٧	٪٢,٤	٦٥٢,٢	٪٢,٠	٥٧٨,٨	٪٢,٣	٦٢٩,٣	٪١,٩	٤٩٨,٥	٪١,٦	٤٢٠	الحماية والادخار
(٪٥,٤)	٪١,٠	٢٦,٩٠٩,٥	٪١,٠	٢٨,٤٥٣,٢	٪١,٠	٢٧,٢٣٦,٨	٪١,٠	٢٦,٥٥٦	٪١,٠	٢٦,٠٦٩,٢	الإجمالي

يتضح من الشكل السابق أن:

- احتل التأمين الصحي المرتبة الأولى من حيث حجم المطالبات المتكبدة، خلال الفترة من ٢٠١٦ وحتى ٢٠٢٠، حيث بلغ نسبة ٦٩,٤٪ من إجمالي المطالبات المتكبدة على مستوى جميع فروع التأمين خلال العام ٢٠٢٠.
- احتل التأمين على المركبات المرتبة الثانية من حيث حجم المطالبات المتكبدة، خلال الفترة من ٢٠١٦ وحتى ٢٠٢٠، حيث بلغ نسبة ٢٠,٤٪ من إجمالي المطالبات المتكبدة على مستوى جميع فروع التأمين خلال العام ٢٠٢٠.

١-٣ مطالبات أنواع التأمين الأكثر شيوعاً في سوق التأمين السعودي.

الهدف التعليمي:

٣- أن يتعرف الدارس على المطالبات الأكثر شيوعاً في سوق التأمين السعودي.



إنّ سوق التأمين السعودي يعد من الأسواق الصاعدة، حيث تزداد أقساط التأمين لكافة أنواع التأمين من سنة لأخرى، وهذا يُعزى إلى مؤشرات الكفاءة التي يتسم بها هذا السوق، وباستقراء تقارير سوق التأمين السعودي، الصادرة عن البنك المركزي السعودي، يتضح أن أنواع التأمين الأكثر شيوعاً في السوق السعودي هي التأمين الصحي، وتأمين المركبات، على التوالي، ومن ثم في ضوء ذلك يمكن دراسة مطالبات هذه الأنواع، على النحو التالي:

١-٣-١ مطالبات التأمين الصحي في سوق التأمين السعودي:

إن المادة الحادية والثلاثين من النظام الأساسي للحكم في المملكة العربية السعودية أكدت على عناية الدولة بالصحة العامة وتوفير الرعاية الصحية لكل مواطن، ومن ثم كان الاهتمام الاستراتيجي بتطوير الرعاية الصحية. وبزغت رؤية المملكة ٢٠٣٠ لكي تعضد كل خطط التنمية السالفة، حيث انصب هدفها الرئيسي في تفعيل دور التأمين الصحي التعاوني؛ ليشمل كل الأفراد الذين يعيشون على أرض المملكة سواء الأفراد المواطنين أو الافراد الوافدين من هنا تنبع أهمية التأمين الصحي التجاري من خلال شركات التأمين لتوفير المزيد من توفير الرعاية الصحية، وحماية الفرد من الأمراض بإصدار وثيقة تأمين لتغطية الأمراض التي يتعرض لها الفرد هو وأسرته، هذه الوثيقة يطلق عليها «وثيقة تأمين الأمراض»، وتغطي وثيقة تأمين الأمراض العلاج الصحي للفرد ولأسرته، حيث بموجبها يتم الاتفاق بين المؤمن له (الفرد) والمؤمن (شركة التأمين) بأن تتحمل الأخيرة كل نفقات العلاج الصحي المتفق عليها في وثيقة التأمين (للفرد أو للفرد وأسرته) في حالة الإصابة بالأمراض خلال فترة معينة مقابل سداد المؤمن له تكلفة التأمين (قسط التأمين). أما عن المطالبات الناشئة عن المنافع والمزايا التي تقدمها الوثيقة للفرد وأسرته و الشروط العامة لهذه الوثيقة، فهي تختلف من شركة تأمين إلى أخرى وحسب الاتفاق بينها وبين المؤمن له، و الأمراض التي تغطيها الوثيقة، وحسب قيمة المنافع والمزايا المحددة في الوثيقة والتي تحدد تكلفة التأمين بناء عليها، فكلما زادت المنافع والتغطيات كلما زادت التكلفة، فضلاً عن عوامل أخرى تؤخذ في الاعتبار؛ كعمر المؤمن له، ومهنته فلهما أثر كبير في تحديد تكلفة التأمين،

وأبرز مثال لوثيقة تأمين الأمراض « وثيقة تأمين عائلي للتأمين الصحي » التي تصدرها إحدى شركات التأمين السعودية، فهذه الوثيقة تعتبر نموذجاً لوثيقة الضمان الصحي الموحدة التي صدرت من مجلس الضمان الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية، الذي يتولى إدارة الرعاية الصحية على مستوى المملكة، حيث تغطي هذه الوثيقة كافة النفقات والمصاريف الطبية للمؤمن له وعائلته، وهي المصاريف الفعلية المدفوعة مقابل خدمات ومواد طبية وأدوية (غير مستثناة في الوثيقة)، يصفها طبيب مُرخص بسبب علة تعرض لها الشخص المؤمن له أو أحد أفراد عائلته، شريطة أن تكون تلك النفقات ضرورية ومعقولة ومعتادة في الوقت والمكان الذي تمت فيه، وفي ضوء ذلك تتضمن المطالبات الأكثر انتشاراً أو شيوعاً، عن المنافع الصحية التي تغطيها الوثيقة، ما يلي:

- جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- جميع مصاريف التنويم بالمستشفى بما في ذلك العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد، والحمل والولادة.
- معالجة أمراض الأسنان واللثة.
- التدابير الوقائية التي تحددها وزارة الصحة، مثل: التطعيمات، ورعاية الأمومة، ورعاية الطفولة.

٢-٣-١ مطالبات تأمين المركبات في سوق التأمين السعودي:

بات استخدام المركبة على نحو واسع له سمات كثيرة مميزة للحياة العصرية، ولا غنى عن المركبة الآن لكل الأسر التي أضحت المركبة من الأصول الضرورية للأسرة مثلها مثل المنزل والمصنع، وبالتالي أصبح من الضروري ولأهميتها القصوى الحفاظ عليها وهذا لا يتأتى إلا بالسعي إلى توفير الحماية التأمينية لتغطيتها من كافة الأخطار التي تتعرض لها (خطر التصادم، خطر السرقة، خطر الحريق، خطر المسؤولية المدنية..... إلخ من الأخطار)، وذلك بشراء إحدى وثائق تأمين المركبات التي تغطي هذه الأخطار وتعوض أصحابها عن الخسارة التي تنجم من تحققها، والتي قد تصيب المركبة ذاتها أو تصيب مسؤوليات صاحب المركبة تجاه الأشخاص الآخرين أو تجاه ممتلكات الآخرين.

ولما كانت المركبات تمثل أكبر نسبة من التأمين في سوق التأمين السعودي، لذا يمكن معرفة وثيقة التأمين التي تغطي الأخطار التي تتعرض لها المركبة الخاصة، وهي وثيقة تأمين المركبات الشامل، بشيء من التفصيل كما هو مبين فيما يلي:

وثيقة تأمين المركبات الشامل:

هي وثيقة شاملة لتغطية الحماية التأمينية للسيارة ذاتها، والمسؤولية تجاه الطرف الثالث (الغير)، فضلاً عن المصاريف الطبية المعقولة الناشئة عن أي إصابة جسدية ناتجة عن حادث يعاني منها المؤمن له، أو السائق المفوض، أو أي راكب بالمركبة المؤمنة، أو الطرف الثالث.

وفي هذا السياق أيضاً أصدر البنك المركزي السعودي، قرار المحافظ رقم (١٩١/٤٤١) بتاريخ ١٢/٢/١٤٤١هـ، ضوابط التأمين الشامل على المركبات المؤجرة تمويلياً للأفراد، والتي تتعلق بأحكام العلاقة بين المؤجر والمستأجر في التأمين الشامل على المركبات المؤجرة تمويلياً للأفراد، وعرض للصيغة النموذجية للوثيقة، وجدول الوثيقة، ونموذج طلب التأمين.

وتتكون وثيقة تأمين المركبات الشامل التي تصدرها إحدى شركات التأمين في سوق التأمين السعودي من تعريفات تطبق على جميع أقسام الوثيقة، والتي تتكون من ثلاثة أقسام، يتلوها جدول يحتوى على كافة البيانات الرئيسية في الوثيقة)

اسم الشركة، اسم المؤمن له، نوع النشاط، رقم الوثيقة، مدة التأمين، قيمة القسط، المنطقة الجغرافية، نوع التأمين، نوع المركبات المؤمنة، نسبة التحمل، حدود المسؤولية، المصاريف الطبية فيما يتعلق بالحوادث الواحد، حدود التفويض بالإصلاح، السائق المفوض، حامل أو صاحب الوثيقة، حدود أغراض الاستعمال).

فضلاً عن ذلك تحتوي الوثيقة في آخرها على ملاحق يبين فيها منافع الحوادث الشخصية للركاب والسائق غير المسعى، وبنود أخرى، مثل: بند استثناء الإرهاب والتخريب، بند التلوث..... إلخ.

وفيما يتعلق بمطالبات المركبات فهي تنشأ من تغطية الأضرار أو الخسارة للسيارة المؤمنة ومشتملاتها وقطع غيارها إذا حصل لها أي حادث غير مستثنى بموجب هذه الوثيقة خلال مدة التأمين، وفقاً للأسس التالية:

- لشركة التأمين الخيار بأن تدفع نقداً مبلغ الضرر أو الخسارة، أو أن تصلح أو تعيد إلى حالتها الأولى، أو تستبدل المركبة المؤمنة، أو أي جزء منها، أو من مشتملاتها، أو قطع غيارها.

- إن مسؤولية الشركة يجب ألا تتجاوز:

- التكلفة المعقولة للإصلاح بما في ذلك تكلفة وأجور تركيب أي قطع واجب استبدالها، وذلك في حالة الخسارة الجزئية أو الضرر الذي يكون إصلاحه مناسباً من الناحية الاقتصادية أو الفنية.

- القيمة السوقية المعقولة للسيارة المؤمنة وقت وقوع الضرر أو الخسارة، وذلك في حالة الخسارة الكلية أو الضرر الذي لا يعتبر إصلاحه مناسباً من ناحية اقتصادية أو فنية.

ويشترط في كلتا الحالتين ألا يتجاوز المبلغ المدفوع من الشركة القيمة المقدرة من المؤمن له للسيارة المؤمنة والمذكورة في جدول الوثيقة.

- في حالة تسديد أية مطالبة على أساس الخسارة الكلية، فإن المركبة المؤمنة (أو أي جزء منها تم تسويته على أساس الخسارة الكلية) يصبح ملكاً للشركة.

- إذا لم تكن أي قطع واجب استبدالها متوفرة في السوق المحلي الموجودة فيه المركبة للإصلاح فإن مسؤولية الشركة فيما يتعلق بهذه القطع تقتصر على:

0 السعر الموجود في أحدث قائمة أسعار رسمية صادرة عن المصنع أو الوكيل للدولة التي توجد فيها المركبة للإصلاح.

0 إذا لم توجد مثل هذه القائمة، فإن الشركة تدفع السعر الأخير المأخوذ من مصانع الشركة الصانعة بالإضافة إلى التكلفة المعقولة للنقل) باستثناء النقل - الجوي (للدولة الموجودة فيها المركبة للإصلاح ومبلغ الرسوم الجمركية - إن وجد - والتكلفة المعقولة لتركيب هذه القطع.

- فيما يتعلق بالمسؤولية تجاه الطرف الثالث، تعوض شركة التأمين المؤمن له وطبقاً لحدود المسؤولية ووفقاً لشرط الاختصاص القضائي عن كل المبالغ بما فيها مصاريف الادعاء والتي يعتبر المؤمن له مسؤولاً قانونياً عن دفعها فيما يتعلق

بـ

0 الأضرار الجسدية التي تلحق بالغير داخل المركبة أو خارجها.

0 الأضرار المادية التي تلحق بالغير خارج المركبة.

0 المصاريف.

٤-١ الاستثناءات في وثائق التأمين الأكثر شيوعاً في سوق التأمين السعودي.

الهدف التعليمي:

٤- التعرف على الاستثناءات في وثائق التأمين الأكثر انتشاراً في سوق التأمين السعودي.



من خلال العرض السابق تبين أن كل من التأمين الصحي والتأمين على المركبات يمثلان أنواع التأمين الأكثر انتشاراً، في سوق التأمين السعودية، سواء من حيث حجم الأقساط المكتتبه، التي بلغت أكثر من ٨٠٪ من حجم سوق التأمين خلال العام ٢٠٢٠، أو من حيث حجم المطالبات المتكبده، التي بلغت أكثر من ٩٠٪ من حجم مطالبات سوق التأمين السعودي خلال العام ٢٠٢٠، ونوضح فيما يلي أهم الاستثناءات من التغطية التأمينية لهذين النوعين من التأمين:

١-٤-١ الاستثناءات في وثيقة التأمين الصحي:

وفقاً لقوانين مجلس الضمان الصحي التعاوني لا تغطي وثيقة التأمين الحالات التالية:

- الإصابات المتعمّدة.
- الأمراض الناتجة عن تعاطي بعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات، أو عن تعاطي الكحول والمخدرات وما شابه ذلك.
- العلاجات التجميلية أو عمليات التجميل غير الإلزامية طبياً.
- الفحوصات العامة، اللقاحات، الأدوية أو الإجراءات الوقائية غير الملزمة في العلاجات الطبية، باستثناء تلك المحددة من وزارة الصحة، مثل: اللقاحات، والتوليد، والعناية بالطفل.
- علاجات الحمل والولادة لإمرأة مسجلة في العقد بأنها عازبة.
- علاج أحد المستفيدين بدون رسوم.
- علاجات الراحة والعلاجات الصحية العامة والتي يتم تلقيها في مؤسسات الرعاية الصحية.
- أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد.
- الأمراض التناسلية أو التي تنتقل بالاتصال الجنسي.
- تكاليف العلاج المرتبط بمرض المناعة المكتسبة بما فيها الإيدز ومشتقاته وما شابه.
- جميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان، الأسنان الثابتة أو المتحركة أو الجسور أو أجهزة التقويم، إلا في حال التعرض لحادث عنيف.
- فحوصات تصحيح الرؤية والسمع والوسائل البصرية أو السمعية، إلا إذا طلب الطبيب المرخص إجراءها.
- تكاليف نقل المستفيد داخل مدن المملكة في سيارات إسعاف لا تعود إلى الهلال الأحمر السعودي أو أي مؤسسة إسعاف مرخصة.
- خسارة الشعر، الصلع أو الشعر الاصطناعي.
- الاضطرابات النفسية والعقلية والعصبية إلا إذا كانت حادة ومطابقة لتلك المحددة في الوثيقة.

- فحوصات الحساسية على أنواعها إلا تلك الناجمة عن تعاطي بعض الأدوية أو العلاجات.
- معدات، وسائل، أدوية، وإجراءات، أو أي علاج هرموني يهدف إلى تنظيم الإنجاب، ومنع الحمل، والخصوبة، والعقم، والعجز الجنسي، والعقم الثانوي، الإخصاب أو أي وسيلة أخرى من الإخصاب الاصطناعي.
- أي ضعف خلقي أو تشوه إلا في حال كان يشكل خطراً على الحياة، باستثناء الحالات التي تتطلب العلاج وفقاً لتقرير طبي صادر عن المرفق الصحي المعتمد من المجلس.
- أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدتها مرافق المستشفى خلال مدة الإقامة في المستشفى، باستثناء رسوم غرفة المستشفى ومرافق واحد مثل الأم المرافقة لطفل لم يتجاوز ١٢ عاماً، أو في حال اقتضت الضرورة الطبية وفقاً لتقييم الطبيب المعالج.

- علاج حب الشباب أو أي علاج يتعلق بالسمنة أو زيادة الوزن.
- عمليات زرع الأعضاء والنخاع الشوكي أو زراعة أعضاء اصطناعية.
- تكاليف الطب البديل والعلاجات والأدوية المرتبطة به.
- الأطراف الاصطناعية والثانوية باستثناء تلك المطلوبة من قبل المستشفى وفقاً لقرار طبي صادر عن مؤسسة الرعاية الصحية المعتمدة من قبل مجلس الضمان الصحي.

- التغيرات الطبيعية المرتبطة بانقطاع الطمث.
- لن تغطي وثيقة التأمين أي مطالبات مرتبطة مباشرة بالحالات التالية:
- الحروب، الغزو، الاعتداءات، الأعمال العدوانية (في حالة الحرب أم لا) والحرب الأهلية.
- الأشعة الأيونية أو الإصابة بفعل المواد المشعة الناتجة عن الوقود النووي أو أي من النفايات النووية الناتجة عن حرق الوقود النووي.

- الإصابة بالمواد المشعة، والسامة، والمتفجرة أو أي مواد خطرة أخرى من مكونات نووية مخزنة.
- مشاركة المستشفى في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو في أي من عملياتها.
- أعمال الشغب والاعتصامات والأعمال الإرهابية أو ما شابهها.

٢-٤-١ الاستثناءات في وثيقة التأمين الشامل للمركبات:

- مخالفة أغراض الاستخدام المتفق عليها:
- لا تغطي وثيقة التأمين الأضرار الناتجة عن مخالفة استخدام المركبة، مثل: تجاوز عدد ركاب السعة المصرح بها للمركبة، أو زيادة الحمولة، أو الإفراط في إجهاد المركبة، أو استعمال المركبة لأغراض غير تلك الواردة في الوثيقة.
- قيادة المركبة على الطرق غير الممهدة:
- قد لا تغطي وثيقة التأمين الشامل للمركبات الأضرار أو الخسائر الناتجة عن قيادة المركبة في الطرق غير الممهدة، أو فوق الكثبان الرملية (التطعيس)، أو تجاوز نطاق المسافة المغطاة خارج الطريق الممهدة للقيادة بموجب الوثيقة.
- المشاركة في السباقات:

لا تلزم وثيقة التأمين الشامل للمركبات شركة التأمين بتعويض المؤمن له عن الأضرار الناتجة عن استعمال المركبة

المؤمنة في أي نوع من أنواع السباقات، أو في تحديد سرعة الانطلاق، أو في تجربة اختبار القدرة أو السرعة أو التفحيط مالم يفصح المؤمن له عن ذلك.

- تجاوز إشارة المرور أو السير على عكس الطريق:
- لا تشمل التغطية التأمينية الشاملة للمركبات الأضرار أو الخسائر الناتجة عن تعرض المركبة لحادث بسبب ارتكاب السائق لمخالفة مرورية؛ كتجاوز الإشارة الحمراء، أو السير بعكس اتجاه السير.
- النطاق الجغرافي:

هي المناطق التي لا تغطيها وثيقة التأمين في حال تعرض المركبة المؤمنة لحادث، كالمناطق المحظورة على العامة، مثل: المطارات، أو الموانئ البحرية، أو في حال تعرض المركبة لحادث أثناء استخدامها خارج حدود المنطقة الجغرافية المشمولة بالتغطية وفقاً لما هو محدد في الوثيقة.

٣-٤-١ الاستثناءات في وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات:

- أوضحت المادة الثامنة من الوثيقة الموحدة للتأمين الإلزامي على المركبات، الحالات التي تلتزم شركة التأمين بتعويض الغير عنها مع الاحتفاظ بحق الرجوع على المؤمن له أو السائق أو المتسبب في الحادث، على النحو التالي:

- استعمال المركبة على وجه يخالف قيد الاستعمال المبين في جدول الوثيقة.
- إذا تجاوزت المركبة الحمولة المسموح بها أو سعة الركاب، وثبت وقوع الحادث بسبب هذا التجاوز.
- القيادة تحت تأثير المخدرات أو المشروبات الكحولية، أو العقاقير الطبية التي لا يسمح طبيياً بالقيادة بعد تناولها.
- تجاوز المركبة الإشارة الحمراء.
- إذا ثبت وقوع الحادث عمداً.
- إذا كان يقود المركبة شخص بدون رخصة قيادة لنوع المركبة طبقاً للأنظمة واللوائح ذات العلاقة، أو أن تكون الرخصة قد صدر أمر بسحبها من الجهات المختصة، أو كانت منتهية وقت الحادث مالم يجدد الرخصة المنتهية خلال ٥٠ يوم عمل من تاريخ الحادث.
- إذا لم يبلغ سائق المركبة العمر المسموح به وهو ١٨ عاماً هجرياً، مالم يكن هو المؤمن له ومالم يرد اسمه ضمن أسماء السائقين المسمين الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة هجرية في جدول الوثيقة.
- إذا سُرقت المركبة أو أُخذت بالقوة.
- إذا ثبت أن المؤمن له قدم مجموعة من البيانات غير الصحيحة، أو أخفى عمداً بعض المعلومات في نموذج طلب التأمين.

• هروب السائق من مكان الحادث دون عذر مقبول.

• السير بالمركبة عكس الاتجاه.

- كما أوضحت المادة التاسعة من الوثيقة الموحدة للتأمين الإلزامي على المركبات، الاستثناءات أو الحالات التي لا تلتزم شركة التأمين بتعويض الغير عنها (الحالات غير المغطاه بموجب الوثيقة)، على النحو التالي:

• الخسارة أو الضرر للمركبة المؤمن عليها، أو للممتلكات العائدة إلى أي من المؤمن له، أو السائق داخل المركبة أو

خارجها، أو التي تلحق بالبضائع المنقولة بواسطة المركبة، أو تلك التي في عهده أو تحت إشرافه أو أمانة لديه.

- الوفاة أو الإصابة الجسدية للمؤمن له أو السائق.
 - إذا تم استخدام المركبة في سباق أو تجاوزت المركبة الحد الأقصى للسرعة.
 - القيادة في الأماكن التي لا يُسمح فيها بالقيادة، مثل: الموانئ، ومناطق القطارات، وما إلى ذلك.
 - إقرار المؤمن له أو السائق بتحمل مسؤولية الحادث بقصد الإضرار بشركة التأمين.
 - تواطؤ المؤمن له أو السائق مع الغير على حادث مفتعل.
 - التفحيط.
 - إذا تم استخدام المركبة كأداة عمل.
 - الغرامات أو العقوبات المالية أو الكفالات التي قد تفرض بسبب الحادث على المؤمن له أو السائق.
 - أي مصروفات أو أضرار تنشأ بنتيجة مباشرة أو غير مباشرة من الآتي:
 - الحروب أو أعمال العدوان الأجنبي.
 - التمرد والشغب والعصيان والثورات وأعمال التخريب والإرهاب وماشابه.
 - الإضراب أو الشغب والاضطرابات المدنية أو العمالية.
 - ما ينشأ بسبب الصناعات النووية، التلوث الإشعاعي.
 - الكوارث الطبيعية، مثل: الأعاصير، والزلازل، والفيضانات، والبراكين.
- وقد أوضحت الفقرة الخامسة من المادة السابعة من الوثيقة الموحدة للتأمين الإلزامي على المركبات، سقوط الحقوق الناشئة عن هذه الوثيقة إذا انطوت المطالبة المقدمة على احتيال، أو استخدم المؤمن له أو السائق أو من ينوب عنهما أو الغير أساليب أو وسائل احتيال بغية الحصول على منفعة من وثيقة التأمين، أو نتجت المسؤولية أو الضرر من جراء فعل متعمد من المؤمن له أو السائق أو الغير أو التواطؤ مع أي منهم، وللشركة الرجوع على أي طرف تتبين مسؤوليته عن هذا الاحتيال سواء أكان مشاركاً أم متواطئاً على أن تلتزم الشركة بتعويض الغير إذا كان حسن النية.

١-٥ دور الوسيط في إجراءات مطالبات التأمين.

الهدف التعليمي:

٥- التعرف على دور الوسيط في إجراءات مطالبات التأمين.



- حددت اللائحة التنظيمية لوسطاء ووكلاء التأمين الصادرة عن البنك المركزي السعودي طريقة تعامل وسطاء ووكلاء التأمين مع المطالبات، على النحو التالي:
- لا يحق للوسطاء والوكلاء الموافقة على المطالبات وتسوية المطالبات، ولكن يجب عليهم:
 - الإجابة على المطالبات المقدمة بصورة فورية.
 - تقديم نماذج المطالبة مع إيضاح المعلومات أو الخطوات اللازمة من جانب العملاء لتقديم المطالبة.
 - تقديم الإرشاد الكافي للعملاء بشأن تقديم المطالبة، وتقديم المعلومات الخاصة بالتعامل مع المطالبات.
 - تقديم إقرار للعملاء يفيد استلام المطالبة كاملة، أو عند وجود أي معلومات أو مستندات ناقصة خلال سبعة أيام من تاريخ استلام نموذج تقديم المطالبة.
 - إخطار العملاء بأي تطور بشأن المطالبة المقدمة مرة كل خمسة عشر يوم عمل على الأقل.
 - إخطار العملاء كتابة بقبول المطالبة أو رفضها.
 - توضيح طريقة تقديم الشكاوى وإجراءات الفصل في منازعات العملاء عند عدم قبول العميل التسوية التي جرى التوصل إليها.
 - يجب على الوسطاء والوكلاء تحويل مبالغ المطالبات للمؤمن له خلال فترة ثلاثة أيام عمل من تاريخ استلامها من شركة التأمين.

١-٦ دور شركة نجم في إجراءات تسوية مطالبات المركبات.

الهدف التعليمي:

٦- أن يتعرف الدارس على دور شركة نجم في إجراءات تسوية مطالبات المركبات.



١-٦-١ نشأة وتطور شركة نجم:

تأسست شركة نجم سنة ٢٠٠٧، لتقديم خدمات إدارة مطالبات تأمين المركبات، ولم يقتصر دورها في حالة مطالبات حوادث السير فقط، بل امتدت خدماتها لتشمل أيضاً مساندة ودعم طالبي تأمين المركبات، وذلك بإمكانية التعرف على تجديد وثيقة تأمين المركبات، ونسبة الخصم الممنوحة وفقاً لتاريخ السجل التأميني لطالب التأمين، وتقوم شركة نجم بتقديم خدماتها بشكل احترافي ومبتكر، لكل من الأفراد وقطاع الأعمال، وشركات التأمين أيضاً، حيث تقوم شركة نجم بإدارة مطالبات حوادث السير الذي يتعرض له كل من الأفراد أو حوادث السير المتعلقة بالمركبات المملوكة لقطاع الأعمال، حيث تضم خدمات شركة نجم الحضور إلى موقع الحادث والتعامل مع الحادث والإجراءات ذات الصلة. كما تختص شركة نجم بإعداد وتقديم الوثائق ذات الصلة بالحوادث والتعامل مع المواقف الصعبة، وتحرص على إحاطة المؤمن له بأرقى مستويات الاهتمام والرعاية.

وقد أنشأت وطورت شركة نجم لخدمات التأمين منصة فعّالة، من شأنها تبسيط الإجراءات ومعالجة وحل الإشكاليات المتعلقة بحوادث السير. وتعمل شركة نجم، ومقرها الرئيسي في الرياض، وفقاً للقوانين المنصوص عليها في المملكة العربية السعودية ووزارة الداخلية والبنك المركزي السعودي (ساما)، ومنذ تأسيسها في عام ٢٠٠٧ التزمت نجم بتوفير خدمات سلسلة واحترافية خالية من المتاعب لشركات التأمين، والأفراد وقطاع الأعمال، وتضم الشركة مجلس إدارة يتألف من ٩ أعضاء ذوي تمثيل متساوٍ لمصالح المساهمين والإدارة،

وفي بداية عمل شركة نجم، كانت تضم وتتعامل مع المطالبات مع ١٣ شركة تأمين. وقد وصل عدد شركات التأمين التي تتعامل معها شركة نجم حالياً إلى ٢٧ شركة، وتتطلع شركة نجم لجعل كل شركة يتعلق عملها بقطاع التأمين على المركبات جزءاً من شبكة عملها الواسعة الممتدة.

وتتمثل رؤية شركة نجم في تقديم أفضل الخدمات والحلول العادلة لقائدي المركبات في المملكة العربية السعودية، كما تتعلق رسالتها بسرعة تلبية احتياجات قائدي المركبات وتقديم الدعم والمساعدة العادلة لهم، والإسهام في تسوية المطالبات بأسرع وقت ممكن، والمشاركة في تعزيز معايير السلامة المرورية من خلال تحليل البيانات والمعلومات التي تمتلكها.

٢-٦-١ الخدمات التي تقدمها شركة نجم بصفة عامة:

تقوم شركة نجم حالياً، بتقديم خدمات التأمين على المركبات، على النحو التالي:

- تحديد المسؤولية:

في نجم، يقوم معايينو الحوادث بالحضور إلى موقع الحادث، وضمان تطبيق المعايير العالمية. وفقاً لقوانين المرور السعودية بشكل تام؛ لتحديد المسؤولية بين الأطراف المعنية.

- رفع وثائق التأمين (نجم نت):

تقوم شركة نجم بمشاركة وثائق التأمين على المركبات المقدمة من قبل شركات التأمين، ووكالات التأمين، ضمن شبكتها مع نظام المرور السعودي. كما تقوم بإنشاء محطات إلكترونية ذات تقنية عالية مع المركز الوطني لأمن المعلومات لهذا الغرض.

- متابعة المطالبات:

تستلم شركة نجم مطالبات التأمين على المركبات المتضررة من المؤمن لهم، وهذه المطالبات تقدمها إلى شركة التأمين المعنية. كما تحرص على تطبيق القوانين المحددة من قبل البنك المركزي السعودي بشأن تسوية المطالبات الخاصة بالمؤمن لهم.

كما تتطلع شركة نجم بتطوير خدماتها مستقبلاً، لتشمل:

- تقييم السائق:

يتم تقديم هذه الخدمة لشركات التأمين حصرياً. ومن خلال هذه التسهيلات يمكن لشركات التأمين الحصول على كشف عن سجلات عملائها عبر نظام إلكتروني متطور. كما يصبح بإمكانها الاطلاع على تاريخ المركبة والسائق.

- تقدير الأضرار:

تتيح هذه الخدمة تقييم حالة المركبات المتضررة، ومتابعة دعم عمليات التواصل بين شركات التأمين والمطالبين؛ للحفاظ على كفاءة سير الإجراءات وجعلها أسرع، وتخفيض إهدار الوقت.

- إدارة المطالبات:

تقوم شركة نجم بتطوير قاعدة مركزية آلية للبيانات من أجل الاحتفاظ بسجل ملائم لمطالبات المركبات. وتساعد هذه الخدمة شركات التأمين على تحديد المطالبات ومنع التحايل. كما تتيح للأفراد المؤمن لهم متابعة حالة مطالباتهم من دون الحاجة إلى الاتصال أو زيارة قسم المطالبات في شركات التأمين التي يتعاملون معها.

وتقدم نجم لعملائها مجموعة متكاملة من خدمات التأمين على المركبات. وتشمل خدماتها المقدمة -على سبيل المثال لا الحصر- ما يلي:

- إعداد تقرير تحديد المسؤولية، ويشمل هذا التقرير المفصل وثائق مختلفة يتم استخدامها كدليل، مثل: الصور الفوتوغرافية، والرسومات المتعلقة بالحوادث، وغيرها الكثير.

- إعداد تقارير تقييم الأضرار لكل سيارة متضررة.

- إزالة جميع العوائق والمركبات من موقع الحادث.

- مساعدة شرطة المرور في تعزيز السلامة على الطرق.
- العديد من الخدمات الأخرى ذات الصلة بقطاع التأمين على المركبات.

٣-٦-١ خدمات شركة نجم للأفراد:

تقدم شركة نجم لخدمات التأمين خدماتها المتميزة للجميع، بدءاً من الأفراد وصولاً إلى شركات التأمين. فإذا تعرضت لحادث مرور -لا قدر الله-، يمكنك الاعتماد على شركة نجم في متابعة وتولي كافة الإجراءات، فالشركة تساهم في سد الفجوة بين الأطراف المعنية وشركات التأمين، وتضمن إنجاز كافة الإجراءات ذات الصلة بالحادث على نحو سريع وبسيط وفعال. وفيما يلي بعض من الخدمات المتميزة التي تقدمها شركة نجم للأفراد:

أ. استعلام تقرير الحادث:

نجم، تتوجه إلى مكان وقوع الحادث المروري وتصدر تقريراً مفصلاً لتحديد المسؤولية بين الأطراف المعنية. وتتبع القوانين التي وضعتها إدارة المرور السعودية في كل إجراء. وكذلك تتيح الخدمة الإلكترونية للاستعلام عن تقرير تحديد المسؤولية، وهل تم إرساله إلى شركة التأمين المعنية بتغطية المركبة أم لم يتم ذلك، حيث يتم الاستعلام عن ذلك إما برقم الحادث، أو بمعلومات الحادث:

- الاستعلام عن تقرير تحديد المسؤولية برقم الحادث:

عن نجم	الخدمات	اتصل بنا	الروابط	الحكومة
الرقية والرسالة أعضاء مجلس الإدارة المركز الاتصالي الجوائز منايا نعل	خدمات الأفراد استعلام وكي أساسي استعلام برقم الحادث الخطوات خدمات الأتصال	فروتنا خريطة التطبيق مناجاة البلاغ الأسئلة الشائعة التوظيف	إجراءات ما بعد الحوادث صالح حول حوادث السيارات إجراءات التبليغ عن حادث مساعد حماية عملاء شركة التأمين	لائحة الحكومة سياسة الإبلاغ عن المخالفات

- الاستعلام عن تقرير تحديد المسؤولية بمعلومات الحادث:

الفصل
الأول

ب. إدارة لمطالبات:

شركة نجم لخدمات التأمين تتلقى وتدير مطالبات التعويض عن الأضرار التي تلحق بالمركبة، وتقدم هذه المطالبات إلى شركات التأمين المعنية، كي يتم تسويتها وفقاً للشروط التي وضعها البنك المركزي السعودي. وتتيح هذه الخدمة لعملائها الاستفسار عبر الإنترنت ومتابعة حالة طلباتهم في كل مرحلة من مراحل سير الطلب، حيث تتاح الخدمات التالية:

- تقديم مطالبة جديدة إلكترونية لشركة التأمين.
- الاستعلام عن حالة مطالبة قائمة.
- التحقق من الأهلية: للاستفسار عما إذا كانت الخدمة متاحة للعملاء في حال كانت شركة التأمين مشتركة في الخدمة، ومعرفة الفرع المناسب لخدمة المؤمن له، في حال توقّر الخدمة.

ج. استعلام وثائق التأمين:

نجم، تشارك وثائق التأمين على المركبات التي توفرها شركات التأمين مع نظام المرور السعودي. فقد قامت بدمج المحطات الإلكترونية ذات التقنية العالية مع المركز الوطني لأمن المعلومات؛ مما يتيح لحاملي وثائق التأمين متابعة حالة وثائق التأمين الخاصة بهم. ويمكنهم أيضاً معرفة ما إذا كانت وثيقة التأمين الخاصة بهم موجودة في المركز الوطني لأمن المعلومات أم لا.

د. طباعة النماذج والإشعارات:

تقدم شركة نجم لخدمات التأمين من خلال موقعها الإلكتروني خدمة إعادة إصدار التقارير والمستندات المتعلقة بالحوادث المروري (بدل فاقد) في حال فقدانها أو تلفها؛ وذلك حرصاً منها على رفع مستوى الخدمة وراحة العملاء، ويتم ذلك عن طريق إدخال رقم الحادث واختيار المستند المطلوب ثم طباعته، حيث تتوفر طباعة النماذج والمستندات التالية:

- نموذج طلب إذن إصلاح مركبة:
وهو نموذج (بدل فاقد) موجه إلى إدارة المرور؛ لإصدار واستلام إذن إصلاح مركب.
- نموذج طلب تقدير أضرار:
وهو نموذج (بدل فاقد) موجه إلى مكاتب التقديرات أو الورش؛ لتقدير وتسعير أضرار المركبة.
- إشعار للمراجعة:
وهو إشعار (بدل فاقد) يخول طرف الحادث لمراجعة شركة التأمين للتعويض عن أضرار الحادث -إن وجد-
- إشعار تسليم حادث إلى شركة تأمين:
وهو إشعار يوضح تأكيد تسليم تقرير الحادث من شركة نجم إلى شركة التأمين المعنية.
- إثبات واقعة:
وهو تقرير يطلبه أحد أطراف الحادث يثبت وقوع حادث مروري لهذا الطرف.
- تأكيد إثبات واقعة:
وهو إشعار تأكيد بوقوع الحادث حسب البيانات المدرجة بنموذج إثبات واقعة.
- تقرير تحديد المسؤولية:
هذه الخدمة تمكن عملاء شركة نجم من طباعة تقرير تحديد المسؤولية إلكترونياً.
- هـ. الاعتراضات:

تحرص شركة نجم لخدمات التأمين على خدمة العملاء ما بعد وقوع الحادث واستقبال اعتراضاتهم عن طريق الموقع الإلكتروني للشركة، وإعادة النظر من قبل لجان الاعتراضات بشكل حيادي واستقلالي، وتمكن العملاء من إضافة بيانات ومعلومات للحادث، ومن متابعة الاعتراض المقدم، حيث تتيح هذه الخدمة، ما يلي:

- تقديم اعتراض جديد:

للعميل تقديم اعتراض خلال مدة عشرة أيام من وقت وقوع الحادث مرة واحدة.

- اعتراض تحت الإجراء:

خدمة تمكن الأطراف في الحادث من إضافة بيانات للاعتراض المقدم في حال طلبه من قبل لجنة الاعتراضات.

و. التعديلات والإضافات:

موظفو خدمة العملاء في شركة نجم متواجدون دائماً لخدمة المؤمن لهم؛ لاستقبال طلبات التعديل والإضافة على معلومات « السائق – المركبة – التأمين » ومعالجتها، حيث يتم تقديم الخدمات التالية:

- تعديل:

هذه الخدمة تمكنكم من تعديل البيانات في تقرير تحديد المسؤولية.

- إضافة:

هذه الخدمة تمكنكم من إضافة المستندات والوثائق في تقرير تحديد المسؤولية.

٣-٦-١ خدمات شركة نجم لقطاع الأعمال:

تأسست شركة نجم من أجل تطوير منصة لإدارة الأنشطة المتعلقة بالحوادث تكون مريحة وسهلة وملائمة للجمهور، وتقوم شركة نجم بتلبية احتياجات شركات التأمين والجمهور معاً.

وشركة نجم تقدم لكلا الطرفين قيمة عالية وتحيطهم براحة البال التامة وأقصى درجات العناية والاهتمام، وتوفر لهم خدمة سريعة وإجراءات سلسلة خالية من المشاكل والتعقيدات؛ حيث إن مستوى خدمات شركة نجم تمتثل للمعايير الصارمة الخاصة بقطاع التأمين، وتقوم توقعات عملائها، وكذلك تحظى شركات التأمين أيضاً بأسلوب عمل مبسط لتيسير أعمالها، وفيما يلي أهم الخدمات التي تقدمها شركة نجم لقطاع الأعمال:

أ. تقرير الحادث:

أحد الخدمات الرئيسية الموكلة لشركة نجم هي خدمة تحديد المسؤولية بين أطراف الحادث، وهو عبارة

عن تقرير متكامل يحتوي على عدة وثائق ثبوتية لوصف الحادث، ومن ضمنها: تقرير الحادث، صور الحادث، رسم الحادث، وغيره.

ولمباشرة الحوادث المرورية من قبل نجم، يجب أن يكون أحد أطراف الحادث على الأقل يحمل وثيقة تأمين قانونية وسارية المفعول، وتهدف هذه الخدمة إلى:

- مساعدة إدارات المرور في تأمين الطرق ورفع الحوادث.

- سرعة رفع تقارير الحوادث لشركات التأمين المعنية.

- رفع مستوى إدارة الحوادث في الطرق ومتابعتها.

ويحتوى تقرير تحديد المسؤولية، على المعلومات التالية:

- معلومات أطراف الحادث.

- معلومات التأمين لأطراف الحادث.

- معلومات الحادث.

- وصف الحادث.

- رسم تخطيطي للحادث.

- صور الحادث.

ب. استقبال المطالبات:

حلول استقبال المطالبات (CRS)، هو منتج تقدمه شركة نجم عبر فروعها المنتشرة في غالب مدن وقرى المملكة؛ لتكون هذه الفروع بمثابة الممثل لشركات التأمين، و القائمة بدور الوسيط في استلام كافة الوثائق وأوراق المطالبة و إرسالها لشركة التأمين، ومن ثم المتابعة مع شركة التأمين حتى اعتماد المطالبات أو الرد بشأنها. وتقوم فروع شركة نجم ومكاتبها المنتشرة بتسهيل وتسريع عمليات التواصل بين شركات التأمين ومقدمي المطالبات؛ مما يضمن إنجازها بأسلوب مريح لكلا الطرفين، وتساعد هذه الخدمة شركات التأمين على النحو التالي:

- التكامل التام بين نجم وشركات التأمين.

- بناء قاعدة بيانات مركزية للمطالبات.

- أداة المراقبة المسبقة.

- تطبيق مؤشرات الحوادث؛ لكشف حالات الاحتيال.

وتهدف خدمة استقبال الطلبات من نجم إلى:

- تقديم الخدمة وتلقي المطالبات لمتضرري الحوادث المرورية ووكلاء شركات التأمين في جميع مدن المملكة العربية السعودية.

- توسيع نطاق خدمات التأمين على المركبات من خلال تغطية المناطق النائية حيث تتواجد فروع نجم.

- توحيد إجراءات ومستندات مطالبات المركبات.

- توفير تسوية سهلة وعملية في الوقت المناسب للمطالبات.

- تسهيل إجراءات تسجيل المطالبات ومطابقتها مع المستندات المطلوبة.

- يساهم نظام نجم في تسهيل عمليات معالجة المطالبة على شركات التأمين من استلام المطالبة إلى إغلاقها وتسليم المبالغ التعويضية.

ويتحدد نطاق خدمات شركة نجم، حيث تقدم الخدمة في جميع فروع نجم على امتداد مناطق المملكة، خدمة نجم لحلول استقبال المطالبات تسهل التعامل مع جميع المطالبات المتعلقة بالتأمين على المركبات لجميع حاملي الوثائق منها:

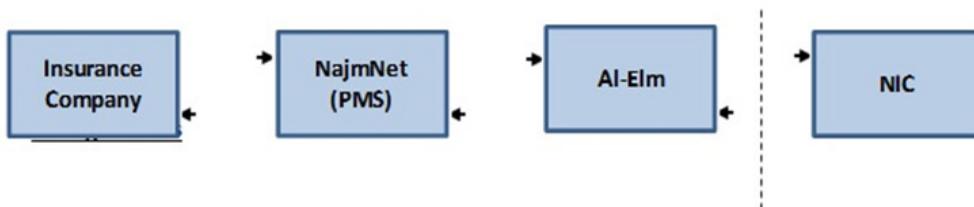
- حالات نجم.

- حالات المرور.

- حالات الدفاع المدني.
 - حالات الشرطة.
 - أمن الطرق.
- كذلك فإن أهم مزايا خدمات نجم المتعلقة باستقبال المطالبات، هي:
- انخفاض النفقات العامة لإدارة المطالبات.
 - تلقي وثيقة المطالبة بطريقة سريعة وفي الوقت المناسب.
 - تسليم جميع الوثائق إلكترونياً.
 - سهولة المتابعة من خلال نظام نجم لخدمة العملاء.
 - انخفاض نسبة الشكاوى من قبل البنك المركزي السعودي لحاملي وثيقة التأمين على شركات التأمين
 - المحافظة على رضا العملاء والاحتفاظ بهم على المدى الطويل.
 - أرشفة مؤتمتة بالكامل لمستندات المطالبات.
 - إدارة خدمة المطالبات إلكترونياً.
 - قاعدة بيانات مركزية موحدة تخدم قطاع تأمين المركبات.
- ج. وثائق التأمين:

برز نجم لخدمات التأمين في المقام الأول من الرغبة للجنة الوطنية للتأمين؛ لتخفيف وتطوير وتسهيل تأمين المركبات وقطاعات الخدمات في المملكة، وتدريبياً واصلت شركة نجم جهودها الرامية إلى تعزيز، الارتجال، وتوفير مجموعة كاملة من الخدمات لصناعة التأمين، وقدم نجم الخدمات الإلكترونية لوثيقة التأمين للسيارات من خلال خدمات NajmNet. حيث إنه نظام يمثل إدارة نهج نجم في (PMS) ويشمل أصحاب المصلحة، شركات التأمين، NajmNet، شركة العلم، NIC، حيث يشمل ذلك النظام جميع المعلومات المتعلقة بالأطراف المعنية، وتحميل وثيقة التأمين، ويحتفظ النظام بتفاصيل مالك المركبة أو المركبات.

شركة التأمين (IC) تقوم بعمل الإضافات المتعلقة بالمركبات على NajmNet PMS. ويتم التحقق من صحة ذلك وفقاً لقواعد العمل في NajmNet، وإرسالها إلى شركة العلم. التي تقوم بدورها بالتحقق أيضاً من صحة البيانات أو المعلومات المطلوبة، وإحالتها إلى مركز المعلومات الوطني (NIC)، أخيراً يتم تسجيلها وتخزينها في النظام NIC،، إذا سارت الأمور بشكل جيد في كل مرحلة. وفي حالة المعاملات غير الناجحة، يتم إرسال رسالة الرد خصوصاً إلى شركة التأمين، بسبب رفض المعاملة. ويوضح الشكل التالي لمحة عامة عن هذه العملية:



٧-١ دور شركات إدارة المطالبات الطبية (TPA) في إجراءات تسوية المطالبات.

الهدف التعليمي:

٧. أن يتعرف الدراس على دور شركات إدارة المطالبات الطبية (TPA) في إجراءات تسوية المطالبات.



٧-١-١ ما هية شركات إدارة المطالبات الطبية:

شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي: Health Insurance Claims Management Company (Third Party Administrator) (TPA)، هي شركات لتسوية المطالبات التأمينية في مجال التأمين الصحي، ومصوح لها بالعمل في المملكة العربية السعودية من قبل البنك المركزي السعودي، حيث تم تأهيلها من قبل مجلس الضمان الصحي، لإدارة مطالبات الضمان الصحي التعاوني، ويعتمد الاختلاف بين شركات إدارة المطالبات الطبية على الكفاءة، والمهنية، والاحتراف، ودرجة التحكم في معدل الفاقد في إجمالي أقساط الوثيقة، ويوجد في المملكة العربية السعودية حسب موقع مجلس الضمان الصحي التعاوني السعودي حتى تاريخه ٨ شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، وهي:

- شركة نكست كير السعودية لتسوية المطالبات التأمينية Sausi Next Care SNC .
- شركة شركة غلوب مد السعودية Globemed .
- شركة العناية الشاملة السعودية TCS .
- شركة مدنت العربية السعودية المحدودة MedNet .
- الشركة السعودية لإدارة مطالبات التأمين الصحي المحدودة MedNext .

ويجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي تقديم خدماتها لأكثر من شركة تأمين، وأن تتعاقد مع أكثر من مقدم لخدمات العلاج الطبي، مع الاحتفاظ بسجلات وحسابات مصرفية منفصلة لكل تعاقد من التعاقدات المبرمة مع شركات التأمين، فمثلاً شركة نيكست كير السعودية متعاقدة مع أكثر من شركة تأمين، وشركة العناية الشاملة السعودية لإدارة المطالبات متعاقدة أيضاً مع أكثر من شركة تأمين، كما يجوز لشركة التأمين التعاقد مع أكثر من شركة لإدارة المطالبات الطبية.

كذلك يجوز لشركة إدارة المطالبات التأمين الصحي العمل مع مطالبات طبية لغير شركات التأمين الصحي، وذلك واقع بالفعل مع شركة ميدنت فهي تدير بعض مطالبات الخطط الطبية لبعض متقاعدي أرامكو مع مقدمي الخدمات الصحية.

وتنتهي التزامات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بنهاية (و/أو) فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية، (و/أو) بنهاية التغطية التأمينية مع ضرورة تسوية جميع المطالبات والوصول إلى تسوية نهائية حتى بعد نهاية التغطية التأمينية حسبما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية وأحكام هذه اللائحة.

وفي المادة ٣٣ يجوز لكل من مقدم الخدمة وشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي وشركة التأمين فسخ عقد إدارة

مطالبات التأمين الصحي فيما بينهم مع الالتزام بالشروط المنصوص عليها في هذا العقد، وإشعار الأمانة العامة كتابياً بذلك خلال (٧ أيام عمل من تاريخ الفسخ).

وحسب المادة ٢٣ يتولى مجلس الضمان الصحي التعاوني الرقابة على التزام شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي بنظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية، والتأكد من قيام هذه الشركات وكذلك أطراف العلاقة التأمينية الصحية بتنفيذ المهمات والمسؤوليات المناطة بهم بموجب هذه اللائحة.

وحسب المادة ٢٩ يكون المقابل المالي لمجلس الضمان الصحي التعاوني للإشراف على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني بواقع (١٪) من إجمالي عمولة (و/أو) أجر الشركة عن كل عقد موقع مع شركات التأمين الصحي، وذلك حسب القوائم المالية المدققة للسنة السابقة.

وتنظر لجنة النظر في مخالفات أحكام الضمان الصحي التعاوني المشكلة بموجب نص المادة (١٤) من النظام، في المخالفات التي تنشأ عن العلاقة بين شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي وكل من المستفيدين، وحملة الوثائق، وشركات التأمين، ومقدمي الخدمات.

وحسب المادة الثانية من اللائحة: لا يجوز لشركة إدارة المطالبات الطبية تحصيل أي مبالغ مالية من المؤمن لهم مباشرة. كذلك حسب المادة ١٣ من اللائحة، لا يسمح لأي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بتملك (أو المساهمة في رأس مال) أو تشغيل أي منشآت طبية أو شركات تأمين صحي. وحسب المادة ١٤ من اللائحة لا يجوز لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي بيع و/أو تسويق وثائق تأمين صحي.

ويلاحظ أن الحصة السوقية لشركات تسوية المطالبات التأمين الصحي هي أقل من ١٠٪ من تسوية المطالبات التي تتم داخل شركات التأمين على اعتبار أن ميديفيزا تابعة للميدغلف، وهذه النسبة مقسمة عملياً على ٣ شركات تسوية مطالبات بنسب مختلفة، وهي نيكست كير، والعناية الشاملة، وجلوبميد.

٢-٧-١ مهام شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي:

حسب المادة السادسة من لائحة تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، تمارس شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المهام الرئيسية التالية:

- أ. أي أعمال تتعلق بمطالبات التأمين الصحي، والتي تتطلب وجود تخصصات معينة للقيام بفحص ودراسة المطالبات التي تنشأ ويترتب على حدوثها دفع تعويضات لحامل الوثيقة من قبل شركة التأمين.
- ب. أي أعمال تتعلق بإدارة البرامج الطبية الصادرة من شركات التأمين الصحي/مقدم الخدمة والتي تخضع لنظام الضمان الصحي التعاوني كحد أدنى (و/أو) تطويرها، بالإضافة إلى الدراسات الإكتوارية، التدريب ضمن مجال عمل الشركة، الأبحاث، و/أو أية أعمال تدخل ضمن نشاط الشركة.
- ج. تقدير التعويضات الناشئة عن تكلفة خدمة الحالات الطارئة المقدمة خارج الشبكة مقارنة بقيمة التكلفة الفعلية للخدمة الصحية المقدمة داخل الشبكة سواء داخل (و/أو) خارج المملكة العربية السعودية.
- د. القيام بأعمال التسويات المالية للمطالبات المستلمة وغير المستلمة من مقدم الخدمة (و/أو) شركة التأمين (و/أو) حامل الوثيقة.

٣-٧-١ العلاقة بين شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، وشركة التأمين:

شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي: هي طرف ثالث يفصل بين مقدم الخدمة والمؤمن له من جهة، وشركة الدفع (شركة التأمين) من جهة أخرى. لذا يطلق عليه طرف ثالث وإن كان غير محايد؛ لأنه يأخذ أجره من شركة التأمين، وموضوع الحيادية أو حتى الموضوعية تعتمد على المهنية والاحتراف ورقابة مجلس الضمان والبنك المركزي السعودي، إلا أنه واقعياً بعض شركات المطالبات تميل ناحية من يدفع لها.

٤-٧-١ متطلبات تأهيل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي:

تخضع أي شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي التي ترغب في العمل في مجال الضمان الصحي التعاوني إلى المتطلبات التالية:

- أن تكون الشركة مصرح لها من قبل البنك المركزي السعودي بالعمل في المملكة العربية السعودية، كشركة تسوية مطالبات تأمينية ذات مسؤولية محدودة أو شركة مساهمة.
- فصل أنشطة إدارة المطالبات الطبية عن أنشطة المطالبات الأخرى -إن وجدت-
- يتم التأهيل لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي لثلاث سنوات هجرية قابلة للتجديد.
- تكون قيمة نماذج طلب التأهيل لأول مرة (و/أو) نماذج تجديد التأهيل (١٠٠٠) ألف ريال سعودي.
- يكون المقابل المالي للتأهيل لأول مرة (٩٠,٠٠٠) تسعين ألف ريال سعودي لثلاث سنوات هجرية قابلة للتجديد (ويكون المقابل عن السنة الأولى غير مسترد في حال عدم حصول الشركة على التأهيل)، مقسمة على ثلاث سنوات على النحو التالي:

- (٣٠,٠٠٠) ثلاثون ألف ريال قيمة التأهيل للسنة الأولى.
- (٣٠,٠٠٠) ثلاثون ألف ريال قيمة تجديد التأهيل للسنة الثانية.
- (٣٠,٠٠٠) ثلاثون ألف ريال قيمة تجديد التأهيل للسنة الثالثة.
- يكون المقابل المالي لتجديد التأهيل (٩٠,٠٠٠) تسعين ألف ريال سعودي لثلاث سنوات هجرية مقسمة كالتالي:
- تقوم الشركة باستخدام نظام محاسبي متكامل لدى الشركة.
- أخذ موافقة الأمانة العامة على كفاءة الجهاز التنفيذي والطبي للشركة.
- عدم تحصيل أي مبالغ مالية من المؤمن لهم مباشرة.
- إبرام وثيقة تأمين تغطي أخطار المسؤولية المهنية عن التقصير والإهمال والخطأ بحيث لا يقل الغطاء التأميني عن (١,٠٠٠,٠٠٠) مليون ريال سعودي.
- يتم تقديم طلب تجديد التأهيل قبل (٣٠) ثلاثين يوماً كحد أدنى قبل تاريخ انتهاء التأهيل.
- تقوم شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، بسعودة الوظائف الطبية التابعة لها مع مراعاة خطة توظيف وتأهيل السعوديين المقدمة للمؤسسة والقرارات والتعليمات الصادرة عن المجلس.
- تزود شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي الأمانة العامة بأي معلومات تطلبها الأمانة العامة: لغرض فحص طلب التأهيل أو طلب تجديده خلال ٣٠ يوماً.

١-٧-٥ الحقوق المالية لشركة إدارة المطالبات الصحية:

شركة التأمين هي من تدفع لشركات إدارة المطالبات الطبية، استنتاجاً من المادة ٢٩ من لائحة تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني، يتم حساب الحقوق المالية لشركة إدارة المطالبات لدى شركة التأمين بطريقة عمولة (و/أو) أجر الشركة عن كل عقد موقع مع شركات التأمين الصحي.

١-٧-٦ مدى إلزامية أن تلجأ كل شركات التأمين لشركة إدارة المطالبات الطبية:

ليس كل شركات التأمين تلجأ لشركات إدارة المطالبات الطبية؛ لأن لديها القدرة على إنشاء قسم داخلي كفاء ومؤهل للقيام بالمهام المطلوبة، حيث إن شركات التأمين الكبرى لديها قسم تسوية مطالبات خاص بها داخلي، مثل: بوبا، والتعاونية، وسايكو، وأكسا، وبعض شركات التأمين متعاقد مع شركة تابعة لها، مثل: ميدغلف مع ميديفيزا، وميدنكيسست مع عناية السعودية، وبعض شركات التأمين تفضل التعاقد مع شركة إدارة مطالبات خارجية؛ تقليلاً للتكلفة والوصول لتحكم أفضل في إدارة المطالبات، نتيجة فصل المبيعات عن النفقات (المطالبات المتكبدة) ومثال ذلك شركات كثيرة، مثل: الصقر، والاتحاد التجاري، وغيرها.

١-٧-٧ الخدمات التي تقدمها شركات إدارة المطالبات الطبية لشركات التأمين:

الخدمة الأساسية هي التحكم في النفقات عن طريق الإدارة الفعالة للمطالبات وذلك بتقليل معدل الخسائر Loss Ratio لكل وثيقة تأمين إلى الحد المتفق عليه وليكن ٧٠٪؛ حتى تكسب شركة التأمين من هذه الوثيقة، وتأخذ شركة إدارة المطالبات النسبة المتفق عليها، وهذه الطريقة قد تؤثر سلباً في بعض الأحيان على جودة الخدمة المقدمة للمؤمن لهم.

١-٧-٨ الخدمات التي تقدمها شركات إدارة المطالبات الطبية للمؤمن لهم:

- إدارة العقود مع مقدمي الخدمات الطبية.
- تحديد أسعار الخدمات وما عليها من خصومات عادية أو خصومات حسب حجم العمل.
- طريقة الدفع وتوقيتات الدفعات المالية.
- إدارة الموافقات على الخدمات الطبية للمؤمن لهم في خلال الوقت المحدد على مدار ٢٤ ساعة / ٧ أيام / ٣٦٥ يوماً.
- إدارة عملية مراجعة المطالبات الواردة من مقدمي الخدمة؛ للتمييز بين ما يستحق الدفع والمرفوضات ومتابعة المرفوضات مع مقدمي الخدمات باستقبال رد مقدمي الخدمة عليها، أو تسويته تجارياً بنسبة معينة حسب الاتفاق، وهذه نقطة فيها نقاش كبير؛ لأن نسبة المرفوضات هي النسبة الحرجة التي تحدد عمولة شركات المطالبات وقد تصل أحياناً إلى نسب عالية مثل ٥٠٪، وفي العادة تكون نسبة الرفض المبدئية ٢٥٪، وتنزل بعد رد مقدمي الخدمات عليها إلى ١٠٪ أو ٥٪ حسب نوعية الرفض هل هو طبي أم تقني؟ ويمكن تثبيت النسبة مع بعض الشركات مثل ٥٪ كنسبة تسوية تجارية.

١-٧-٩ متخذو القرار في شركات إدارة المطالبات الطبية تجاه التغطية:

حسب المادة ٣٤ و ٣٥ من لائحة تأهيل شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني على شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي أن تعين لديها بصورة فردية أو جماعية أطباء بدرجة أخصائيين فما فوق مرخص لهم للعمل من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية؛ للتحقق من اشتراطات العلاج في حدود

فعالية التكلفة أثناء علاج أحد المستفيدين، وتكون الأفضلية للسعوديين، ويكون للأطباء المعيّنين للعمل لدى شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي استقلال مهني، ولا يخضعون في آرائهم إلا للمقتضيات الطبية في مباشرتهم لمهام المراقبة، ولا يحق لهم التدخل في العلاج الطبي، أو علاج المستفيدين، ويكون دوامهم غالباً ٢٤ ساعة /٧ أيام ومناوبات في الإجازات لإدارة الحالات الطارئة، وتمديد علاج الحالات المنومة، ويكون عدد الأفراد بشكل يحقق الغرض في كل تخصص من أطباء، ومحاسبين، ومتخصصي تأمين، وتقنية معلومات، وغيرها من التخصصات ذات الصلة.

١٠-٧-١ التسويات المالية بين أطراف التعاقد:

تتم التسويات المالية بين أطراف التعاقد وفق نظام الضمان الصحي التعاوني واللوائح والتعليمات الصادرة عن مجلس الضمان الصحي التعاوني، مع مراعاة ما يلي:

- تتم إجراءات تحصيل مستحقات إدارة المطالبات الطبية بالاتفاق بين شركة التأمين وشركات إدارة مطالبات التأمين الصحي ومقدم الخدمة، مع التقييد بما يصدر عن مجلس الضمان الصحي من قرارات وتعليمات.
- تقوم شركة التأمين بسداد مستحقات شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، وتكون شركات التأمين المسؤول الأول عن دفع هذه المستحقات، وفق ترتيبات السداد المتفق عليها مع الالتزام بما ورد في لائحة مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- في حالة عدم سداد مستحقات شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي المترتبة على شركة التأمين، فإنه يحق لشركة إدارة مطالبات التأمين الصحي فسخ عقد إدارة خدمات المطالبات الطبية المبرم مع شركة التأمين.
- تدرج العمولات ونسب الخصم المتفق عليها مع شركة التأمين ضمن موارد شركات إدارة مطالبات التأمين الصحي، مع الالتزام بما ورد في نظام الضمان الصحي التعاوني ولائحته التنفيذية.
- على شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي إنهاء إجراءات سداد مستحقات مقدمي الخدمة في مدة لا تزيد عن (٦٠ يوماً) من تاريخ استلام المطالبة.

الهدف التعليمي

٨. أن يتعرف الدراس على خطوات واجراءات سير المطالبة



بصفة عامة تمر اجراءات سير المطالبة بعدة مراحل منذ وقوع الحادث وحتى تسوية المطالبة وغلق ملف الحادث، نوجزها فيما يلي:

١-٨-١ الاخطار بالحادث:

يقوم المؤمن له بموجب شرط الوثيقة بإخطار شركة التأمين بالحادث، وسواء كان المؤمن له ينوي تقديم مطالبة، أو يتوقع تقديم مطالبة ضده (طرف ثالث).

١-٨-٢ نموذج تقرير حادث:

يقوم المؤمن له باستيفاء بيانات نموذج تقرير حادث، والذي قد يطلب منه استيفاءه إلكترونياً، حيث يشتمل النموذج على بيانات أساسية تتعلق بتاريخ ووقت ومكان وسبب وقوع الحادث، وغالباً ما يرفق به رسم توضيحي (كروكي) لموقع الحادث.

١-٨-٣ فتح ملف حادث

تقوم شركة التأمين بإنشاء أو فتح ملف حادث، ورقياً أو إلكترونياً، يشتمل على كافة البيانات والمستندات المتعلقة بالحادث، ونسخة من وثيقة التأمين.

١-٨-٤ التحقق من المطالبة

يقوم مسؤول المطالبات أو مسوي الخسائر بشركة التأمين بالتحقق من المطالبة، فيما يتعلق بالنقاط الأساسية التالية:

- الخطر المغطى: بمعنى أن يكون سبب المطالبة بموجب خطر تغطية وثيقة التأمين، وأنه ليس ضمن الأخطار المستثناة.
- سريان الوثيقة: حيث يتحقق مسؤول المطالبات من تواريخ بدأ وانتهاء سريان التغطية التأمينية.
- مكان الحادث: حيث يتم التحقق من الموقع الجغرافي للحادث، وأنه يقع في نطاق التغطية الجغرافية لوثيقة التأمين.
- التغطيات الإضافية: يتم التحقق من أي مطالبات أخرى مرتبطة بالمطالبة الأساسية ومغطاة بموجب وثيقة التأمين، مثل الأضرار الجسدية التي لحقت بالركاب أو الأضرار التي لحقت بممتلكات أخرى تغطيها الوثيقة.

١-٨-٥ التدقيق والمراجعة

في هذه المرحلة يتم التحقق من كافة المستندات المؤيدة للمطالبة، وأهلية تقديم المطالبة والحصول على التعويض، حيث أنه:

أ- إذا كانت وثيقة التأمين كتبت على أساس المطالبات المقدمة، فإنه يتم التحقق من الاجابة على التساؤلات التالية:

- متى قدمت المطالبة؟
- هل تم اشعار شركة التأمين وفق بنود الوثيقة؟
- هل التغطية التأمينية كانت سارية وقت تقديم المطالبة؟
- ب- إذا كانت وثيقة التأمين كتبت على أساس وقوع الخسائر، فإنه يتم التحقق من الإجابة على التساؤلات التالية:
 - متى وقعت الخسائر؟
 - هل كانت التغطية التأمينية سارية وقت وقوع الخسائر؟

٦-٨-١ تسوية المطالبة

بمجرد أن يتأكد مسؤول المطالبات في شركة التأمين بالتأكد من أهلية المؤمن له في الحصول على التعويض عن الخسائر التي لحقت به أو مسؤول عنها وأن الخطر مغطى بموجب وثيقة تأمين سارية المفعول، بمعنى أن شركة التأمين تأكدت من إثبات وقوع الخسارة من حيث الخطر المغطى في الموقع الجغرافي للتغطية وأن التأمين ساري المفعول؛ تبدأ إجراءات تسوية المطالبة، على النحو التالي:

- مدى كفاية التأمين: حيث يتم التحقق أن التأمين كافي أم دون الكفاية، وهل تخضع التغطية لشرط النسبية من عدمه
- التفاوض: حيث تم اقناع العميل بحجم التعويض المستحق، بعد استبعاد نسبة أو مبلغ التحمل وكذلك نسب الاستهلاك أن وجد، كذلك يتم التفاوض حول الإسترداد إن وجدت.
- مخالصة: حيث يوقع المؤمن له على سند بالموافقة على مبلغ التعويض.

٧-٨-١ حفظ ملف الحادث

تقوم شركة التأمين بحفظ كافة المستندات المتعلقة بالحادث، وتسوية المطالبة.

أسئلة نهاية الفصل:

أجب عن الأسئلة التالية وتحقق من صحة إجابتك في القسم الموافق:

١. اشرح بإيجاز الجوانب القانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي.
مرجع الإجابة: القسم ١-١-١
٢. اشرح بإيجاز الجوانب التنظيمية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي.
مرجع الإجابة: القسم ١-١-٢
٣. اشرح بإيجاز سمات المطالبات في سوق التأمين السعودي.
مرجع الإجابة: القسم ١-٢-١
٤. حدد الحالات التي تنشأ عنها مطالبات في مجال التأمين الصحي.
مرجع الإجابة: القسم ١-٣-١
٥. حدد الحالات التي تنشأ عنها مطالبات في مجال تأمين المركبات.
مرجع الإجابة: القسم ١-٣-٢
٦. حدد خمسة من الاستثناءات في وثيقة التأمين الصحي.
مرجع الإجابة: القسم ١-٤-١
٧. حدد خمس حالات من الاستثناءات في وثيقة التأمين الشامل للمركبات.
مرجع الإجابة: القسم ١-٤-٢
٨. حدد خمسة من الاستثناءات في وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات.
مرجع الإجابة: القسم ١-٤-٣
٩. اشرح بإيجاز دور الوسطاء في إجراءات مطالبات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ١-٥
١٠. اشرح باختصار خدمات شركة نجم للأفراد.
مرجع الإجابة: القسم ١-٦-٣
١١. اشرح باختصار دور شركات إدارة المطالبات الطبية (TPA) في إجراءات تسوية المطالبات الطبية.
مرجع الإجابة: القسم ١-٧-١٠

الفصل الثاني

الاحتياطات والمخصصات الفنية في شركات التأمين

يتضمن هذا الجزء من المنهج قرابة ١٢ سؤالاً تجريبياً من بين ٥٠ سؤالاً في الاختبار.



مقدمة:

اهتمت المادة ٦٩ من اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التأمين التعاوني الحد الأدنى للمخصصات الفنية في شركات التأمين التعاوني السعودية، وتحديد طرق احتساب هذه المخصصات، حيث يتحتم على شركات التأمين من خلال العقود التي يتم إبرامها مع المؤمن لهم الاحتفاظ ببعض الأموال من أجل مواجهة العديد من الالتزامات التي تنشأ من وقوع الخطر. وبالتالي تعمل شركات التأمين في ظل القوانين والتشريعات والحسابات الاكتوارية والمحاسبية؛ على الاحتفاظ بجزء من الأقساط التي تحصل عليها في شكل احتياطي أو مخصصات. ويتناول هذا الفصل مفهوم المخصصات الفنية في شركات التأمين، وأهميتها، وأنواعها، ودور الخبير الاكتواري فيما يخص الاحتياطيات وتسعير الأخطار.

٢-١ مفهوم المخصصات الفنية في شركات التأمين:

الهدف التعليمي:

١- أن يتعرف القارئ على مفهوم المخصصات الفنية في شركات التأمين.



٢-١-١ مفهوم المخصصات الفنية:

المخصصات الفنية هي ذلك النوع من المخصصات المرتبط تكوينها بطبيعة عمليات التأمين، ويقتصر تكوينها على الشركات التي تمارس عمليات التأمين دون غيرها من الشركات؛ حيث إن نشاط شركات التأمين يتركز على تلقي الأقساط من المؤمن لهم ثم القيام باستثمار هذه الأموال في عدة قنوات استثمارية في ظل ضوابط تشريعية معينة، وذلك بهدف توفير الأموال اللازمة لقيام شركات التأمين بالوفاء بالتزاماتها تجاه المؤمن لهم في الوقت المناسب. حيث إن المخصصات الفنية في شركات التأمين هي جزء من التزامات الشركة التي يجب الاحتفاظ بها لمقابلة الالتزامات المستقبلية المتوقعة، ولكن يصعب تحديد قيمتها بدقة، والمخصص لا يتوقف على نتيجة النشاط إنما هو تكلفة الحصول على الإيراد، والمخصص يعتبر التزاماً على المنشأة تجاه حملة الوثائق. وبالتالي فإن المخصصات الفنية في شركات التأمين هي المبالغ التي يجب على شركات التأمين تخصيصها لتغطية التزاماتها المالية. وبناءً على ذلك فإن النظام المحاسبي في شركات التأمين يجب أن يتوافق مع طبيعة النشاط والعمليات التي تقوم بها هذه الشركات، ويساعد ويساهم في إنتاج معلومات تفيد في تقييم أدائها. الأمر الذي يتطلب من شركات التأمين العمل على تحديد الأساليب المناسبة التي سوف تتبعها في تحديد هذه المخصصات تحديداً يساعدها على مواجهة أية التزامات مالية تجاه حملة الوثائق. وخصوصاً فيما يتعلق بالبنود المرتبطة بتقدير هذه المخصصات، و التي تحتاج لخبرة مالية ورياضية واكتوارية، مثل:

- تحديد أسعار التأمين.

- تقييم الأصول والاستثمارات.

- التنبؤات المستقبلية للمؤشرات الاقتصادية المرتبطة بأعمال التأمين (مثل: معدلات التضخم، أسعار الصرف، معدلات النمو الاقتصادي، إلخ).

٢-١-٢ العوامل التي تؤثر على قيم المخصصات الفنية:

أ- كفاية أسعار التأمين:

يتأثر مخصص عدم كفاية الأسعار بمدى كفاية أسعار التأمين؛ حيث توجد علاقة عكسية بين مستويات أسعار التأمين ومستويات قيم المخصصات الفنية في شركات التأمين، فقيم المخصصات تزداد إذا كانت مستويات أسعار التأمين منخفضة، كما تنخفض قيم المخصصات إذا كانت مستويات أسعار التأمين متناسبة مع درجة الخطورة.

ب- معدلات تكرار المطالبات:

كلما زادت معدلات تكرارات المطالبات عن متوسطها، كلما كان من الضروري زيادة قيمة المخصصات الفنية في شركات التأمين.

ج- الأخطار الطبيعية:

تؤثر المنطقة الجغرافية للأخطار المغطاة على تقدير المخصصات الفنية، حيث إن بعض المناطق تتسم بمعدلات تكرار عالية وخسائر ضخمة نتيجة تحقق أحد الأخطار الطبيعية، وهل هذه الأخطار أو جزء منها مغطى أم أخطار مستثناة؟

د- الأحكام القضائية:

يجب دراسة وتحليل الأحكام القضائية المتعلقة بتعويضات التأمين، وما إذا كان هناك مبالغة وتزايد مستمر في أعداد القضايا وحجم التعويضات، حيث يؤخذ ذلك في الحسبان عند تقدير المخصصات الفنية في التأمين.

هـ- التضخم:

يجب أخذ معامل التضخم في الاعتبار (وهو انخفاض القوة الشرائية للنقود) وخصوصاً في تأمينات المسؤولية، حيث إنه بمرور الوقت يكون مستوى التعويضات مرتفعاً عما كان يتم من قبل لنفس الحالات المشابهة.

و- التفاوض عند تسوية المطالبات:

القدرة على التفاوض في قيم التعويضات تنعكس على تقدير قيم المخصصات الفنية، وأيضاً على حجم التعويضات المدفوعة سنوياً.

مما سبق يتضح أنه يجب على شركات التأمين عند تقدير قيم المخصصات الفنية الاهتمام بدراسة العوامل السابقة والتي تؤثر على تقديرها النهائي لقيم المخصصات سواء بالزيادة أو النقصان.

٢-٢ أهمية المخصصات الفنية في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٢- أن يتعرف القارئ على أهمية المخصصات الفنية في شركات التأمين.



الفصل
الثاني

إن تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات في شركات التأمين، متطلب أساسي لنجاح شركات التأمين في الوفاء بالتزاماتها في أوقاتها المحددة. حيث إن تلك المخصصات الفنية والاحتياطيات تساعد شركات التأمين على دفع التعويضات والمطالبات لحملة الوثائق وغيرهم، ويساعد ذلك أيضاً على إظهار القوائم المالية للشركة إظهاراً عادلاً يصور جوهر الواقع الذي تهدف القوائم المالية إلى تقديمه، كما يسهم تكوين المخصصات الفنية في توفير معلومات ملائمة لمستخدمي القوائم المالية، وتتلخص أهمية تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين على سبيل المثال في النقاط التالية:

- يمكن تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات شركات التأمين من مواجهة تحقق الأخطار الطارئة، والوفاء بالتزاماتها.
- زيادة الطاقة الاستيعابية لشركات التأمين، نظراً لما يحققه تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات من دعم للقدرة المالية لهذه الشركات.
- تحسين القدرة الاكتتابية لشركات التأمين في الأخطار القابلة للتأمين، نظراً لما يمثله تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات من أهمية في سلامة المركز المالي لشركات التأمين.
- دعم هامش الملاءة المالية بشركات التأمين، نظراً لما يمثله تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات من دور رئيسي في عمليات التحليل المالي لشركات التأمين.
- يمكن تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات المناسبة وبالقدر الكافي شركات التأمين من إبرام اتفاقيات إعادة التأمين بأسعار معقولة ومناسبة، لسلامة المركز المالي لشركات التأمين في هذه الحالة.
- يؤدي تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات في شركات التأمين إلى زيادة الثقة في عمل وأداء شركات التأمين في تغطية المخاطر التي يتعرض لها الأشخاص الطبيعيين والاعتباريين في المجتمع.
- يؤدي تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات في شركات التأمين إلى استقرار هذه الشركة، وزيادة القدرة على الاستمرار في أداء عملها.
- يساهم تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات في شركات التأمين في مجابهة الأخطار التي تتعرض لها شركات التأمين، مثل: مخاطر الاكتتاب، ومخاطر الائتمان، ومخاطر إعادة التأمين،... إلخ.
- يساهم تكوين المخصصات الفنية والاحتياطيات في شركات التأمين في عدم المبالغة في تسعير الأخطار التي تغطيها شركات التأمين، نظراً لما يتحقق من عوائد استثمار أموال المخصصات الفنية والاحتياطيات التي تدعم النشاط التأميني بالشركة.
- تتيح أموال المخصصات الفنية والاحتياطيات التي يتم تكوينها شركات التأمين فرصاً استثمارية في المجتمع.

٢-٣ الفرق بين المخصص والاحتياطي في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٣-- أن يستطيع القارئ التفرقة بين المخصص والاحتياطي في شركات التأمين.



تحتم جميع قوانين التأمين في العالم على شركات التأمين أن تظهر في ميزانياتها احتياطيات ومخصصات خاصة بعمليات التأمين، فالاحتياطيات التي يتم احتجازها هي عبء على الأرباح تحتجز إما لدعم المركز المالي لشركة التأمين، أو لمواجهة خسائر غير مؤكدة الحدوث، وبالتالي فإنها تتوقف على النتيجة النهائية لأعمال الشركة. وهي حق من حقوق المساهمين يحق لهم المطالبة به إذا زاد عن الحد القانوني. أما المخصصات فهي جزء من التزامات الشركة تحتجز لمقابلة التزامات متوقع حدوثها، ولكن يصعب تحديد قيمتها بدقة، والمخصص لا يتوقف على نتيجة النشاط، إنما هو تكلفة الحصول على الإيراد، والمخصص يعتبر التزاماً على شركة التأمين لحملة الوثائق، يخص فترات زمنية مستقبلية. مثل مخصص الأقساط غير المكتسبة، كذلك يخص فترات زمنية سابقة مثل مخصصات المطالبات تحت التسوية.

وبناءً عليه فإن التكييف المحاسبي للمخصصات التي يتم تكوينها يقتضي باعتبارها نفقة مستقبلية واجبة الخصم من الإيراد قبل الوصول إلى صافي الدخل؛ حيث إنها نفقة طبيعية تدخل في صميم خصائص الممارسة لنشاط التأمين، فالمخصصات الفنية جزء من قائمة المركز المالي، بينما التغيير في المخصصات الفنية هو ما يدخل في قائمة الدخل. ونظراً لما جرى العرف على تسميته في علم المحاسبة بالمخصصات التي يتم تكوينها لمقابلة التزامات محتملة أو مؤكدة الحدوث مستقبلاً فقد تم إطلاق تسمية «المخصصات الفنية» على المخصصات في شركات التأمين، ومن أهم هذه المخصصات:

- مخصص الأقساط غير المكتسبة.

- مخصص المطالبات تحت التسوية.

- المخصصات المتعلقة بتأمينات الحماية والادخار.

يتضح مما سبق أن المخصصات الفنية تعتبر التزامات على شركة التأمين، وهي حق من حقوق حملة الوثائق ولا تعتبر حقاً من حقوق المساهمين، وتعمل على تمكين الشركة من مواجهة التزاماتها تجاه المؤمن لهم، بالإضافة إلى أن تكوين هذه المخصصات يتماشى مع المبادئ المحاسبية المعمول بها، ومنها: مبدأ الحيطة والحذر، وأسس القياس المحاسبي (مبدأ استقلال السنوات).

٤-٢ أنواع المخصصات الفنية في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٤- أن يتعرف القارئ على أهم أنواع المخصصات الفنية في شركات التأمين.



الفصل
الثاني

إن شركات التأمين وعلى اختلاف أنواعها ومجال النشاط التأميني الذي تقوم به، وكذلك أنواع العقود التأمينية التي تبرمها مع المؤمن لهم تعمل بشكل أو بآخر على تحقيق الأرباح مثلها مثل أية شركة، وعلى هذا فإن سمعة الشركة والصورة الذهنية التي ترسمها في أذهان المتعاملين معها يأتي من خلال الوفاء بالتزاماتها ودفْع التعويضات المستحقة لهم في الوقت المناسب، أي تقديم الخدمة التأمينية منذ إبرام العقد حتى لحظة دفع التعويض بالجودة المناسبة التي تتلاءم مع واجهها تجاه المؤمن لهم.

ولعل المخصصات الفنية تلعب دوراً _ وليست العامل الوحيد الذي يقوم بهذا الدور _ في رفع كفاءة وقدرة الشركة على الوفاء بالتزاماتها. وعلى هذا فإن التحديد المناسب لهذه المخصصات يعتبر أمراً مهماً يؤثر بطريقة أو بأخرى على السيولة المتوافرة لدى الشركة والتي تجعلها تؤدي ما عليها تجاه المؤمن لهم في الوقت المناسب، وبالتالي رفع أسهم الشركة كشركة تأمينية تؤدي الخدمة التأمينية بالجودة أو التوقع الذي يتوقعه منها المؤمن لهم، وفيما يلي يتم عرض لأهم أنواع المخصصات الفنية في شركات التأمين، فهي تنقسم إلى عدة تقسيمات حسب نوع التأمين، والغرض من المخصص، على النحو التالي:

- المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار:

- الاحتياطي الحسابي.

- مخصص المطالبات تحت التسديد.

- المخصصات الفنية في التأمينات العامة:

- مخصص الأخطار السارية.

* مخصص التعويضات تحت التسوية:

* مخصص التعويضات تحت التسوية عن الحوادث التي تم الإبلاغ عنها (IBNER).

- مخصص التعويضات عن الخسائر التي وقعت ولم يبلغ عنها حتى تاريخ إقفال الحسابات الختامية (IBNR).

- مخصص التقلبات العكسية:

على شركات التأمين في فرع تأمين الحماية والادخار الالتزام بالآتي:

- تعيين متخصص في إدارة المخاطر لفرع تأمين الحماية والادخار مستقل عن الفروع الأخرى.

- تعيين مسؤول عن إدارة التأمين لفرع تأمين الحماية والادخار مستقل عن الفروع الأخرى.

- فصل الاستثمارات والمخصصات الخاصة بفرع تأمين الحماية والادخار عن الفروع الأخرى.

لا يجوز للشركة استخدام الأدوات مثل المشتقات المالية والبنود خارج الميزانية العمومية قبل الحصول على موافقة كتابية مسبقة من البنك المركزي السعودي، كما لا يجوز للشركة استخدام هذه الأدوات في أغراض غير إدارة المحفظة الاستثمارية، ويجب الأخذ في الاعتبار بالآتي:

- أن تكون مدرجة في سوق مالي رئيس وقابلة للتسييل في وقت قصير ومبنية على أصول مدرجة في جدول تقويم الأصول، ولها طريقة تسعير واضحة ومعلومة.

- أن يكون لدى الشركة مخصصات وأصول كافية لمواجهة أي التزامات ناتجة أو محتملة من الاستثمار في هذه الأدوات.
- أن يكون الطرف الآخر في التعامل ذا ملاءة وسمة مقبولة.

تحسب المخصصات الفنية حسب المعايير المحاسبية بمعرفة واعتماد خبير اكتواري، على أن تعكس بعدالة التزامات الشركة، وأن تشمل كحد أدنى المخصصات الفنية الآتية:

- مخصصات الأقساط غير المكتسبة.

- مخصصات المطالبات تحت التسوية.

- مخصصات مصاريف تسوية المطالبات.

- مخصصات الأخطار التي وقعت ولم تتم المطالبة بها بعد.

- مخصصات المخاطر التي لم تسقط.

- مخصصات الكوارث.

- مخصصات المصاريف.

- المخصصات المتعلقة بتأمين الحماية والادخار، مثل: العجز، الشيخوخة، الوفاة، المصاريف الطبية ... إلخ.

تحدد المخصصات الآتية، كحد أدنى، وفق الآتي:

أ- تحسب مخصصات الأقساط غير المكتسبة بالخصم من صافي إيرادات الأقساط وعمولات التأمين عند إصدار وثيقة التأمين التي تستحق في الفترة اللاحقة كأقساط وعمولات غير مكتسبة على التوالي، ويتم تأجيلها وفق الآتي:

١- طريقة الأشهر الثلاثة الأخيرة بالنسبة للنقل البحري.

٢- طريقة ال ٣٦٥ ال ثلاث مئة والخمسة والستين يوماً بالنسبة لأنواع التأمين الأخرى، أو ٤٠٪ أربعين بالمئة من إجمالي صافي الاشتراكات والعمولات.

ب- تحسب مخصصات المطالبات تحت التسوية، ومصاريف تسوية المطالبات؛ لتساوي قيمتها إجمالي القيمة التقديرية لجميع المطالبات المعلقة لكل فرع من فروع التأمين العام.

ج- تحسب مخصصات الأخطار التي وقعت ولم تتم المطالبة بها بعد من إجمالي المطالبات تحت التسوية بعد خصم حصة معيدي التأمين وفق الآتي:

١- التأمين على المركبات والممتلكات، والتأمين الهندسي، وتأمين الطاقة، و تأمين الحوادث العامة، عدا المسؤوليات والأضرار الجسدية، ١٥٪ خمسة عشر بالمئة.

٢- التأمين من المسؤوليات والتأمينات الأخرى ٢٠٪ عشرون بالمئة.

٣- التأمينات المقبولة من الشركات الأخرى ٢٥٪ خمسة وعشرون بالمئة. وإذا لم تلتزم الشركة بهذه النسب، فعليها تقديم دراسة من خبير اكتواري.

د- تحتسب مخصصات الديون المشكوك في تحصيلها، بحد أدنى، وفق الآتي:

- ١٠٪ عشرة بالمئة من إجمالي المبالغ المستحقة على معيدي التأمين التي تجاوزت أجلها مئة وثمانين يوماً.

- ١٥٪ خمسة عشر بالمئة من إجمالي المبالغ المستحقة على المؤمن لهم التي تجاوزت أجلها تسعين يوماً.

- ٢٥٪ خمسة وعشرون بالمئة من إجمالي المبالغ المستحقة على المؤمن لهم التي تجاوزت أجلها مئة وثمانين يوماً.

- ٧٥٪ خمسة وسبعون بالمئة من إجمالي المبالغ التي تجاوزت أجلها ثلاث مئة وستين يوماً.

- ١٠٠٪ مئة بالمئة من المبالغ المستحقة والمختلف عليها.

١-٤-٢ المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار:

أولاً: الاحتياطي الحسابي:

نجد أن غالبية وثائق تأمينات الحماية والادخار تتسم بصفات معينة، من أهمها «أن أقساطها عبارة عن أقساط دورية متساوية، بالرغم من أن خطر الوفاة يتزايد من سنة لأخرى، كلما زاد سن المؤمن على حياته نتيجة لزيادة احتمال وفاته، حيث إن شركات التأمين لو حسبت القسط المقابل للخطر والذي يتناسب مع زيادة الخطر وهو ما يطلق عليه «القسط الطبيعي»، فسوف يجد المؤمن له نفسه بعد فترة من شراء العقد أنه غير قادر على دفع الأقساط لعدم قدرته المالية، الأمر الذي يترتب عليه إلغاء وثيقة التأمين التي أبرمها مع الشركة.

من ثم يمكن القول بأن شركات التأمين الطبي إذا جعلت القسط الذي يجب على المؤمن عليه دفعه (القسط الطبيعي) متناسباً مع خطر الوفاة الذي يتزايد بتقدم السن وزيادة احتمالات الوفاة، فإن كثير من المؤمن لهم لاسيما كبار السن لن يقبلوا على التأمين الطبي؛ لارتفاع قيمة الأقساط المطلوب منهم دفعها. وهذا يؤدي بالتالي إلى كساد السوق التأميني وانكماش أهم وظائف التأمين لاسيما عمليات الائتمان وجذب مدخرات الأفراد التي تساهم في عملية التنمية الاقتصادية.

ومن أجل التغلب على مثل هذه الصعوبات قامت شركات التأمين باتباع نظام الأقساط المتساوية طول مدة التأمين الطبي بدلاً من الأقساط الطبيعية والتي تتواءم مع الخطر على أساس معادلة القيمة الحالية للأقساط الطبيعية مع القيمة الحالية للأقساط المتساوية عند إصدار وثيقة التأمين.

ونجد أن الأقساط المتساوية التي يدفعها المؤمن له خلال السنوات الأولى من العقد أو الوثيقة أكبر من الأقساط الطبيعية والعكس صحيح خلال السنوات الأخيرة، وهذه الزيادة في أقساط السنوات الأولى هو ما يعرف بالاحتياطي الحسابي، بالإضافة إلى عائد استثمارها ينبغي أن تكون كافية لسداد العجز السنوات الأخيرة عندما تكون الأقساط المتساوية أقل من الأقساط الطبيعية.

ويتمثل الاحتياطي الحسابي في الفرق بين القيمة الحالية لمبلغ التأمين الذي تلتزم الشركة بسداده إلى المؤمن له من ناحية والقيمة الحالية للأقساط المستقبلية التي تلتزم بسدادها إلى الشركة من ناحية أخرى وخلال فترة سريان الوثيقة وسداد المؤمن له للأقساط المستحقة عليه أولاً بأول فإن القيمة الحالية للالتزامات على الشركة تتزايد بينما القيمة

الحالية للأقساط تتناقص (نظراً لانخفاض عدد الأقساط الباقية) مما يستوجب على الشركة تكوين احتياطي حسابي بالفرق بين القيمتين.

ويعبر الاحتياطي في المحاسبة عن حزمبلغ من الربح القابل للتوزيع لمقابلة سياسة مالية تراها الشركة، أو طبقاً لأحكام القوانين الخاصة بتوزيع الأرباح في الشركات، أو طبقاً لمتطلبات القانون النظامي للشركة، فالاحتياطي الحسابي ليس احتياطياً بالمعنى المحاسبي بل هو التزام على الشركة قبل المؤمن لهم يتم خصمه من الأقساط وعند قيام الخبير الاكتواري بتقدير الاحتياطي الحسابي في نهاية كل سنة، فإن الأمر يقتضي ضرورة مقارنة مبلغ الاحتياطي في أول السنة المالية مع مبلغ الاحتياطي في نهاية السنة المالية، ويمكن أن يتم ذلك من خلال وضع مبلغ الاحتياطي في أول المدة في قائمة الإيرادات والمصروفات، ثم يطرح منه الاحتياطي الحسابي آخر المدة؛ لبيان التغيير في قيمة الاحتياطي الحسابي.

طرق تقدير الاحتياطي الحسابي:

يقصد بالاحتياطي الحسابي في التأمينات الطبية بأنه «القيمة المتراكمة بين الأقساط السنوية المتساوية والأقساط الطبيعية مضافاً إليها عائد استثمارها في نهاية سنة معينة».

وهناك عدة طرق لحساب الاحتياطي الحسابي من أكثرها شيوعاً واستخداماً طريقة الماضي، طريقة المستقبل، غير أن دراسة هاتين الطريقتين تقتضي الفروض الثلاثة الآتية:

- ١- أن الأقساط التي تحصلها شركات التأمين من جمهور المؤمن لهم، هي أقساط سنوية متساوية تدفع في أول كل سنة.
- ٢- أن التزامات شركات التأمين والمتمثلة في التعويضات التي تدفعها للورثة أو المستفيدين المحددين في وثائق التأمين تدفع في نهاية السنة التي تحدث فيها الوفاة.

٣- أن الاحتياطي الحسابي يستثمر بنفس معدل الفائدة المركبة الذي حسب على أساسه القسط المتساوي.

وفيما يلي شيئاً من التفصيل عن طريقتي تقدير الاحتياطي الحسابي:

أ- طريقة الماضي:

تعتمد هذه الطريقة على تتبع الوثائق المصدرة وتحديد جملة الأقساط الصافية عن السنة الأولى، ثم خصم المزايا المسددة للمنتفعين خلال نفس السنة للوصول إلى المخصص آخر السنة. وفي بداية السنة الثانية يضاف إلى المخصص نهاية السنة الأولى قيمة الأقساط الصافية عن السنة الثانية، ثم توجد جملة هذه المبالغ في نهاية السنة. وبطرح قيمة المزايا التي سددها الشركة لمن استحق مبلغ التأمين خلال هذه السنة، وتكرر الخطوات بالنسبة لكل سنة من سنوات العقد. وبصفة عامة يمكن تحديد المخصص من خلال المعادلة التالية:

المخصص آخر السنة «ن» = [(المخصص آخر السنة «ن-١») + (أقساط السنة ن) (١ + ع) -] تكلفة التأمين عن السنة ن أو المخصص الحسابي = جملة الأقساط المحصلة في تاريخ حساب المخصص - إجمالي مبالغ التأمين المسددة حتى تاريخ حساب المخصص.

ب- طريقة المستقبل:

في هذه الطريقة يتم حساب المخصص بالفرق بين القيمة الحالية لمزايا العقد والقيمة الحالية للأقساط الصافية التي لم تدفع بعد أي:

المخصص الحسابي = القيمة الحالية لمبالغ التأمين المستقبلية التي تلتزم الشركة بسدادها للمؤمن لهم في تاريخ حساب المخصص - القيمة الحالية للأقساط المستقبلية والتي يلتزم المؤمن لهم بسدادها إلى الشركة في تاريخ حساب المخصص. فهو يمثل الفرق بين التزام شركة التأمين بالوثائق السارية المفعول حتى تاريخ إعداد الميزانية والتزام حملة الوثائق بالمدة الباقية عن وثائقهم.

ثانياً: مخصصات المطالبات تحت السداد:

وهذا المخصص يتم تكوينه بقيمة المطالبات التي لم يتم تسويتها حتى تاريخ إعداد الميزانية. ويتم تكوينه نظراً لطول وكثرة إجراء تقدير وسداد قيمة التعويضات؛ مما يجعل هناك تعويضات لا زالت تحت التسوية في ختام السنة المالية بتعيين تكوين مخصص لها.

٢-٤-٢ المخصصات الفنية في التأمينات العامة:

أولاً: مخصص الأخطار السارية:

تنشأ عادة وثائق التأمين التي تصدرها شركة التأمين في أوقات مختلفة خلال السنة المالية الجارية، فبعضها يصدر خلال الشهر الأول والبعض في الشهر الثاني... الخ. مما يتضح أن الأقساط السنوية التي تحصلها الشركة لا تعود جميعها إلى السنة المالية الحالية بل يعود قسم منها إلى السنة التالية. كما أنها تغطي جزءاً من الأخطار التي تنشأ في السنة المالية التالية، حيث يتم تكوين مخصص الأخطار السارية لمقابلة التزامات الشركة من عمليات التأمين قبل انتهاء السنة المالية، وما زالت سارية بعد انتهائها.

فإذا تم التعاقد مثلاً في ١ / ٩ / ٢٠٢١ فإنه سيدفع القسط في هذا التاريخ، وهو بداية التعاقد والسنة المالية تنتهي في ٣١ / ١٢ / ٢٠٢١، وبذلك سيدفع مقدار ٤ شهور والباقي بمقدار ٨ شهور من قيمة القسط المدفوع مقدماً أو غير المكتسب وذلك في تاريخ عمل القوائم المالية في ٣١ / ١٢ / ٢٠٢١. لذا جرت العادة في شركات التأمين على تكوين مخصص يطلق عليه مخصص الأخطار السارية الخاص بهذا الجزء من القسط المدفوع مقدماً، ويستخدم هذا المخصص مستقبلاً لتغطية الأخطار السارية أو يسترده المؤمن له في حالة رغبته في إلغاء العقد مع شركة التأمين.

بالإضافة إلى أنه توجد عدة طرق لتكوين هذا المخصص تختلف في دقتها وأهميتها حسب نوع التأمين وحجم العمليات التأمينية وهذه الطرق هي:

- الطريقة الانفرادية.

- الطريقة النصف السنوية. (وتسمى أيضاً الطريقة التقريبية أو المتوسطة).

- طريقة الإثني عشرية.

- الطريقة الأربعة والعشرينية.

- طريقة الثمانية.

وفيما يلي وصف مختصر لكل طريقة من هذه الطرق:

- الطريقة الانفرادية:

هنا يتم تكوين المخصص لكل عقد على حدة حيث يحدد تاريخ التعاقد وتاريخ انتهاء الوثيقة، ثم يقسم القسط إلى قسمين بنسبة المدة الباقية على نهاية السنة المالية إلى المدة التي تقع في السنة المالية التالية، وتحجز ما يخص العام التالي كمخصص لهذه الوثيقة، وتجميع المخصصات لكل الوثائق ينتج المخصص الإجمالي لكل الوثائق. وهذه الطريقة تعد من أدق طرق حساب المخصص ولكنها تحتاج إلى جهد ووقت كبيرين وهي لا تصلح إلا للشركات الصغيرة والتي لديها عدد محدود من الوثائق، وتحسب كالتالي:

$$\text{المخصص} = \text{القسط الصافي} * (\text{المدة من السنة المالية المقبلة} / \text{مدة الوثيقة})$$

مثال ١:

احسب مخصص الأخطار السارية بالطريقة الفردية لوثيقة تأمين حريق قسطها السنوي الصافي ٩٦٠٠ ريال، تم إبرامها بتاريخ ١ مايو ٢٠٢١، حيث ينتهي سريانها في ٣٠ أبريل ٢٠٢٢، علماً بأن الحسابات الختامية للسنة المالية تنتهي في ٣١ ديسمبر من كل عام.

الحل

وثيقة التأمين المبرمة مدتها سنة، تبدأ في ١ مايو ٢٠٢١ وتنتهي في ٣٠ أبريل ٢٠٢٢، وبالتالي فإن مدة الوثيقة خلال سنة ٢٠٢٢ هي ٤ شهور (يناير، وفبراير، مارس، أبريل)، وهي تلك المدة التي يجب حساب مخصص عنها، على النحو التالي:

$$\text{المخصص} = \text{الصافي القسط} \times \frac{\text{المقبلة المالية السنة من المدة}}{\text{الوثيقة مدة}}$$

$$\text{المخصص} = ٩٦٠٠ \times \frac{٤}{١٢} = ٣٢٠٠ \text{ ريال}$$

وهكذا يتم حساب مخصص الأخطار السارية لكل وثيقة، لتقدير إجمالي مخصص الأخطار السارية لفرع التأمين.

- الطريقة النصف سنوية: (الطريقة التقريبية):

تفترض هذه الطريقة أن العقود السنوية يتم إبرامها في يوم واحد هو منتصف العام؛ لذلك تجمع الأقساط الصافية لجميع الوثائق ويعتبر نصفها يخص هذا العام والنصف الآخر يخص العام التالي، وبذلك يكون المخصص لجميع العقود بنسبة ٥٠٪ من مجموع صافي العقود. لكن هذه الطريقة قد لا تعطي النتائج الدقيقة في حال عدم تحقق الفرض السابق، ولكنها طريقة سهلة وعملية ولا تتطلب إجراءات مطولة، ويحسب كما يلي:

$$\text{إجمالي مخصص الأخطار السارية} = \text{الأقساط الصافية} * (١٠٠ / ٥٠)$$

مثال ٢:

احسب إجمالي مخصص الأخطار السارية لسنة ٢٠٢٢، لمجموعة وثائق تأمين حريق صادرة خلال سنة ٢٠٢١، حيث بلغ إجمالي الأقساط الصافية ٩٦,٠٠٠,٠٠٠ ريال.

الحل

$$\begin{aligned} \text{إجمالي مخصص الأخطار السارية} &= \text{الصافية الأقساط إجمالي} \times ٥٠\% \\ \text{إجمالي مخصص الأخطار السارية} &= \frac{٥٠}{١٠٠} \times ٩٦,٠٠٠,٠٠٠ = ٤٨,٠٠٠,٠٠٠ \text{ ريال} \end{aligned}$$

- طريقة الإثني عشرية:

في هذه الطريقة يفترض أن العقود تمت في أول الشهر أو في آخر الشهر في كل سنة، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود السنوية وتكوين المخصص بالطريقة التالية:

بفرض أن العقود تتم في أول كل شهر، فالعقد الذي بدأ في ١/١ من شهر يناير لا يتم تكوين مخصص للعام القادم؛ لأنه ينتهي في ٣١/١٢ من نفس العام فلا توجد أقساط تخص السنة التالية. والعقود التي بدأت في شهر فبراير يتم تكوين مخصص عنها بنسبة ١/١٢ من صافي الأقساط. وهكذا بالنسبة لبقية العقود التي تخص السنة التالية، حيث يحسب المخصص كما يلي:

$$\begin{aligned} \text{إجمالي مخصص الأخطار السارية} &= \text{أقساط شهر يناير} * \frac{١٢}{٠} + \text{أقساط شهر فبراير} * \frac{١٢}{١} + \dots + \text{أقساط شهر ديسمبر} \\ & \quad * \frac{١٢}{١١} \end{aligned}$$

أما إذا افترضنا أن العقود تتم في نهاية كل شهر فيتم تكوين المخصص بالطريقة التالية ١/١٢ من شهر يناير، ٢/١٢ من شهر فبراير..... ١٢/١٢ من أقساط ديسمبر، حيث يحسب المخصص كما يلي:

$$\begin{aligned} \text{إجمالي مخصص الأخطار السارية} &= \text{أقساط شهر يناير} * \frac{١٢}{١} + \text{أقساط شهر فبراير} * \frac{١٢}{٢} + \dots + \text{أقساط شهر ديسمبر} \\ & \quad * \frac{١٢}{١٢} \end{aligned}$$

مثال ٣:

احسب إجمالي مخصص الأخطار السارية، بطريقة الإثني عشرية، لعام ٢٠٢٢ لمجموعة وثائق تأمين حريق تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، ويوضح الجدول التالي إجمالي الأقساط الصافية المحصلة أول كل شهر: (القيمة بالمليون ريال)

الشهر	يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
الأقساط	٦٥	٤٣	٩٦	١٢٠	٥٩	٥٥	٧٨	١٢٣	٩٣	٦٦	٧٧	٨٣

الحل

إجمالي مخصص الأخطار السارية عن أي شهر = إجمالي الأقساط الصافية عن هذا الشهر × المعامل

كما يتضح من الجدول التالي:

الشهر	الأقساط الصافية	المعامل	مخصص الأخطار السارية
يناير	٦٥	١٢/٠	٠
فبراير	٤٣	١٢/١	٣,٥٨
مارس	٩٦	١٢/٢	١٦
أبريل	١٢٠	١٢/٣	٣٠
مايو	٥٩	١٢/٤	١٩,٦٧
يونيو	٥٥	١٢/٥	٢٢,٩٢
يوليو	٧٨	١٢/٦	٣٩
أغسطس	١٢٣	١٢/٧	٧١,٧٥
سبتمبر	٩٣	١٢/٨	٦٢
أكتوبر	٦٦	١٢/٩	٤٩,٥
نوفمبر	٧٧	١٢/١٠	٦٤,١٧
ديسمبر	٨٣	١٢/١١	٧٦,٠٨
إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢			٤٥٤,٦٧

الفصل
الثاني

وبالتالي فإن إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢ عن وثائق تأمين الحريق التي تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، بلغ ٤٥٤,٦٧ مليون ريال.

مثال ٤:

احسب إجمالي مخصص الأخطار السارية، بطريقة الإثني عشرية، لعام ٢٠٢٢ لمجموعة وثائق تأمين حريق تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، ويوضح الجدول التالي إجمالي الأقساط الصافية المحصلة آخر كل شهر: (القيمة بالمليون ريال):

الشهر	يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
الأقساط	٦٥	٤٣	٩٦	١٢٠	٥٩	٥٥	٧٨	١٢٣	٩٣	٦٦	٧٧	٨٣

الحل

إجمالي مخصص الأخطار السارية عن أي شهر = إجمالي الأقساط الصافية عن هذا الشهر × المعامل

كما يتضح من الجدول التالي:

الشهر	الأقساط الصافية	المعامل	مخصص الأخطار السارية
يناير	٦٥	١٢/١	٥,٤٢
فبراير	٤٣	١٢/٢	٧,١٧
مارس	٩٦	١٢/٣	٢٤,٠٠
أبريل	١٢٠	١٢/٤	٤٠,٠٠
مايو	٥٩	١٢/٥	٢٤,٥٨
يونيو	٥٥	١٢/٦	٢٧,٥٠
يوليو	٧٨	١٢/٧	٤٥,٥٠
أغسطس	١٢٣	١٢/٨	٨٢,٠٠
سبتمبر	٩٣	١٢/٩	٦٩,٧٥
أكتوبر	٦٦	١٢/١٠	٥٥,٠٠
نوفمبر	٧٧	١٢/١١	٧٠,٥٨
ديسمبر	٨٣	١٢/١٢	٨٣,٠٠
إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢			٥٣٤,٥٠

وبالتالي فإن إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢ عن وثائق تأمين الحريق التي تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، بلغ ٥٣٤,٥٠ مليون ريال.

- الطريقة الأربعة والعشرينية:

في هذه الطريقة يفترض أن العقود السنوية التي تتم في أي شهر تتم في منتصفه، أي أن عقود شهر يناير وعقود شهر فبراير تتم في منتصفه وهكذا حتى نهاية السنة. ولذلك فإن العقود التي تمت في شهر يناير يكون عنها مخصص للعام التالي بنسبة ١/٢ شهر إلى ١٢ شهر أي بنسبة ٢٤/١. أما بالنسبة لشهر فبراير فإن النسبة هي ٢٤/٣ من صافي أقساط الشهر، وهكذا بالنسبة لبقية الشهور. ويلاحظ أن المخصص يتم تكوينه بالجزء الذي لا يخص العام الذي تم فيه التعاقد، أي بالأقساط المقدمة التي لا تخص العام. ويتكون المخصص بهذه الطريقة عن طريق جميع المخصصات الشهرية كما يلي: ٢٤/١ من شهر يناير + ٢٤/٣ من شهر فبراير + ٢٤/٥ من شهر مارس + + ٢٤/٢٣ من شهر ديسمبر. وتعتبر هذه الطريقة أدق الطرق، حيث كلما قلت الفترة التي يتم من خلالها تحصيل الأقساط كلما كانت الطريقة أدق وتعطي نتائج أفضل، يحسب كالتالي:

$$\text{مخصص شهر يناير} = \text{أقساط شهر يناير} * ٢٤/١$$

$$\text{مخصص شهر فبراير} = \text{أقساط شهر فبراير} * ٢٤/٣$$

$$\text{مخصص شهر مارس} = \text{أقساط شهر مارس} * ٢٤/٥$$

$$\text{مخصص شهر ديسمبر} = \text{أقساط شهر ديسمبر} * ٢٤/٢٣$$

مثال ٥:

احسب إجمالي مخصص الأخطار السارية، بطريقة الأربعة والعشرينية، لعام ٢٠٢٢ لمجموعة وثائق تأمين حريق تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، ويوضح الجدول التالي إجمالي الأقساط الصافية المحصلة منتصف كل شهر: (القيمة بالمليون ريال).

الشهر	يناير	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
الأقساط	٦٥	٤٣	٩٦	١٢٠	٥٩	٥٥	٧٨	١٢٣	٩٣	٦٦	٧٧	٨٣

الحل

إجمالي مخصص الأخطار السارية عن أي شهر = إجمالي الأقساط الصافية عن هذا الشهر × المعامل
كما يتضح من الجدول التالي:

الشهر	الأقساط الصافية	المعامل	مخصص الأخطار السارية
يناير	٦٥	٢٤/١	٢,٧١
فبراير	٤٣	٢٤/٣	٥,٣٨
مارس	٩٦	٢٤/٥	٢٠,٠٠
أبريل	١٢٠	٢٤/٧	٣٥,٠٠
مايو	٥٩	٢٤/٩	٢٢,١٣
يونيو	٥٥	٢٤/١١	٢٥,٢١
يوليو	٧٨	٢٤/١٣	٤٢,٢٥
أغسطس	١٢٣	٢٤/١٥	٧٦,٨٨
سبتمبر	٩٣	٢٤/١٧	٦٥,٨٨
أكتوبر	٦٦	٢٤/١٩	٥٢,٢٥
نوفمبر	٧٧	٢٤/٢١	٦٧,٣٨
ديسمبر	٨٣	٢٤/٢٣	٧٩,٥٤
إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢			٤٩٤,٥٨

وبالتالي فإن إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢ عن وثائق تأمين الحريق التي تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، بلغ ٤٩٤,٥٨ مليون ريال.

- طريقة الثمانية: (تسمى أيضاً طريقة متوسط الأقساط الربع سنوية):

في هذه الطريقة يتم تقسيم السنة إلى أربعة فترات، كل فترة تضم ثلاثة شهور، ويفترض أن التعاقد يتم في منتصف هذه الفترة. بالنسبة لعقود الربع الأول يكون عنها مخصص بنسبة (١٢:٢/٣) أو (٢٤:٣) أو (٨:١) من الأقساط السنوية الصافية لهذا الربع. بالنسبة إلى عقود الربع الثاني من السنة يكون مخصص عنها بنسبة ٨/٣. وبالتالي تتم بنفس الطريقة لبقية الأرباع، ويتم تكوين المخصص الإجمالي باتباع هذه الطريقة بجمع المخصصات التي يتم تكوينها في الفترات الأربعة، وتحسب كالتالي:

مخصص الربع الأول = الأقساط الصافية * ٨/١

مخصص الربع الثاني = الأقساط الصافية * ٨/٣

مخصص الربع الثالث = الأقساط الصافية * ٨/٥

مخصص الربع الرابع = الأقساط الصافية * ٨/٧

مثال ٦:

احسب إجمالي مخصص الأخطار السارية، بطريقة الثمانية، لعام ٢٠٢٢ لمجموعة وثائق تأمين حريق تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، حيث إن إجمالي الأقساط الربع سنوية الصافية المحصلة خلال عام ٢٠٢١ كانت على النحو التالي: (القيمة بالمليون ريال).

الربع	إجمالي الأقساط الصافية
الأول	٢٣٥
الثاني	٨٧٩
الثالث	٦٤٥
الرابع	٣٦٤

الحل

إجمالي مخصص الأخطار السارية عن أي ربع سنة = إجمالي الأقساط الصافية عن هذا الربع × المعامل
كما يتضح من الجدول التالي:

الربع	إجمالي الأقساط الصافية	المعامل	مخصص الأخطار السارية
الأول	٢٣٥	٨/١	٢٩,٣٨
الثاني	٨٧٩	٨/٣	٣٢٩,٦٣
الثالث	٦٤٥	٨/٥	٤٠٣,١٣
الرابع	٣٦٤	٨/٧	٣١٨,٥٠
إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢			١٠٨٠,٦٣

وبالتالي فإن إجمالي مخصص الأخطار السارية لعام ٢٠٢٢ عن وثائق تأمين الحريق التي تم إصدارها خلال عام ٢٠٢١، بلغ ١٠٨٠,٦٣ مليون ريال.

ثانياً: مخصص التعويضات تحت التسوية:

تنشأ الحاجة إلى تكوين مخصصات التعويضات بسبب وجود فاصل زمني بين تاريخ تحقق الخطر ونشوء الحق في التعويض من جانب، والتاريخ الذي يتم فيه تسوية المطالبات ودفع التعويض فعلاً من جانب آخر. ويتم تكوين هذا المخصص سواءً في تأمينات الطبية، أو في التأمينات العامة، وهو حق من حقوق حملة الوثائق، ويطلق عليه في

التأمينات الطبية مخصصات المطالبات تحت السداد، وفي التأمينات العامة مخصص التعويضات تحت التسوية. وهو مخصص يتم تكوينه للوفاء بالتزامات الشركة بدفع التعويضات للمؤمن لهم عن الفترة المالية المنقضية غير أنه لم يتم سدادها بسبب طول الإجراءات الناتجة عن تقديم المؤمن له المستندات الدالة على وقوع الضرر ومطالبته بالتعويض، في نفس الوقت تقوم الشركة بالتحقق من صحة إدعاءات المؤمن لهم وتقدير قيمة التعويضات بدقة، وينتهي هذا الأمر بإقرار الشركة لأحقية العديد من المؤمن لهم بالتعويضات إلا أن إجراءات السداد لم تتم حتى بعد ختام الفترة المالية وإعداد الحسابات الختامية؛ مما يكون مدعاة لتكوين مخصص عن تلك التعويضات غير المسددة بعد.

ويجب تكوين هذا المخصص وفقاً للأساليب الفنية المتبعة في تقدير هذا المخصص بالقدر الكافي لمواجهة التزامات الشركة على أن يؤخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- مخصص التعويضات تحت التسوية عن الحوادث التي تم الإبلاغ عنها (IBNER).
- مخصص التعويضات عن الخسائر التي وقعت ولم يبلغ عنها حتى تاريخ إقفال الحسابات الختامية (IBNR).
- وفيما يلي أهم الطرق الشائعة لتقدير كل منهما:
- مخصص التعويضات تحت التسوية عن الحوادث التي تم الإبلاغ عنها (IBNER)

الطريقة الفردية:

بمقتضى هذه الطريقة تتم دراسة كل حالة على حدة وتقدير مبلغ التعويضات المطلوب لها حسب ظروفها بعد دراسة المعاينة وتقدير حجم الخسائر المبدئية، تجمع المخصصات الخاصة بكل الحوادث المتعلقة لينتج مبلغ المخصص الإجمالي.

طريقة القيمة المتوسطة:

تعتمد هذه الطريقة على بيانات السنوات السابقة في إيجاد قيمة التعويض للمطالبة الواحدة حسب ما يلي:
متوسط التعويض عن الحالة الواحدة = مجموع التعويضات خلال السنوات السابقة / عدد المطالبات خلال نفس السنوات السابقة.

ثم يتم حساب مخصص التعويضات تحت التسوية بالمعادلة التالية:

مخصص التعويضات الإجمالي = عدد المطالبات المعلقة * متوسط التعويض عن الحالة الواحدة.

وتفيد هذه الطريقة في حالة كثرة عدد المطالبات مع وجود تقارب في قيمة المطالبات على اختلافها، ويراعى استخدامها بالنسبة لكل فرع من فروع التأمين على حدة.

طريقة معدل الخسارة:

يتم تحديد الخسارة مقدماً، وهو نسبة من الأقساط تخصص لدفع التعويضات السنوية على الشكل التالي:

معدل الخسارة = التعويضات التي تخص العام / الأقساط التي تخص العام.

التعويضات التي لم تسوّ بعد = التعويضات التي تخص العام - التعويضات المسددة وتحت السداد.

ويتم تكوين المخصص برقم التعويضات التي لم تسوّ بعد. تفيد هذه الطريقة إذا كانت الشركة تتمتع بشيء من الاستقرار والانتظام على مدار العام.

- مخصص التعويضات عن الخسائر التي وقعت ولم يبلغ عنها حتى تاريخ إقفال الحسابات الختامية (IBNR) يتم تكوين المخصص هذا عن طريق إحدى الطريقتين التاليتين:

- طريقة نسبة التعويضات المحققة فعلاً والتي لم تبلغ بعد في السنة السابقة إلى إجمالي التعويضات عن الخسائر المبلغ عنها لنفس السنة. وبضرب هذه النسبة إلى إجمالي التعويضات المحققة هذا العام ينتج المخصص المطلوب، حيث إن:
مخصص العام الحالي = (مخصص العام السابق / إجمالي التعويضات المبلغ عنها للعام السابق) * إجمالي التعويضات المخصصة للعام الحالي.

- طريقة نسبة التعويضات المحققة فعلاً والتي لم تبلغ بعد في السنة السابقة إلى مجموع الأقساط المحصلة الخاصة بالعام السابق. وتضرب هذه النسبة في أقساط العام الحالي المحصلة فينتج رقم المخصص المطلوب.
مخصص العام الحالي = (مخصص العام السابق / الأقساط المحصلة للعام السابق) * الأقساط المحصلة للعام الحالي.

ثالثاً: مخصص التقلبات العكسية:

يتم تكوين هذا المخصص وفقاً للمعايير المحاسبية في شركات التأمين، ويتم استخدامه لكل فرع من فروع تأمينات الممتلكات و المسؤوليات، وترجع أهمية تكوين هذا المخصص إلى أن الخسائر تختلف من عام لآخر وبالتالي تختلف معدلات الخسائر من سنة لأخرى، ونظراً لصعوبة تغيير القسط السنوي إذا ما تغيرت المعدلات المحسوبة، واتباع شركات التأمين نظام القسط الثابت السنوي وهذا القسط يجب أن يكون كافياً لتغطية التعويضات عن الخسائر والحوادث التي تحدث في السنوات المستقبلية كلها. وقد تتعرض شركات التأمين لسنوات تكون فيها الخسائر أقل من الأقساط وسنوات أخرى تكون الأقساط غير كافية لتغطية الخسائر والتعويضات والمفروض وفقاً لنظام القسط الثابت السنوي أن يتحقق التوازن بين السنوات جيدة النتائج والسنوات سيئة النتائج، وعلى ذلك فإن الأمر يتطلب في السنوات التي يتحقق فيها أرباح نتيجة انخفاض مستوى الخسائر أن يتم احتجاز جزء منها في مخصص خاص يدعى «مخصص التقلبات العكسية» يخصص لمقابلة السنوات التي تتسم بارتفاع الخسائر.

٢-٥ مهام ومسؤوليات الخبير الاكتواري ودوره فيما يخص التسعير وكفايته.

الهدف التعليمي:

٥- أن يتعرف القارئ على مهام الاكتواري ومسؤولياته في شركات التأمين. / ٦- أن يتعرف القارئ على دور الخبير الاكتواري فيما يخص التسعير وكفايته.



٢-٥-١ الاكتواري:

هو الشخص الذي يقوم بتطبيق نظرية الاحتمالات والاحصاءات، التي بموجها يتم تسعير المنتجات التأمينية، كما يقوم بتقدير الالتزامات وتكوين المخصصات في شركة التأمين. ويسمى بالاكتواري المعين: هو ذلك الخبير الاكتواري الذي تعينه شركة التأمين للقيام بالمسؤوليات المنصوص عليها في ضوابط الأعمال الاكتوارية المتعلقة بالتأمين الصادرة عن البنك المركزي السعودي بموجب قرار المحافظ رقم (١٨٦/٤٤١) بتاريخ ١٤٤١/٧/٦هـ.

أنواع الخبير الاكتواري هي كالتالي:

المرشح الاكتواري: الشخص الطبيعي الذي يكون إما حاملاً لشهادة في العلوم الاكتوارية، أو يعمل حالياً على اجتياز مجموعة اختبارات العلوم الاكتوارية التي تحددها جمعية اكتوارية.

مساعد الخبير الاكتواري: الشخص الطبيعي المؤهل كمساعد خبير اكتواري من جمعية اكتوارية.

الخبير الاكتواري: الشخص الطبيعي الحاصل على الزمالة في العلوم الاكتوارية من جمعية اكتوارية.

٢-٥-٢ مهام الاكتواري المعين ومسؤولياته:

لضمان قيام الاكتواري المعين بتقديم مشورة موضوعية وغير متحيزة وفقاً للضوابط التي وضعها البنك المركزي السعودي، فعليه العمل بحسن نية وصدق وعقلانية مع بذل العناية والحرص وإصدار الأحكام المستقلة بما فيه مصلحة شركة التأمين وحامي الوثائق قبل أي مصلحة شخصية، وتجنب تعارض المصالح عند أداء مسؤولياته، وبذلك يتعين على الاكتواري المعين الالتزام بالآتي:

- تنفيذ الأعمال الموكلة إليه وفقاً للمبادئ والمعايير الاكتوارية الصادرة عن الجمعية الاكتوارية التي يكون عضواً فيها.
- تنفيذ واجباته بصدق وأمانة وكفاءة، وعدم إخفاء أي حقائق تتعلق بالوضع المالي أو الفني لشركة التأمين.
- عدم الإفصاح عن المعلومات السرية الخاصة بشركة التأمين، أو تلك المعلومات التي حصل عليها أثناء تأدية عمله.
- الاحتفاظ بسجلات عمله منظمة حسب المعايير المهنية للجمعية الاكتوارية، على أن تشمل هذه السجلات على البيانات الأساسية التي تم إعداد السجلات بناءً عليها والعمليات الحسابية الداعمة. وفي حال لم يكن الاكتواري المعين غير موظف في شركة التأمين، فيجب عليه الاحتفاظ بالسجلات لمدة ١٠ سنوات على الأقل من تاريخ إعداد كل تقرير تشمله السجلات.

- أداء الخدمات الاكتوارية المؤهل لها والتي لديه خبرة مناسبة فيها.
- ضمان توافق عمله مع معايير إعداد التقارير المالية المتبعة في المملكة.
- تقديم المشورة بشأن أي أمور أخرى وفقاً لتعليمات مجلس الإدارة أو الادارة العليا في شركة التأمين.
- في حال كانت شركة التأمين مرخص لها بمزاولة تأمينات الحماية والادخار، فإن الاكتواري عليه القيام بالمهام التالية:
- إجراء اختبار ربحية مدى كفاية أسعار أقساط التأمين عند تقديم منتجات تأمينية جديدة، وعند مراجعة أسعار التأمين.
- تقديم المشورة بشأن شروط وأحكام وثائق التأمين، بما في ذلك عدالة المصاريف المحملة وعوائد الاستثمار المخصصة لحملة الوثائق.
- تحديد أصول والتزامات عقود التأمين بما في ذلك الاحتياطات الرياضية، والتأكد من كفايتها بناءً على دراسات الخبرة المناسبة.
- تقديم المشورة بشأن توزيع الفائض أو الأرباح أو المكافآت المالية على حملة وثائق تأمين الحماية والادخار ذات العوائد.

٣-٥-٢ دور الخبير الاكتواري فيما يخص التسعير وكفايته.

- يتعين على الاكتواري المعين لشركة تأمين أن يقوم بالتالي كحد أدنى:
- التحري وتقديم المشورة ورفع تقارير التسعير للإدارة العليا وللمجلس الادارة وللبنك المركزي السعودي بشكل سنوي على الأقل بشأن التسعير الفني للمخاطر في منتجات التأمين الصحي، وتأمين المركبات، وتأمين الحماية والادخار، وأنواع التأمين الأخرى الخاصة بالشركة.
- فيما يخص تأمين الحماية والادخار:
- عمل اختبار ربحية معدلات أقساط التأمين.
- مراجعة تطوير المنتجات وتصميمها وتقديم المشورة بشأنها، بما في ذلك شروط وأحكام عقود التأمين والتسعير، مع تقدير رأس المال المطلوب للاكتتاب في المخاطر.
- رفع التقارير للإدارة العليا وللمجلس الادارة وللبنك المركزي السعودي عن التسعير وتقارير كفاية التسعير.
- يجب أن تضع شركة التأمين والاكتواري الأسعار الفنية باستخدام خبرتها الخاصة عندما تكون هذه المعلومات متاحة وموثوقة. وفي حال لم تكن لشركة التأمين خبرة سابقة، على سبيل المثال: عندما تطرح الشركة منتجاً تأمينياً جديداً فيمكن أن تستعين بمصادر أخرى لوضع الأسعار الفنية، ولكن يجب وضع مخصص مناسب لأي اختلافات بين شركة التأمين والمصدر الذي استمدت منه المعلومات.
- على الاكتواري أن يعد تقارير عن كفاية التسعير بشكل دوري لمقارنة أسعار البيع الفعلية للمنتجات التأمينية الخاصة بشركة التأمين، مع الأسعار الفنية ذات العلاقة فيما يخص التأمين الصحي، وتأمين المركبات، وأنواع التأمين الأخرى.
- للبنك المركزي السعودي أن يلزم شركة التأمين بتقديم تقرير تسعير تكميلي أو تقرير كفاية التسعير من الاكتواري بالشكل والوقت الذي يحدده على أساس كل حالة على حدة.

٢-٦ دور الخبير الاكتواري فيما يخص الاحتياطات.

الهدف التعليمي:

٦- أن يتعرف القارئ على دور الخبير الاكتواري فيما يخص المخصصات الفنية في شركات التأمين.



- يتعين على الاكتواري أن يقوم بشكل سنوي ولكل مرحلة إعداد تقرير حسبما يحدده البنك المركزي السعودي، بالآتي:
- التوصية والتحديد لأعضاء مجلس الإدارة والإدارة العليا بشأن أصول والتزامات عقود التأمين للشركة (بما في ذلك المخصصات الفنية -إذا لزم الأمر-) باستخدام المنهجيات والفرضيات المناسبة لتحديد لها، وذلك بما يتوافق مع معايير إعداد التقارير المالية السائدة المتبعة في المملكة.
- إجراء تحليل للاحتياطات الفعلية مقابل الاحتياطات المتوقعة عن طريق مقارنة الخبرة الفعلية بالتقديرات السابقة للمطالبات ذات العلاقة والالتزامات الأخرى.
- إعداد التقارير المناسبة وفقاً لتعليمات البنك المركزي السعودي.
- فيما يخص تأمينات الحماية والادخار:
- تحديد أصول والتزامات عقود التأمين (بما في ذلك الاحتياطات الرياضية حسب الاقتضاء) والتأكد من كفايتها.
- تقديم المشورة بشأن توزيع الفائض أو الأرباح أو المكافآت المالية على حملة وثائق تأمين الحماية والادخار.

٢-٧ العلاقة بين الملاءة المالية والمخصصات الفنية في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٧- أن يستطيع القارئ تحليل العلاقة بين الملاءة المالية والمخصصات الفنية في شركات التأمين.



٢-٧-١ مفهوم الملاءة المالية في شركات التأمين:

- تعتبر دراسة وتحليل وقياس الملاءة المالية لشركات التأمين من أولويات اهتمامات الهيئات والمنظمات الخاصة المشرفة على قطاع التأمين في مختلف دول العالم، وقد ازدادت أهميتها مع تكرار الأزمات المالية المحلية والعالمية. وتعني الملاءة المالية بشكل عام القدرة على الوفاء أو سداد الالتزامات، وفي مجال التأمين تعني الملاءة المالية:
- قدرة شركة التأمين على الوفاء بالتزاماتها تجاه حملة الوثائق، وبشكل دائم من مواردها الخاصة؛ لدفع الالتزامات الناشئة عن أعمال التأمين أو إعادة التأمين.

- امتلاك شركة التأمين موجودات كافية للوفاء بجميع الالتزامات.

- القدرة على سداد الالتزامات عند الاستحقاق.

وقد بينت الجمعية الدولية للتأمين أن أي شركة تأمين تكون لديها ملاءة 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 لتسديد الكوارث التي قد تصيبها، أي بمعنى أن تكون هذه الشركات قادرة على مواجهة التزاماتها المأخوذة على عاتقها تجاه حملة وثائق التأمين في مواعيدها المقررة.

وتكمن أهمية الملاءة المالية في أنه يمثل 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 يتماشى مع حجم اكتتابها وحجم مخاطرها.

٢-٧-٢ القواعد الأساسية لهامش الملاءة المالية في شركات التأمين:

تستند الملاءة المالية في شركات التأمين إلى عدة قواعد أساسية، نذكر منها:

أ- القواعد الخاصة بإعداد وتقييم المخصصات الفنية، ويقصد بها ذلك النوع من المخصصات التي ترتبط بطبيعة عمليات التأمين والخصائص الفنية التي تميزها؛ ولذا يقتصر تكوين هذا النوع من المخصصات عادة على الشركات التي تمارس عمليات التأمين دون غيرها من الشركات الأخرى، وهي عبارة عن المبالغ المالية التي يتم احتجازها من الإيرادات في آخر السنة لمقابلة الخسائر، والالتزامات المستقبلية المتعلقة بالنشاط الفني لشركات التأمين.

ب- القواعد الخاصة بمصادر تكوين المخصصات الفنية، ويقصد بها كيفية اختيار الأصول المناسبة المقابلة للمخصصات الفنية حيث يمكن تغطية هذه المخصصات إما بالنقدية بالصندوق ولدى البنوك والاستثمارات المختلفة، مثل: الودائع لأجل لدى البنوك، والاستثمارات في القيم المنقولة، والاستثمارات العقارية، وتقديم قروض برهن، ويُراعى في عملية الاستثمار عوامل السيولة والضمان والمردودية.

ج- القواعد الخاصة بحساب هامش الملاءة المالية، والذي يتأثر بما يلي:

- عدم التقييم أو التمثيل الجيد للمخصصات الفنية .

- التقلبات العشوائية لحجم الكوارث والأخطار المحققة .

- انخفاض قيم الأصول وعوائدها نتيجة لحدوث أزمات مالية .

- الخلل في النتيجة الصافية للشركة، والذي يمكن أن ينتج عن عدم التسعير الصحيح لمنتجاتها.

٣-٧-٢ المخاطر التي تتعرض لها شركات التأمين:

تتعرض شركات التأمين للعديد من المخاطر، نذكر منها على سبيل المثال:

- المخاطر الائتمانية: هي المخاطر الناشئة عن احتمال عدم قدرة الشركة على تعويض المؤمن لهم بشكل كلي أو جزئي، أو عدم قدرتها على تعويضهم في الموعد المناسب.

- مخاطر السوق: وهي الخسائر الناتجة عن المخاطر المتعلقة بالإيرادات نتيجة التغيرات في أسعار الفائدة والتقلبات في أسعار الصرف، وأسعار الأوراق المالية، وأسعار السلع، ويلاحظ أن المخاطر السوقية ذات علاقة بالنشاط الاستثماري لشركة التأمين (وليس بنشاطها الاكتتابي)، وهو ما يؤثر في النهاية على دخل الشركة.

- مخاطر التشغيل: وهي الخسائر الناتجة عن المخاطر التي تنشأ عن عدم كفاءة الأفراد (مثل: المكتتبين، وخبراء تسوية الخسائر، وخبراء المعاينة، وغيرهم)، أو فشل العمليات الداخلية والنظم، أو تنشأ نتيجة لأحداث خارجية .

من هنا تبرز أهمية دعم وقياس هامش الملاءة المالية بشركات التأمين لمواجهة المخاطر التي تتعرض لها، كما تبرز أهمية الملاءة المالية ودورها في الالتزام بالسداد، والقدرة على مواجهة المخاطر؛ لذلك تعتبر الملاءة المالية من أهم السياسات التي تعتمد عليها شركات التأمين في مواجهة المخاطر التي تتعرض إليها. ولعل من أهم أدوات دعم وتحسين مستوى هامش الملاءة المالية بشركات التأمين هو التكوين والتقييم الجيد للمخصصات الفنية، ولا بد من تحقيق التوازن بين متطلبات الحاجة لنمو الشركات والسوق من جانب، وحماية حقوق العملاء والتأكد من كفاية الملاءة المالية والمخصصات الفنية لشركات التأمين من جانب آخر.

أسئلة نهاية الفصل:

أجب عن الأسئلة التالية وتحقق من صحة إجابتك في القسم الموافق:

١٢. حدد باختصار مفهوم المخصصات الفنية في شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٢-١-١
١٣. اشرح العوامل التي تؤثر على قيم المخصصات الفنية.
مرجع الإجابة: القسم ٢-١-٢
١٤. اشرح بإيجاز أهمية المخصصات الفنية في شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٢-٢
١٥. ما الفرق بين المخصص والاحتياطي في شركات التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٣
١٦. ما هي أنواع المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-١
١٧. اشرح باختصار مفهوم الاحتياطي الحسابي.
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-١
١٨. ما الفرق بين طريقة الماضي وطريقة المستقبل لتقدير الاحتياطي الحسابي؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-١
١٩. ما هي أهم المؤشرات النموذجية للاحتيال في تأمينات الحماية والادخار؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٤-٥
٢٠. ما هي أهم أنواع المخصصات الفنية في تأمينات الممتلكات والمسؤولية؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٢
٢١. اشرح باختصار أهم طرق تقدير مخصص الأخطار السارية.
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٢

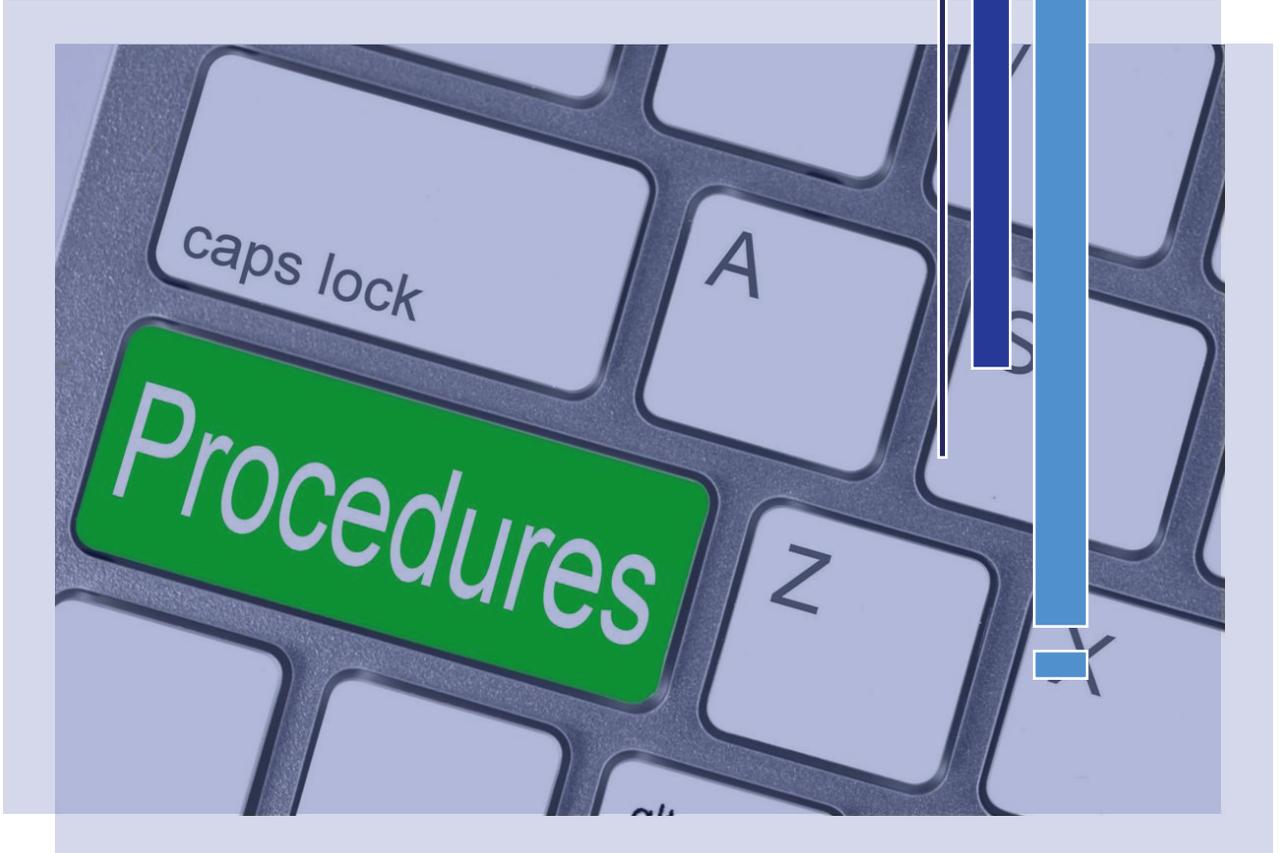
أسئلة نهاية الفصل:

٢٢. ما الفرق بين مخصص التعويضات تحت التسوية عن الحوادث التي تم الإبلاغ عنها (IBNER) ، ومخصص التعويضات عن الخسائر التي وقعت ولم يبلغ عنها حتى تاريخ إقفال الحسابات الختامية (IBNR) ؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٢
٢٣. ما أهمية تكوين مخصص التقلبات العكسية؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٢
٢٤. ما هي أهم مهام الاكتواري المعين ومسؤولياته؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٥-٢
٢٥. ما هو دور الخبير الاكتواري فيما يخص التسعير وكفايته؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٥-٣
٢٦. ما هي دور الخبير الاكتواري فيما يخص الاحتياطيات؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٦
٢٧. اشرح باختصار العلاقة بين العلاقة بين الملاءة المالية والمخصصات الفنية في شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٢-٧
٢٨. ما هي أهم المخاطر التي تتعرض لها شركات التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٧-٣

الفصل الثالث

إجراءات تسوية المطالبات.

يتضمن هذا الجزء من المنهج قرابة ١٣ سؤالاً تجريبياً من بين ٥٠ سؤالاً في الاختبار.



مقدمة:

يعد موضوع تسوية المطالبات في شركات التأمين من الموضوعات الفنية الهامة التي يقوم بها خبراء تسوية المطالبات في هذه الشركات؛ وذلك تنفيذاً لتعهدات شركة التأمين بتغطية الخطر، وحماية كل من المؤمن لهم والمستفيدين من التغطية التأمينية، وأيضاً تحقيقاً لمصداقية الشركة، والمساهمة في استقرار قطاع التأمين في المملكة، وتناول في هذا الفصل الموضوعات اللازمة لتحقيق ذلك، مثل: مبادئ التأمين المتعلقة بالمطالبات مراحل تسوية المطالبات، تقدير قيمة المطالبة، مهام خبير تسوية المطالبات، أثر الاستهلاك والتحمل على تسوية المطالبات.

١-٣ مبادئ التأمين المتعلقة بمطالبات التأمينات العامة.

الهدف التعليمي:

١- أن يتعرف الدارس على مبادئ التأمين المتعلقة بمطالبات التأمينات العامة.



يعتبر عقد التأمين أحد العقود المدنية التي يشترط أن تتوافر فيه وفي طرفي التعاقد (المؤمن والمؤمن له) وفي موضوع العقد المبادئ القانونية اللازمة لأي عقد، ولما كان عقد التأمين يتسم بأنه عقد خاص بتقديم خدمة معينة لصاحب العقد؛ لذا فإن له طبيعته وشروطه الخاصة التي تميزه عن غيره من العقود.

- عقد التأمين:

يعرف القانونيون عقد التأمين بأنه: عقد تلتزم شركة التأمين بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤمن له أو المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغاً من المال أو إيراداً مرتباً أو أي عوض آخر في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين في العقد، وذلك في نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له لشركة التأمين».

ويخضع عقد التأمين شأنه شأن أي عقد آخر لأركان العقد، وهي:

- الإيجاب والقبول (التراضي).

- محل العقد.

- سبب العقد: الغاية المشروعة للعقد.

إلا أن عقد التأمين يخضع لمجموعة أخرى من القواعد أو المبادئ القانونية، نظراً لطبيعته الخاصة، حيث تخضع جميع عقود أنواع التأمين (سواء تأمينات الحماية والادخار أو الممتلكات والمسؤوليات) إلى المبادئ التالية:

- مبدأ منتهى حسن النية.

- مبدأ المصلحة التأمينية.

- مبدأ السبب القريب.

كذلك هناك مجموعة أخرى من المبادئ القانونية، تخضع لها عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي فقط، وهي التي

تتعلق بتعويض الخسارة، بمعنى التزام شركات التأمين بدفع تعويض عن الخسارة، وهي عقود معاوضة، وهذه المبادئ هي:

- مبدأ التعويض.

- مبدأ الحلول في الحقوق.

- مبدأ المشاركة في التأمين.

ونتناول فيما يلي عرضاً بشيء من التفصيل للمبادئ الثلاثة الأخيرة، والمتعلقة بإدارة مطالبات التأمين:

١-٣ مبدأ التعويض:

إن الهدف الأساسي من التأمين هو تعويض المؤمن له عن الخسارة المالية التي تلحق به نتيجة تحقق الخطر المؤمن منه، ومعنى هذا أن شركة التأمين تتعهد بتعويض المؤمن له في حالة تحقق الخطر المؤمن منه بحيث لا تزيد قيمة التعويض عن قيمة الخسارة المالية التي أصابت المؤمن له؛ ولعل الهدف من ذلك هو أن المؤمن له لا يمكنه جعل عقد تأمينه مصدر ربح أو ثراء له بل ينبغي أن يكون وسيلة تعويض عن الخسارة التي لحقت به فقط.

فضلاً عن ذلك فإن الغرض الأساسي من تطبيق مبدأ التعويض هو وضع المؤمن له بعد تحقق الخطر المؤمن منه في نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق هذا الخطر، باستثناء حالة واحدة وهي قيام المؤمن له بالتأمين على ممتلكاته تأميناً أقل من القيمة الفعلية لها.

وبالتالي فإن مبدأ التعويض يعني بإعادة المؤمن له إلى نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق الخطر المغطى، بحيث يكون التعويض بحد أقصى مبلغ التأمين، في حالة كان المؤمن له غطى الأشياء المعرضة للخطر بكامل قيمتها عند إبرام عقد التأمين. ويمكن إيضاح مفهوم مبدأ التعويض من خلال عرض للحالات التالية:

- الحالة الأولى:

بفرض أن شخص ما يمتلك شقة وأمن عليها بمحتوياتها من خطر الحريق بمبلغ ١,٠٠٠,٠٠٠ ريال، وبفرض أن خطر الحريق قد تحقق وكانت قيمة الشقة بمحتوياتها قبل حدوث الحريق تقدر بمبلغ ٨٠٠,٠٠٠ ريال (نتيجة لاستهلاك الأثاث الذي بالشقة). فإن التعويض الذي يحصل عليه س من الشركة يكون ٨٠٠,٠٠٠ ريال فقط.

- الحالة الثانية:

وبفرض أن تاجر يمتلك بضاعة بأحد المخازن تقدر قيمتها بمبلغ ٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال قام بالتأمين عليها ضد السرقة بمبلغ معادل لقيمتها وبعد مرور شهر تحقق خطر السرقة للبضاعة بالكامل وكانت قيمتها قبل السرقة تقدر بمبلغ ٤,٠٠٠,٠٠٠ ريال (نتيجة لانخفاض قيمتها السوقية)، فإن التعويض الذي يحصل عليه التاجر من شركة التأمين يكون فقط ٤,٠٠٠,٠٠٠ ريال.

- الحالة الثالثة:

وبفرض أن التاجر يمتلك بضاعة بأحد المخازن تقدر قيمتها بمبلغ ٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال. قام بالتأمين عليها ضد السرقة بمبلغ معادل لقيمتها وبعد مرور شهر تحقق خطر السرقة للبضاعة بالكامل وكانت قيمتها قبل السرقة تقدر بمبلغ ٦,٥٠٠,٠٠٠ ريال (نتيجة لارتفاع قيمتها السوقية)، فإن التعويض الذي يحصل عليه التاجر من شركة التأمين في هذه الحالة يكون فقط ٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال.

مما سبق يتضح أن مبدأ التعويض له أهمية خاصة لعقود التأمين التي ينطبق عليها، وتتلور هذه الأهمية في: منع استخدام التأمين عن طريق المؤمن له في الحصول على ربح، أي منعه من أن يستفيد إذا تحقق الحادث المؤمن ضده. وهذا يعزى إلى أن الشخص الذي يستفيد من حدث معين سوف يعمل على أحداثه أو على الأقل سيجد نفسه واقفاً تحت إغراء كبير كصاحب المنزل الذي يعلم أنه إذا احترق منزله والذي قيمته ١٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال، فسوف يحصل على مبلغ ١٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال من شركة التأمين. ففي هذه الحالة سيعمد إلى حرقه أو على الأقل يهمل في الاحتياطات ضد خطر الحريق. أي أن عقد التأمين بدون مبدأ التعويض يصبح مصدراً لإحداث أضرار بالمجتمع، ويكون ذلك مخالفاً للمبادئ العامة للعقود.

كيفية تطبيق مبدأ التعويض على الأنواع المختلفة للتأمين:

أولاً - تطبيق مبدأ التعويض على تأمينات الحماية والادخار:

يلاحظ أن هذا المبدأ لا يطبق على عقود تأمينات الحماية والادخار، وعقود الحوادث الشخصية؛ وذلك لسبب رئيسي وهو أن حياة الإنسان أو قيمة أي عضو من أعضاء جسده لا يمكن تقديره بقيمة من النقود. لهذا فإن الخسارة التي تترتب على حادث الوفاة أو الحياة أو في حالة وقوع حادث يؤدي إلى بتر ذراعه مثلاً لا يمكن قياسها كميّاً، لهذا فلا بد أن تكون عقود تأمينات الحماية والادخار محددة القيمة، والتي يكون فيها مبلغ التعويض الذي يدفع في حالة تحقق الحادث محدد القيمة مقدماً؛ لأن في الغالب الخسارة التي تنتج من جراء هذه التأمينات خسارة كلية كالخسارة المترتبة على حادث الوفاة مثلاً. فالتعويض في عقود تأمينات الحماية والادخار يكون بمبلغ التأمين عند تحقق الخطر المغطى، أو على حسب جدول المنافع في حال تأمينات الحوادث الشخصية.

ثانياً - تطبيق المبدأ على تأمينات الممتلكات:

إن مبدأ التعويض ينطبق على معظم عقود تأمينات الممتلكات ومع ذلك فإن تطبيق هذا المبدأ ليس بالسهولة؛ ولعل السبب في ذلك يعزى إلى تضارب مصلحة كل من المؤمن له وشركة التأمين حيث يبالغ الأول في تقدير قيمة الخسارة عند تحقق الحادث كما يميل الثاني إلى جعل قيمة التعويض أقل ما يمكن. ومن ثم يجب مراعاة أن الهدف الأساسي هو تعويض المؤمن له عن الخسارة التي لحقت به مع الأخذ في الاعتبار هل المؤمن له قام بالتأمين الكافي أو غير كافٍ للشيء -موضوع التأمين-. وعلى أي حال ينبغي الأخذ في الاعتبار عند تقدير قيمة التعويض الذي تلتزم شركة التأمين بدفعه للمؤمن له، يخضع للقواعد الهامة التالية:

- أن الحد الأقصى للتعويض ينبغي ألا يتعدى مبلغ التأمين.
- شركة التأمين تخفض مبلغ التأمين، عقب كل حادث بمقدار ما تدفعه من تعويض عن كل حادث.
- أن المؤمن له لا يحصل على تعويض كامل للخسارة التي لحقت به إلا إذا كان مؤمناً تأميناً كافياً أو فوق الكافية، بمعنى أن مبلغ التأمين يكون مساوياً أو أكبر من قيمة الشيء -موضوع التأمين- قبل وقوع الخسارة مباشرة.
- الهدف من مبدأ التعويض:

- منع المؤمن له من الإثراء على حساب الغير حيث يعمل هذا المبدأ على وضع المؤمن له، في نفس المركز المالي الذي كان

عليه قبل حدوث الحادث مباشرة.

- منع مسببات الخطر الشخصية حيث إن معرفة المؤمن له مقدماً بأن الحد الأقصى للتعويض يعادل قيمة الخسارة المالية الفعلية التي لحقت به بحد أقصى مبلغ التأمين، أي أن وضعه بعد الحادث لن يكون أفضل منه قبل الحادث؛ ولذلك فسوف يعمل جاهداً على الحفاظ على الشيء المؤمن له كما هو.

- إخراج عقد التأمين عن نطاق المقامرة والرهان؛ حيث إن المقامرة تهدف إلى تحقيق الإثراء على حساب الغير بعكس عقد التأمين الذي لا يهدف إلى الإثراء إطلاقاً بل أن يكون المؤمن له في نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق الحادث مباشرة.

وتحتفظ شركة التأمين بحقها في تحديد طريقة تعويض المؤمن له المتضرر عن الخسارة التي لحقت به إما نقداً أو عيناً أي في صورة استبدال، أو إصلاح، أو إحلال للأصل موضوع التأمين المضروب نتيجة تحقق الحادث المؤمن منه. ويقع عبء تحديد مبلغ التأمين المناسب في وثائق تأمين الممتلكات والمسؤولية على عاتق المؤمن له؛ لأنه الأقدر على معرفة وتقدير قيمة الأصول والممتلكات الخاصة به، وإن كان المؤمن من خلال خبراته يساعد المؤمن له في تحديد مبلغ التأمين إلا أن المؤمن له يصبح هو المسؤول الأول والأخير عن تحمل تبعية عدم كفاية مبلغ التأمين.

استثناءات مبدأ التعويض:

الأصل في التأمين هو تعويض المؤمن له مما يصيبه من أضرار مادية في حدود ما خسره فعلاً نتيجة الحادث وليس أكثر من ذلك. وهذه هي القاعدة المتبعة في عقود التأمين من الحوادث التي ينتج عنها خسارة مادية يمكن قياسها وتقدير قيمتها. مثال ذلك التأمين من أخطار الحريق على المنازل، التأمين من أخطار العمليات الجراحية ومصاريف العلاج. وعلى ذلك فإن العرف جرى على إطلاق لفظ عقود التعويض على مثل هذه التأمينات.

وبالرغم من عمومية مبدأ التعويض إلا أن هناك بعض الأخطار التي ينتج عنها خسارة مادية يصعب قياسها بدقة تامة، كما أن قيمة الشيء موضوع التأمين المادية تختلف من وجهة نظر الأفراد والمنشآت ومن وجهة نظر متخصصي التأمين، بالإضافة إلى ذلك توجد صعوبات عملية تتعلق بحساب قسط التأمين الخاص بها. كل هذه المبررات أدت بخبراء التأمين إلى التفكير في نوع آخر من العقود يحدد فيه المبلغ الذي يدفع للمؤمن له أو المستفيدين عند حدوث الحادث، يطلق عليه مبلغ التأمين أو المبلغ الاسمي، ويطلق على هذه العقود اسم العقود محددة القيمة، ومن أمثلة هذه العقود:

- الوثائق محددة القيمة التي تستخدم للتأمين على التحف، والمقتنيات الأثرية العائلية، واللوحات النادرة.

وفي النهاية يتضح أن مبدأ التعويض يسري على كافة وثائق التأمين بأنواعها المختلفة فيما عدا عقود تأمينات الطبية وعقود التأمين من الحوادث الشخصية (فيما عدا عقود التأمين من الصحي)؛ وذلك لأن حياة الإنسان أو سلامة أي عضو من أعضاء جسمه لا يمكن أن تقدر بثمن مادي لذلك فمثل هذه الوثائق لا بد وأن تكون محددة القيمة أي يحدد بها مبلغ التأمين. وتجدر الإشارة إلى أن هناك طرقاً لقياس القيمة الحالية لدخل الفرد باستخدام نظرية الاحتمالات ومفهوم القيمة الحالية، على سبيل المثال: تقاس القيمة الحالية لصافي الدخل بالفرق بين القيمة الحالية للإيرادات المتوقعة والقيمة الحالية للنفقات المتوقعة. بشكل مجمل، فإن مبدأ التعويض يطبق على تأمينات الخسائر (التأمينات العامة) بينما لا يطبق على التأمينات النقدية.

٣-١-٢ مبدأ المشاركة:

يسري هذا المبدأ على تأمينات الممتلكات والمسؤولية المدنية (تأمينات الخسائر) ولا يسري على التأمينات النقدية، والغرض الأساسي منه ألا يكون التأمين وسيلة للإثراء غير المشروع، ويقضي هذا المبدأ بأنه إذا تحقق الخطر المؤمن منه في وقت يكون فيه المؤمن له مؤمناً على نفس الشيء موضوع التأمين، وعلى نفس الخطر بوثائق تأمين سارية المفعول، لدى أكثر من مؤمن، فإن مجموعة شركات التأمين، تشترك جميعها في تحمل الخسارة نتيجة تحقيق الخطر المؤمن منه، كل بنسبة مبلغ التأمين لديه إلى مجموع مبالغ التأمين جميعها.

أي أنه يقصد بمبدأ المشاركة في التأمين، تقسيم الخسارة عند تحقق الخطر المؤمن منه على جميع شركات التأمين المشتركين في تغطية الخطر حيث نصيب كل شركة تأمين في الخسارة يتحدد بمقتضى المعادلة التالية:

مبلغ التأمين لدى شركة التأمين

$$\text{نصيب أي شركة تأمين} = \text{مبلغ المطالبة} \times \frac{\text{مبلغ التأمين لدى شركة التأمين}}{\text{مجموع المبالغ لدى جميع شركات التأمين}}$$

في بعض الأحوال يتم التأمين على الشيء موضوع التأمين، لدى أكثر من شركة تأمين، وفي وقت واحد ومن خطر واحد، ويظن بعض الناس أن مثل هذا التأمين لا يمكن أن يتم إلا إذا كانت هناك سوء نية من جانب المؤمن له، أو هناك شبهة احتيالية، إلا أن مثل هذا التأمين من الممكن أن يحدث دون أن ينتابه أي شبهة من سوء النية، بل يتم بحسن نية كما يتبين لنا في الأحوال التالية:

- أحد التجار الذي يستورد بضاعته من الخارج قد يؤمن عليها عند شركة تأمين (س) وفي الوقت نفسه يكون المصدر أمن لهذا المستورد على نفس البضاعة لدى شركة تأمين أخرى وليكن (ص)، في هذه الحالة يصبح لدى المستورد وثيقتين لنفس البضاعة.

- أحد التجار أمن لدى شركة التأمين (س)، على بضاعته الموجودة في مخازنه بمبلغ ١٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال، ونتيجة لارتفاع الأسعار وزيادة قيمة البضاعة في السوق، أو نتيجة لإضافة بضاعة أخرى في نفس المخازن تبين له أن التأمين أصبح غير كافٍ، ولهذا لكي يضمن تعويضاً كاملاً عند نفس شركة التأمين، أو لدى شركة تأمين أخرى يؤمن بمبلغ تأمين آخر يعادل الفرق بين قيمة البضاعة في المخازن بعد الزيادة والمبلغ المؤمن به لدى شركة التأمين (س) أو بمبلغ أكبر من ذلك الفرق. ومن الجدير بالذكر أنه ينبغي عند تقسيم الخسارة بين شركات التأمين المشتركين في تغطية الخطر المؤمن منه أن يراعى التالي:

- أن نصيب كل شركة تأمين، لا يتأثر إذا كان هناك شركات تأمين أخرى مشاركة في تغطية الخطر المؤمن منه، وغير قادرة على سداد نصيبها من مبلغ التعويض.

- أن التعويض المستحق للمؤمن له، والذي يوزع على كل شركات التأمين، يجب حسابه على أساس القواعد التي تتعلق بتطبيق مبدأ التعويض على تأمينات الممتلكات، فضلاً عن ذلك يجب مراعاة أن مبلغ التعويض الذي يحصل عليه المؤمن له، من جميع شركات التأمين المشاركة في تغطية الخطر، ينبغي ألا يزيد عن مجموع مبالغ التأمين المؤمن بها لدى جميع شركات التأمين المشاركة في تغطية الخطر، كما أن نصيب كل شركة تأمين من الخسارة لا يتعدى مبلغ التأمين المؤمن به لديها.

- يشترط قبل تطبيق هذا المبدأ مراعاة عدم الإخلال بمبدأ التعويض الذي سبق الإشارة إليه، وشرط النسبية. بمعنى أنه إذا تم التأمين لدى أكثر من شركة وكان التأمين في مجموعة ناقصاً (دون الكفاية) فإنه ينبغي تطبيق شرط النسبية أولاً ثم يوزع الناتج طبقاً لمبدأ المشاركة. ولهذا يعد مبدأ المشاركة امتداداً لمبدأ التعويض، وذلك لأن الأخير يطبق أولاً من ناحية، ولأن الهدف من مبدأ المشاركة هو نفس هدف مبدأ التعويض.

- يشترط لتطبيق مبدأ المشاركة أيضاً أن تكون الوثائق كلها سارية المفعول عند وقوع الخطر. وكذلك يجب أن تكون الوثائق متوافقة أي متفقة في المصلحة التأمينية وتغطي نفس الشيء موضوع التأمين ضد نفس الخطر (أو الأخطار). ومن القواعد الهامة عند تطبيق هذا المبدأ عدم مسؤولية المؤمن عن نسبة المؤمن الذي يعجز عن سداد نصيبه من التأمين، فكل مؤمن مسؤول عن نسبته فقط، والحد الأقصى للترامه هو مبلغ التأمين المنصوص عليه في الوثيقة. ومن الجدير بالذكر أن مبدأ المشاركة في التأمين يعتبر من مستلزمات مبدأ التعويض كما هو الحال بالنسبة لمبدأ الحلول في الحقوق، حيث بمقتضى هذا المبدأ يمنع المؤمن له من الحصول على تعويض أكبر من خسارته الفعلية إذا كان لديه أكثر من وثيقة تأمين على نفس الشيء موضوع التأمين.

فضلاً عما سبق، يمكن القول بأنه على الرغم من أن جميع عقود تأمينات الممتلكات والمسؤوليات تخضع لمبدأ المشاركة في التأمين إلا أن عقود تأمينات الحماية والادخار وعقود الحوادث الشخصية، لا تخضع لهذا المبدأ، الأمر الذي يترتب عليه أن الشخص الذي يتعاقد مع أكثر من شركة تأمين للتأمين على حياته (خطر الوفاة) بمبالغ تأمين مختلفة لمصلحة أسرته يكون للأسرة الحق في الحصول على جميع مبالغ التأمين عند وفاة هذا الشخص.

٣-١-٣ مبدأ الحلول في الحقوق:

يقصد بهذا المبدأ حلول المؤمن (شركة التأمين)، محل المؤمن له، في حق الرجوع على الغير الذي تسبب في الضرر بإهماله أو تعمده ووقوع الخطر، وبمقتضى هذا المبدأ فإن شركة التأمين تستطيع أن تحل محل المؤمن له في كافة الحقوق والدعاوى التي تكون للمؤمن له تجاه من تسبب في الضرر والذي ترتب عليه التزام شركة التأمين بأداء التعويض للمؤمن له.

ولتوضيح مفهوم مبدأ الحلول في الحقوق، يتم عرض الحالة التالية:

بفرض أن أحد رجال الأعمال يمتلك عدة مخازن لتخزين بضائعه المختلفة، وبفرض أن أحد هذه المخازن كان فيه بعض المواد القابلة للاشتعال، ولم يتخذ رجل الأعمال الاحتياطات الكافية لمواجهة الحريق في حالة اشتعال هذه المواد، ونتيجة لذلك فقد حدث حريق بسبب الإهمال وامتد من المخزن الذي به مواد قابلة للاشتعال إلى كل مخازنه، ثم امتد إلى محل متجر غذائي مجاور للمخازن.

وإذا افترضنا أن صاحب المتجر الغذائي، كان يمتلك وثيقة تأمين على محله ضد خطر الحريق بمبلغ ٢,٠٠٠,٠٠٠ ريال، لدى إحدى شركات التأمين العاملة في المملكة، وقد حدثت له خسارة تقدر بمبلغ ١٠٠٠٠ ريال، فهل في هذه الحالة يستطيع صاحب المتجر الغذائي، أن يأخذ التعويض من شركة التأمين دون أن يطالب رجل الأعمال صاحب المخازن، بقيمة الخسائر التي لحقت بمحله.

وللإجابة على ذلك فإن صاحب المتجر الغذائي يمكنه الحصول على التعويض من شركة التأمين، ثم تقوم شركة التأمين

بدورها وفقاً لمبدأ الحلول في الحقوق بمطالبة رجل الأعمال المتسبب في وقوع الضرر بما دفعته من تعويض لصاحب المتجر الغذائي. ولا يحق لصاحب المتجر الغذائي مطالبة رجل الأعمال بأية مبالغ أو تعويض عن الخسائر التي تعرض لها، وذلك في حال اختار التعويض من شركته التأمينية.

وإذا حصلت شركة التأمين على مبلغ أكبر من ١٠٠٠٠ ريال، وهو قيمة التعويض الذي دفعته لصاحب المتجر الغذائي، كما هو الحال في التأمين غير الكافي، وعندما تحتوي وثيقة التأمين على شرط بمقتضاه يتحمل المؤمن له مبلغاً من كل تعويض كما هو الحال في تأمينات المركبات. هنا يجب على شركة التأمين أن تعطي الفرق للمؤمن له بعد خصم نصيب هذا الجزء في المصروفات القضائية والإدارية، التي تحملتها شركة التأمين في التحصيل من رجل الأعمال.

مما سبق يتضح أن الغرض الأساسي من مبدأ الحلول في الحقوق، هو منع المؤمن له من الحصول على أكثر من تعويض عن الخسارة المالية، التي لحقت بممتلكاته، وعلى ذلك فهو يطبق على عقود تأمينات الممتلكات والمسؤولية التي يطبق عليها أصلاً مبدأ التعويض ولا يطبق على عقود تأمينات الحماية والأدخار والحوادث الشخصية، ومن ثم فهذا المبدأ يعتبر من مستلزمات مبدأ التعويض، وفيما يلي بعض أشكال تطبيق مبدأ الحلول في الحقوق في بعض أنواع التأمين:

- التأمين البحري وتأمين الحريق:

شركة التأمين تحل محل المؤمن له، في الحصول على ملكية الأشياء التالفة وبيعها لحسابها.

- تأمين السرقة:

شركة التأمين تحل محل المؤمن له، في امتلاك البضائع المسروقة التي يمكن الحصول عليها.

- تأمين الضمان أو خيانة الأمانة:

شركة التأمين تحل محل المؤمن له، في مقاضاة المذنب للحصول على ما قد يكون دفعه من تعويض.

٣-٢ مراحل تسوية المطالبات.

الهدف التعليمي:

٢- أن يتعرف الدراس على مراحل تسوية المطالبات.



الفصل
الثالث

تكاد تتشابه مراحل أو خطوات تسوية المطالبات في معظم أنواع التأمين، بدءاً من الإبلاغ عن الحادث، واستيفاء نموذج طلب المطالبة، والفحص والتحقق والمعينة، ثم تقدير التعويض، وإجراء التسوية النهائية، انتهاءً بإغلاق ملف المطالبة، وقد تختلف بعض الشيء في تفاصيل الإجراءات، وفيما عرض لمراحل تسوية المطالبات في بعض أنواع التأمين الأكثر انتشاراً في سوق التأمين السعودية:

٣-٢-١ تسوية المطالبات في تأمين الحريق:

تمر تسوية المطالبات في تأمين الحريق، بعدة مراحل:

أولاً: الإخطار بالحادث وتأييد المطالبة:

تنص الشروط العامة لمعظم وثائق تأمين الحريق على التزام المؤمن له بالإخطار عن حادث الحريق فور وقوعه وذلك بأية وسيلة؛ حتى تتاح لشركة التأمين الفرصة لإجراء المعينة اللازمة، والفحص قبل ضياع معالم الحادث، وأيضاً يلتزم المؤمن له بتقديم كافة المستندات التي تؤيد مطالبته في خلال مدة محددة.

ثانياً: فحص المطالبة والمعينة:

تهدف هذه المرحلة إلى مطابقة البيانات الواردة بالمطالبة مع البيانات الخاصة بالوثيقة للوقوف على مدى صحة هذه البيانات، والتأكد من أن وثيقة التأمين ما زالت سارية المفعول وقت حادث الحريق، وأن الخطر الذي نتج عنه الضرر خطر مغطى بمقتضى الوثيقة وذلك تمهيداً لوضع التقرير النهائي عن الحادث متضمناً التسوية النهائية للخسارة ومدى مسؤولية الشركة عنها في حالة وجود تغطيات أخرى.

ولتحقيق ذلك يقوم موظف المطالبات بتقدير قيمة المطالبة واحتجازها كاحتياطي حتى يتم تسوية المطالبة بالمبلغ الفعلي، وفي بعض الأحوال يتم انتداب خبير معينة وكذلك خبير تقدير خسائر؛ للتأكد من الحريق بالمعنى التأميني ولتقدير قيمة الخسائر، ويقوم الخبراء بتقديم تقرير مبدئي ثم تقرير نهائي.

ثالثاً: التسوية النهائية:

بعد إعداد التقرير النهائي عن الحادث متضمناً التسوية النهائية للخسارة ومدى مسؤولية الشركة عنها، يرسل هذا التقرير إلى المؤمن له ومرفق معه خطاب يوقع عليه المؤمن له يفيد قبوله مبلغ التسوية المحدد كتعويض عن المطالبة، ثم تعتمده الشركة وتلتزم بسداد التعويض، فإذا ما تسلم المؤمن له التعويض يوقع على المخالصة النهائية وتبرأ ذمة الشركة تجاهه ويتم قفل ملف الحادث وحفظه.

ويجب على الشركة مراعاة الآتي عند تسوية المطالبات:

- الكفاءة والسرعة في إتمام التسوية لإظهار كفاءة الشركة وجديتها ومدى اهتمامها.
- اللباقة وحسن التصرف مع العملاء.
- صرف التعويض بسرعة وبدون إبطاء حفاظاً على علاقتها مع العملاء، بعد التأكد من كافة الإجراءات اللازمة وصحة المطالبة.

٢-٢-٣ تسوية المطالبات في تأمين المركبات:

- إجراءات الحادث ومستندات تسوية المطالبات في تأمين المركبات:
- إن اتباع الإجراءات عند وقوع الحادث يضمن الحق، وتوفير المستندات الكاملة للمطالبة؛ يساهم في سرعة تسويتها والحصول على التعويض. وفيما يلي الخطوات المتبعة عند وقوع حادث والمستندات الكاملة لتسوية المطالبة في تأمين المركبات:

- الإجراءات المتبعة عند وقوع الحادث.
- الاتصال فوراً بالجهة المختصة (نجم أو المرور أو الدفاع المدني أو الشرطة).
- عدم مغادرة موقع الحادث حتى مباشرة الجهة المختصة للحادث.
- زيارة أحد مراكز «تقدير» المعتمدة حسب توجيه الجهة المختصة المباشرة للحادث.
- مراجعة مركز التعويضات بشركة التأمين؛ لتقديم مطالبة للتعويض عن أضرار الحادث مرفق معها كافة المستندات المطلوبة.
- لحملة وثيقة التأمين الشامل، في حال اعتبار الضرر خسارة جزئية تقوم الشركة بتعميد المركبة بالإصلاح (حسب شروط وأحكام وثيقة التأمين).
- لحملة وثيقة التأمين الشامل، في حال اعتبار المركبة خسارة كلية، فإن الشركة تقوم بتعويض العميل عن قيمة المركبة بالتحويل على الحساب البنكي (حسب شروط وأحكام وثيقة التأمين).
- تقوم الشركة بصرف التعويض بالتحويل على الحساب البنكي للطرف الثالث، حسب التقديرات المعتمدة من الجهات المختصة.

وفيما يلي إجراءات تسوية المطالبات لكل من التأمين الإلزامي للمركبات، والتأمين الشامل للمركبات:

- تسوية المطالبات في تأمين المركبات الإلزامي:

- بحسب تعليمات البنك المركزي السعودي الخاصة بتنظيم إجراءات مطالبات التأمين الإلزامي لدى شركات التأمين، وضمان حماية المؤمن لهم والمستفيدين، وتسهيل إجراءات تسوية المطالبات للمركبات، وحصول المستفيدين على مبالغ التعويض خلال فترة وجيزة.

تم إلزام شركات التأمين بالآتي:

- تسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد التي لا تتجاوز قيمتها مبلغ ٢,٠٠٠ ريال سعودي خلال مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.
- اعتماد نموذج موحد لمطالبات التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث) للأفراد. (للاطلاع على النموذج راجع ملاحق المادة).

- توحيد المستندات المطلوبة؛ لتقديم مطالبات التأمين الإلزامي للمركبات.
- توحيد الإجراءات التي تلتزم بها شركات التأمين؛ لتسوية مطالبة التأمين الإلزامي للمركبات.
- التزام الشركة عند تلقي أي مطالبة أن يزود مقدمها بإيصال يفيد بتلقي المطالبة، وإعلامه بأي نواقص خلال سبعة أيام من تلقها.
- التزام الشركة بمعاينة المركبة خلال فترة لا تتجاوز ثلاثة أيام من تاريخ تقديم المطالبة.
- سداد جميع مطالبات التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث) للأفراد.
- استرداد الجزء المتبقي من قسط التأمين في حال إلغاء وثيقة تأمين المركبات من خلال إيداع مبلغ التعويض في الحساب البنكي للمستفيد مباشرة عن طريق الأيبنان.
- التزام الشركة بتسوية مبالغ المطالبات المقررة من الإدارة العامة للمرور، أو من شركة نجم لخدمات التأمين، أو من الجهات المرخص لها بذلك المغطاة بموجب هذه الوثيقة بكل نزاهة وعدالة دون أي مساومة خلال مدة أقصاها خمسة عشر يوماً هجرياً من تاريخ استلام المطالبة.
- المستندات المطلوب إرفاقها مع نموذج مطالبة تأمين المركبة إذا كانت مسؤولية المؤمن له عن الحادث ١٠٠٪.
- **إذا كانت الأضرار الناجمة عن الحادثة في المركبة فقط:**
- أصل تقرير الحادث والكروكي + صور لأضرار المركبة.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث + صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- أصل ثلاث تقديرات الورش وأصل تقدير قطع الغيار / تقدير شيخ المعارض.
- رقم الحساب البنكي (الأيبنان) لمالك المركبة.
- **إذا كانت أضرار ملحقة بممتلكات عامة:**
- أصل تقرير الحادث والكروكي.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث.
- صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- رقم الحساب البنكي (الأيبنان) لمالك المركبة.
- أصل إيصال المستلم عن أضرار الممتلكات العامة.
- **إذا كانت أضرار ملحقة بممتلكات خاصة:**
- أصل تقرير الحادث والكروكي.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث.
- صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- رقم الحساب البنكي (الأيبنان) لمالك المركبة.
- أصول ثلاث تقديرات لأضرار الممتلكات.
- أصول فواتير البضاعة المتضررة (في حال تضرر البضاعة).

- إذا كانت أضرار ملحقة تُمثل إصابات للأفراد:

- أصل تقرير الحادث والكروكي.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث.
- صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- رقم الحساب البنكي (الأيان) لمالك المركبة.
- أصل التقرير الطبي الصادر من المستشفى.
- أصل صك الحكم الصادر من المحكمة.

- إذا كانت أضرار ملحقة تُمثل وفاة للأفراد:

- أصل تقرير الحادث والكروكي.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث.
- صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- رقم الحساب البنكي (الأيان) لمالك المركبة.
- صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث.
- صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث).
- أصل شهادة الوفاة.
- أصل صك الحكم + أصل صك حصر الورثة الصادرين من المحكمة.
- المستندات المؤيدة للمطالبة في تأمين المركبات:

تشمل هذه المستندات سريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحادث الناشئة عنه تلك المطالبة، كما تشمل مستندات أخرى، مثل: تقرير الحادث من المرور، وأي مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة، ومن ضمنها ما يلي:

- رخصة السير.
- استمارة (وثيقة ملكية) المركبة.
- وثيقة التأمين.

- تسوية المطالبات في تأمين المركبات الشامل:

في حال وقوع حادث للمركبة المؤمن عليها والمستخدمه استخداماً شخصياً أو تجارياً فإن الشركة تقوم بالتعويض عن الأضرار التي تلحق بالمركبة، وذلك بإصلاحها لدى الورش المعتمدة أو الوكالة حسب شروط الوثيقة في حال اعتبار أن الخسارة جزئية. وإذا كانت الخسارة كلية كالسرقة، فإن الشركة تقوم بتعويض المؤمن له بالقيمة التأمينية أو السوقية حسب شروط وأحكام وثيقة التأمين.

مستندات المطالبة:

- نموذج الإبلاغ عن الحادث. (للاطلاع على النموذج راجع ملاحق المادة).
- التقرير الرسمي من الجهة المباشرة للواقعة أو الحادث.

- صورة رخصة القيادة (رخصة قائد المركبة وقت وقوع الحادث).

- صورة من رخصة السير.

- ورقة إذن الإصلاح.

- تقرير بقيمة إصلاح من أحد مراكز برنامج «تقدير» داخل الرياض، أو من الورش المعتمدة من المرور، أو من شيخ المعارض للعملاء خارج الرياض.

- صك شرعي بالإصابات أو الوفيات من المحكمة في حال الإصابات أو الوفيات.

- تقدير قيمة إصلاح المركبة المؤمنة شامل في حال كانت نسبة الإدانة على الطرف الثالث، أو وجود نسبة من الحادث على المركبة المؤمنة.

٣-٢-٣ تسوية المطالبات في التأمين الصحي:

مطالبات التأمين الصحي، تتضمن مطالبات التأمين الصحي الإجراءات المتبعة لسداد قيمة المصروفات الطبية نظير علاج المؤمن عليه والمستفيدين سواء لدى المستشفيات والمراكز الطبية المعتمدة أو غير المعتمدة، وذلك على النحو التالي:

- العلاج لدى مقدمي الخدمة المعتمدين (التقييد المباشر):

في حال حصول المؤمن عليه أو المستفيد على العلاج لدى أي من مقدمي الخدمة الطبية المعتمدين، فإن الشركة تقوم بسداد قيمة هذا العلاج بنظام التقييد المباشر على حسابها. في هذه الحالة، يدفع العميل فقط قيمة التحمل أو قيمة العلاج غير المغطى بالوثيقة أثناء مراجعته لمقدم الخدمة. وتستخدم بعض شركات التأمين، نظام الربط الإلكتروني مع مقدمي الخدمة؛ لضمان سرعة تلقي المطالبات الطبية والتعويض عنها وفقاً لشروط الوثيقة وشروط التعاقد بين الطرفين وبما يحقق التزام الطرفين بتقديم الخدمة للعملاء.

- العلاج لدى مقدمي الخدمة غير المعتمدين (استرداد المصروفات):

في الحالات الطبية الطارئة أو في حالة عدم توفر العلاج لدى مقدم الخدمة المعتمد، أو الحالات الطارئة خارج المملكة أثناء الإجازات ورحلات العمل إذا كانت مغطاة بالوثيقة، يضطر المؤمن له أو المستفيد إلى مراجعة أحد مقدمي الخدمة غير المعتمدين عندئذ يقوم المؤمن له بسداد قيمة العلاج بالكامل لمقدم الخدمة، ثم يتقدم بطلب إلى شركة التأمين؛ لاسترداد المصروفات الطبية التي قام بدفعها. حيث تقوم إدارة التأمين الصحي باتخاذ الإجراءات اللازمة للتعويض عن هذه المصروفات الطبية وفقاً لشروط الوثيقة.

- شروط المطالبات الطبية:

- تخضع إجراءات المطالبات الطبية للحدود والتغطيات والشروط والاستثناءات الواردة في وثيقة التأمين.

- يتم تطبيق شرط التحمل على المطالبات الطبية وفقاً للنسبة المعتمدة في وثيقة التأمين، حيث يقوم العميل بدفعها مباشرة لمقدم الخدمة الطبية المعتمد أو تستقطعها الشركة من طلب استرداد المصروفات الطبية إذا تم العلاج لدى مقدم خدمة غير معتمد.

- استرداد المصروفات الطبية يكون للحالات التي يتم تسليمها في مدة أقصاها ٣٠ يوماً كما هو محدد في الوثيقة.

- يتم حساب قيمة المصروفات الطبية التي يستردها العميل من الشركة نظير حصوله على العلاج لدى مقدمي الخدمة

- غير المعتمدين على الأسعار المعتمدة لدى مقدمي الخدمة المعتمدين.
- يتم حساب قيمة المصروفات الطبية التي يستردها العميل من الشركة نظير حصوله على العلاج لدى مقدمي الخدمة من خارج المملكة على الأسعار المعتمدة لدى مقدمي الخدمة داخل المملكة، ما لم تنص شروط الوثيقة خلاف ذلك.
- يجب إرفاق كافة المستندات اللازمة مع طلب استرداد المصروفات الطبية؛ لضمان سرعة سداد المبلغ المستحق للعميل.
- تخضع بعض الخدمات العلاجية لشرط الموافقة المسبقة من الشركة، لذلك يجب حصول المؤمن له على تلك الموافقة؛ لضمان حقه في استرداد المصروفات الطبية المدفوعة.
- لا يتم التعويض عن الحالات المرضية المستثناة من التغطية التأمينية الواردة في وثيقة التأمين.
- لا يتم التعويض عن قيمة العلاج إذا تجاوز حدود التغطية المحددة في جدول المنافع.
- **المستندات المطلوبة لتقديم المطالبات الطبية:**
 - تقرير طبي مفصل عن الحالة.
 - نتائج المختبر وتقارير الأشعة (في حال حصول المريض على خدماتها).
 - أصول الفواتير وإيصال الدفع.
 - صورة من الهوية الوطنية أو الإقامة.
 - صورة من تأشيرة الخروج والعودة (وموافقة شركة التأمين في حال العلاج خارج المملكة).
 - تعبئة طلب استرداد المصروفات الطبية المتاح إلكترونياً وفي كافة فروع الشركة.

٣-٣ تقدير قيمة المطالبة.

الهدف التعليمي:

٣- أن يتعرف الدراس على طرق تقدير قيمة المطالبة.



٣-٣-١ مهام خبير تسوية المطالبات:

- في حال الشركة لم تستعن بمقدر خسائر، فإنه يتطلب من موظف المطالبات أن يقوم بنفسه بتقدير قيمة المطالبة بناءً على المستندات المرفقة واستناداً على خبرته، وهذا التقدير قد يكون مبالغاً فيه أو أقل مما ينبغي، الأمر الذي يستدعي إجراءات دراسة وتحليل للمطالبات المقدرة من قبل الموظف من حين لآخر، وفي بعض الأحوال يتم الاستعانة بخبير تسوية مطالبات؛ حيث إن مهنة خبير تسوية المطالبات «أو مدقق المطالبات» تتمحور، حول التحقق من مطالبات التأمين عن طريق مقابلة صاحب المطالبة والشهود، وبحث سجلات الشرطة والمستشفيات، وفحص الأضرار التي لحقت بالممتلكات؛ لتحديد الالتزامات المالية الواجبة على شركة التأمين. وعادةً ما تشمل واجبات خبير تسوية المطالبات العناصر التالية:
- التحقق من وجود وثيقة تأمين لدى الشخص المؤمن له سارية المفعول.

- التحقق من أن وثيقة التأمين تغطي الأشياء موضوع المطالبة.
- التحقق من الخطر المحقق هو الخطر المغطى في وثيقة التأمين.
- التحقق من مكان وقوع الخطر المغطى في وثيقة التأمين.
- بعد الانتهاء من التحقيقات المذكورة أعلاه، يُقيّم خبير تسوية المطالبات الإصابات و/ أو الأضرار المغطاة التي حُددت وفقاً لنطاق التغطية التأمينية.

- يفاوض على تسوية المطالبة مع المؤمن له، متبعاً في ذلك أفضل إجراءات التفاوض.

لا يخطر خبير تسوية المطالبات في النواحي القانونية ولا ينبغي له ذلك. بالرغم من أن النظر في المطالبة يعني مطابقة ظروف الخسارة التي تغطيها وثيقة التأمين، ولكن هذا لا يعني إعطاء القرار فيما إذا كانت المطالبة مقبولة أم لا.

قد يتعامل خبراء تسوية المطالبات مع «مطالبات الممتلكات» التي تتضمن أضرار المباني والهياكل، أو «مطالبات المسؤولية» التي تتضمن إصابات شخصية أو أضرار بممتلكات شخص ثالث بسبب حالات المسؤولية، مثل: حوادث المركبات، والانزلاق، والسقوط، وعضات الكلاب، أو الإهمال. يتعامل بعض خبراء التسوية مع كلا النوعين من المطالبات ويعرفون باسم «خبراء التسوية متعددي الجهات» أو «مقدري الخسائر» الذين يتعاملون مع «أي» نوع من المطالبات المعروفة مسبقاً، والتي تتضمن أيضاً المسؤولية المهنية، والمسؤولية المهنية للمستشفى، والمسؤولية التكميلية، ومسؤولية الأطباء والجراحين، ومسؤولية الطائرات/ الهيكل، والداخلية البحرية، والمحيطات البحرية، والمراجل، والآلات.

ويمكن أن يعمل خبير تسوية المطالبات (كمهنة حرة) بشكل مستقل لصالح عدة شركات تأمين أو جهات تأمين، إذا كان الخبير مرخصاً من قبل الجهات الرقابية، فإنه يُعتبر مرجعية في تقدير خسائر الممتلكات ضمن مجاله، سواء كانت الممتلكات سكنية، أو مركبات، أو بحرية... إلخ.

يتحقق خبير تسوية المطالبات بشكل متكرر من أن التغطية تشملها وثيقة التأمين، ويحقق في المسؤولية عن الأضرار الناجمة، كما يقدم التعويضات للشخص المتضرر على أساس الأضرار المادية التي لحقت بالممتلكات.

واجبات خبير التسوية:

- إخطار شركة التأمين بالخسارة المغطاة على النحو المحدد في وثيقة التأمين.
- الرد على المطالبات في الوقت المحدد.
- تعبئة المعاملات الورقية.
- التواصل مع المؤمن له.
- التحقيق في المسؤولية.
- تقييم الأضرار.
- البحث والتفصيل وإثبات كل جانب من جوانب المطالبة، ويتضمن ذلك الأضرار التي لحقت بالمباني والمحتويات، ومطالبات نفقات المعيشة الإضافية.
- يُعد تقريراً مفصلاً عن الأضرار بهدف تقديم عرض تسوية للمؤمن له.
- يفاوض مزودي المنتج/ الخدمة في الوقت المحدد وتكلفة الإصلاحات بهدف تقديم عرض تسوية للمؤمن له.

- ضمان إجراءات دقيقة.

- حماية مصلحة شركة التأمين التي يمثلها خبير تسوية المطالبات عند التعامل مع المطالبين.

- حالة التأمين الكافي:

في هذه الحالة نجد أن مبلغ التأمين يساوي قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الخسارة، وبالتالي فإن المؤمن له يحصل على تعويض كامل عن جميع الخسائر وفقاً للعلاقة التالية:

$$\text{التعويض} = \text{الخسارة في جميع الأحوال}$$

- حالة التأمين فوق الكفاية:

في هذه الحالة نجد أن مبلغ التأمين يزيد عن قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الخسارة، وتحدث هذه الحالة إما لاعتقاد المؤمن له بأنه سوف يحصل على مبلغ التأمين كاملاً في حالة تحقق الخسارة، أو لسوء تقديره لقيمة الشيء موضوع التأمين، أو لأنه أراد أن يأخذ في اعتباره ارتفاع الأسعار خوفاً من أن يكون مبلغ التأمين غير كافٍ وقت حدوث الخسارة؛ لذلك قدره بأكبر من اللازم، ومن الناحية الفنية يستطيع المؤمن له التأمين بمبلغ أعلى من القيمة الفعلية، ولكن ليس بشكل مبالغ فيه عند اختيار طريقة التعويض بالاستبدال، وعموماً إذا كان مبلغ التأمين أكبر من قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الحادث فإن:

$$\text{التعويض} = \text{الخسارة في جميع الأحوال}$$

- حالة التأمين دون الكفاية:

في هذه الحالة نجد أن مبلغ التأمين أقل من قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الحادث. وتحدث هذه الحالة أما بتعمد من المؤمن له من خلال تخفيض مبلغ التأمين؛ حتى يدفع قسط تأمين أقل من اللازم، أو بسبب ارتفاع قيم الممتلكات بشكل مفاجئ؛ حيث أصبح مبلغ التأمين غير كافٍ بالرغم من كفايته وقت التعاقد، ولكن العبرة بقيمة الممتلكات وقت حدوث الحادث.

وفي هذه الحالة توجد طريقتين لتقدير قيمة التعويض عن الخسارة المالية الناشئة عن تحقق ظاهرة الخطر في صورة حادث:

- مع عدم تطبيق شرط النسبية:

في هذه الحالة نجد أن التعويض يساوي الخسارة المالية بحد أقصى مبلغ التأمين، أي أن التعويض يكون مساوياً لمبلغ الخسارة المالية التي لحقت بالمؤمن له المضرور نتيجة تحقق ظاهرة الخطر المؤمن منه في صورة حادث طالما كانت في حدود مبلغ التأمين، فإذا تجاوزت مبلغ التأمين فإن التعويض يكون مساوياً لمبلغ التأمين، أي أن:

$$\text{التعويض} = \text{الخسارة بحد أقصى مبلغ التأمين}$$

- مع تطبيق شرط النسبية:

ينص هذا الشرط على أنه "في الأحوال التي يكون فيها مبلغ التأمين أقل من قيمة الشيء موضوع التأمين فإن المؤمن له يعتبر مؤمناً لدى نفسه بالفرق، ومن ثم يتحمل نسبة من الخسائر المحققة"، ويتحدد قيمة التعويض، وفقاً لهذا الشرط كما يلي:

مبلغ التأمين

$$\text{التعويض} = \text{الخسارة} \times \frac{\text{قيمة الشيء موضوع التأمين عند تحقق الحادث}}{\text{مبلغ التأمين}}$$

ويشترط لتطبيق شرط النسبية أن يرد به نص صريح في الوثيقة، وإلا تتحدد قيمة التعويض وفقاً لمبدأ التعويض، ويهدف تطبيق شرط النسبية إلى تحقيق العدالة بين المؤمن لهم.

٣-٣-٥ حالات تطبيقية:

نتناول في هذا الجزء عدة تطبيقات لمبادئ التأمين المتعلقة بالمطالبات، على النحو التالي:

تطبيق ١:

أمن شخص على منزله الذي تم بناؤه منذ عشر سنوات ضد الحريق بمبلغ ١٨٠,٠٠٠ ريال، ثم تحقق الخطر، وأدى إلى تدمير المنزل بنسبة ٢٥٪ من القيمة الفعلية للمنزل، وكانت تكلفة بناء مثل هذا المنزل الآن تبلغ ٣٠٠,٠٠٠ ريال. فإذا كان الاستهلاك السنوي للمباني يعادل ٤٪، ما هي قيمة الخسارة وبالتالي التعويض المستحق، إذا كانت الوثيقة لا تخضع لشرط النسبية؟

الحل

يتم تحديد القيمة الفعلية للمنزل الآن، بعد استبعاد القيمة الاستهلاكية للمنزل خلال ١٠ سنوات، ثم تحدد قيمة الخسارة، على النحو التالي:

وبالتالي فإن:

$$\text{قيمة الخسارة} = ١٨٠,٠٠٠ \times \frac{٢٥}{١٠٠} = ٤٥,٠٠٠ \text{ ريال}$$

وحيث إن هذا النوع من التأمين دون الكفاية، ولا يخضع لشرط النسبية، فيكون التعويض المستحق يساوي مبلغ الخسارة وبحد أقصى مبلغ التأمين، وبالتالي فإن التعويض يساوي ٤٥,٠٠٠ ريال.

تطبيق ٢:

أمن شخص على منزله من خطر الحريق بمبلغ ٦٠٠,٠٠٠ ريال، وعند تحقق حادث الحريق تأكد للمؤمن أن قيمة المنزل الفعلية قبل الحريق كانت ١,٠٠٠,٠٠٠ ريال، فإذا فرض أن الخسارة التي تحققت من جراء الحريق قدرت بمبلغ ٢٠٠,٠٠٠ ريال فقط، وأنه قد نص على شرط النسبية في عقد التأمين، ما هو مبلغ التعويض الواجب دفعه، وما هي النسبة التي يتحملها المؤمن له من الخسائر المحققة؟

الحل

من الواضح أن التأمين هنا دون الكفاية، ويعتبر أن المؤمن له مؤمن لنفسه بالفرق وهو ٤٠٠,٠٠٠ ريال. وحيث إنه قد نص في عقد التأمين على قاعدة النسبية، فإن شركة التأمين تطلب تطبيق هذه القاعدة، وعلى هذا تكون قيمة التعويض عبارة عن ٦٠٪ من قيمة الخسارة:

$$\text{قيمة التعويض} = \frac{٦٠٠,٠٠٠}{١,٠٠٠,٠٠٠} \times ٢٠٠,٠٠٠ = ١٢٠,٠٠٠ \text{ ريال}$$

تطبيق ٣:

أمن أحد الأشخاص على منزله من خطر الحريق والأخطار المتحالفة معه، وأتيحت المعلومات التالية: مبلغ التأمين ١٠٠,٠٠٠ ريال، قيمة المنزل ومحتوياته ٨٠,٠٠٠، المطلوب: تحديد قيمة التعويض المستحق في الحالتين التاليتين، علماً بأن المؤمن له لم يختار طريقة الاستبدال عند التعويض:

- وقوع حريق في المنزل أدى إلى خسارة قدرها ٢٠,٠٠٠ ريال.
- وقوع حريق في المنزل أدى إلى خسارة كلية.

الحل

نظراً لأن مبلغ التأمين أكبر من قيمة الشيء موضوع التأمين، فإن التأمين فوق الكافي.

(أ) قيمة التعويض في الحالة الأولى يساوي الخسارة الفعلية أي يساوي ٢٠,٠٠٠ ريال.

(ب) قيمة التعويض في الحالة الثانية يساوي قيمة الشيء موضوع التأمين أي يساوي ٨٠,٠٠٠ ريال؛ وذلك لأنه لم ينص على أن التعويض يكون بالاستبدال.

تطبيق ٤:

أمن رجل أعمال على مخزن مهمات صناعية ضد خطر الحريق لدى ثلاث شركات تأمين، بمبالغ التأمين التالية:

الشركة	أ	ب	ج
مبلغ التأمين	٨٠٠,٠٠٠	١,٢٠٠,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠

وقد وقع حريق بالمخزن أدى إلى هلاك قطع غيار قدرت قيمتها بمبلغ ٤٥٠,٠٠٠ ريال.

المطلوب: حساب قيمة التعويض الذي يستحقه رجل الأعمال، والتزام كل شركة تأمين على حدة من هذا التعويض،

وذلك إذا قدرت قيمة الأشياء موضوع التأمين لحظة وقوع الحريق بالمبالغ التالية:

- ٣,٠٠٠,٠٠٠ ريال

- ١,٨٠٠,٠٠٠ ريال

- ٥,٠٠٠,٠٠٠ ريال

الحل

يلاحظ أن مجموع مبالغ التأمين في جميع الحالات يساوي ٣,٠٠٠,٠٠٠ ريال.

الحالة الأولى:

نظراً لأن مجموع مبالغ التأمين = قيمة الشيء موضوع التأمين، فإن التأمين يعتبر كافياً، ويطبق مبدأ التعويض حيث

إن التعويض المستحق = الخسارة الفعلية = ٤٥٠,٠٠٠ ريال. ويتحدد نصيب كل شركة في هذا التعويض طبقاً للقاعدة

المذكورة سابقاً، كما يتضح فيما يلي:

$$\text{نصيب الشركة أ} = \frac{٨٠٠,٠٠٠}{٣,٠٠٠,٠٠٠} \times ٤٥٠,٠٠٠ = ١٢٠,٠٠٠ \text{ ريال}$$

$$\text{نصيب الشركة ب} = \frac{١,٢٠٠,٠٠٠}{٣,٠٠٠,٠٠٠} \times ٤٥٠,٠٠٠ = ١٨٠,٠٠٠ \text{ ريال}$$

$$\text{نصيب الشركة ج} = \frac{١,٠٠٠,٠٠٠}{٣,٠٠٠,٠٠٠} \times ٤٥٠,٠٠٠ = ١٥٠,٠٠٠ \text{ ريال}$$

المجموع = ٤٥٠,٠٠٠ ريال.

وحيث إن مجموع التعويض المستحق = ٤٥٠,٠٠٠ ريال، لا يتحمل المؤمن له بأي شيء من الخسارة.

الحالة الثانية:

في هذه الحالة، مجموع مبالغ التأمين أكبر من قيمة الشيء موضوع التأمين، فيعتبر التأمين فوق الكفاية، ويطبق مبدأ

التعويض والمشاركة كما في الحالة السابقة تماماً، ودائماً ما يتم تسوية الخسارة ودفع التعويض في حالة التأمين فوق الكفاية مثل حالة التأمين الكافي تماماً.

الحالة الثالثة:

في هذه الحالة مجموع مبالغ التأمين أقل من قيمة الشيء موضوع التأمين، فيعتبر التأمين دون الكفاية، وهناك حالتين:
أ- تطبيق شرط النسبية:

$$\text{التعويض} = \frac{\text{مبلغ التأمين (أي مجموعة مبالغ التأمين)}}{\text{قيمة الشيء موضوع التأمين}} \times \text{الخسارة الفعلية}$$

$$= \frac{3,000,000}{5,000,000} \times 450,000 = 270,000 \text{ ريال}$$

ويتحدد نصيب كل شركة من هذا التعويض، كما يلي:

$$\text{نصيب الشركة أ} = \frac{800,000}{3,000,000} \times 270,000 = 72,000 \text{ ريال}$$

$$\text{نصيب الشركة ب} = \frac{1,200,000}{3,000,000} \times 270,000 = 108,000 \text{ ريال}$$

$$\text{نصيب الشركة ج} = \frac{1,000,000}{3,000,000} \times 270,000 = 90,000 \text{ ريال}$$

مجموع مبالغ التعويض: 270,000 ريال.

وحيث إن الخسارة قدرها 450,000 ريال، وأن مجموع ما تتحمله شركات التأمين قدره 270,000، فيتحمل المؤمن له الفرق وقدره 180,000 ريال.

ب- عدم تطبيق شرط النسبية:

في هذه الحالة يكون التعويض بحد أقصى مجموع مبالغ التأمين، وبالتالي فإن قيمة التعويض يساوي 450,000 ريال، يتم تحديد نصيب كل شركة تأمين كما في حالة التأمين الكافي.

تطبيق ٥:

أمن أحد الأشخاص على سيارته تأميناً شاملاً، بمبلغ تأمين يمثل ٨٥٪ من قيمتها، فإذا علمت أن قيمة السيارة ٢٣٠.٠٠٠ ريال، وقد تعرضت السيارة لحادث تصادم تحقق عنه خسارة مقدارها ٦٤.٠٠٠ ريال، المطلوب: تحديد قيمة التعويض المستحق في حالة كانت التغطية التأمينية لا تخضع لشرط النسبية.

الحل

$$\text{مبلغ التأمين} = ٢٣٠.٠٠٠ \times ٨٥\% = ١٩٥٥٠٠ \text{ ريال.}$$

وحيث إن التغطية التأمينية لا تخضع لشرط النسبية، فإن مبلغ التعويض يكون بحد أقصى مبلغ التأمين، وحيث إن مبلغ الخسارة ٦٤.٠٠٠ ريال أقل من مبلغ التأمين، فإن:
مبلغ التعويض = مبلغ الخسارة = ٦٤.٠٠٠ ريال.

تطبيق ٦:

أمن أحد الأشخاص على سيارته تأميناً شاملاً، بمبلغ تأمين يمثل ٨٥٪ من قيمتها، فإذا علمت أن قيمة السيارة ٢٣٠.٠٠٠ ريال، وقد تعرضت السيارة لحادث تصادم تحقق عنه خسارة مقدارها ٦٤.٠٠٠ ريال، المطلوب: تحديد قيمة التعويض المستحق في حالة كانت التغطية التأمينية تخضع لشرط النسبية.

الحل

$$\text{مبلغ التأمين} = ٢٣٠.٠٠٠ \times ٨٥\% = ١٩٥٥٠٠ \text{ ريال.}$$

وحيث إن التغطية التأمينية تخضع لشرط النسبية، فإن مبلغ التعويض يكون بحد أقصى ٨٥٪ من مبلغ الخسارة، وبحد أقصى مبلغ التأمين، وحيث إن مبلغ الخسارة ٦٤.٠٠٠ ريال، فإن:
مبلغ التعويض = مبلغ الخسارة $\times ٨٥\%$.
مبلغ التعويض = ٦٤.٠٠٠ $\times ٨٥\%$ = ٥٤٤٠٠ ريال.

تطبيق ٧:

أمن أحد الأشخاص على سيارته تأميناً شاملاً، بمبلغ تأمين يمثل ٨٥٪ من قيمتها، فإذا علمت أن قيمة السيارة ٢٣٠.٠٠٠ ريال، وقد تعرضت السيارة لحادث تصادم تحقق عنه خسارة كلية، المطلوب: تحديد قيمة التعويض المستحق في حالة كانت التغطية التأمينية لا تخضع لشرط النسبية.

الحل

$$\text{مبلغ التأمين} = ٢٣٠.٠٠٠ \times ٨٥\% = ١٩٥٥٠٠ \text{ ريال.}$$

وحيث إن التغطية التأمينية لا تخضع لشرط النسبية، فإن مبلغ التعويض يكون بحد أقصى مبلغ التأمين، وحيث إن الخسارة كلية، فإن:
مبلغ التعويض = مبلغ التأمين = ١٩٥٥٠٠ ريال.

تطبيق ٨:

أمن أحد الأشخاص على سيارته تأميناً شاملاً، بمبلغ تأمين يمثل ٨٥٪ من قيمتها، فإذا علمت أن قيمة السيارة ٢٣٠.٠٠٠ ريال، وقد تعرضت السيارة لحادث تصادم تحقق عنه خسارة كلية، المطلوب: تحديد قيمة التعويض المستحق في حالة كانت التغطية التأمينية تخضع لشرط النسبية.

الحل

مبلغ التأمين = $٢٣٠.٠٠٠ \times ٨٥\% = ١٩٥٥٠٠$ ريال.

وحيث إن التغطية التأمينية تخضع لشرط النسبية، فإن مبلغ التعويض يكون بحد أقصى ٨٥٪ من مبلغ الخسارة، وبحد

أقصى مبلغ التأمين، وحيث إن الخسارة كلية، فإن:

مبلغ التعويض = مبلغ الخسارة $\times ٨٥\%$.

مبلغ التعويض = $٢٣٠.٠٠٠ \times ٨٥\% = ١٩٥٥٠٠$ ريال.

٣-٤ أثر التحمل في تسوية المطالبات.

الهدف التعليمي:

٤- أن يتعرف الدارس على أثر التحمل في تسوية المطالبات.



١-٣-٤ أثر تسوية المطالبات:

في حالة الخسارة أو الضرر الذي يلحق بمركبة المشترك (المؤمن له)، بموجب وثيقة تأمين المركبات سوف يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، وذلك على النحو التالي:

أ- في حالة الخسارة الجزئية:

- في حالة استبدال قطع الغيار المفقودة أو التالفة بقطع جديدة أو سداد قيمة الاستبدال بقطع جديدة، فإن شركة التأمين تطبق نسبة الاستهلاك على النحو التالي:

المركبات المستخدمة لأغراض شخصية:

نسبة الاستقطاع	عمر المركبة
لا يوجد	حتى عامين
٢٠٪	من العام الثالث وحتى أقل من خمسة أعوام
٣٥٪	خمسة أعوام فأكثر

المركبات المستخدمة لأغراض تجارية:

نسبة الاستقطاع	عمر المركبة
٪١٠	حتى عام واحد
٪٢٠	من العام الثاني وحتى أقل من ثلاثة أعوام
٪٣٠	من العام الثالث وحتى أقل من خمسة أعوام
٪٣٥	خمسة أعوام فأكثر

- في حال استبدال الإطارات، الجنوط و/أو أغطية الإطارات (الطاسات) سوف يتم خصم نسبة استهلاك قدرها ٥٠٪.
- لا يطبق خصم الاستهلاك على الزجاج الأمامي، والزجاج الخلفي والجانبى وزجاج الأبواب.

ب - في حالة الخسارة الكلية:

تكون التغطية التأمينية بالأقل من:

- القيمة التي أعلن عنها المؤمن له عند الاشتراك والمذكورة بجدول الوثيقة (القيمة التأمينية) بعد خصم ١٥٪ شهرياً أو جزء من الشهر من تاريخ بدء سريان الوثيقة أو آخر تجديد لها ويحد أقصى ١٥٪.
- القيمة السوقية المعقولة للمركبة وقت وقوع الخسارة أو الفقد.

٢-٤-٣ أثر التحمل في تسوية المطالبات:

أحد أكثر المواضيع المتداولة والمثيرة للجدل بين أصحاب الوثائق موضوع نسبة التحمل في وثائق التأمين، خاصة تأمين المركبات؛ ولعل ذلك يعود إلى بعض الغموض الذي يعتره كمصطلح تأميني وفي آلية تنفيذه من قبل شركات التأمين، فضلاً عن أن نسب أو مبالغ التحمل تختلف من شركة تأمين إلى أخرى.

- مفهوم مبلغ التحمل أو الاقتطاع في وثيقة التأمين:

نسبة التحمل هي النسبة التي يتحملها المؤمن له من التعويض عند وقوع الخطر، وتستخدم نسبة التحمل في الغالب في تأمين المركبات والتأمين الطبي وتأمين الحريق، ولو كانت قيمة الأضرار أقل من نسبة التحمل يتحمل قيمة الأضرار المؤمن له، أما لو كانت قيمة الأضرار أكبر من قيمة التحمل يتحمل المؤمن له قيمة التحمل فقط وما زاد عن ذلك يتحمله المؤمن وهو شركة التأمين، ومن المعروف أنه كلما زادت نسبة التحمل كلما انخفض قيمة قسط التأمين، وكلما انخفضت نسبة التحمل أو كانت صفرًا كلما زادت قيمة قسط التأمين.

إن نسبة التحمل أو مبلغ التحمل أو الاقتطاع أو المقتطعات والتي تعني في الإنجليزية Deductibles، جميعها تدل على المبلغ الذي سيقوم المؤمن له بدفعه عند التقدم بمطالبة تأمين، جراء وقوع حادث تصادم، وذلك قبل أن تشرع شركة التأمين في تصليح بقية أضرار المركبة.

وفي بعض وثائق تأمين المركبات الشامل في السعودية وبعض الدول الأخرى يتم إعفاء المؤمن له من دفع مبلغ التحمل بشرط وجود طرف ثالث (الطرف الثالث هو سيارة أخرى) في الحادث، وأن يكون الطرف الثالث مسؤولاً عن الحادث بنسبة ١٠٠٪، وتكون معلومات الطرف الثالث معروفة ومثبتة في تقرير المرور بحيث لا يكون الطرف الثالث هارباً أو غير

معروف، وأن يتم تقدير الأضرار التي لحقت بالمركبة المؤمن عليها وتثبيت هذه التقديرات في تقرير المرور. فمثلاً، إذا تعرضت مركبة المؤمن له لأضرار جراء حادث تصادم، وكانت تكلفة الإصلاحات بقيمة ١٥٠٠٠ ريال، ومن ثم تقدم بمطالبة تأمين للشركة التي عقد معها اتفاق تأمين المركبة. سيقوم المؤمن له أولاً بدفع مبلغ التحمل المذكور في الوثيقة، وليكن ٣٠٠٠ ريال. وبعد ذلك ستقوم الشركة بدفع باقي المبلغ المستحق ألا وهو ١٢٠٠٠ ريال لتكملة إصلاح المركبة.

أما إذا كانت قيمة الخسارة أقل من مبلغ التحمل فلن تقوم شركة التأمين بسداد أي تعويض. مثال على ذلك: إن كانت تكلفة أضرار المركبة ١٠٠٠ ريال ومبلغ التحمل ٣٠٠٠ ريال، فسيقوم المؤمن له بسداد قيمة الإصلاحات ١٠٠٠ ريال، ولن تقوم شركة التأمين بسداد أية مبالغ.

- أهمية نسبة التحمل في وثائق التأمين:

- عندما تفرض شركة التأمين نسبة التحمل أو الاقتطاع في تأمين المركبات مثلاً، فإنها تفرض على المؤمن له تحمل المسؤولية والقيادة بأمان، واتخاذ التدابير الضرورية واللازمة لحماية مركبته من التعرض إلى حوادث التصادم؛ كالتخفيف من السرعة على سبيل المثال، والالتزام بقواعد المرور، وتوفير وسائل الحماية من الحريق أو السرقة، وغيرها. كذلك تقوم نسبة التحمل على خفض أقساط التأمين. وهي طريقة للحصول على تأمين سيارة ميسور التكلفة، وذلك من خلال اختيار مبلغ تحمل أعلى في وثيقة التأمين. فعند اختيار مبلغ مقتطع أعلى فيمكن خفض القسط. وبالتالي تكون التغطية أقل عند إجراء مطالبة، وينتهي الأمر بأن يدفع المؤمن له أكثر في حالات الطوارئ مما لو كان المبلغ المقتطع أو نسبة التحمل أقل.

- ترشيد نفقات شركات التأمين، وذلك بالتخلص من تسوية المطالبات صغيرة الحجم التي تكون أقل من مبلغ التحمل. - مساهمة المؤمن له في دفع مبلغ تحمل قد يساعد في التخفيف من المطالبات الاحتمالية خصوصاً عندما يكون مبلغ التحمل عالياً خصوصاً في التأمينات الهندسي.

- العوامل المؤثرة في نسبة التحمل:

قد تفرض شركة التأمين نسبة تحمل مرتفعة أو منخفضة، وفقاً للعوامل التالية:

- عدد المطالبات التي قام بها حامل وثيقة التأمين.

- عمر المؤمن له.

- يتم تحديد نسبة التحمل وفقاً لنوع الخطر، ونوع التأمين، وقد يؤخذ بعين الاعتبار الأخطار المعنوية (السلوكية)، الموقع الجغرافي، عمر الآلات والمعدات، وعمر الشخص، وهكذا.

- المطالبات داخل الدولة أو خارج الدولة.

- نسبة التحمل في تأمين المركبات:

يعد من الضروري معرفة أي وثائق تأمين المركبات تشمل نسبة التحمل. لكن في البداية ينبغي لك أيضاً أن تعلم بأن نسبة التحمل هي من التزامات المؤمن له تجاه شركة التأمين أولاً، وأنها تتعلق بإصلاحات مركبة المؤمن له فقط لا مركبة الطرف الثالث، ويوجد في سوق التأمين السعودية نوعان من وثائق تأمين المركبات، هما:

- وثيقة التأمين الموحدة لتأمين المركبة من المسؤولية المدنية تجاه الغير، يغطي مسؤولية المركبة تجاه الغير (الطرف الثالث) الناتجة عن حوادث المركبات الخاصة، والتي تترتب على صاحب المركبة أو السائق المجاز، حسب الشروط والاستثناءات الموضحة في وثيقة التأمين.

- تأمين المركبات الشامل، يوفر تغطية شاملة للسيارة المؤمن عليها لتشمل المسؤولية تجاه الغير، والخسارة أو الضرر للسيارات الخصوصية من مخاطر الحوادث والسرقة والحريق، حسب الشروط والاستثناءات الموضحة في وثيقة التأمين. ووفقاً لوثائق التأمين الموحدة، فإن نسبة التحمل لا تشملها وثائق التأمين ضد الغير، وإنما وثائق التأمين الشامل. وبغض النظر عن خطأ وقوع حادث التصادم، فإن شركة التأمين ستفرض على المؤمن له مبلغ التحمل لإجراء الإصلاحات اللازمة. الجدير بالذكر أن العديد من شركات التأمين تعفي المؤمن له من نسبة التحمل إذا وصلت مسؤولية الطرف الثالث عن الحادث ١٠٠٪.

- نسبة التحمل في التأمين الطبي:

إن نسبة التحمل في وثائق التأمين الطبي في معظم دول العالم ومنها المملكة العربية السعودية من صفر إلى ٢٠٪ بحد أقصى مثلاً ٨٠ ريالاً، فبالتالي لو مريض تردد على مركز طبي قام بعمل كشف وتحاليل واحتاج إلى أشعة وأدوية وكلفه كل ذلك مبلغ ٣٠٠٠ ريال لا يتحمل المريض إلا مبلغ ٨٠ ريالاً وهو الحد الأقصى للتحمل عن تلك الفحوصات وغيرها خلال الزيارة.

ووفقاً لما جاء في وثيقة الضمان الصحي التعاوني لا يتحمل المريض أي نسبة تحمل أو مشاركة عند إجراء العمليات الجراحية.

ز- نسبة التحمل في تأمين الحريق:

نسبة التحمل في تأمين الحريق تكون من صفر إلى ٢٠,٥٪ من قيمة المطالبة، فمثلاً لو كانت نسبة التحمل ٢٠,٥٪ في وثيقة التأمين وحدث حريق وكانت تكلفة الخسائر ١٠٠,٠٠٠ ريال، فبالتالي سيتحمل مالك وثيقة التأمين ٢٥٠٠ ريال، وتتحمل شركة التأمين المتبقي.

وقد تفرض شركة التأمين مبالغ تحمل إضافية؛ لزيادة درجة الخطورة، فمثلاً قد يكون هناك مبلغ تحمل إضافي نتيجة أن عمر قائد المركبة أقل من عمر معين، أو لأن المركبة تستخدم في نشاط تجاري، ويستطيع المؤمن له الاختيار ما بين نسبة تحمل صفر أو نسبة تحمل قليلة مقابل أن تكون تكلفة الحصول على التأمين كبيرة (مرتفعة الثمن)، أو أن يدفع مبالغ صغيرة مقابل الحصول على وثيقة التأمين على أن تكون نسبة التحمل كبيرة.

أسئلة نهاية الفصل:

- أجب عن الأسئلة الآتية، وتحقق من صحة إجابتك في القسم الموافق:
٢٩. ماهي المبادئ القانونية التي تخضع لها جميع عقود التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-١
٣٠. ماهي المبادئ القانونية التي تخضع لها عقود تأمينات الممتلكات؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-١
٣١. اشرح بإيجاز مفهوم مبدأ التعويض.
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-١
٣٢. اشرح باختصار كيفية تطبيق مبدأ التعويض على الأنواع المختلفة للتأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-١
٣٣. ما هي أهداف تطبيق مبدأ التعويض في التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-١
٣٤. حدد استثناءات مبدأ التعويض في تأمينات الممتلكات.
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-١
٣٥. اشرح بإيجاز مفهوم مبدأ المشاركة في التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-٢
٣٦. اشرح بإيجاز مفهوم مبدأ الحلول في الحقوق في التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٣-١-٣
٣٧. اشرح باختصار مراحل تسوية المطالبات في تأمين الحريق.
مرجع الإجابة: القسم ٣-٢-١
٣٨. اشرح باختصار مراحل تسوية المطالبات في تأمين المركبات.
مرجع الإجابة: القسم ٣-٢-٢
٣٩. اشرح باختصار مراحل تسوية المطالبات في التأمين الصحي.
مرجع الإجابة: القسم ٣-٢-٣
٤٠. اشرح بإيجاز دور التقدير الشخصي للمطالبات وأهميته.
مرجع الإجابة: القسم ٣-٣-١
٤١. ما هي قاعدة التعويض في حالة التأمين الكافي؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-٣-٢
٤٢. ما هي قاعدة التعويض في حالة التأمين فوق الكفاية؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-٣-٣
٤٣. ما هي قاعدة التعويض في حالة التأمين دون الكفاية مع عدم تطبيق شرط النسبية؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-٣-٤
٤٤. ما هي قاعدة التعويض في حالة التأمين دون الكفاية مع تطبيق شرط النسبية؟
مرجع الإجابة: القسم ٣-٣-٤

أسئلة نهاية الفصل:

٤٥. اشرح باختصار أثر الاستهلاك في تسوية المطالبات.
مرجع الإجابة: القسم ١-٤-٣
٤٦. اشرح باختصار أثر التحمل في تسوية المطالبات.
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٣
٤٧. ماهي العوامل المؤثرة في نسبة التحمل؟
مرجع الإجابة: القسم ٢-٤-٣
٤٨. أمن شخص على منزله الذي تم بناؤه منذ خمسة عشرة سنة، ضد الحريق بمبلغ ١٥٠,٠٠٠ ريال. ثم تحقق الخطر، وأدى إلى تدمير المنزل بنسبة ٤٠٪، وكانت تكلفة بناء مثل هذا المنزل الآن تبلغ ٣,٠٠٠,٠٠٠ ريال. فإذا كان الاستهلاك السنوي للمباني يعادل ٥٪، ما هي قيمة الخسارة وبالتالي التعويض المستحق؟
مرجع الإجابة: القسم ٥-٣-٣
٤٩. أمن شخص على منزله من خطر الحريق بمبلغ ١,٢٠٠,٠٠٠ ريال، وعند تحقق حادث الحريق تأكد للمؤمن أن قيمة المنزل الفعلية قبل الحريق كانت ٢,٠٠٠,٠٠٠ ريال، فإذا فرض أن الخسارة التي تحققت من جراء الحريق قدرت بمبلغ ١٥٠,٠٠٠ ريال فقط، ما هو مبلغ التعويض الواجب دفعه، وما هي النسبة التي يتحملها المؤمن له من الخسائر المحققة؟
مرجع الإجابة: القسم ٥-٣-٣
٥٠. أمن شخص على منزله من خطر الحريق بمبلغ ١٢٠,٠٠٠ ريال. وعند تحقق حادث الحريق تأكد للمؤمن أن قيمة المنزل الفعلية قبل الحريق كانت ٢,٠٠٠,٠٠٠ ريال، فإذا فرض أن الخسارة التي تحققت من جراء الحريق قدرت بمبلغ ١٥٠,٠٠٠ ريال فقط، وأنه قد نص على شرط النسبية في عقد التأمين، ما هو مبلغ التعويض الواجب دفعه، وما هي النسبة التي يتحملها المؤمن له من الخسائر المحققة؟
مرجع الإجابة: القسم ٥-٣-٣
٥١. أمن رجل أعمال على مخزن مهمات صناعية ضد خطر الحريق لدى ثلاث شركات تأمين، بمبالغ التأمين التالية:

الشركة	أ	ب	ج
مبلغ التأمين	٨٠٠,٠٠٠	١,٢٠٠,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠

- وقد وقع حريق في المخزن أدى إلى هلاك قطع غيار قدرت قيمتها بمبلغ ٧٣٠,٠٠٠ ريال.
المطلوب: حساب قيمة التعويض الذي يستحقه رجل الأعمال والتزام كل شركة تأمين على حدة من هذا التعويض، مع تطبيق شرط النسبية، وذلك إذا قدرت قيمة الأشياء موضوع التأمين لحظة وقوع الحريق، بالمبالغ التالية:
- ٣,٠٠٠,٠٠٠ ريال
 - ١,٤٠٠,٠٠٠ ريال
 - ٧,٠٠٠,٠٠٠ ريال
- مرجع الإجابة: القسم ٥-٣-٣

الفصل الرابع

مؤشرات اكتشاف الاحتيال في المطالبات التأمينية.

يتضمن هذا الجزء من المنهج قرابة ١٣ سؤالاً تجريبياً من بين ٥٠ سؤالاً في الاختبار.



مقدمة:

رافقت الممارسات الاحتياطية التأمين منذ بدايته ولكن الطريقة التي بدأت بها هذه الممارسات وطرق عملها قد تطورت على مر الزمن، وقد ازداد في الآونة الأخيرة حجم وتكرار المطالبات التأمينية. ويرى خبراء التأمين أن ما يقارب ٥٤٪ من شركات التأمين يعتقدون أن الاحتيال يمثل التهديد رقم واحد، وهو ما يؤثر على جميع شركات التأمين وجميع فئات الأعمال؛ مما يجبر العملاء على تحمل عواقبه من حيث التكاليف المتكبدة، في حين يتعين على شركات التأمين تحمل الأضرار التي لحقت بصورتها وسمعتها، وعادة ما يرتبط الاحتيال بالتأمين طوال فترة العقد، بدءاً من مرحلة الاكتتاب في بوليصة التأمين إلى أن يتم الإبلاغ عن المطالبة، ونتيجة لذلك أصبح الجهد المبذول لمواجهة هذه الآفة ضرورياً لشركات التأمين وكذلك للعملاء. ونتناول في هذا الفصل بشيء من التفصيل مفهوم الاحتيال وأنواعه ومصادره، والمعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه، وأساليب مكافحة الاحتيال بما يتناسب مع مصدر خطر الاحتيال، وآثار المطالبات الاحتياطية على كل من شركة التأمين وسوق التأمين، والإجراءات التي تقوم بها شركة التأمين في حال المطالبات الاحتياطية ضد طالب المطالبة، واستخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الحد من المطالبات الاحتياطية.

٤-١ الاحتيال وأنواعه في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

١- التعرف على مفهوم الاحتيال وأنواعه في شركات التأمين.



٤-١-١ مفهوم الاحتيال:

الاحتيال هو واحد من التحديات التي تواجه المؤسسات المالية، فهو يعيق الأداء ويهدر الأموال والموارد النادرة ويلحق الأذى بالمؤسسة وبسمعتها وبقدرتها التنافسية.

ويعرف دليل مكافحة الاحتيال المالي في البنوك والمصارف العاملة في المملكة العربية السعودية الصادر في شهر أغسطس ٢٠٢٠م الاحتيال المالي بأنه: «أي عمل يهدف للحصول على فائدة غير مشروعة عن طريق استغلال وسائل تقنية أو مستندية أو علاقات أو سبل اجتماعية أو استخدام صلاحيات وظيفية أو تعمد إهمال أو اقتناص نقاط ضعف في نظم أو معايير رقابية بشكل مباشر أو غير مباشر».

كما يمكن تعريف الاحتيال هنا بأنه: استخدام الخداع للحصول على منفعة دون وجه حق، ويشتمل هذا التعريف على:

- السرقة أو إساءة استخدام الأصول بشكل متعمد.

- أي عمل كاذب أو احتيالي.

- المحاسبة بشكل خاطئ أو إعداد بيانات كاذبة؛ للحصول على منفعة (مثلاً: قيام موظف بالمطالبة بأموال لا يستحقها أو قيام مورد بتقديم فواتير خاطئة ليتم صرفها).

- تقديم أو قبول هدايا لغرض التأثير على اتخاذ القرارات أو الأعمال المتعلقة بشخص آخر.

- الاستخدام غير المصرح به لاسم أو لسلطة المنظمة؛ للحصول على منفعة شخصية.

- إتلاف السجلات أو حذفها أو إساءة استخدامها.

- الإفصاح غير المصرح به عن المعلومات التي تم الحصول عليها خلال العمل مع العملاء.

لا يتعلق الاحتيال بالمنافع النقدية فقط، قد تكون المنافع المكتسبة عن طريق الاحتيال على شكل أموال، بضائع، خدمات، معلومات. وقد يتم الحصول على المنافع إما في الوقت الحالي أو في المستقبل، وقد يتم الحصول عليها بواسطة شخص آخر، مثل: أحد الأقرباء، أو الأصدقاء.

إن صناعة التأمين تهدف إلى حماية الأفراد والمؤسسات من الأخطار التي يتعرضون لها، إلا أن هذه الصناعة لم تكن ببعيدة عن التصرفات الإجرامية من قبل المحتالين على شركات التأمين، الأمر الذي جعل شركات التأمين بمثابة الضحية لهؤلاء، حيث إن الاحتيال على شركات التأمين له أشكال متعددة ومتنوعة، من حيث مصدر الاحتيال، أو الطريقة المتبعة لتنفيذ جريمة الاحتيال، كما أن للاحتيال آثار سيئة لجميع الأطراف ذات العلاقة (شركة التأمين - الأفراد - المؤسسات - الدولة - ... إلخ). وفي المملكة العربية السعودية نجد أن جريمة الاحتيال على شركات التأمين أصبحت ظاهرة على الرغم من حداثة سوق التأمين السعودي من الناحية التنظيمية، فقد صدر قانون تنظيم صناعة التأمين عام ٢٠٠٤، ولعل أكثر فروع التأمين تأثراً بهذه الظاهرة فرع تأمين المركبات، وفرع التأمين الصحي؛ لأنهما يعدان من أهم فروع التأمين بشركات التأمين التعاوني السعودية، وخصوصاً بعد صدور نظام الضمان الصحي التعاوني وفقاً للمرسوم الملكي الكريم رقم م/١٠ بتاريخ ١٤٢٠/٠٥/٠١هـ، والمبني على قرار مجلس الوزراء رقم ٧١ بتاريخ ١٤٢٠/٠٤/٢٧هـ، والذي يهدف إلى توفير الرعاية الصحية والإشراف على قطاع التأمين الصحي وتنظيمه لجميع سكان المملكة العربية السعودية.

٢-١-٤ تعريف الاحتيال على شركات التأمين:

وفقاً لللائحة مكافحة الاحتيال الصادرة عن البنك المركزي السعودي فإن:

«الاحتيال في شركات التأمين هو القيام بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى». ويمكن لهذه الواقعة أن تحصل على سبيل المثال عن طريق:

- إساءة التصرف بالأصول.

- تعمد تحريف، إخفاء، قمع، أو عدم الكشف عن سابق تصور وتصميم عن إحدى الوقائع المادية أو أكثر المتعلقة بقرار مالي أو عملية أو تصور لوضع شركة التأمين.

- استغلال السلطة، موقع الثقة أو علاقة ائتمانية.

٣-١-٤ أنواع الاحتيال:

- أ. الاحتيال الداخلي: وهو الاحتيال الذي يرتكبه موظف في شركة التأمين.
- ب. الاحتيال الممارس من قبل شركات المهن الحرة: وهو الاحتيال الذي يرتكبه وكلاء ووسطاء التأمين ضد شركات التأمين أو المؤمن لهم.
- ج. الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم: وهو الاحتيال الذي يتم ارتكابه في شراء أو تنفيذ منتج من منتجات التأمين للحصول على تغطية أو دفعة غير مشروعة.

٢-٤ المعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه.

الهدف التعليمي:

٢- التعرف على المعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه.



١-٢-٤ المعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه: يقوم نشاط التأمين على مجموعة من المبادئ الأساسية أبرزها مبدأ منتهى حسن النية من جميع أطراف العملية التأمينية. ومع ذلك، تقع أحياناً بعض التجاوزات من أي طرف مما يضر بالأطراف الأخرى. ومن أبرز هذه التجاوزات الاحتيال أو إساءة الاستخدام. ولمواجهة هذه الظاهرة السلبية التي تضر بعملية التأمين بشكل عام، فقد أصدر البنك المركزي السعودي لائحة مكافحة الاحتيال التي حددت معايير مكافحة الاحتيال، وهي:

أ. معايير مكافحة الاحتيال الداخلي:

- الكشف:
- يمكن أن يرتكب الاحتيال الداخلي أعضاء مجلس إدارة الشركة، والإدارة، والموظفون في أي عمل من أعمال الشركة.
- القياس:
- يجب أن تضع الشركات سياسات وإجراءات واضحة وجيدة التوثيق؛ لقياس الاحتيال.
- الرقابة:
- يجب على الشركات إنفاذ سياسات الرقابة الصارمة على الإدارة والموظفين، خصوصاً على مستوى المناصب الرئيسية ضمن المنظمة.
- يجب أن تخضع النشاطات ذات الطبيعة الحساسة إلى التدقيق المضاعف.

ب. معايير الاحتيال الممارس من قبل شركات المهن الحرة:

- الكشف:

يشمل الاحتيال النموذجي الممارس من قبل شركات المهن الحرة على الآتي:

- الاحتفاظ بأقساط التأمين المدفوعة من قبل المؤمن لهم لغاية التقدم بمطالبة.
- التأمين على أشخاص وهميين مع دفع القسط الأول، ثم الحصول على العمولة وإنهاء وثيقة التأمين.
- التآمر مع المؤمن لهم؛ لارتكاب جريمة الاحتيال.

- القياس:

يجب على شركة التأمين تقييم حجم خطر الاحتيال وتوجهه ووقوعه.

- الرقابة:

يجب على شركات التأمين تحديد مؤشرات ملائمة للإشارة لشركات المهن الحرة ذات الاحتمال العالي لممارسة الاحتيال.

ج. معايير الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم:

- الكشف:

قد يرتكب المؤمن له جريمة الاحتيال أثناء المراحل المختلفة لعقد التأمين، على النحو التالي:

- في مرحلة التعاقد، وذلك بالتكتم على بعض أو كل المعلومات الصحيحة، أو تقديم معلومات خاطئة.
- في مرحلة رفع المطالبات، وذلك:
 - o بتقديم مطالبة مزعومة.
 - o سوء تمثيل الوقائع؛ لإدخال المطالبة في التغطية.
 - o الإفراط في تقدير كلفة الضرر.

- القياس:

يجب أن تحتفظ الشركة بسجلات مفصلة عن وقوع الاحتيال الممارس من جانب المؤمن لهم، يشتمل على:

- نوع الاحتيال.

- التقنية المستخدمة لارتكاب الاحتيال.

- الضعف في الرقابة الداخلية وإجراءاتها.

- ملف عن مرتكبي الاحتيال وخلفيتهم السابقة.

- مبلغ الاحتيال.

- الرقابة:

يجب على الشركات وضع المؤشرات الملائمة لتجنب الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم، وقياس مدى خطورة هذا الاحتيال وكيفية التصدي له، وذلك على مستوى كل فرع من فروع التأمين وكل منتج تأميني.

٤-٣ أساليب مكافحة الاحتيال بما يتناسب مع مصدر خطر الاحتيال التي تتعرض له شركة التأمين.

الهدف التعليمي:

٣- التعرف على أهم أساليب مكافحة الاحتيال والحد منه بما يتناسب مع مصدر خطر الاحتيال التي تتعرض له شركة التأمين.



الفصل
الربع

أشارت لائحة مكافحة الاحتيال إلى أهم الأساليب التي يمكن أن تتبناها شركات التأمين لمواجهة خطر الاحتيال والحد منه بما يتناسب مع مصدر خطر الاحتيال الذي تتعرض له شركة التأمين، على النحو التالي:

٤-٣-١ الحد من الاحتيال الداخلي:

- يجب أن تحدد الشركات السياسات الشفافة والشاملة عند التعامل مع حالات الاحتيال الداخلي.
- يجب أن تمنع الشركات إمكانية الوصول إلى النقود والتحويلات الإلكترونية.
- وضع قواعد صارمة خاصة بتكنولوجيا المعلومات.
- البحث والتدقيق قبل توظيف الموظفين الدائمين أو المؤقتين.
- تعزيز ثقافة النزاهة والمساءلة.

٤-٣-٢ الحد من الاحتيال الممارس من جانب أصحاب المهن الحرة:

- تلافي دفع عمولة قبل استلام القسط الأول.
- الاحتفاظ بجزء من العمولة في حساب وديعة عند التعامل مع شركات المهن الحرة الجديدة أو غير المعروفة.
- إرسال وثائق التأمين ووثائق التجديد مباشرة إلى المؤمن لهم.
- الطلب من شركات المهن الحرة عدم القبول بأن يدفع العملاء أقساط التأمين نقداً.

٤-٣-٣ الحد من الاحتيال الممارس من جانب المؤمن لهم:

- يجب على شركات التأمين تصميم وثائق التأمين بما يقلل من إمكانية حدوث الاحتيال.
- تحديد سياسات اختيار العملاء وتوثيقها بكل وضوح، ووضع الشروط الضرورية للقبول بالتأمين من عملاء جدد.
- تحديد إجراءات واضحة وشاملة لتقييم المطالبات
- إبلاغ المؤمن لهم بسياسات الشركة لمكافحة الاحتيال أو تقديم معلومات مغلوبة أو غير دقيقة.

٤-٤ السياسات والإجراءات اللازمة لتنفيذ استراتيجية مكافحة الاحتيال.

الهدف التعليمي:

٤- التعرف على السياسات والإجراءات اللازمة لتنفيذ استراتيجية مكافحة الاحتيال.



أوضحت لائحة مكافحة الاحتيال الصادرة عن البنك المركزي السعودي مجموعة من المؤشرات النموذجية تم تدوينها في ثلاثة جداول ملحقه باللائحة؛ لدعم شركات التأمين في اكتشاف خطر الاحتيال الذي تتعرض له شركة التأمين، وهي:

- الجدول الأول: المؤشرات النموذجية للاحتيال الداخلي.
 - الجدول الثاني: المؤشرات النموذجية للاحتيال الممارس من قبل شركات المهن الحرة.
 - الجدول الثالث: المؤشرات النموذجية للاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم.
- وفيما يلي على سبيل المثال عرضاً للمؤشرات النموذجية؛ لاكتشاف خطر الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم:

١-٤-٤ مؤشرات نموذجية عامة للاحتيال.

المؤشرات النموذجية للاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم:

أولاً: التصرف العام للمطالب:

- لا يفعل المطالب أي أمر لتلافي الضرر أو الحد منه.
- يتهرب المطالب بأجوبته ولا يتعاون عند إعادة تمثيل الحادث.
- يدلي المطالب بتصريحات متضاربة أمام الشرطة والخبراء.
- يخفي المطالب تفاصيل المطالبة عن الآخرين (على سبيل المثال لا الحصر: العائلة، الأصدقاء الجيران،..... إلخ).

يتولى المطالب العمل شخصياً أو عبر الهاتف، ويتفادى التواصل الخطي.

يبدى المطالب معرفة معمقة بشروط التأمين وإجراءات المطالبات.

يتحقق المطالب من تغطية الوثيقة قبل وقت قليل من الحادث المطالب به.

يغير المطالب عنوانه وتفاصيل المصرف ورقم الهاتف قبل وقت قليل من التقديم بالمطالبة.

يصر المطالب على الاستعانة بخدمات بعض المتعاقدين والمهندسين، أو الأطباء المعينين دون سبب مقنع.

يتفادى المطالب إعطاء المعلومات عن رفض التأمين السابق عند التقدم للحصول على تأمين جديد.

ثانياً: التغطية:

يملك المطالب عدة وثائق للتأمين على الغرض عينه بالتغطية نفسها.

غالباً ما يغير المطالب شركات التأمين.

يصر المطالب على تعديل الشروط.

يقوم المطالب برفع المطالبة بطريقة مذهلة (على سبيل المثال لا الحصر: يستعين بخدمات محاميه، أو

بمشورة مهنية أخرى في رفع المطالبة).

ثالثاً: طريق دفع المطالبة:

يطلب المطالب أن تكون الدفعة نقداً.

يطلب المطالب وضع الدفعة في حسابات مختلفة.

يطلب المطالب بأن يتم تسديد الدفعة لطرف ثالث.

يصر المطالب على أن الدفعة تتخطى قيمة الأغراض المتضررة.

رابعاً: سرعة التسوية:

يصر المطالب على تسوية سريعة.

يهدد المطالب بالاستعانة بمحامي إن لم تتم التسوية بسرعة.

يستفسر المطالب بشكل مستمر عن تقديم سير العمل بالتسوية.

يقبل المطالب بدفعة متدنية بهدف التسوية السريعة.

خامساً: معلومات عن الخلفية:

يقدم المطالب معلومات غامضة عن هويته و/أو الجهة المستفيدة.

يستعمل المطالب عنوان صندوق مكتب البريد أو الفندق كعنوان إقامته، ويغير مكان إقامته باستمرار،

ويعطي عناوين مزيفة، أو لا يتوافق رقم الهاتف مع مكان الإقامة.

يرفض المطالب الإفصاح عن تاريخ المطالبات أمام شركات التأمين الأخرى.

سادساً: الوضع الشخصي والمالي للمطالب:

يعاني المطالب من وضع غريب و/أو صعب (على سبيل المثال لا الحصر: عاطل عن العمل، موظف لحسابه

الخاص، لا يحب عمله الحالي، يواجه إجراء انضباطي، موظف موسمي أو يعمل في قطاع يشهد موجة من

التسريحات من العمل أو التقليل من عدد الموظفين).

يعاني المطالب من وضع مالي صعب.

يواجه المطالب وضعاً عائلياً صعباً (على سبيل المثال لا الحصر: الطلاق).

لدى المطالب علاقات مع محتالين معروفين أو مجرمين.

لدى المطالب تاريخاً من المطالبات الغير الصحيحة.

تواجه شركة التأمين صعوبات في الوصول إلى المطالب.

يعيش المطالب في منطقة تعج بالمحتالين.

سابعاً: الاستثمارات:

تكون استثمارات طلب التأمين غير كاملة و/أو غير موقعة.

تكون استثمارات المطالبة غير كاملة و/أو غير موقعة.

غالباً يتم تعديل استثمارات المطالبة.

يكون تاريخ استمارة الطلب وتاريخ بدء التغطية مختلفين.

تكون استمارة طلب التأمين غير متماشية مع استمارة المطالبة.

ثامناً: الفواتير والتقارير:

يتم توثيق الخسائر الصغرى بشكل وافٍ على عكس الخسائر الكبرى.

تكون الوثائق/ الفواتير غير محددة، معدلة أو لا يمكن قراءتها.

تكون الوثائق/ الفواتير الأصلية مفقودة؛ ويتم فقط تقديم نسخ.

تكون الفواتير جديدة (على سبيل المثال لا الحصر: غير مجمدة، نظيفة).

تتضمن الفواتير خطوط يد مختلفة.

تظهر الوثائق تواريخ غريبة (على سبيل المثال لا الحصر: خلال العطل، بعد انتهاء ساعات الدوام، ... إلخ).

يتم تقديم فواتير مشكوك في أمرها من قبل شركات وهمية، أو شركات توقفت عن العمل، أو شركات تفتقد السيولة.

يتم تقديم فواتير مشكوك في أمرها بتواريخ مختلفة ولكن بتسلسل أرقام متتابع.

تحتوي الفواتير الأجنبية على عملات غير محددة.

عدم اتساق تقارير الأطباء أو الهيئات الأخرى؛ كالشرطة، أو غيرها.

اختلاف الوثائق من الدول الأجنبية.

تاسعاً: إحالة المطالبة:

تتم إحالة المطالبات من قبل طرف ثالث دون وكالة شرعية.

تتم إحالة المطالبات المرتفعة المبالغ منها غالباً.

تظهر المطالبات المحالة ارتباطات شائعة.

عاشراً: توقيت المطالبة:

يتم رفع المطالبات في إحدى الحالات التالية:

- بعد وقت قصير من أن تصبح التغطية فعالة.

- مباشرة قبل توقف التغطية.

- بعد وقت قصير من زيادة قيمة التغطية أو تعديل أحكام العقد.

تقع الخسارة مباشرة بعد دفع أقساط التأمين التي كانت مستحقة منذ أمد.

يقع الضرر خلال فترة التغطية وفقاً لأحكام العقد.

حادي عشر: حجم المطالبة:

إن الخسارة أعلى بكثير فعلياً مما تم الإفصاح عنه في البدء.
إن الخسارة المدعى بها أدنى مباشرة من الدرجة التي توقظ الشكوك، وتستدعي تحقيقات إضافية من قبل الشركة.
تكون المبالغ المؤمن عليها ومواصفات (على سبيل المثال لا الحصر: السن، المهنة) وأسلوب حياة المطالب غير متسقة.

٢-٤-٤ مؤشرات نموذجية للاحتيال في التأمين الصحي:

أولاً: سلوكيات المطالب:

غالباً ما يتم تغيير الأطباء.
لدى المطالب عدة وثائق تأمين للإعاقة.
يدعي المطالب إعاقة ما ويكون في الوقت نفسه موظفاً ناشطاً في عمله، أو يمارس رياضة، أو هواية بدنية.
يخلق المطالب إصابات إضافية ويزعم بأنها مرتبطة بالإصابة الأولية أو المرض الأساسي حين يبدو بأن المطالبة سيتم إيقافها.
يحصل مرض المطالب أو إصابته قبل وقت قصير من حدوث مشكلة في العمل (على سبيل المثال لا الحصر: إجراء انضباطي، إنزال مرتبة، صرف من العمل، إضراب، إنهاء عقد العمل، أو تقليل عدد الموظفين).
قيام المطالب باستشارة أكثر من مقدمي خدمات صحية لنفس الحالة.

ثانياً: سلوكيات الأطباء:

لا يتم الاتصال بخدمات الطوارئ.
تعديل الوصفات الطبية أو الاقتطاع منها.
تحتوي الوثائق على تهجئة خاطئة أو سوء استعمال للمصطلحات الطبية.
استخدام أرقام التعريف غير الصحيحة.
الطبيب لا يعيش في نفس المنطقة الجغرافية للمطالب.
توفير تشخيصات غير صحيحة أو متضاربة من مقدمي خدمات صحية مختلفين.
لا يتمشى العلاج المقدم إلى المطالب مع التشخيص.
جدولة العلاج في أيام العطل أو أيام أخرى تكون فيها المنشآت الطبية عادة مغلقة.
الطبيب لا يتمشى اختصاصه مع حالة التشخيص الصادر عنه.

٣-٤-٤ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات الممتلكات.

أولاً: الخسائر والمطالبات العامة الخاصة بالممتلكات:

تكون الخسائر ومواصفات المؤمن له (على سبيل المثال لا الحصر: مكان الإقامة، المهنة، مستوى الدخل، أسلوب الحياة، إلخ) غير متسقة.

تكون الخسائر المدعى بها والاكتشافات الواردة في تقرير الشرطة عن الحادث غير متسقة.
تكون الأغراض المتضررة لا يمكن أو لم يتم فحصها من قبل مقدر الخسائر.
تكون الأغراض المتضررة في حالة سيئة.

تتم سرقة مبالغ هائلة من النقود.

ثانياً: تأمينات الحريق:

تلهم ألسنة النيران ملكية واحدة أو مبنى واحد دون إلحاق الأذى بالملكيات أو المباني الأخرى.

يكون المؤمن له، وعائلته وحيواناته الأليفة، غائبين جميعاً خلال اندلاع الحريق.

لا تتم خسارة أو إلحاق الضرر بالأغراض ذات القيمة المعنوية (على سبيل المثال لا الحصر: ألبومات صور العائلة) أو بالميراث العائلي خلال الحريق.

غياب الدليل المادي عن المكان الذي نقلت إليه الأغراض الثقيلة (على سبيل المثال لا الحصر: تمزق السجادة جراء إزاحة الأغراض الثقيلة فوقها).

تتعدد مصادر الحريق.

يكون سبب اندلاع الحريق مجهولاً.

غياب الدليل على وجود سرقة في حال الحريق.

يكون المبنى منفصلاً عن المرافق العامة وقت اندلاع الحريق.

لا تكشف أجهزة الإنذار الحريق.

تكون أجهزة إنذار الحريق منطفئة بمحض الصدفة.

تكون أجهزة إنذار الحريق عاملة ولكن الأغراض الموضوعية في مدارها تعيق عملها.

يتم الكشف عن الحريق بواسطة أجهزة الإنذار بعد وقت قصير من مغادرة الأشخاص للمبنى.

ثالثاً: تأمينات المركبات:

يتم تضخيم الضرر اللاحق بالمركبة و/أو الإصابات كما يتم التلاعب بالمطالبة أو يفتعل الحادث.

تكون ظروف الحادث مشابهة لحادث سابق أو مع المحامي نفسه.

يتم القبول بإلقاء اللوم على الحادث بسهولة فائقة.

لا يتم الاتصال بالشرطة و/أو خدمات الطوارئ فوراً بعد الحادث الذي ينتج عنه ضرراً كبيراً.

لا يتم المطالبة بعد الحادث مباشرة في حال المطالبات الكبيرة.

توجد علاقة بين الأشخاص المعنيين بالحادث (على سبيل المثال لا الحصر: بين ركاب المركبات المختلفة، بين الركاب والطبيب... إلخ).

لدى أحد الأفراد المعنيين سيارة مستأجرة.

يقبل سائق المركبة المستأجرة إلقاء اللوم عليه بسهولة فائقة.

يكون شاهد العيان متعاوناً للغاية.

تكون إحدى المركبات المتورطة في الحادث قديمة والأخرى حديثة.
 يقع ضرر فادح دون اصطدام (على سبيل المثال لا الحصر: عبر الانعطاف بسرعة).
 يكون الشخصان المعنيان بالحادث أبناء البلد الأجنبي نفسه.
 ثمة ضحايا لا يتمتعون بتأمين خاص ضد الضرر و/ أو ممن يكونون في خطر إن كانوا في الموقف الخاطئ.
 تكون الشهادات مشابهة للغاية أو مختلفة إلى حد كبير بعد الحادث.
 تكون الإصابات المبلغ عنها متشابهة إلى حد كبير.
 إن الضرر لا يتماشى مع الإصابات (على سبيل المثال لا الحصر: ضرر مادي ضئيل ولكن إصابات شخصية خطيرة).
 عدم اتساق الأضرار اللاحقة بالمركبات المتورطة بالحادث (على سبيل المثال للحصر: سيارة بأضرار ضئيلة، وأخرى بأضرار جسيمة).
 يصعب رؤية الإصابات بالعين المجردة (على سبيل المثال لا الحصر: صداع أو صدمة).
 تكون الآثار في مكان وقوع الحادث منعدمة أو يصعب إيجادها.
 يقع الحادث في موقع معزول.

٤-٤-٤ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات السفر:

يتم رفع المطالبة بعد وقت طويل من انتهاء رحلة السفر.
 عدم التوافق بين مدة التأمين ومدة العطلة.

٤-٤-٥ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات الحماية والادخار:

تكون العلاقة بين المؤمن له والمؤمن عليه ودافع أقساط التأمين غير واضحة.
 يملك المؤمن له أو المستفيد عدة وثائق تأمين بعناوين إقامة مختلفة.
 يقبل المؤمن له بشروط لا تخدم مصلحته.
 عدم اتساق بين مبلغ التأمين ومستوى عيش المؤمن له.
 يطلب المؤمن له تسديد الدفعات لآخرين عوضاً عن المؤمن له أو المستفيد.
 يتم دفع قسط التأمين نقداً.
 يدفع قسط التأمين بالعملات الأجنبية أو من حساب في بنك أجنبي.
 يتم تسديد الدفعات إلى أطراف ثالثة لا صلة قري لها بطلب التعويض.
 ثمة فارق كبير في السن بين المؤمن له وبين المستفيد.
 غالباً ما يتم تغيير المستفيدين مع رقم حسابه.
 يتم إلغاء الوثيقة أو إعادة مبالغ أقساط التأمين المدفوعة بعد وقت قصير من انتهاء فترة إثارة الشكوك.
 لا يتم توقيع طلب إلغاء الوثيقة أو حتى يتم توقيعه من قبل طرف ثالث غير مخول قانونياً بذلك.
 يتم ادعاء حالة الانتحار أو الجريمة بعد وقت قصير من بدء سريان الوثيقة.

يتم تغيير أحكام وثيقة التأمين، أو اسم المستفيد مباشرة قبل حادث الوفاة أو الإعاقة. يدعى بأن المؤمن له متوفى وهو في الخارج. يتم ادعاء حالة الإعاقة مباشرة بعد التأخر في سداد الأقساط. يكون جثمان المتوفى مفقوداً أو لا يمكن التعرف عليه. عدم توفر شهادة الوفاة الأصلية. يكون سبب الوفاة أو الإعاقة مثيراً للشك. **سادساً: تأمينات النقل:**

عدم قياس الوزن. يتم تسليم السلع بعد سرقتها. يدفع للسائقين على كل رحلة. يتم التعامل مع الوثائق دون الحذر الكافي (على سبيل المثال لا الحصر: في الفنادق والمطاعم). يتم نقل السلع إلى وجهة لا سوق أو تسهيلات مناولة مناسبة للبضائع فيها. تتم إعادة تغليف السلع في رزم أكبر حجماً. يتم الإفراط في تقييم السلع الموجهة نحو الدول النامية. ثمة تفاوتات بين الحجم / الوزن المؤمن عليه وبين الوزن الفعلي. ثمة تفاوتات بين الحجم / الوزن المؤمن عليه وبين نوع السلعة. ثمة تفاوتات بين المبلغ المؤمن عليه وبين أسعار السوق. يتمتع الأطراف المعنيون بسمعة سيئة في عالم الأعمال. يكون المستحق مختلفاً عن المطالب. لا يكون الوسطاء متعاونين.

٤-٥ الأدوار والمسؤوليات تجاه مكافحة الاحتيال في شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٥- تحديد الأدوار والمسؤوليات تجاه مكافحة الاحتيال في شركات التأمين.



٤-٥-١ مجلس إدارة شركة التأمين:

- يتحمل مجلس الإدارة مسؤولية مكافحة الاحتيال، وتشمل نشاطاته -كحد أدنى- الآتي:
- اعتماد استراتيجية وسياسات مكافحة الاحتيال.
 - التأكد من توفير الموارد الضرورية لتطبيقها.

٤-٥-٢ منسوبو شركة التأمين:

- يتحمل منسوبو شركة التأمين سواء كانوا موظفين أو متعاقدين مسؤولية مراقبة الاحتيال في مجال عملهم والتبليغ فور اشتباههم بعملية احتيال.

٤-٥-٣ إدارة المراجعة الداخلية:

- تتحمل إدارة المراجعة الداخلية الآتي:
- تقصى حالات الاحتيال وجمع الأدلة اللازمة في حالة الاشتباه والتحقق من العمليات التي يشتبه الاحتيال فيها.

- إجراء عملية تقييم منتظمة؛ للتحقق من مدى فعالية السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة الاحتيال، والتأكد من الالتزام بتطبيقها، والتحقق من أنه في حال الاشتباه بعملية احتيال يتم التعامل مع العملية بوقت مناسب وبشكل ملائم، وأن يتم توثيق الإجراءات التي اتخذت بطريقة مناسبة، وإدراج هذه المعلومات ضمن تقرير إدارة المراجعة المنصوص عليه في اللائحة التنفيذية لنظام مراقبة شركات التمويل.

٤-٥-٤ مراجع الحسابات الخارجي:

- يكون من ضمن مهامه التحقق من مدى التزام الشركة بسياسات مكافحة الاحتيال.

٤-٦ آثار المطالبات الاحتياطية على شركات التأمين.

الهدف التعليمي:

٦- التعرف على آثار المطالبات الاحتياطية على شركات التأمين.



المطالبات الاحتياطية لها آثارها البالغة الضارة على المركز المالي لشركات التأمين بصفة عامة، وعلى العمليات الفنية؛ كالتسعير، وإعادة التأمين، وتقدير المخصصات الفنية بها بصفة خاصة، حيث إن تكلفة الاحتياط على شركات التأمين كبيرة، ويمكن إيجاز بعضها فيما يلي:

- تتحمل شركات التأمين خسائر مالية ضخمة، نتيجة سداد تعويضات عن أخطار غير محققة، وحوادث لم تقع من الأساس.

- تلجأ شركات التأمين لزيادة أسعار تغطية الأخطار؛ لدعم المخصصات والاحتياطيات لمواجهة الخسائر المستقبلية، وبالتالي يتأثر المؤمن لهم، وطالبي التأمين الجدد سلباً؛ لأنهم سيتحملون تكلفة الزيادة في الأسعار.

- قد تتوقف شركات التأمين عن إصدار الوثائق في فروع التأمين التي تتعرض للخسائر بسبب الاحتياط، وبالتالي يتأثر المؤمن لهم أنفسهم؛ لأنهم لن يجدوا تغطية للمخاطر التي يتعرضون لها.

- استعانة شركات التأمين بخبراء في البحث والتحري؛ للتأكد من وقوع الخطر ومن ثم زيادة الأعباء المالية والتي لا تجد مفرّاً من تعويضها سوى زيادة أسعار الخدمات التي تقدمها للمؤمن لهم.

- قد تقوم شركات التأمين بتسييل الأصول والاستثمارات؛ لتغطية التعويضات الناتجة عن الاحتياط، ومن ثم تتحمل شركات التأمين خسائر ضخمة نتيجة تسييل تلك الأصول والاستثمارات، خاصة إذا كانت في ظروف غير ملائمة، وبالتالي تراجع الأرباح، والأكثر من ذلك حرمان الاقتصاد من عوائد هذه الاستثمارات.

- تلجأ بعض شركات التأمين إلى القضاء؛ لدرء المطالبات الاحتياطية ودفوع تعويضات غير مستحقة، مما يؤدي إلى فقدان الثقة في شركات التأمين لدى الأشخاص الطبيعيين والاعتباريين دون فهم لطبيعة الموضوع وخلفياته، وبالتالي يتأثر سوق التأمين برمته من ذلك، وتعويض تلك الثقة وتوضيح الصورة يتطلب بالطبع تكاليف مالية سيتحمل المؤمن لهم جزءاً منها بشكل غير مباشر دون ذنب أو جريمة له أو لشركة التأمين نفسها.

- الخسائر المباشرة التي تتحملها شركات التأمين في اتفاقيات إعادة التأمين من خلال خسارة جزء من عمليات الإعادة والتشدد في الشروط نتيجة زيادة الخسائر بسبب التحايل؛ مما يؤثر على سوق التأمين بأكمله.

- فقدان شركات التأمين للمؤمن لهم الملتزمين نتيجة زيادة الأسعار، وهي مجبرة ومضطرة لذلك بالطبع، ومن

ثم انعكاس هذا الفقدان سلباً على شركات التأمين وعلى المؤمن لهم الملتزمين أنفسهم، والذين سيحرمون من الغطاء التأميني.

ما سبق هو بعض من الآثار المادية التي تتحملها شركات التأمين والمؤمن لهم الملتزمين نتيجة الاحتيال، بالإضافة لذلك هناك آثار غير مادية أو معنوية تتعرض لها شركات التأمين نتيجة المطالبات الاحتيالية، ويؤكد ذلك الاستبيان الذي أعدته "برايس ووتر هاوس كوبرز" العالمية حول الجرائم الاقتصادية والاحتيال في ٢٠١٨ والمعنون بـ "إخراج الجريمة الاقتصادية من بين الظلال".

ومن بين ما تضمنه هذا الاستبيان، أن التكاليف غير المالية تفوق التكاليف المالية التي تكبدها المؤسسات، وأن أكبر الآثار للاحتيال ليست مالية، وإنما هي الآثار الضارة التي تسببها هذه الجرائم على حياة الأشخاص وانطباعاتهم.

٧-٤ آثار المطالبات الاحتيالية على سوق التأمين.

الهدف التعليمي:

٧- التعرف على آثار المطالبات الاحتيالية على سوق التأمين.



- المطالبات الاحتيالية في سوق التأمين بصفة عامة لها عدة آثار سلبية، نذكر منها على سبيل المثال:
 - ارتفاع أقساط التأمين لمواجهة الزيادة في معدلات الخسارة وتأثيرها الضار على جموع المؤمن لهم.
 - وقف إصدار بعض وثائق التأمين؛ للحد من مطالبات الاحتيال، وتقليل فرص الحصول على تغطية تأمينية للأخطار التي يتعرض لها المؤمن لهم.
 - وقف التعامل مع أطراف المطالبة الاحتيالية، على سبيل المثال مقدمي الخدمة الطبية، وبالتالي حرمان المرضى من خدمات علاجية مميزة.
 - تعرض شركة التأمين لخسائر مالية ناجمة عن مطالبات مزورة مما يهدد استمرار نشاطها.
 - تقلص الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين؛ نتيجة توجيه جزء كبير من الأموال في مطالبات احتيالية.
 - ضياع فرص ربح من استثمار أموال شركات التأمين.
 - زيادة المدة المستغرقة لتسوية الخسائر؛ بسبب زيادة الإجراءات.
 - انخفاض الثقة في سوق التأمين؛ بسبب زيادة المنازعات القانونية بسبب المطالبات الاحتيالية.
 - ارتفاع حدود التحمل لمجابهة المطالبات الاحتيالية.
 - زيادة أسعار اتفاقيات إعادة التأمين؛ بسبب سوء نتائج الاكتتاب التي يتسبب فيها المطالبات الاحتيالية.
 - اللجوء إلى زيادة المخصصات الفنية، وبالتالي حرمان سوق التأمين من فرص استثمارية؛ نتيجة احتجاز المزيد من الأموال لمجابهة الأخطار الاحتيالية.

٨-٤ الإجراءات التي تقوم بها شركة التأمين في حال المطالبات الاحتمالية ضد طالب المطالبة.

الهدف التعليمي:

٨- التعرف على الإجراءات التي تقوم بها شركة التأمين في حال المطالبات الاحتمالية ضد طالب المطالبة.



الاحتمال في التأمين قديم جداً وتعود بعض التدابير الوقائية إلى العصور الوسطى، وفي ذلك الوقت قد يؤدي عدم الامتثال للقواعد الأخلاقية إلى فرض عقوبات صارمة للغاية، ولقد تزايد تدريجياً الاعتماد على تدابير الوقاية، ففي عام ١٣٨٠ فرض مرسوم جنوة رسوم إغراق لحماية السلع، بينما حظر قانون برشلونة لعام ١٤٣٥ التأمين على نفس المنتج عدة مرات.

وبالغ القضاء في عقاب المحتالين على التأمين بشدة، كما تم عند إنقاذ سفينة تجارية في خليج جاسكوين في القرن الخامس عشر، حيث إن معاينة حمولتها كشفت أن السفينة كانت مليئة بالحجارة في حين أن بوليصة الشحن ذكرت أقمشة، وصدر الحكم في عام ١٥٧٠ يقضي بأن كل من قائد السفينة ووسيط التأمين مذنبان وحكم عليهما بالإعدام.

وفي عام ١٥٩٨، نصت قواعد أمستردام الصادرة عن قانوني براغ وأنتورب على فرض عقوبات جسدية ومالية على القبطان والملاحين وحملة الوثائق في حالة الاحتمال.

وفي بيئة المطالبات الورقية فإن الكشف عن الاحتمال يتم يدوياً، وبما أن صناعة التأمين في طريقها كلياً إلى المطالبات الآلية فإن هذا يخلق فرصاً جديدة للمحتالين، وعلى شركات التأمين أن تطور أجهزة وأنظمة مكافحة الاحتمال آلياً. وهناك أنظمة أخرى تجري تحليلات دقيقة للبيانات، وتكشف أنماط وعلاقات متداخلة تدعو للريبة والشك في الاحتمال، وفي التكنولوجيا الناشئة تستخدم الذكاء الصناعي وابتكارات أخرى؛ لكشف حالات الاحتمال حيث يتم كشف الاحتمال بطرق أخرى تعتمد على سلوك مقدمي المطالبات والمراجعة الطبية ومراجعة المطالبات بعد الصرف، وتقوم شركات التأمين بعدة إجراءات ضد الاحتمال، حيث تكافح شركات التأمين الاحتمال حتى تتجنب التأثير السلبي لعمليات الاحتمال، بعدد من الطرق، منها: - الاهتمام بمهارات كشف الاحتمال بكافة أبعادها ومتغيراتها ولا سيما المهارات الفنية والشخصية وتعزيزها واستغلالها في خلق بيئة عمل تأميني خالٍ من عمليات الاحتمال، وذلك من خلال الاهتمام بموظفي الكشف وتسوية التعويضات، وتأهيلهم بصورة جيدة عن طريق تدريب موظفيها من خلال زيادة الدورات التدريبية الخاصة بمهارات الكشف وتسوية المطالبات التعويضية.

- الاستفادة من وسائل التكنولوجيا الحديثة في مجال المعلوماتية من خلال تكوين قاعدة بيانات ومعلومات متكاملة يستفيد منها موظفو الكشف وتسوية التعويضات وشركات التأمين ككل في سرعة الحصول على المعلومات الضرورية والمطلوبة بعيداً عن الإجراءات الورقية التقليدية.

- تكوين قاعدة بيانات خاصة بأصحاب المطالبات الاحتياطية الذين يستخدمون وثيقة التأمين لأغراض احتياطية هدفهم هو الحصول على مبلغ التعويض بأي وسيلة كانت، مع التأكيد على تواصل شركات التأمين فيما بينها؛ لعرض تبادل الأسماء والمعلومات عنهم من أجل عدم التعامل معهم مستقبلاً.

- قيام شركات التأمين بوضع دليل استرشادي لجميع عمليات الاحتيايل تكون بمثابة مصدر ومرجع لموظفي تسوية التعويضات في كافة فروع التأمين؛ بغرض معرفة جميع الوسائل والمناورات الاحتياطية والتصدي لها في كافة مراحلها.

أما عن الإجراءات التي تتخذها شركة التأمين ضد طالب المطالبة الاحتياطية، قد يكون إجراء أو أكثر من الإجراءات التالية:

- إلغاء وثيقة التأمين ووقف التغطية التأمينية للعميل في حال اكتشاف الاحتيايل.
- رفض المطالبة وعدم الحصول على قيمة التعويض.
- اتخاذ لإجراءات القانونية ضد طالبي المطالبات الاحتياطية.
- ادراج اسم المحتالين في قائمة سوداء؛ بحيث لا يستطيعون تغطية أخطارهم عن طريق شركات التأمين.

٩-٤ أكثر أنواع التأمين المتضمنة مطالبات احتياطية في سوق التأمين السعودي.

الهدف التعليمي:

٩- التعرف على أكثر أنواع التأمين المتضمنة مطالبات احتياطية في سوق التأمين السعودي.



لا يمكن الجزم بنسبة معينة دقيقة عن حالات الاحتيايل في التأمين؛ نظراً لعدم وجود إحصائيات دقيقة وتقارير معتمدة، ولكن يمكن القول إن نسبة الاحتيايل في سوق التأمين السعودي عالية جداً مقارنة بالنسبة العالمية التي تستند على تقارير وإحصاءات معتمدة.

ويرى بعض الخبراء في سوق التأمين السعودي أن شركات التأمين تدفع نسبة تتراوح ما بين ٢٥ و ٣٠٪ من الأقساط التي تحصلها من المؤمن لهم، إلى حالات أو مطالبات احتياطية، ووفقاً لرأي الخبراء أيضاً أن أكثر أنواع التأمين المعرضة لخطر الاحتيايل؛ تأمين المركبات، والتأمين الصحي.

٩-٤-١ الاحتيايل في تأمين المركبات:

يعرف الاحتيايل في تأمين المركبات بأنه: أي عمل أو حادث متعمد للمركبة، أو تحريف أو إخفاء مستندات المطالبة، أو/وتقديم معلومات مغلوطة بشكل متعمد من قبل حامل بطاقة تأمين المركبات، أو طرف ثالث، أو مقدم خدمات الإصلاح؛ وذلك للحصول على تعويضات أو منافع غير مستحقة لهم أو لغيرهم.

أ- بعض أشكال الاحتيايل في تأمين المركبات:

- استعمال المركبة لحادث مفتعل غير صحيح.
- تبديل السائق المتسبب في الحادث بشخص تنطبق عليه شروط الوثيقة.
- إخفاء معلومات وحقائق جوهرية تغير مجرى التحقيق في الحادث.
- الإبلاغ عن سرقة وهمية للمركبة، وهي لم تحدث.
- إحداث أضرار وتلفيات في المركبة بشكل متعمد، مثل: الحرق، أو صدمها بجسم ثابت.
- تزوير مستندات رسمية وتقارير وتقديمها ضمن المطالبة؛ للحصول على تعويض غير مستحق.
- ب- الآثار السلبية للاحتيال في تأمين المركبات:
 - ارتفاع أقساط التأمين على المركبة؛ لمواجهة الزيادة في معدلات الخسارة.
 - الحرمان من الخصومات المعتمدة؛ لخلو سجل السائق من الحوادث.
 - رفض التعويض المبني على مستندات مزورة.
 - إلغاء وثيقة التأمين والحرمان من التغطية التأمينية ومن القسط المتبقي.
 - اتخاذ الإجراءات؛ لفرض عقوبات قانونية من جهات الاختصاص.
 - إلغاء التعاقد مع مقدم الخدمة (الوكيل أو ورشة الإصلاح) إذا كان مصدر الاحتيال.
- ج- آليات اكتشاف الاحتيال في تأمين المركبات:
 - وجود وحدة مختصة بالاحتيال في تأمين المركبات.
 - تطبيق نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال والتحكم فيه.
 - التعاون مع الجهات المختصة بإدارة والإشراف على تأمين المركبات، مثل: المرور، وشركة نجم، والبنك المركزي السعودي.

- تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال يديره فريق وحدة مكافحة الاحتيال المختصة.

٢-٩-٤ الاحتيال في التأمين الصحي:

يعرف الاحتيال في اللائحة التنفيذية الصادرة من مجلس الضمان الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية بأنه: "قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة"، ومن هذا التعريف يتضح أن عمليات الاحتيال في التأمين الصحي تشمل جميع أطراف العلاقة التأمينية، فقد يصدر من شركات التأمين، مقدمي الخدمة، أصحاب العمل أو المؤمن لهم، وفيما يلي سيتم الإشارة إلى صور من احتيال المؤمن له، واحتيال مقدم الخدمة، وبعض الإجراءات التي تساهم في مكافحة الاحتيال وتلافي أضراره؛ حيث يعتبر الاحتيال في التأمين الصحي أحد الظواهر السلبية التي تؤثر على سلامة سوق التأمين الصحي. وتشير بعض التقارير الصحفية إلى أن نسبة الاحتيال في التأمين الصحي يتراوح عالمياً ما بين ١٠٪ إلى ١٥٪ من إجمالي التعاملات، لكن هذه النسبة ترتفع في المملكة العربية السعودية. ومن الجدير بالذكر أن نشاط التأمين، يقوم على مجموعة من المبادئ الأساسية، أبرزها مبدأ منتهى حُسن

النية من جميع أطراف العملية التأمينية، ومع ذلك تحدث أحياناً بعض التجاوزات، من أي طرف، مما يضر بالأطراف الأخرى، ومن أبرز هذه التجاوزات: الإحتيال، أو إساءة استخدام التغطية التأمينية. ويشكل الإحتيال في فرع التأمين الطبي جزءاً كبيراً بالمقارنة بفرع التأمين الأخرى؛ نظراً لتعدد أطراف العملية التأمينية (المؤمن لهم، ومقدمو الخدمات الطبية، شركة التأمين)، وله تأثير كبير على نتائج هذا الفرع؛ حيث يمكن أن يحتال المؤمن له على مقدم الخدمة الطبية وعلى شركة التأمين، كما يمكن أن يشترك المؤمن له ومقدم الخدمة الطبية في الإحتيال على شركة التأمين.

وقد يحدث خطر الإحتيال - الخطر المعنوي- في أي مرحلة من مراحل العملية التأمينية، بدءاً من مرحلة الاكتتاب وإصدار الوثيقة، انتهاءً بمرحلة المطالبات وتقدير التعويضات، أو المطالبات. ويعتبر الإحتيال في التأمين من الأخطار العمودية المنتشرة في أسواق التأمين العالمية، ويؤدي إلى زيادة معدلات الخسائر بأكثر من ١٥٪ في بعض الدول، وهذه المطالبات الإحتيالية تؤدي إلى زيادة تكلفة الحماية التأمينية، ومن ثم تضطر شركات التأمين لزيادة الأسعار المفروضة على حملة الوثائق .

- بعض أشكال الإحتيال في مجال التأمين الصحي:

تتعدد صور الإحتيال في فرع الصحي، ومن أبرز هذه الصور ما يلي:

- أ- احتيال من قبل حملة وثائق الصحي:
- سوء استخدام بطاقات التأمين من قبل المستفيد؛ لمحاولة الحصول على مكاسب من خلال السماح للغير بالإستفادة من التغطية التأمينية عن طريق استخدامها من قبل شخص آخر غير المستفيد.
- حصول المريض على خدمة علاجية لأخطار غير مغطاة، مثل: تنظيف، أو تبييض وتركيبات الأسنان، ويتم وصفها باعتبارها أخطاراً مغطاة، مثل: خلع ضرس، أو إزالة عصب، وما إلى ذلك.
- إخفاء المستفيد حقيقة مرضه قبل التأمين، ثم بعد حصوله على الوثيقة، يتقدم بطلب العلاج لهذا المرض، مثل: الضغط والسكر، والعمليات، مثل استئصال المرارة، وعمليات العمود الفقري، وغيرها.
- عدم الإفصاح عن إصابات العمل سواء قبل أو أثناء سريان الوثيقة.
- استغلال بعض حملة الوثائق لخدمة تقديم الأدوية و العلاج بشكل سيئ من خلال التحايل على شركات التأمين؛ للحصول على الأدوية دون أن تكون هناك حاجة حقيقية، وذلك لإعادة بيعها في السوق السوداء.
- الإفراط في إجراء تحاليل وفحوصات غير ضرورية طبيًا، وإرسال المطالبات لشركة التأمين والحصول على القيمة المالية للخدمات الطبية.
- عدم إفصاح المؤمن له عن تاريخه المرضي.
- تكرار الزيارات للمرافق الصحية بهدف الحصول على أدوية مكررة أو غير ضرورية.
- احتيال المؤمن له على مقدم الخدمة بادعاء مرض لا يعانیه؛ للحصول على أدوية ومستلزمات علاجية.
- احتيال المؤمن له بالاتفاق مع مقدم الخدمة على تزوير معلومات طبية أو إخفائها.
- احتيال المؤمن له بالاتفاق مع الممارس الصحي للحصول على خدمات أو كسب غير مشروع.

- ب- احتيال من قبل مقدم الخدمة الطبية:
- قبول بطاقة تأمين لا تخص المريض بعلم مقدم الخدمة.
- رفع مطالبات لشركة التأمين تخص مؤمن له لم يتم بزيارة مقدم الخدمة.
- رفع مطالبات لشركة التأمين بخدمات طبية لم تقدم للمؤمن له عند زيارته لمقدم الخدمة.
- التضخيم والمبالغة في تقييم الأضرار مقارنة بقيمة الأضرار الحقيقية.
- الاتفاق مع المؤمن له لإصدار فواتير حالات مرضية غير صحيحة.
- تنويم المريض مع عدم حاجته لذلك ودون مبرر طبي.
- المبالغة في صرف الأدوية والإجراءات الطبية الأخرى؛ كالتحاليل، والأشعة.
- استخدام الوسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة طبية.
- معالجة حالات مرضية مستثناة ورفعها لشركة التأمين كخدمة مشمولة بالتأمين.
- إصدار فواتير كشف جديدة أثناء فترة المراجعة المجانية.
- إرسال مطالبات بمعلومات طبية غير مطابقة لمعلومات الملف الطبي للمريض.
- تكرار رفع الفواتير العلاجية المسددة لشركة التأمين مرة أخرى.
- بعض الإجراءات التي قد تساهم في مكافحة الاحتيال في التأمين الصحي:
- التعامل مع عملية الاحتيال كحالة جنائية وتحويلها للجهات الأمنية.
- من يثبت عليه الاحتيال يتحمل إعادة المبالغ التي تم دفعها، بالإضافة إلى ما يصدر من عقوبات نظامية.
- إيقاف وإلغاء بطاقة المؤمن له الذي مارس عملية الاحتيال.
- إغلاق مقدم الخدمة الذي تعمد الاحتيال، وشطب تراخيصه الصادرة من وزارة الصحة ومجلس الضمان الصحي التعاوني.
- إيقاف وإلغاء رخصة الممارس الصحي المتعاون في عمليات الاحتيال.
- إلزام شركات التأمين بوجود إدارة مختصة لمكافحة الاحتيال، وتدريب منسوبيها على ذلك.
- تعاون أطراف العلاقة التأمينية مع مجلس الضمان الصحي التعاوني والإبلاغ فوراً عن أي حالة احتيال.
- توعية المؤمن له لمعرفة مدى حاجته الفعلية للخدمات الطبية المقدمة له.
- مراجعة المؤمن له للفواتير والمطالبات الطبية قبل التوقيع والموافقة عليها، والتأكد من حصوله عليها.
- الزيارات الميدانية لمقدمي الخدمة من قبل مجلس الضمان الصحي التعاوني وشركات التأمين؛ لمطابقة المطالبات المرفوعة مع المعلومات المدونة في الملف الطبي للمؤمن له، والتأكد من الخدمات المقدمة له.
- مجلس الضمان الصحي التعاوني ودوره في التأمين الصحي ومكافحة الاحتيال:
- يعمل مجلس الضمان الصحي التعاوني على إعداد وتنفيذ السياسات والإجراءات التنفيذية والإشراف المباشر على التأمين الصحي بما في ذلك المتابعة الفنية والطبية بشكل مستمر لكافة المعنيين بالنظام، والعمل على تطوير حفظ حقوق أطراف العلاقة التأمينية؛ لذلك تشير رسالة المجلس في موقعه الإلكتروني

بأنها: حماية حقوق المؤمن لهم الصحية التأمينية والعمل على التميز في تقديم خدمات العملاء، وتقديم الخدمات التنظيمية والرقابية وتعزيزها من خلال الإمكانيات الرقمية، ودعم تطوير صناعة التأمين الصحي وضمان الاستدامة على المدى الطويل، بالإضافة لتبني فكرة تحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية. كما أن المجلس يقوم بجهود متميزة لرفع كفاءة المستوى الصحي للفئات المستهدفة بالتأمين الصحي الخاص وتعزيز الثقة في سوق التأمين الصحي وتطوير آلياته وأنظمتها بما يواكب تطوره وتقدمه وتطلعات القيادة الرشيدة في المملكة العربية السعودية، ويتواصل المجلس بشكل مستمر مع أطراف العلاقة التأمينية ويتم عقد اللقاءات الدورية، والقيام بالزيارات التوعوية والرقابية، كما قام المجلس في يوم التوعية بالتأمين بإطلاق حملة بعنوان (خليك واعى) وتناول فيها قضايا الاحتيال والتضليل، وكيفية مكافحتها وحماية ذوي العلاقة التأمينية من أضرارها، والقيام بالتوعية عن الممارسات السلبية في مجال التأمين الصحي عموماً، كما خصص المجلس قنوات خاصة للإبلاغ عن حالات الاحتيال علاوة على القنوات الأخرى الخاصة بتقديم الشكاوى والملاحظات والاقتراحات، ويعمل المجلس باستمرار على عدة مبادرات لتعزيز كفاءة سوق التأمين الصحي، من ضمنها: العمل على ربط أطراف العلاقة التأمينية بنظام إلكتروني موحد وهو ما يطلق عليه نظام (SHIB)، وهو نظام إلكتروني مصمم بأسلوب أعمال إلى أعمال مبني على المعايير الموحدة لتبادل تعاملات التأمين الصحي بكفاءة وفعالية عالية لجميع أطراف العلاقة التأمينية. ويهدف هذا المشروع إلى تنظيم قطاع التأمين الصحي من خلال توحيد ودعم تطبيق المعايير والسياسات، وتعزيز الجودة في تقديم التعاملات التأمينية الصحية، ودعم الالتزام باللوائح وأنظمة المجلس، وتطبيق أمن المعلومات، وحماية سرية البيانات للتعاملات التأمينية الصحية، والحد من التحايل وسوء الاستخدام للتعاملات التأمينية الصحية، وتقليل التكاليف الإدارية في إدارة مطالبات التأمين الصحي، كما يعمل المجلس على تعزيز الحوكمة والإمكانيات الرقمية، وتحسين العمليات التشغيلية، وتحقيق تنمية مستدامة لسوق التأمين الصحي، واتخاذ التنظيمات والإجراءات الاستباقية من خلال ذكاء الأعمال وتحليل بيانات مؤشرات سوق التأمين الصحي؛ مما يبشر بصناعة تأمينية صحية واعدة في المستقبل القريب -بإذن الله-.

١٠-٤ استخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الحد من المطالبات الاحتمالية.

الهدف التعليمي:

١٠- التعرف على استخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الحد من المطالبات الاحتمالية.



قد يكون أحد الأسباب الكبيرة لقبول الذكاء الاصطناعي في التأمين هو أن شركات التأمين جمعت تاريخياً كميات هائلة من البيانات على مدى العقود الماضية. وهذا يشمل البيانات الديموغرافية للعملاء، وبيانات الممتلكات، وبيانات المركبات، وبيانات مدفوعات المطالبات التاريخية، وبيانات مخاطر مقدم الطلب السابقة، وبيانات المبيعات / التسعير فيما يتعلق بالأقساط. تعتبر البيانات أساسية لتطبيقات الذكاء الاصطناعي، وعلى هذا النحو، ليس من المستغرب أن يجد الذكاء الاصطناعي طريقه إلى حالات استخدام التأمين. بدأ قادة الأعمال في مجال التأمين يفكرون في جميع هذه الأنواع المختلفة من البيانات على أنها مدخلات لتنفيذ عمليات الذكاء الاصطناعي. من المرجح أن المديرين التنفيذيين للتأمين الذين يستثمرون في طرق للاستفادة من بياناتهم سيتقدمون على الأرجح على منافسيهم في السنوات القليلة القادمة حيث يبدأ الذكاء الاصطناعي في الانتشار في كل مكان في التأمين.

وفي السنوات الأخيرة، ارتفع الطلب على المزيد من الأمن السيبراني؛ حيث تقوم العديد من شركات برامج الذكاء الاصطناعي بتقديم حلول للكشف عن الاحتيال في المطالبات التأمينية، وفي هذا الصدد نتناول العناصر التالية:

- بعض تطبيقات الذكاء الاصطناعي الممكنة للكشف عن الاحتيال في مجال التأمين.
- كشف حالات الاحتيال في المطالبات التأمينية.
- دور التحليلات التنبؤية في الكشف عن الاحتيال في المطالبات التأمينية.

١-١٠-٤ بعض تطبيقات الذكاء الاصطناعي الممكنة للكشف عن الاحتيال في مجال التأمين:

يتم عرض هذه التطبيقات من عرض الأساليب التي تستخدمها بعض شركات التأمين الكبرى في العالم.

أ. النموذج الأول

في شركة من أكبر شركات التأمين في تركيا تم استخدام فريقٍ من ٥٠ شخصاً؛ للتحقق يدوياً من كل مطالبة عن وجود احتيال استناداً إلى قواعد غير منتظمة وتجربة الفريق الشخصية قبل التحول إلى حل برامج الذكاء الاصطناعي. قامت الشركة بشراء برنامج تحليلات تنبؤية من شركة Friss، وقد بلغ عائد الاستثمار ٢١٠٪ في غضون عام واحد من استخدام البرنامج.

فمع وجود ٢٥٠٠٠ إلى ٣٠٠٠٠ مطالبة للتدقيق في مؤشرات الاحتيال كل شهر وعملية يدوية مدتها أسبوعين تقريباً؛ للتحقق من كل مطالبة، أرادت الشركة تسريع هذه العملية والسماح بمعالجة المزيد من المطالبات بعد تنفيذ البرنامج، تمكنت الشركة من قياس خطر الاحتيال في المطالبة في الوقت الحقيقي. وتشير الشركة

منشئة البرنامج في قصة نجاح العملاء أن شركة التأمين وفرت ٥,٧ مليون دولار في الكشف عن الاحتيال وتكاليف الوقاية.

ب. النموذج الثاني:

في واحدة من أكبر شركات التأمين على الحياة في فرنسا تم اعتماد برنامجًا للكشف عن الاحتيال يعتمد على الذكاء الاصطناعي. عملوا مع شركة Darktrace التي تتخذ من المملكة المتحدة مقراً لها؛ لتوظيف حل يمكن أن يساعدهم على اكتشاف التهديدات من مجرمي الإنترنت المحترفين والتعامل معها.

أفادت الشركة منشئة البرنامج أن شركة التأمين كانت معنية في المقام الأول بمراقبة شبكتها بأكملها، والقدرة على احتواء التهديدات الناشئة قبل أن تصبح مشكلة أكبر.

ومع وجود بنية تحتية معقدة من الشركات المشتراة ذات المستويات المختلفة من التكامل مع شركة التأمين، كانت الشركة تبحث عن حل يمكن أن يعالج ظروفًا مختلفة جداً تبعاً لفرع الشركة التي يقوم بتحليلها.

ووفقاً لدراسة حالة نشرتها الشركة منشئة البرنامج، فإن برامج الجهاز المناعي في المؤسسة الخاصة بهم مدربة على سلوك مستخدمي الكمبيوتر والشبكات، وهي تكتشف أنماطهم على مدار يوم العمل.

بمجرد أن يكون قد علم أنماط كل مستخدم، فإنه يبدأ في الربط بين البيانات لتمييز العلاقات بين واجبات المستخدمين المنفصلين. يتم ربط نظام Darktrace Enterprise Immune System مع Antigena، وهو

برنامج الاستجابة المستقل للشركة الذي يتخذ إجراءات ضد التهديدات المكتشفة.

تم الإعلان عن Antigena أنه قادر على إيقاف تشغيل المستخدمين داخل شبكة الشركة العميلة التي يكون سلوكها متوافق مع ما تم تدريبه على الكشف عنه كمؤشر ترابط أمان البيانات، أو الاحتيال في المطالبات،

أو التحضير للاحتيال.

ج- النموذج الثالث:

شركة تأمين أمريكية كبيرة أخرى اعتمدت برمجيات الذكاء الاصطناعي للكشف عن الاحتيال. أرادت الشركة أتمتة عملية الكشف عن الاحتيال الخاصة بمطالباتهم، ولكنها أيضاً تفهم السياق المحيط بالاحتيال

المكتشف. اختاروا تقنية شركة Shift Technology كبائعهم المفضل لأتمتة هذه العملية، وأصبحت أول شركة تستخدم حلول برامج FORCE من «Shift Technology».

وذكرت شركة التأمين في بيان صحفي أنها ستكون قادرة على تحسين تحقيقاتها الخاصة من خلال التركيز على المطالبات الأكثر إثارة للشبهات مع مسارات تحليلية محددة سلفاً.

وهذا يعني أن شركة التأمين أرادت ضمان التحقيق في جميع أساليب الاحتيال المعروفة ضمن مطالباتها. ويترتب على ذلك أنهم سعوا إلى الحصول على برمجيات قوية؛ لقدرتها على عرض سياق لحالات الاحتيال

الملحوظة والتوجيه نحو الحل السليم.

لأن شركة البرامج تدعي أن برنامج FORCE الخاص بهم يتضمن مسارات محددة مسبقاً لتحليل الاحتيال ويوفر معلومات سياقية تتعلق بأفضل خطوة تالية للعميل، يمكننا استنتاج أن البرنامج هو تطبيق تحليلات

د- النموذج الرابع:

شركة SAS هي واحدة من هؤلاء البائعين التي تقدم تحليلات تنبؤية لبرامج التأمين لمساعدتهم على أتمتة عملية الكشف عن الاحتيال. برنامج التحليلات التنبؤية الخاصة بهم، SAS Enterprise Miner، يمكن أن يساعد شركات التأمين الصحي على اكتشاف المطالبات الاحتمالية وتحديد معلومات مهمة لتحديد خطر الاحتيال في المطالبات الجديدة.

وتذكر الشركة أيضاً أن البرنامج الحاسوبي يمكن أن يستخدم بيانات المؤسسة العميلة لإنشاء نماذج، أو نموذج مطالبات تظهر حالات الغش المحتملة استناداً إلى المتغيرات بين نقاط البيانات في المطالبات السابقة. فعلى سبيل المثال: قد يرغب نموذج التعلم الآلي، الذي يقوم بتدريب خبير في المطالبات، في اختبار مدى تواتر المطالبات المغشوشة المتعلقة بمبالغ تتجاوز ١٠٠ دولار وأقل من ٢٠٠ دولار. وفي هذه الحالة، يمكن أن يختبروا متغير «الاحتيال» مقابل متغير «السعر»، وأن يعرضوا النتائج التي تبين المطالبات التي تم تقييمها ضمن هذا النطاق.

٢-١٠-٤ كشف حالات الاحتيال في المطالبات التأمينية:

يختلف اكتشاف الاحتيال القائم على الكشف عن الانحراف عن نهج التحليلات التنبؤية الأقل شيوعاً في حلول الاحتيال للذكاء الاصطناعي. ويشبه نهج الكشف عن الانحراف تطبيقات الذكاء الاصطناعي الأخرى من حيث إن نماذج التعلم الآلي الخاصة بهم مدربة على تدفق البيانات المسماة. وهذا يسمح لنماذج التعلم الآلي بوضع خط أساس لما قد تبدو عليه المطالبة العادية، وبالتالي شعور عام بكيفية التعرف على أي انحراف.

عندما ينحرف حدث معين أو مطالبة عن النمط العادي المعمول به، فإن البرنامج سوف يخطر الشخص المسؤول. ويجوز أن يقبل هذا المراقب، -الذي عادة ما يكون خبيراً في المطالبات أو عالم بيانات-، هذا الإخطار أو يرفضه. وهذا يشير إلى أن استنتاج نموذج التعلم الآلي حول ما إذا كان ادعاء معين احتيالي هو صواب أو خطأ.

وهذا يزيد من تدريب نموذج التعلم الآلي؛ ليفهم أن استنتاجه كان صحيحاً، ويسمح بانحراف مماثل في المستقبل إذا كان غير صحيح، وفي الوقت نفسه سيتمكن خبير المطالبات أو عالم البيانات من استخدام استنتاجات نموذج التعلم الآلي بشأن ما هو احتيال أو عدم تحسينه.

ويمكن أيضاً استخدام الكشف عن الانحراف في الكشف عن الاحتيال في التأمين خارج عملية المطالبات. قد تستخدم شركة التأمين الكشف عن الانحراف؛ لتحديد السلوك المشبوه للمستخدمين على شبكة شركة التأمين. بالإضافة إلى ذلك، يمكن الجمع بين هذا النوع من البرمجيات مع تطبيقات ذكاء اصطناعي أخرى في إطار حل واحد.

وفيما يتعلق بالشركات التي ترغب في البحث عن المعلومات ذات الصلة بشأن المشكلة التي قد يحلها نموذج

التعلم الآلي، يمكن أن يكون من المفيد إيجاد حل مقترن ببرمجيات البحث عن الوثائق في إطار الشراكة الوطنية. وسيتعين على قادة الأعمال التجارية استعراض البيانات المستمدة من نفس قاعدة البيانات التي يستمد منها نموذج التعلم الآلي من أجل فهم شيء كشف عنه نموذج التعلم الآلي مثل أسلوب جديد للاحتيال.

٣-١٠-٤ دور التحليلات التنبؤية في الكشف عن الاحتيال في المطالبات التأمينية:

تتضمن التحليلات التنبؤية استخدام التعلم الآلي لتحليل مجموعات البيانات الحالية والتاريخية لعمل تنبؤات حول المستقبل. على سبيل المثال، يمكن لشركات التأمين استخدام التحليلات التنبؤية؛ لتحديد العائد المناسب للمطالبة بناءً على مطالبات سابقة مماثلة، وبالتالي تقليل تسرب المطالبات. يمكن استخدام نماذج التعلم الآلي؛ للكشف عن الاحتيال في التأمين كأساس للتحليلات التنبؤية وبرامج التحليلات الوصفية. وتمضي برمجيات التحليل الوصفية بالتنبؤات المتصلة بالتحليل التنبؤية خطوة أخرى إلى الأمام، وتزود المستخدم بتوصيات بشأن أفضل خطوة تالية يتخذها عند اكتشاف الاحتيال. ومع ذلك، فإن كل واحدة من هذه التوصيات تتطلب نفس البيانات ومتطلبات التدريب لتنفيذها وتطويرها على النحو السليم.

تعمل برامج الكشف عن الاحتيال المستندة إلى التحليلات التنبؤية بشكل مختلف عن البرامج القائمة على اكتشاف الانحراف. سيحتاج خبراء المطالبات في شركة التأمين إلى وصف كمية كبيرة من المطالبات بأنها احتيالية ومشروعة على التوالي.

وبهذه الطريقة، فإن نموذج التعلم الآلي يميز أساليب الاحتيال وفقاً لأساليب الاحتيال الموجودة في المطالبات الاحتيالية المسماة.

فعلى سبيل المثال، يمكن للمطالبات الاحتيالية المستخدمة في تدريب نموذج التعلم الآلي أن تستخدم طريقة احتيال تتعلق بالمبلغ المكتتب بالدولار في المطالبة.

بمجرد أن يتعلم البرنامج اكتشاف طريقة الاحتيال هذه، سيكون أكثر حساسية للمبلغ بالدولار لكل مطالبة وعلامة المطالبات مع مبالغ المطالبات المشبوهة.

وسيجد العديد من الشركات أن هذه البيانات موسومة بالفعل بسبب تخزينها سجلات مطالبات مزورة تعود إلى سنوات ماضية. ويملي الخبراء المعنيون بالمطالبات الذين يعملون على إعداد نموذج التعلم الآلي للبرمجيات تحديد المطالبات التي تكون مزورة أو لا تكون أثناء التدريب. وبينما تعرض هذه البرمجيات لهذه المزاعم الموسومة، فإنها تصبح تدريجياً أفضل في تمييز الفارق من تلقاء نفسها.

ثم يميز البرنامج نقاط البيانات التي ترتبط بمحاولات الاحتيال السابقة داخل المطالبات الجديدة عند دخولها النظام.

ووفقاً لدراسة حالة نشرت على موقع SAS، ساعدت الشركة شركة التأمين للحد من الاحتيال ورؤية زيادة العائد على الاستثمار من حملاتها التسويقية باستخدام برنامج التحليلات التنبؤية Enterprise Miner، الذي تلخص خطواته على النحو التالي:

- تحديد نقاط البيانات والمتغيرات ومراجعة البيانات.
 - التحقق من المتغيرات المستهدفة ضد الآخرين؛ للعثور على الارتباطات، وإنشاء نموذج
 - النتائج وكيفية قراءة النماذج التنبؤية.
 - استخدام نماذج متعددة في وقت واحد.
- وقد كانت شركة التأمين قادرة على تحديد ٥٠ سلوكًا للعملاء يرتبط ببيانات مطالباتهم التي وصفت بأنها احتيالية.

قال Dean Webb، مدير أول التحليلات في شركة التأمين: «إن SAS تمكننا من خفض التكاليف، بل أيضاً تحسين جودة الرعاية، بدلاً من استخدام الخدمات التصالحية عالية التكلفة، يمكننا تحويل المرضى إلى مقدمي خدمات أكثر فائدة من نوع التشخيص الوقائي».

٤-١٠-٤ تطبيقات الذكاء الاصطناعي في تأمين المركبات:

توفر بعض شركات التأمين على المركبات للمتقدمين القدرة على تتبع سلوكهم في القيادة باستخدام أجهزة إنترنت الأشياء في سياراتهم. يمكن تثبيت هذه الأجهزة في المركبة مباشرة أو تنزيلها على هاتف ذكي يمكن للسائقين تركه في سياراتهم أثناء القيادة. غالبًا ما تلتقط أجهزة إنترنت الأشياء؛ لتتبع سلوك القيادة مدى سرعة السائق، وحالته أثناء القيادة، ومدى مفاجأة توقفه. ثم يتم إدخال هذه البيانات في برنامج تحليلات تنبؤية تضع درجة من نوع ما تقيم السائق على مقدار المخاطر التي يشكلها لشركات التأمين. وعندئذ يمكن لشركة التأمين على المركبات أن تستخدم هذه المعلومات لتقرر ما إذا كانت ستضمم أو لا مقدم الطلب ضمن عملائها؟ وما هي تكلفة بوليصة مقدم الطلب؟ يمكن لشركة التأمين أيضاً تعديل سعر بوليصة العميل الحالية بناء على سلوك القيادة الجيد أو السيئ، أو تقليل أو زيادة أقساط التأمين التي يدفعها العميل، على التوالي.

تقدم شركة أمريكية برنامجًا للتأمين على المركبات يسمى Snapshot حيث يقدم للعملاء مستشعر IoT الذي يمكن وضعه في المركبات لجمع البيانات حول عادات القيادة الفردية، مثل: مدى قوة انكسار السائق، أو مدى اتساع دورانه. تدعي الشركة أنها تستخدم بيانات مستشعر IoT هذا مع البيانات الديموغرافية للعملاء؛ لتقديم معدل تأمين على المركبات للعملاء مصمم خصيصًا لهم.

معالجة المطالبات:

تسمح بعض شركات التأمين على المركبات لعملائها بالتقاط صور لأضرار سياراتهم باستخدام هواتفهم الذكية. يمكن بعد ذلك تحميل هذه الصور إلى نظام شركة التأمين وتشغيلها من خلال جهاز تفاعلي مقترن بقدرات التحليلات التنبؤية. استنادًا إلى تلف المركبة ونوعها وطرازها، يمكن أن يوفر هذا البرنامج تقديرًا للمبلغ الذي يجب على شركة تأمين المركبات دفعه للعميل عند مطالبته. يمكن أن يقلل هذا من الوقت الذي يستغرقه العملاء لتلقي دفعاتهم، وتقليل تسرب المطالبات؛ مما يوفر أموال شركات التأمين.

وتتلخص تطبيقات الذكاء الاصطناعي في تأمين المركبات فيما يلي:

- تقييم المطالبات: تشير بعض شركات البرمجيات أنها طورت برامج AI يمكنها تقييم مطالبات التأمين على المركبات تلقائيًا من خلال تحليل صور تلف المركبات.
- روبوتات الدردشة لخدمة العملاء: أطلقت بعض شركات التأمين واجهات محادثة يمكن أن تساعد العملاء على الإجابة عن الأسئلة التي لديهم حول التأمين وخدمة حساباتهم عن طريق طرح أسئلة بسيطة باللغة الطبيعية.
- تسعير البوليصة: تشير شركات برمجيات أنها تستخدم الذكاء الاصطناعي لمساعدة شركات التأمين على المركبات في إنتاج ملفات تعريف مخاطر العملاء بشكل أكثر دقة، والتسعير المناسب باستخدام التعلم الآلي. يتم استخدام المعلومات مثل بيانات العملاء أو البيانات من أجهزة استشعار إنترنت الأشياء IoT في المركبات من قبل شركات التأمين لتطوير مثل هذه العروض الشخصية.
- مراقبة أداء السائق: بعض شركات التأمين التي تشير إلى أنها طورت برنامج التعلم الآلي الذي يتم تطبيقه على بيانات العملاء للمساعدة في إعلام تطوير منتجات عملاء التأمين.

٥-١-٤ تطبيقات الذكاء الاصطناعي في التأمين الصحي:

- فعالية التكلفة: تقوم بعض شركات التأمين والرعاية الصحية بتطوير منصات برمجية يمكنها استخدام الذكاء الاصطناعي؛ لاقتراح عادات وسلوكيات صحية وقائية للمرضى. قد يتضمن ذلك توصيات حول الاستراتيجيات الغذائية أو التمارين التي يمكن أن تساعد بدورها على تقليل التكاليف من مشاكل الرعاية الصحية التي يمكن الوقاية منها والتي تسببها العادات غير الصحية.
- اكتشاف الاحتيال: يشير الباحثون أنهم يطورون برنامج التعلم الآلي لتحليل مطالبات التأمين الصحي؛ للتعنبؤ بحالات الاحتيال.

أسئلة نهاية الفصل:

أجب عن الأسئلة التالية وتحقق من صحة إجابتك في القسم الموافق:

١. عرف الاحتيال على شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٤-١-١
٢. حدد أنواع الاحتيال على شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٤-١-٣
٣. توجد عدة معايير يجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه، اذكرها.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٢-١
٤. ما هي أهم طرق الحد من الاحتيال الداخلي في شركة التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٣-١
٥. ما هي أهم المؤشرات النموذجية العامة لمكافحة الاحتيال في شركة التأمين؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٤-١
٦. ما هي أهم المؤشرات النموذجية لمكافحة الاحتيال في التأمين الصحي شركة؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٤-٢
٧. ما هي أهم مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات الممتلكات؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٤-٣
٨. ما هي أهم المؤشرات النموذجية للاحتيال في تأمينات الحماية والادخار؟
مرجع الإجابة: القسم ٤-٤-٥
٩. حدد دور مجلس إدارة شركة التأمين تجاه مكافحة الاحتيال.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٥-١
١٠. حدد أهم آثار المطالبات الاحتيالية على شركات التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٦
١١. حدد أهم آثار المطالبات الاحتيالية على سوق التأمين.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٧
١٢. حدد بعض أشكال الاحتيال في تأمين المركبات.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٩-١
١٣. حدد بعض أشكال الاحتيال في التأمين الصحي.
مرجع الإجابة: القسم ٤-٩-٢
١٤. وضح تطبيقات الذكاء الاصطناعي في التأمين الصحي.
مرجع الإجابة: القسم ٤-١٠-٥

ملاحق

نموذج مطالبة التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث)

رقم المطالبة

1. معلومات مقدم المطالبة (الطرف الثالث) - الرجاء تعبئة النموذج بشكل كامل لإلزامية جميع الحالات أدناه

رقم وثيقة تأمين المؤمن له / مبلغ التعويض / ريال سعودي

نوع المطالبة مركبة إصابات حريق ممتلكات وفيات أخرى

اسم المالك / رقم هوية المالك

البريد الإلكتروني / رقم جوال المالك

صندوق البريد / رقم هوية سائق المركبة

الرمز / اسم السائق / السائق هو مالك المركبة نعم لا / تاريخ ميلاد السائق / / /

2. معلومات ووصف تفاصيل الحادث

مدينة / موقع الحادث / تاريخ ووقت وقوع الحادث / / /

صاحبا مساء

مباشرة الحادث من قبل نعم أخرى

رقم تقرير الحادث

نسبة مسؤولية مقدم المطالبة 0% 25% 50% 75%

رقم لوحة مركبة الطرف الثالث

ضع علامة (X) لإظهار منطقة الضرر في المركبة بسبب الحادث

يرجى وصف كيفية وقوع الحادث

الجانب الأيمن المقدمة المؤخرة الجانب الأيسر

3. إقرار وقبول - خاص بمطالبة الطرف الثالث

رقم الحساب البنكي الخاص بمالك المركبة (IBAN) / رقم الحساب البنكي الخاص بمالك المركبة (IBAN)

أقر بأنه عند استلام مبلغ التعويض المستحق لي نظاماً وفقاً للتقديرات المرفقة وفقاً لوثيقة وأحكامها من خلال تحويل المبلغ إلى حسابي المصرفي الموضح أعلاه في بنك أو بواسطة شيك، فرنسي أصلي وأبني شركة التأمين بشكل تام وبهائي من جميع المسؤوليات التي قد تترتب على هذه المطالبة حالياً أو مستقبلاً، كما أقر بأنه قد تم تعويضني عن جميع المطالبات المتعلقة بهذه الواقعة.

أوافق على منح شركة التأمين، ولغرض دراسة المطالبة، الحق في الاستفسار من شركة تخدم لخدمات التأمين أو الجهات المختصة الأخرى أو أي شركة مرخصة/معلمدة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي وفقاً لقواعد العمل المقررة الخاصة بتبادل المعلومات عن جميع المعلومات المتعلقة بهذا الحادث أو حوادث سابقة سواء تعلقت بالمركبة أو سابقها، كما أوافق على منح شركة التأمين الحق في تزويد تلك المعلومات والمطالبات الخاصة بي إلى الجهات الحكومية أو الشركات الأخرى المرخصة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي.

أقر أنا الموقع أدناه أن البيانات المدونة أعلاه صحيحة

مقدم المطالبة مالك المركبة شخص آخر

اسم مقدم المطالبة / رقم هوية مقدم المطالبة

تاريخ / / التوقيع / رقم جوال مقدم المطالبة

للاستعمال الرسمي

المستندات مكتملة نعم لا / المستندات الناقصة

هل يتطلب معاملة المركبة نعم لا / تاريخ / رقم الموظف / التوقيع

(تكون المعاملة خلال ٢ أيام من استلام المطالبة مكتملة المستندات)

DOC#: FMEICR001



مبادئ حماية العملاء

حقوق ومسؤوليات العميل:

1. لتلتزم الشركة عند تلقي المطالبة أن تزود مقدمها أو العميل بإبصار أو إرسال رسالة نصية تفيد بتلقي الشركة المطالبة .
2. لتلتزم الشركة بتسوية مبالغ المطالبات المفردة من الإدارة العامة للمزور أو الجهات المرخص لها بذلك المغطاة بموجب الوثيقة الموحدة للتأمين الإلزامي على المركبات بكل نزاهة وعدالة دون أي مساومة خلال مدة أقصاها خمسة عشر يوماً تقويمياً من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.
3. يمكن للعميل تقديم شكوى إلى إدارة الشكاوى بالشركة، وفي حال عدم تجاوب الشركة يمكن تقديم شكوى لمؤسسة النقد العربي السعودي من خلال إدارة حماية العملاء وذلك باستخدام الهاتف: 8001256666 أو الموقع الإلكتروني: www.sama.com.gov.sa
4. لتلتزم الشركة بإبلاغ مقدم المطالبة كتابياً بقبول أو رفض المطالبة، وفي حال قبول المطالبة لتلتزم الشركة بتوضيح مبلغ التعويض وكيفية الاصول إليه، أما عند رفض المطالبة فإن الشركة لتلتزم بالآتي:
 - أ. تزويد مقدم المطالبة بخطاب رسمي يتضمن أسباب رفض المطالبة.
 - ب. إبلاغ مقدم المطالبة عن امكانية تقديم دعواه إلى لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية.
 - ج. تزويد مقدم المطالبة بنسخة من الوثائق والمستندات المؤيدة لقرار الشركة .
5. لتلتزم الشركة بتعويض المستفيد من التعطية الواردة في هذا النموذج عن أي تكاليف يتحملها نتيجة عدم استخدامها للمركبة المتضررة بسبب تأخر الشركة في تسوية المطالبة عن خمسة عشر يوماً من اكتمال مستندات المطالبة.
6. لا يحق لشركة التأمين الاستناد في احتساب التعويض على تقدير شيخ المعارض إلا في حال كانت تكلفة إصلاح المركبة تتجاوز ٥٠٪ من القيمة السوقية للمركبة أو ظهر من المعاينة أن المركبة تالفة ولا يمكن إصلاحها من خلال حصول العميل على نسخة من التقرير المعتمد من المعايير التابع للشركة و تتحمل شركة التأمين المصاريف المتعلقة بسحب المركبة وتقديرها.
7. حقوقه تجاه الشركة ،
 - أ. تسقط الحقوق الناشئة لمقدم المطالبة إذا الطوت المطالبة المقدمة على احتيال، أو استخدام المؤمن له أو السائق أو من ينوب عنهما أو مقدم المطالبة أساليب أو وسائل احتيال بغية الحصول على مبلغه ، أو نتجت المسؤولية أو الضرر من جراء فعل متعمد من المؤمن له أو السائق أو مقدم المطالبة أو التواطؤ مع أي منهم، ولشركة الحق بالرجوع على أي طرف يتبين مسؤوليته عن هذا الاحتيال سواء أكان مشاركا أو متواطئاً ، على أن تلتزم الشركة بتعويض مقدم المطالبة إذا كان حسن النية.
 - ب. يخضع أي نزاع ينشأ عن هذه المطالبة للأنظمة واللوائح المعمول بها في المملكة العربية السعودية، وتختص بالفصل في لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية.
 - ج. لا تسمع أي دعوى ناشئة عن هذه المطالبة بعد قضاء خمس سنوات على حدوث الواقعة التي نشأت عنها الدعوى وتلزم ذوي المصلحة بحصولها ما لم يكن هناك عذر تقفح به لجان الفصل في المنازعات والمخالفات التأمينية.
8. لا يحق لشركة التأمين طلب مستندات إضافية غير المذكورة في سند الإستلام كخوافص للمطالبة.

المستندات المطلوبة لتقديم المطالبة (الطرف الثالث)

الحالة	أضرار بالمركبة	ممتلكات عامة	ممتلكات خاصة	إصابة	وفاة
في حال أن مسؤولية الطرف الثالث ليست -، -، -	أ+ ب	أ+ ب	أ+ ج	أ+ ب+ ج+ د	أ+ ب+ ج+ د+ هـ
البيد	الرقم	المستندات المطلوبة	البيد	الرقم	المستندات المطلوبة
أ	١	أصل تقرير الحادث و الكروكي	ج	٩	صورة من إثبات ملكية الممتلكات
	٢	صورة من رخصة السير (الاستمارة) لمركبة الطرف الثالث		١٠	صور لأضرار الممتلكات
	٣	صورة من هوية مالك المركبة (الطرف الثالث)		١١	أصل الإيصال المستلم عن أضرار الممتلكات العامة
ب	٤	رقم الحساب البنكي (الائبان) لمالك المركبة	د	١٢	أصل التقرير الطبي الصادر من المستشفى في حالات الإصابات
	٥	صور لأضرار المركبة		١٣	أصل شهادة الوفاة (في حال وجود حالة وفاة)
	٦	أصل ثلاث تقديرات الورش وأصل تقرير فطخ العيار / تقرير شيخ المعارض		١٤	أصل صك الحكم الصادر من المحكمة
ج	٧	أصول ثلاث تقديرات لأضرار الممتلكات	١٥	أصل صك حصر الوثيقة الصادر من المحكمة	
	٨	أصول فواتير البضاعة المتضررة (في حال تضرر البضاعة)	١٦	أصل التفويض بتقديم المطالبة في حال تقديمها من شخص آخر	

استمارة بلاغ عن حادث سيارة

1/2

أ. بيانات السيارة المؤمن عليها

نوع التأمين: 1. شامل 2. سند بلس 3. سند

اسم المؤمن له: _____ اسم سائق السيارة: _____

الشخص المسؤول: _____ هاتف رقم: _____

هاتف رقم: _____ الجوال: _____ الجوال: _____

فاكس رقم: _____ فاكس رقم: _____

البريد الإلكتروني: _____ البريد الإلكتروني: _____

نوع السيارة: _____ رقم اللوحة: _____ وظيفة السائق: _____

رقم وثيقة التأمين: _____ عمر السائق: _____

ب. وصف الحادث

نوع المطالبة:

1. أضرار السيارة المؤمنة 2. طرف ثالث 3. حريق 4. حادث انقلاب 5. الكوارث الطبيعية

تاريخ وقوع الحادث: _____ / _____ / _____ الوقت: _____ المكان: _____

نسبة الخطأ على المؤمن له: _____ %

كيفية وقوع الحادث (مع رسم كروكي مبسط):

هل تم إبلاغ الجهة المختصة عن الحادث؟

من هي الجهة المختصة؟

رقم (السجل / الحالة) في تقرير الجهة المختصة

هل تم إعداد تسعيرة للأضرار بالسيارة؟

ما هو الغرض الذي استخدمت له السيارة وقت الحادث؟

هل السيارة قابلة للتحرير؟

هل سبق وأن وقع حادث سابق على المركبة؟

عدد اطراف الحادث: _____ عدد الركاب مع المؤمن له: _____

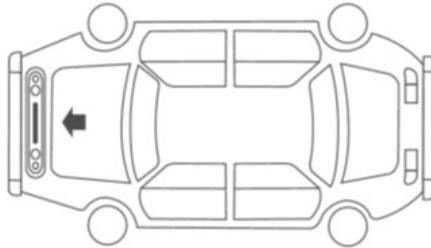
هل تمت مباشرة الحادث من قبل الجهة المختصة في موقع الحادث؟ نعم لا رقم الجوال الذي استخدم لإبلاغ الجهة المختصة: _____

ج. أضرار السيارة المؤمن عليها

الموقع الحالي للسيارة المتضررة: _____

وصف الضرر (الأجزاء المتضررة بالسيارة): _____

عين الأجزاء المتضررة على الرسم



21-04-1432H

د. بيانات الطرف الثالث (سيارات - ممتلكات)

سيارات ممتلكات

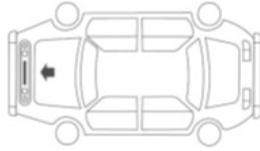
المالك:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

وصف الضرر (الأجزاء المتضررة بالسيارة):

عين الأجزاء المتضررة على الرسم



هـ. الأشخاص المصابون

هل يوجد إصابة بالحادثة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	كيفية نقل المصابين
تفاصيل بأسماء المصابين	طبيعة الإصابة	اسم المستشفى
الاسم	صلة القرابة للمؤمن له	

و. المرفقات

- أصل تقرير المرور/الشرطة/الدفاع المدني
 - أصل أمر الإصلاح
 - صورة بطاقة أحوال السائق/حواجز السفر
 - صورة أستمارة السيارة المؤمن عليها
 - صورة رخصة قيادة السائق
 - مرفقات أخرى:
- يتم التعهد ببدء عمليات الإصلاح بعد إكمال المستندات الموضحة أعلاه و اتخاذ الإجراءات اللازمة.
- يتم استلام المركبة بعد دفع مبلغ التحمل والاستهلاك المحدد في وثيقة التأمين.
- في حال اعتبار المركبة خسارة كلية وبعد استلام المؤمن له خطاب بذلك يجب تسليم المستندات اللازمة المذكورة في الخطاب نفسه فوراً. وفي حال التأخير سيتم تطبيق نسبة غرامة قدرها 2% من إجمالي التعويض عن كل شهر

ز. إقرار

إقرار المؤمن له	إقرار السائق
أقر أنا الموقع أدناه بأنه ليست هناك أية وثيقة تأمين أخرى يمكن التعويض من خلالها فيما يتعلق بهذا الحادث أو الخسارة. كما أقر بأن هذه السيارة ملك لي. و أنه في حالة قبول هذه المطالبة بأي/بأنا قد أخلت/أخلنا جميع حقوقي/حقوقنا الناشئة عن هذا الحادث المذكورة بياناته أعلاه إلى الشركة التعاونية. وبهذا أتنازل/تتنازل عن كامل مبلغ الاسترداد المستحق لي/لنا عن هذا الحادث ولا مانع لدي/لدينا من دفع جميع المبالغ والمستحقات الناشئة عن هذا الحادث إلى الشركة التعاونية وإصدار الشيكات باسمها وبناء على هذا الإقرار فإنه لا يحق لي/بأي وجه أو في أي وقت المطالبة بهذا المبلغ.	أقر أنا الموقع أدناه بحسب علمي واعتقادي التام بأن البيانات المدونة أعلاه حقيقية وصحيحة ولا مانع لدي بأن تقوم شركة التعاونية بالإطلاع على معلوماتي الموجودة في مركز المعلومات الوطني تحت رقم السجل المدني الخاص بي أو أي معلومات تتعلق بالسيارات التي أملكها.
كما أقر بحسب علمي واعتقادي التام أن البيانات المدونة أعلاه حقيقية وصحيحة ولا مانع لدي بأن تقوم شركة التعاونية بالإطلاع على معلوماتي الموجودة في مركز المعلومات الوطني تحت رقم السجل المدني الخاص بي أو أي معلومات تتعلق بالسيارات التي أملكها.	توقيع المؤمن له _____
توقيع المؤمن له _____	توقيع السائق _____
التاريخ _____	التاريخ _____

لاستعمال التعاونية فقط

ملاحظات: _____

التحمل:	عدد التحملات:	شروط الاستهلاك:	جنسية السائق:
نسبة الاستهلاك:	% من قيمة:	رقم هوية السائق:	
مستلم المطالبة:	التاريخ/الوقت:	التوقيع:	

مسرد المصطلحات:

صافي الأقساط المكتسبة

صافي الأقساط المكتسبة تساوي صافي الأقساط المكتسبة مطروحا منها التغيير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة

صافي المطالبات المتكبدة

عبارة عن صافي المطالبات المدفوعة مضاف إليها التغيير في المطالبات تحت التسوية واحتياطي المطالبات التي وقعت ولم يبلغ عنها

وثيقة تأمين المركبات الشامل

هي وثيقة شاملة لتغطية الحماية التأمينية للسيارة ذاتها، والمسؤولية تجاه الطرف الثالث (الغير)، فضلا عن المصاريف الطبية المعقولة

الناشئة عن أي إصابة جسمية ناتجة عن حادث يعاني منها المؤمن له أو السائق المفوض أو أي راكب بالمركبة المؤمنة، أو الطرف الثالث

تقرير الحادث

وهو عبارة عن تقرير متكامل يحتوي على عدة وثائق ثبوتية لوصف الحادث ومن ضمنها: صور الحادث، رسم الحادث، وغيره.

شركات إدارة المطالبات الطبية

هي شركات لتسوية المطالبات التأمينية في مجال التأمين الصحي

المخصصات الفنية

هي ذلك النوع من المخصصات المرتبط تكوينها بطبيعة عمليات التأمين، ويقتصر تكوينها على الشركات التي تمارس عمليات التأمين دون غيرها

من الشركات.

الاحتياطي الحسابي

يقصد بالاحتياطي الحسابي في تأمينات الحياة بأنه «القيمة المتراكمة بين الأقساط السنوية المتساوية والأقساط الطبيعية مضافاً إليها عائد

استثمارها في نهاية سنة معينة».

مخصص الأقساط غير المكتسبة

يتم تكوين مخصص الأخطار السارية لمقابلة التزامات الشركة من عمليات التأمين قبل انتهاء السنة المالية، وما زالت سارية بعد انتهائها.

الطريقة الانفرادية

يتم تكوين المخصص لكل عقد على حده حيث يحدد تاريخ التعاقد وتاريخ انتهاء الوثيقة. ثم يقسم القسط إلى قسمين بنسبة المدة الباقية

على نهاية السنة المالية إلى المدة التي تقع في السنة المالية التالية، وتحجز ما يخص العام التالي كمخصص لهذه الوثيقة، وبتجميع المخصصات

لكل الوثائق ينتج المخصص الإجمالي لكل الوثائق

الطريقة النصف سنوية

تفترض هذه الطريقة أن العقود السنوية يتم إبرامها في يوم واحد هو منتصف العام، لذلك تجمع الأقساط الصافية لجميع الوثائق ويعتبر

نصفها يخص هذا العام والنصف الآخر يخص العام التالي، وبذلك يكون المخصص لجميع العقود بنسبة ٥٠٪ من مجموع صافي العقود

طريقة الإثني عشر

هذه الطريقة يفترض أن العقود تمت في أول الشهر أو في آخر الشهر في كل سنة، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود السنوية

وتكوين المخصص

الطريقة الأربعة والعشرينية

هذه الطريقة تفترض أن العقود السنوية التي تتم في أي شهر تتم في منتصفه

طريقة الثمانية

في هذه الطريقة يتم تقسيم السنة إلى أربعة فترات، كل فترة تضم ثلاثة شهور، ويفترض أن التعاقد يتم في منتصف هذه الفترة.

مخصص التعويضات تحت التسوية

تنشأ الحاجة إلى تكوين مخصصات التعويضات بسبب وجود فاصل زمني بين تاريخ تحقق الخطر ونشوء الحق في التعويض من جانب،

والتاريخ الذي يتم فيه تسوية المطالبات ودفع التعويض فعلاً من جانب آخر. ويتم تكوين هذا المخصص سواءً في تأمينات الحياة، أو في

التأمينات العامة، وهو حق من حقوق حملة الوثائق

الاكتواري

هو الشخص الذي يقوم بتطبيق نظرية الاحتمالات والاحصاءات، التي بموجبها يتم تسعير المنتجات التأمينية، كما يقوم بتقدير الالتزامات وتكوين المخصصات في شركة التأمين

الاكتواري المعين

هو ذلك الخبير الاكتواري الذي تعينه شركة التأمين للقيام بالمسؤوليات المنصوص عليها في ضوابط الأعمال الاكتوارية المتعلقة بالتأمين الصادرة عن البنك المركزي السعودي

المخاطر الائتمانية

هي المخاطر الناشئة عن احتمال عدم قدرة شركة التأمين على تعويض المؤمن لهم بشكل كلي أو جزئي، أو عدم قدرتها على تعويضهم في الموعد المناسب.

مخاطر السوق

وهي الخسائر الناتجة عن المخاطر المتعلقة بالإيرادات نتيجة التغيرات في أسعار الفائدة والتقلبات في أسعار الصرف وأسعار الأوراق المالية وأسعار السلع

مخاطر التشغيل

وهي الخسائر الناتجة عن المخاطر التي تنشأ عن عدم كفاءة الأفراد (مثل المكتتبين، وخبراء تسوية الخسائر، وخبراء المعاينة وغيرهم)

مبدأ التعويض

مبدأ التعويض يعني بإعادة المؤمن له إلى نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق الخطر المغطى، بحيث يكون التعويض بحد أقصى مبلغ التأمين، في حالة كان المؤمن له غطى الأشياء المعرضة للخطر بكامل قيمتها عند إبرام عقد التأمين

مبدأ المشاركة

يقصد بمبدأ المشاركة في التأمين، تقسيم الخسارة عند تحقق الخطر المؤمن منه على جميع شركات التأمين المشتركين في تغطية الخطر

مبدأ الحلول في الحقوق

يقصد بهذا المبدأ حلول المؤمن (شركة التأمين)، محل المؤمن له، في حق الرجوع على الغير الذي تسبب في الضرر بإهماله أو تعمده وقوع الخطر، وبمقتضى هذا المبدأ فإن شركة التأمين تستطيع أن تحل محل المؤمن له في كافة الحقوق والدعاوى التي تكون للمؤمن له تجاه من تسبب في الضرر والذي ترتب عليه التزام شركة التأمين بأداء التعويض للمؤمن له.

التأمين فوق الكفاية

مبلغ التأمين يزيد عن قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الخسارة، وتحدث هذه الحالة إما لاعتقاد المؤمن له بأنه سوف يحصل على مبلغ التأمين كاملاً في حالة تحقق الخسارة أو لسوء تقديره لقيمة الشيء موضوع التأمين أو لأنه أراد أن يأخذ في اعتباره ارتفاع الأسعار خوفاً من أن يكون مبلغ التأمين غير كافياً وقت حدوث الخسارة

التأمين دون الكفاية

مبلغ التأمين أقل من قيمة الشيء موضوع التأمين وقت حدوث الحادث. وتحدث هذه الحالة إما بتعمد من المؤمن له من خلال تخفيض مبلغ التأمين حتى يدفع قسط تأمين أقل من اللازم أو بسبب ارتفاع قيم الممتلكات بشكل مفاجئ حيث أصبح مبلغ التأمين غير كافي بالرغم من كفايته وقت التعاقد ولكن العبء بقيمة الممتلكات وقت حدوث الحادث

الاحتياال

الاحتياال في شركات التأمين هو القيام بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتياال أو لصالح أطراف أخرى

الأسئلة متعددة الاختيارات:

وضعت الأسئلة لتعطي الطلاب لمحة عن نموذج أسئلة الاختبار. لكن يرجى أخذ العلم أن هذه ليست أسئلة الاختبار الفعلي المعتمد لشهادة

« مطالبات التأمين »:

يرجى اختيار إجابة واحدة عن كل سؤال. ثم التأكد من الإجابات في نهاية هذا القسم.

١. يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات:

أ. ٩٠ يوم.

ب. ٦٠ يوم.

ج. ١٥ يوم.

د. ١٢٠ يوم.

٢. يجوز تمديد مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات، مع اشعار المراقب النظامي بذلك:

أ. ٩٠ يوم.

ب. ٦٠ يوم.

ج. ١٢٠ يوم.

د. ١٥ يوم.

٣. يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الشركات بعد استلام جميع المستندات اللازمة للمطالبة، وتقرير مقدر الخسائر:

أ. ٤٥ يوم.

ب. ٦٠ يوم.

ج. ١٢٠ يوم.

د. ١٥ يوم.

٤. لتسهيل اجراءات تسوية المطالبات في تأمين المركبات، تم انشاء:

أ. شركات إدارة المطالبات TPA

ب. شركة نجم

ج. شركات إعادة التأمين

د. شركات الخبرة الاكتوارية

٥. لتسهيل اجراءات تسوية المطالبات في التأمين الطبي، تم انشاء.

أ. شركات إدارة المطالبات TPA

ب. شركة نجم

ج. شركات إعادة التأمين

د. شركات الخبرة الاكتوارية

٦. تلتزم شركات التأمين بتسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد خلال مدة لا تتجاوز (٥) خمسة أيام عمل من تاريخ

استلام المطالبة مكتملة المستندات، إذا كانت قيمة المطالبة لا تتجاوز:

أ. ٩٠٠٠ ريال

ب. ١٠٠٠٠ ريال

ج. ٢٠٠٠ ريال

د. ٥٠٠٠ ريال

٧. تلتزم شركات التأمين بتسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد التي لا تتجاوز قيمتها مبلغ (٢٠٠٠) ألفي ريال خلال مدة لا تتجاوز:

أ. خمسة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.

ب. عشرة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.

ج. خمسة عشرة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.

د. عشرون يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.

٨. صافي الأقساط المكتسبة، عبارة عن:

أ. صافي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط المكتسبة

ب. إجمالي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط المكتسبة

ج. صافي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة

د. إجمالي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة

٩. صافي المطالبات المتكيدة عبارة عن:

أ. صافي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط المكتسبة

ب. صافي المطالبات المدفوعة مضاف إليها التغير في المطالبات تحت التسوية واحتياطي المطالبات التي وقعت ولم يبلغ عنها.

ج. إجمالي المطالبات المدفوعة مضاف إليها التغير في المطالبات تحت التسوية واحتياطي المطالبات التي وقعت ولم يبلغ عنها.

د. إجمالي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة

١٠. تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. الإصابات المتعمدة.

ب. العلاجات التجميلية أو عمليات التجميل غير الإلزامية طبياً.

ج. جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة

د. أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد

١١. تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. الإصابات المتعمدة.

ب. العلاجات التجميلية أو عمليات التجميل غير الإلزامية طبياً.

ج. معالجة أمراض الأسنان واللثة.

د. أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد

١٢. تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى.

ب. العلاجات التجميلية أو عمليات التجميل غير الإلزامية طبياً.

ج. الإصابات المتعمّدة.

د. أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد

١٣. تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد.

ب. العلاجات التجميلية أو عمليات التجميل غير الإلزامية طبياً.

ج. الإصابات المتعمّدة.

د. أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد

١٤. لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف العمليات الجراحية.

ب. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى

ج. الإصابات المتعمّدة.

د. معالجة أمراض الأسنان واللثة

١٥. لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف العمليات الجراحية.

ب. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى

ج. أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد

د. معالجة أمراض الأسنان واللثة

١٦. لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف العمليات الجراحية.

ب. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى

ج. علاج حب الشباب أو أي علاج يتعلق بالسمنة أو زيادة الوزن

د. معالجة أمراض الأسنان واللثة

١٧. لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن:

أ. جميع مصاريف العمليات الجراحية.

ب. جميع مصاريف التنويم بالمستشفى

ج. تكاليف الطب البديل والعلاجات والأدوية المرتبطة به

د. معالجة أمراض الأسنان واللثة

١٨. لا تغطي وثيقة التأمين الشامل للمركبات، المطالبات الناشئة عن:

أ. سرقة المركبة

ب. حوادث التصادم

ج. تجاوز إشارة المرور الحمراء أو السير على عكس الطريق

د. المسؤولية المدنية تجاه الغير

١٩. لا تغطي وثيقة التأمين الشامل للمركبات، المطالبات الناشئة عن:

أ. سرقة المركبة

ب. حوادث التصادم

ج. المسؤولية المدنية تجاه الغير

د. التفحيط

٢٠. لا تغطي وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات، المطالبات الناشئة عن:

أ. الأضرار الجسدية للطرف الثالث

ب. الأضرار المادية لممتلكات الطرف الثالث

ج. الأضرار المادية التي تلحق بالطرف الثالث إذا كان الخطأ من جانب قائد المركبة المؤمن عليها.

د. وقوع الحادث عمداً

٢١. لا تغطي وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات، المطالبات الناشئة عن:

أ. الأضرار الجسدية للطرف الثالث

ب. الأضرار المادية لممتلكات الطرف الثالث

ج. الأضرار المادية التي تلحق بالطرف الثالث إذا كان الخطأ من جانب قائد المركبة المؤمن عليها.

د. الأضرار المترتبة على خطر الوفاة أو الإصابة الجسدية للمؤمن له أو السائق.

٢٢. الممتلكات غير السكنية التي تقل مبالغ التأمين عليها عن مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل، يساوي:

أ. ٥٪

ب. ٢,٥٪

ج. ٧٪

د. ٩٪

٢٣. جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٤٠ مليون ريال، ويقل عن أو يساوي ١٠٠ مليون ريال، يجب أن يكون

الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة، وبما لا يقل عن:

أ. ١٠٠ ألف ريال

ب. ٥٠ ألف ريال

ج. ٢٥ ألف ريال

د. ١٥ ألف ريال

٢٤. يجب أن لا يتجاوز الحد الأقصى للتحمل، في جميع مخاطر المركبات / الهندسي، عن:

أ. ٥٪

ب. ٢,٥٪

ج. ٧٪

د. ٩٪

٢٥. لا يحق لوسطاء ووكلاء التأمين:

أ. تقديم الإرشاد الكافي للعملاء

- ب. إخطار العملاء بأي تطور بشأن المطالبة
- ج. تقديم نماذج المطالبة.
- د. الموافقة على المطالبات وتسوية المطالبات.
٢٦. يعد أحد المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار:
- أ. مخصص الأقساط غير المكتسبة
- ب. مخصص التقلبات العكسية
- ج. الاحتياطي الحسابي
- د. مخصص الديون المشكوك فيها.
٢٧. القيمة المتراكمة بين الأقساط السنوية المتساوية والأقساط الطبيعية مضافاً إليها عائد استثمارها في نهاية سنة معينة، يسمى:
- أ. مخصص الأقساط غير المكتسبة
- ب. مخصص التقلبات العكسية
- ج. الاحتياطي الحسابي
- د. مخصص الديون المشكوك فيها.
٢٨. يعد حق من حقوق المساهمين:
- أ. الاحتياطي
- ب. مخصص تعويضات تحت التسوية
- ج. مخصص الأقساط غير المكتسبة
- د. مخصص حوادث لم يتم الإبلاغ عنها.
٢٩. يعد حق من حقوق حملة الوثائق:
- أ. الاحتياطي
- ب. الأرباح المحتجزة
- ج. مخصص الأقساط غير المكتسبة
- د. مخصص الديون المشكوك فيها.
٣٠. هو تكلفة الحصول على الإيراد، ويعتبر التزاماً على شركة التأمين لحملة الوثائق:
- أ. الاحتياطي
- ب. الأرباح المحتجزة
- ج. مخصص الأقساط غير المكتسبة
- د. مخصص الديون المشكوك فيها.
٣١. لا يعد ضمن مميزات تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين:
- أ. تحسين القدرة الاكتتابية لشركات التأمين
- ب. خفض الطاقة الاستيعابية لشركات التأمين
- ج. دعم هامش الملاءة المالية بشركات التأمين
- د. زيادة الثقة في عمل واداء شركات التأمين.

٣٢. لا يعد ضمن مميزات تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين:

- أ. تحسين القدرة الاكتتابية لشركات التأمين
 - ب. زيادة الطاقة الاستيعابية لشركات التأمين
 - ج. دعم هامش الملاءة المالية بشركات التأمين
 - د. المبالغة في تسعير الأخطار التي تغطيها شركات التأمين.
٣٣. الاحتياطي الحسابي يعد أحد أنواع المخصصات في:

- أ. تأمينات الحماية والادخار
- ب. تأمينات الممتلكات
- ج. التأمين الصحي
- د. تأمين المركبات.

٣٤. لا يعد أحد أنواع المخصصات الفنية في التأمينات العامة:

أ. الاحتياطي الحسابي

ب. مخصص الأقساط غير المكتسبة

ج. مخصص التعويضات تحت التسوية عن الحوادث التي تم الإبلاغ عنها

د. مخصص التعويضات عن الخسائر التي وقعت ولم يبلغ عنها حتى تاريخ إقفال الحسابات الختامية.

٣٥. طريقة يتم بموجبها تكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة لكل عقد على حده حيث يحدد تاريخ التعاقد وتاريخ انتهاء الوثيقة. ثم يقسم

القسط إلى قسمين بنسبة المدة الباقية على نهاية السنة المالية إلى المدة التي تقع في السنة المالية التالية:

أ. الطريقة النصف السنوية

ب. الطريقة الأربعة والعشرينية

ج. الطريقة الانفرادية

د. طريقة الإثني عشرية.

٣٦. طريقة يتم بموجبها تكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة لجميع عقود التأمين بنسبة ٥٠٪ من مجموع صافي الأقساط:

أ. الطريقة النصف السنوية

ب. الطريقة الأربعة والعشرينية

ج. الطريقة الانفرادية

د. طريقة الإثني عشرية.

٣٧. طريقة بموجبها، يفترض أن العقود تمت في أول الشهر أو في آخر الشهر في كل سنة، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود

السنوية وتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة:

أ. الطريقة النصف السنوية

ب. الطريقة الأربعة والعشرينية

ج. الطريقة الانفرادية

د. طريقة الإثني عشرية.

٣٨. طريقة بموجها، يفترض أن العقود تمت في منتصف كل شهر، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود السنوية، وتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة:
- أ. الطريقة النصف السنوية
 - ب. الطريقة الأربعة والعشرينية
 - ج. الطريقة الانفرادية
 - د. طريقة الإثني عشرية.
٣٩. طريقة بموجها، يتم تقسيم السنة إلى أربعة فترات، كل فترة تضم ثلاثة شهور، ويفترض أن التعاقد يتم في منتصف كل فترة، لتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة:
- أ. الطريقة النصف السنوية
 - ب. طريقة الثمانية
 - ج. الطريقة الانفرادية
 - د. طريقة الإثني عشرية.
٤٠. الشخص الذي يقوم بتطبيق نظرية الاحتمالات والاحصاءات، التي بموجها يتم تسعيرالمنتجات التأمينية، كما يقوم بتقدير الالتزامات وتكوين المخصصات في شركة التأمين:
- أ. المؤمن له.
 - ب. وسيط التأمين
 - ج. وكيل التأمين
 - د. الاكتواري
٤١. يقوم بإجراء اختبار ربحية مدى كفاية أسعار أقساط التأمين عند تقديم منتجات تأمينية جديدة، وعند مراجعة أسعار التأمين:
- أ. المؤمن له.
 - ب. وسيط التأمين
 - ج. وكيل التأمين
 - د. الاكتواري
٤٢. يعد تقارير عن كفاية التسعير بشكل دوري لمقارنة أسعار البيع الفعلية للمنتجات التأمينية الخاصة بشركة التأمين
- أ. المؤمن له.
 - ب. وسيط التأمين
 - ج. وكيل التأمين
 - د. الاكتواري
٤٣. يقوم بإجراء تحليل للاحتياطيات الفعلية مقابل الاحتياطيات المتوقعة عن طريق مقارنة الخبرة الفعلية بالتقديرات السابقة للمطالبات ذات العلاقة والالتزامات الأخرى.
- أ. المؤمن له.
 - ب. وسيط التأمين
 - ج. وكيل التأمين

د. الاكتواري

٤٤. قدرة شركة التأمين على الوفاء بالتزاماتها تجاه حملة الوثائق، وبشكل دائم من مواردها الخاصة، لدفع الالتزامات الناشئة عن أعمال

التأمين أو إعادة التأمين، يمثل مفهوم:

أ. للملاءة المالية.

ب. للإكتتاب في الأخطار القابلة للتأمين

ج. لإعادة التأمين

د. لدرجة الخطر

٤٥. امتلاك شركة التأمين موجودات كافية للوفاء بجميع الالتزامات، يمثل مفهوم:

أ. للملاءة المالية.

ب. للإكتتاب في الأخطار القابلة للتأمين

ج. لإعادة التأمين

د. لدرجة الخطر

٤٦. مخصص الأخطار غير المكتسبة بالطريقة الفردية، لوثيقة تأمين حريق قسطها السنوي الصافي ٥٩٨٠٠ ريال، تم إبرامها بتاريخ ١ أبريل

من السنة الحالية، حيث ينتهي سريانها في ٣١ مارس من السنة التالية، علماً بأن الحسابات الختامية للسنة المالية تنتهي في ٣١ ديسمبر من

كل عام، يساوي:

أ. ٤٤٨٥٠ ريال

ب. ٥٩٠٠٠ ريال

ج. ١٤٩٥٠ ريال

د. ٢٩٩٠٠ ريال

٤٧. إجمالي مخصص الأخطار السارية، لمجموعة وثائق تأمين حريق، بلغ إجمالي الأقساط الصافية لها ٣٦,٩٠٠,٠٠٠ ريال، بالطريقة النصف

سنوية، يساوي:

أ. ٤٤٤٤٨٥٠ ريال

ب. ٥٩٠٠٠٠٠ ريال

ج. ١٤٤,٤٩,٥٠ ريال

د. ١٨,٤٥٠,٠٠٠ ريال

٤٨. مخصص الأخطار غير المكتسبة بالطريقة الفردية، لوثيقة تأمين حريق قسطها السنوي الصافي ١١٤٣٠٠ ريال، تم إبرامها بتاريخ ١

نوفمبر من السنة الحالية، حيث ينتهي سريانها في ٣١ أكتوبر من السنة التالية، علماً بأن الحسابات الختامية للسنة المالية تنتهي في ٣١

ديسمبر من كل عام، يساوي:

أ. ٤٤٨٥٠ ريال

ب. ٩٥٢٥٠ ريال

ج. ١٤٩٥٠ ريال

د. ٢٩٩٠٠ ريال

٤٩. إجمالي مخصص الأخطار السارية، لمجموعة وثائق تأمين حريق، بلغ إجمالي الأقساط الصافية لها ٣,١٥٠,٦٠٠ ريال، بالطريقة النصف سنوية، يساوي:

أ. ٤٤٤٨٥٠ ريال

ب. ٥٩٠٠٠٠ ريال

ج. ١٥٧٥٣٠٠ ريال

د. ١,٤٥٠,٠٠٠ ريال

٥٠. مخصص الأخطار غير المكتسبة بالطريقة الفردية، لوثيقة تأمين حريق قسطها السنوي الصافي ١١٤٣٠٠ ريال، تم ابرامها بتاريخ ١ يناير من السنة الحالية، حيث ينتهي سريانها في ٣١ ديسمبر من نفس السنة، علماً بأن الحسابات الختامية للسنة المالية تنتهي في ٣١ ديسمبر من كل عام، يساوي:

أ. ٤٤٨٥٠ ريال

ب. ٩٥٢٥٠ ريال

ج. صفر ريال

د. ٢٩٩٠٠ ريال

٥١. مبدأ من المبادئ العامة، يخضع له عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد قانوني مدني:

أ. مبدأ منتهى حسن النية

ب. مبدأ المصلحة التأمينية

ج. الإيجاب والقبول

د. مبدأ السبب القريب

٥٢. مبدأ من المبادئ العامة، يخضع له عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد قانوني مدني:

أ. مبدأ الأهلية

ب. مبدأ المصلحة التأمينية

ج. مبدأ المشاركة

د. مبدأ السبب القريب

٥٣. مبدأ من المبادئ العامة، يخضع له عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد قانوني مدني:

أ. مبدأ العوض المالي

ب. مبدأ المصلحة التأمينية

ج. مبدأ المشاركة

د. مبدأ السبب القريب

٥٤. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له جميع عقود التأمين:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المصلحة التأمينية

ج. مبدأ المشاركة

د. مبدأ الحلول في الحقوق

٥٥. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له جميع عقود التأمين:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المشاركة

ج. مبدأ منتهى حسن النية

د. مبدأ الحلول في الحقوق

٥٦. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له جميع عقود التأمين:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المشاركة

ج. مبدأ الحلول في الحقوق

د. مبدأ السبب القريب

٥٧. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ منتهى حسن النية

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ السبب القريب

٥٨. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي:

أ. مبدأ الحلول في الحقوق

ب. مبدأ منتهى حسن النية

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ السبب القريب

٥٩. مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي:

أ. مبدأ منتهى حسن النية

ب. مبدأ المشاركة في التأمين

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ السبب القريب

٦٠. مبدأ من المبادئ القانونية، بمقتضاه لا يستطيع المؤمن له تحقيق ربح أو ثراء:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ منتهى حسن النية

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ السبب القريب

٦١. مبدأ من المبادئ القانونية يهدف إلى وضع المؤمن له بعد تحقق الخطر المؤمن منه في نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق هذا

الخطر، باستثناء حالة واحدة وهي قيام المؤمن له بالتأمين على ممتلكاته تأميناً أقل من القيمة الفعلية:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المصلحة التأمينية

ج. مبدأ الحلول في الحقوق

د. مبدأ السبب القريب

٦٢. مبدأ من المبادئ القانونية في التأمين يقصد به، تقسيم الخسارة عند تحقق الخطر المؤمن منه على جميع شركات التأمين المشتركين في

تغطية الخطر

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المشاركة في التأمين

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ السبب القريب

٦٣. مبدأ من المبادئ القانونية في التأمين، بمقتضاه تحل شركة التأمين محل المؤمن له في كافة الحقوق والدعاوى تجاه من تسبب في الضرر

والذى ترتب عليه التزام شركة التأمين بأداء التعويض:

أ. مبدأ التعويض

ب. مبدأ المشاركة في التأمين

ج. مبدأ المصلحة التأمينية

د. مبدأ الحلول في الحقوق

٦٤. في حالة التأمين الكافي، والتغطية التأمينية سارية، فإن:

أ. التعويض أكبر من مبلغ الخسارة

ب. التعويض أقل من مبلغ الخسارة

ج. التعويض يساوي مبلغ الخسارة

د. المؤمن له لا يستحق المؤمن له أي تعويض

٦٥. في حالة التأمين فوق الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، فإن:

أ. التعويض أكبر من مبلغ الخسارة

ب. التعويض أقل من مبلغ الخسارة

ج. التعويض يساوي مبلغ الخسارة

د. المؤمن له لا يستحق المؤمن له أي تعويض

٦٦. في حالة التأمين دون الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، ولا تخضع لشرط النسبية، فإن:

أ. التعويض أكبر من مبلغ الخسارة

ب. التعويض يكون بحد أقصى مبلغ التأمين

ج. التعويض أكبر من مبلغ التأمين

د. لا يستحق المؤمن له أي تعويض

٦٧. في حالة التأمين دون الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، وتخضع لشرط النسبية، فإن:

أ. التعويض أكبر من مبلغ الخسارة

ب. التعويض يكون بنسبة مبلغ التأمين إلى قيمة الشيء موضوع التأمين وبحد أقصى مبلغ التأمين

ج. التعويض أكبر من مبلغ التأمين

د. لا يستحق المؤمن له أي تعويض

٦٨. بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض شخصية لمدة أكثر من خمسة سنوات، بمقدار:

أ. ٢٠٪

ب. ٢٥٪

ج. ٣٠٪

د. ٣٥٪

٦٩. بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض شخصية لمدة أربعة سنوات، بمقدار:

أ. ٢٠٪

ب. ٢٥٪

ج. ٣٠٪

د. ٣٥٪

٧٠. بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض تجارية لمدة أربعة سنوات، بمقدار:

أ. ٢٠٪

ب. ٢٥٪

ج. ٣٠٪

د. ٣٥٪

٧١. بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض تجارية لمدة ثمانية شهور، بمقدار:

أ. ٢٠٪

ب. ٢٥٪

ج. ٣٠٪

د. ١٠٪

٧٢. المبلغ الذي سيقوم المؤمن له بتحملة عند التقدم بمطالبة تأمين، جراء وقوع حادث تصادم:

أ. مبلغ التأمين

ب. مبلغ التحمل أو الاقتطاع

ج. عمولة التأمين

د. عمولة إعادة التأمين

٧٣. نسبة التحمل في التأمين الطبي، تتراوح بين:

أ. صفر٪ إلى ٢٠٪

ب. صفر٪ الى ٤٠٪.

ج. ٢٥٪ إلى ٣٠٪.

د. ٣٠٪ الى ٣٥٪.

٧٤. إذا كانت تكلفة الأضرار للمركبة المؤمن عليها ٧٠٠٠ ريال، وكان مبلغ التحمل ٢٠٠٠ ريال، فإن المؤمن سيتحمل:

أ. ٧٠٠٠ ريال

ب. ٢٠٠٠ ريال

ج. ٥٠٠٠ ريال

د. صفر ريال

٧٥. إذا كانت تكلفة الأضرار للمركبة المؤمن عليها ١٥٠٠ ريال، وكان مبلغ التحمل ٢٠٠٠ ريال، فإن المؤمن سيتحمل:

أ. ١٥٠٠ ريال

ب. ٢٠٠٠ ريال

ج. ٥٠٠ ريال

د. صفر ريال

٧٦. القيام بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب الجريمة أو لصالح

أطراف أخرى، يعد جريمة:

أ. سرقة.

ب. غسل أموال.

ج. احتيال على شركات التأمين.

د. تمويل الارهاب.

٧٧. الاحتيال الذي يرتكبه موظف في شركة التأمين، يعد:

أ. احتيال ممارس من وسطاء التأمين.

ب. احتيال داخلي.

ج. احتيال ممارس من قبل المؤمن لهم.

د. احتيال ممارس من وكلاء التأمين.

٧٨. الاحتيال الذي يتم ارتكابه في شراء أو تنفيذ منتج من منتجات التأمين للحصول على تغطية أو دفعة غير مشروعة، يعد:

أ. احتيال ممارس من وسطاء التأمين.

ب. احتيال داخلي.

ج. احتيال ممارس من قبل المؤمن لهم.

د. احتيال ممارس من وكلاء التأمين.

٧٩. الاحتيال الاحتيال الذي يرتكبه وكلاء ووسطاء التأمين ضد شركات التأمين أو المؤمن لهم، يعد:

أ. الاحتيال الممارس من قبل شركات المهن الحرة.

ب. احتيال داخلي.

ج. احتيال ممارس من قبل المؤمن لهم.

د. احتيالي ممارس من الخبير الاكتواري.

٨٠. البحث والتدقيق قبل توظيف الموظفين الدائمين أو المؤقتين في شركة التأمين، يعد اجراء للحد من:

أ. الاحتياالي الممارس من وسطاء التأمين.

ب. الاحتياالي داخلي.

ج. الاحتياالي الممارس من قبل المؤمن لهم.

د. الاحتياالي الممارس من وكلاء التأمين.

٨١. ارسال وثائق التأمين ووثائق التجديد مباشرة إلى المؤمن لهم، يعد اجراء للحد من:

أ. الاحتياالي الممارس من جانب أصحاب المهن الحرة.

ب. الاحتياالي داخلي.

ج. الاحتياالي الممارس من قبل المؤمن لهم.

د. الاحتياالي الممارس المكتتب بشركة التأمين.

٨٢. تحديد إجراءات واضحة وشاملة لتقييم المطالبات، يعد اجراء للحد من:

أ. الاحتياالي الممارس من وسطاء التأمين.

ب. الاحتياالي داخلي.

ج. الاحتياالي الممارس من قبل المؤمن لهم.

د. الاحتياالي الممارس من وكلاء التأمين.

٨٣. التحقق من مدى التزام شركة التأمين بسياسات مكافحة الاحتياالي، يعد من مسؤولية:

أ. مراجع الحسابات الخارجي.

ب. مجلس إدارة شركة التأمين.

ج. منسوبو شركة التأمين.

د. إدارة المراجعة الداخلية في شركة التأمين.

٨٤. اعتماد استراتيجية وسياسات مكافحة الاحتياالي، يعد من مسؤولية:

أ. مراجع الحسابات الخارجي.

ب. مجلس إدارة شركة التأمين.

ج. المكتتبين في شركات التأمين.

د. إدارة المراجعة الداخلية في شركة التأمين.

٨٥. إجراء عملية تقييم منتظمة للتحقق من مدى فعالية السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة الاحتياالي والتأكد من الالتزام بتطبيقها،

يعد من مسؤولية:

أ. مراجع الحسابات الخارجي.

ب. مجلس إدارة شركة التأمين.

ج. المكتتبين في شركات التأمين.

د. إدارة المراجعة الداخلية في شركة التأمين.

٨٦. توفير الموارد الضرورية لتطبيق استراتيجية وسياسات مكافحة الاحتياالي يعد من مسؤولية:

- أ. مراجع الحسابات الخارجي.
- ب. مجلس إدارة شركة التأمين.
- ج. المكتبتين في شركات التأمين.
- د. إدارة المراجعة الداخلية في شركة التأمين.
٨٧. تلجأ شركات التأمين لزيادة اسعار تغطية الأخطار، بسبب:
- أ. إعادة التأمين.
- ب. الاحتيال.
- ج. استثمار مخصصات التأمين.
- د. الاكتتاب في التأمين.
٨٨. تتحمل شركات التأمين خسائر مالية ضخمة، نتيجة سداد تعويضات عن اخطار غير محققة وحوادث لم تقع من الاساس، بسبب:
- أ. إعادة التأمين.
- ب. الاحتيال.
- ج. استثمار مخصصات التأمين.
- د. الاكتتاب في التأمين.
٨٩. تستعين شركات التأمين بخبراء في البحث والتحري للتأكد من وقوع الخطر ومن ثم زيادة الاعباء المالية، بسبب:
- أ. إعادة التأمين.
- ب. الاحتيال.
- ج. استثمار مخصصات التأمين.
- د. الاكتتاب في التأمين.
٩٠. من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي:
- أ. انخفاض أسعار اتفاقيات إعادة التأمين.
- ب. تنمية الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين.
- ج. زيادة الثقة في سوق التأمين.
- د. ارتفاع حدود التحمل
٩١. من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي:
- أ. زيادة أسعار اتفاقيات إعادة التأمين.
- ب. تنمية الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين.
- ج. زيادة الثقة في سوق التأمين.
- د. انخفاض حدود التحمل
٩٢. من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي:
- أ. انخفاض أسعار اتفاقيات إعادة التأمين.
- ب. تقليص الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين.

- ج. زيادة الثقة في سوق التأمين.
- د. انخفاض حدود التحمل
٩٣. من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي:
- أ. انخفاض أسعار اتفاقيات إعادة التأمين.
- ب. تنمية الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين.
- ج. انخفاض الثقة في سوق التأمين.
- د. انخفاض حدود التحمل
٩٤. اجراء تتخذه شركة التأمين ضد طالب المطالبة الاحتمالية:
- أ. ادراج اسم المحتالين في قائمة سوداء.
- ب. قبول المطالبة.
- ج. منحه خصما عند تجديد الوثيقة.
- د. خفض حدود التحمل عند تجديد الوثيقة
٩٥. اجراء تتخذه شركة التأمين ضد طالب المطالبة الاحتمالية:
- أ. إلغاء وثيقة التأمين ووقف التغطية التأمينية.
- ب. قبول المطالبة.
- ج. منحه خصما عند تجديد الوثيقة.
- د. خفض حدود التحمل عند تجديد الوثيقة
٩٦. من الآثار السلبية للاحتيال في تأمين المركبات:
- أ. ارتفاع أقساط التأمين على المركبة لمواجهة الانخفاض في معدلات الخسارة.
- ب. ارتفاع أقساط التأمين على المركبة لمواجهة الزيادة في معدلات الخسارة.
- ج. انخفاض أقساط التأمين على المركبة لمواجهة الزيادة في معدلات الخسارة.
- د. انخفاض أقساط التأمين على المركبة لمواجهة الانخفاض في معدلات الخسارة
٩٧. رفع مطالبات لشركة التأمين بخدمات طبية لم تقدم للمؤمن له، يعد احتيال من جانب:
- أ. معيد التأمين.
- ب. المؤمن له.
- ج. مقدم الخدمة الطبية.
- د. مكتب التأمين
٩٨. عدم الافصاح عن التاريخ المرضي، يعد احتيال من جانب:
- أ. معيد التأمين.
- ب. المؤمن له.
- ج. مقدم الخدمة الطبية.
- د. مكتب التأمين
٩٩. تنويم المريض مع عدم حاجته لذلك ودون مبرر طبي، يعد احتيال من جانب:

- أ. معيد التأمين.
 - ب. الخبير الاكتواري.
 - ج. مقدم الخدمة الطبية.
 - د. مكتب التأمين
١٠٠. يعد إجراء يساهم في مكافحة الاحتيال:
- أ. خفض حدود التحمل.
 - ب. تجديد وثيقة التأمين.
 - ج. إعادة التأمين.
 - د. التعامل مع عملية الاحتيال كحالة جنائية

إجابات الأسئلة:

- ١- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة خمسة عشر يوماً من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات، ويجوز تمديد المدة خمسة عشر يوماً أخرى مع اشعار المراقب النظامي بذلك.
- ٢- الإجابة: د المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الأفراد المغطاة خمسة عشر يوماً من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات، ويجوز تمديد المدة خمسة عشر يوماً أخرى مع اشعار المراقب النظامي بذلك.
- ٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
يجب ألا تتجاوز مدة تسوية مطالبات الشركات خمسة وأربعين يوماً بعد استلام جميع المستندات اللازمة وتقرير مقدر الخسائر.
- ٤- الإجابة: ب المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
تم إنشاء شركة نجم للمساهمة في إدارة وتسهيل اجراءات تسوية المطالبات في تأمين المركبات، كذلك انشاء شركات لإدارة مطالبات التأمين الصحي
- ٥- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
تم إنشاء شركة نجم للمساهمة في إدارة وتسهيل اجراءات تسوية المطالبات في تأمين المركبات، كذلك انشاء شركات لإدارة مطالبات التأمين الصحي.
- ٦- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
تلتزم بمقتضاها شركات التأمين بتسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد التي لا تتجاوز قيمتها مبلغ (٢٠٠٠) ألفي ريال خلال مدة لا تتجاوز (٥) خمسة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.
- ٧- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
تلتزم بمقتضاها شركات التأمين بتسوية المطالبات التأمينية لمركبات الطرف الثالث للأفراد التي لا تتجاوز قيمتها مبلغ (٢٠٠٠) ألفي ريال خلال مدة لا تتجاوز (٥) خمسة أيام عمل من تاريخ استلام المطالبة مكتملة المستندات.
- ٨- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
صافي الأقساط المكتسبة تساوي صافي الأقساط المكتتبه مطروحا منها التغير في احتياطي الأقساط غير المكتسبة.
- ٩- الإجابة: ب المرجع: الفصل ١ القسم ٢-١-١
صافي المطالبات المتكبدة عبارة عن صافي المطالبات المدفوعة مضاف إليها التغير في المطالبات تحت التسوية واحتياطي المطالبات التي وقعت ولم يبلغ عنها.
- ١٠- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ٣-١-١
تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن جميع مصاريف الكشف الطبي والتشخيص والعلاج والأدوية، وفقاً لجدول الوثيقة.
- ١١- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ٣-١-١
تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن مصاريف معالجة أمراض الأسنان واللثة، وفقاً لجدول الوثيقة.
- ١٢- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ٣-١-١
تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة عن مصاريف جميع مصاريف التنويم بالمستشفى.

- ١٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ١-٣-١
- تغطي وثيقة التأمين الصحي، المطالبات الناشئة من مصاريف العمليات الجراحية وجراحة أو معالجة اليوم الواحد.
- ١٤- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-١
- لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، الإصابات المتعمدة.
- ١٥- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-١
- لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، أي إصابة أو مرض مرتبط بشكل مباشر بمهنة المستفيد.
- ١٦- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-١
- لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، علاج حب الشباب أو أي علاج يتعلق بالسمنة أو زيادة الوزن.
- ١٧- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-١
- لا تغطي وثيقة التأمين الصحي، تكاليف الطب البديل والعلاجات والأدوية المرتبطة به.
- ١٨- الإجابة: ج المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-٢
- لا تغطي وثيقة التأمين الشامل للمركبات، المطالبات الناشئة عن تجاوز إشارة المرور الحمراء أو السير على عكس الطريق.
- ١٩- الإجابة: د المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-٢
- لا تغطي وثيقة التأمين الشامل للمركبات، المطالبات الناشئة عن استخدام المركبة في التفحيط.
- ٢٠- الإجابة: د المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-٣
- لا تغطي وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات، المطالبات الناشئة عن الحوادث العمدية.
- ٢١- الإجابة: د المرجع: الفصل ١ القسم ١-٤-٣
- لا تغطي وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات، المطالبات الناشئة عن أضرار الوفاة أو الإصابة الجسدية للمؤمن له أو السائق.
- ٢٢- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ١-١-٢
- الممتلكات غير السكنية التي تقل مبالغ التأمين عليها عن مليون ريال، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل عن ٥٪.
- ٢٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ١ القسم ١-١-٢
- جميع مخاطر الحريق / الممتلكات التي يزيد مبلغ التأمين فيها عن ٤٠ مليون ريال ، ويقل عن أو يساوي ١٠٠ مليون ريال ، يجب أن يكون الحد الأدنى للتحمل ٥٪ من قيم المطالبات المحققة ، وبما لا يقل عن ١٠٠ الف ريال
- ٢٤- الإجابة: ب المرجع: الفصل ١ القسم ١-١-٢
- يجب أن لا يتجاوز الحد الأقصى للتحمل، في جميع مخاطر المركبات/ الهندسي، عن ٢,٥٪.
- ٢٥- الإجابة: د المرجع: الفصل ١ القسم ١-٥
- لا يحق للوسطاء والوكلاء الموافقة على المطالبات وتسوية المطالبات.
- ٢٦- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-١
- الاحتياطي الحسابي يعد أحد المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار.
- ٢٧- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-١
- الاحتياطي الحسابي هو «القيمة المتراكمة بين الأقساط السنوية المتساوية والأقساط الطبيعية مضافاً إليها عائد استثمارها في نهاية سنة معينة».
- ٢٨- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٣

- الاحتياطي هو حق من حقوق المساهمين يحق لهم المطالبة به إذا زاد عن الحد القانوني.
- ٢٩- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٣-٢
- المخصص يعتبر التزاماً على شركة التأمين لحملة الوثائق
- ٣٠- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٣-٢
- المخصص هو تكلفة الحصول على الإيراد، ويعتبر التزاماً على شركة التأمين لحملة الوثائق.
- ٣١- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٢
- يعد ضمن مميزات تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين زيادة الطاقة الاستيعابية لشركات التأمين
- ٣٢- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ٤-٢
- يعد ضمن مميزات تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين عدم المبالغة في تسعير الأخطار التي تغطيها شركات التأمين
- ٣٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٢
- يعد ضمن مميزات تكوين المخصصات الفنية في شركات التأمين عدم المبالغة في تسعير الأخطار التي تغطيها شركات التأمين
- ٣٤- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٢
- الاحتياطي الحسابي لا يعد أحد أنواع المخصصات الفنية في التأمينات العامة
- ٣٥- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤
- الطريقة الانفرادية، يتم بموجبها تكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة، لكل عقد على حده حيث يحدد تاريخ التعاقد وتاريخ انتهاء الوثيقة. ثم يقسم القسط إلى قسمين بنسبة المدة الباقية على نهاية السنة المالية إلى المدة التي تقع في السنة المالية التالية.
- ٣٦- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤
- الطريقة النصف السنوية، يتم بموجبها تكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة لجميع عقود التأمين بنسبة ٥٠٪ من مجموع صافي الأقساط
- ٣٧- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤
- طريقة الإثني عشرية بموجبها، يفترض أن العقود تمت في أول الشهر أو في آخر الشهر في كل سنة، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود السنوية وتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة
- ٣٨- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤
- الطريقة الأربعة والعشرينية، بموجبها، يفترض أن العقود تمت في منتصف كل شهر، ويتم تجميع صافي الأقساط لكل شهر للعقود السنوية، وتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة.
- ٣٩- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤
- طريقة الثمانية، بموجبها يتم تقسيم السنة إلى أربعة فترات، كل فترة تضم ثلاثة شهور، ويفترض أن التعاقد يتم في منتصف كل فترة، لتكوين مخصص الأقساط غير المكتسبة.
- ٤٠- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ١-٥
- الكتواري هو الشخص الذي يقوم بتطبيق نظرية الاحتمالات والاحصاءات، التي بموجبها يتم تسعيرالمنتجات التأمينية، كما يقوم بتقدير الالتزامات وتكوين المخصصات في شركة التأمين
- ٤١- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٥
- الكتواري هو الشخص الذي يقوم باجراء اختبار ربحية المدى كفاية أسعار أقساط التأمين عند تقديم منتجات تأمينية جديدة، وعند مراجعة أسعار التأمين.

- ٤٢- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ٣-٥-٢
الاكتواري هو الشخص الذي يعد تقارير عن كفاية التسعير بشكل دوري لمقارنة أسعار البيع الفعلية للمنتجات التأمينية الخاصة بشركة التأمين.
- ٤٣- الإجابة: د المرجع: الفصل ٢ القسم ٦-٢
الاكتواري هو الشخص الذي يقوم بإجراء تحليل للاحتياطيات الفعلية مقابل الاحتياطيات المتوقعة عن طريق مقارنة الخبرة الفعلية بالتقديرات السابقة للمطالبات ذات العلاقة والالتزامات الأخرى.
- ٤٤- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ١-٧-٢
الملاءة المالية تعني قدرة شركة التأمين على الوفاء بالتزاماتها تجاه حملة الوثائق، وبشكل دائم من مواردها الخاصة، لدفع الالتزامات الناشئة عن أعمال التأمين أو إعادة التأمين.
- ٤٥- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٢ القسم ١-٧-٢
الملاءة المالية تعني امتلاك شركة التأمين موجودات كافية للوفاء بجميع الالتزامات.
- ٤٦- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-٢
يتطلب تكوين مخصص أقساط غير مكتسبة عن مدة ٣ شهور للسنة التالية لسنة التعاقد، كما يلي:
ريال $14950 = 59800 \times 12/3$ = المخصص
- ٤٧- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-٢
يتطلب تكوين مخصص أقساط غير مكتسبة بنسبة ٥٠٪ من اجمالي الأقساط الصافية
- ٤٨- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-٢
يتطلب تكوين مخصص أقساط غير مكتسبة عن مدة ١٠ شهور للسنة التالية لسنة التعاقد، كما يلي:
ريال $95250 = 114300 \times 12/10$ = المخصص
- ٤٩- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-٢
يتطلب تكوين مخصص أقساط غير مكتسبة بنسبة ٥٠٪ من اجمالي الأقساط الصافية
- ٥٠- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٢ القسم ٢-٤-٢
قيمة المخصص يساوي صفر ريال، نظراً لانتهاؤ سريان الوثيقة في نفس سنة اصدارها.
- ٥١- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ الإيجاب والقبول يعد من المبادئ العامة التي يخضع لها عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد مدني
- ٥٢- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ الأهلية يعد من المبادئ العامة التي يخضع لها عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد مدني
- ٥٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ العوض المالي يعد من المبادئ العامة التي يخضع لها عقد التأمين شأنه، شأن أي عقد مدني
- ٥٤- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ المصلحة التأمينية يعد من المبادئ القانونية التي يخضع لها جميع عقود التأمين
- ٥٥- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ منتهى حسن النية يعد من المبادئ القانونية التي يخضع لها جميع عقود التأمين

- ٥٦- الإجابة: د المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ السبب القريب يعد من المبادئ القانونية التي يخضع لها جميع عقود التأمين
- ٥٧- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ التعويض يعد مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي
- ٥٨- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ الحلول في الحقوق يعد مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي
- ٥٩- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٣
مبدأ المشاركة في التأمين يعد مبدأ من المبادئ القانونية، يخضع له عقود التأمينات العامة والتأمين الصحي
- ٦٠- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-١-٣
بمقتضى تطبيق مبدأ التعويض لا يستطيع المؤمن له تحقيق ربح أو ثراء
- ٦١- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-١-٣
مبدأ التعويض من المبادئ القانونية، الذي يهدف إلى وضع المؤمن له بعد تحقق الخطر المؤمن منه في نفس المركز المالي الذي كان عليه قبل تحقق هذا الخطر، باستثناء حالة واحدة وهي قيام المؤمن له بالتأمين على ممتلكاته تأميناً أقل من القيمة الفعلية.
- ٦٢- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-١-٣
مبدأ المشاركة في التأمين، هو مبدأ من المبادئ القانونية، يقصد به تقسيم الخسارة عند تحقق الخطر المؤمن منه على جميع شركات التأمين المشتركين في تغطية الخطر.
- ٦٣- الإجابة: د المرجع: الفصل ٣ القسم ٣-١-٣
مبدأ الحلول في الحقوق من المبادئ القانونية في التأمين، بمقتضاه تحل شركة التأمين محل المؤمن له في كافة الحقوق والدعاوى تجاه من تسبب في الضرر والذي ترتب عليه التزام شركة التأمين بأداء التعويض.
- ٦٤- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-٣-٣
في حالة التأمين الكافي، والتغطية التأمينية سارية، فإن التعويض يساوي مبلغ الخسارة في جميع الأحوال.
- ٦٥- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ٣-٣-٣
في حالة التأمين فوق الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، فإن التعويض يساوي مبلغ الخسارة في جميع الأحوال.
- ٦٦- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ٤-٣-٣
في حالة التأمين دون الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، ولا تخضع لشرط النسبية، فإن التعويض يكون بحد أقصى مبلغ التأمين.
- ٦٧- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ٤-٣-٣
في حالة التأمين دون الكفاية، والتغطية التأمينية سارية، وتخضع لشرط النسبية، فإن التعويض يكون بنسبة مبلغ التأمين إلى قيمة الشيء موضوع التأمين وبحد أقصى مبلغ التأمين.
- ٦٨- الإجابة: د المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٤-٣
بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض شخصية لمدة أكثر من خمسة سنوات، بمقدار ٣٥٪.
- ٦٩- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٤-٣
بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض شخصية لمدة

أربعة سنوات، بمقدار ٢٠٪.

٧٠- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٤-٣

بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض تجارية لمدة أربعة سنوات، بمقدار ٣٠٪.

٧١- الإجابة: د المرجع: الفصل ٣ القسم ١-٤-٣

بموجب وثيقة تأمين المركبات يتم حسم النسبة المتعلقة بالاستهلاك، في حالة الخسارة الجزئية لمركبة مستخدمة لأغراض تجارية لمدة ثمانية شهور، بمقدار ١٠٪.

٧٢- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-٤-٣

مبلغ التحمل أو الاقتطاع أو المقتطعات والتي تعني في الإنجليزية Deductibles، جميعها تدل على المبلغ الذي سيقوم المؤمن له بدفعه عند التقدم بمطالبة تأمين، جراء وقوع حادث تصادم، وذلك قبل أن تشرع شركة التأمين في تصليح بقية أضرار المركبة.

٧٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-٤-٣

نسبة التحمل في التأمين الطبى، تتراوح بين صفر٪ الى ٢٠٪.

٧٤- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-٤-٣

إذا كانت تكلفة الأضرار للمركبة المؤمن عليها ٧٠٠٠ ريال، وكان مبلغ التحمل ٢٠٠٠ ريال، فإن المؤمن سيتحمل ٥٠٠٠ ريال

٧٥- الإجابة: د المرجع: الفصل ٣ القسم ٢-٤-٣

إذا كانت تكلفة الأضرار للمركبة المؤمن عليها ١٥٠٠ ريال، وكان مبلغ التحمل ٢٠٠٠ ريال، فإن المؤمن سيتحمل صفر ريال، لأن مبلغ الخسارة في حدود مبلغ التحمل.

٧٦- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٢-١-٤

الاحتيال في شركات التأمين هو القيام بعمل أو الامتناع عن القيام بعمل يرمي إلى كسب ميزة غير نزيهة أو غير مشروعة لصالح الطرف الذي يرتكب جريمة الاحتيال أو لصالح أطراف أخرى.

٧٧- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٣-١-٤

الاحتيال الداخلي، هو الاحتيال الذي يرتكبه موظف في شركة التأمين

٧٨- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٣-١-٤

الاحتتيال الممارس من قبل المؤمن لهم: وهو الاحتيال الذي يتم ارتكابه في شراء أو تنفيذ منتج من منتجات التأمين للحصول على تغطية أو دفعة غير مشروعة.

٧٩- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٣-١-٤

الاحتتيال الممارس من قبل شركات المهن الحرة، هو الاحتيال الذي يرتكبه وكلاء ووسطاء التأمين ضد شركات التأمين أو المؤمن لهم.

٨٠- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ١-٣-٤

البحث والتدقيق قبل توظيف الموظفين الدائمين أو المؤقتين في شركة التأمين، يعد اجراء للحد من الاحتيال داخلي

٨١- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٢-٣-٤

ارسال وثائق التأمين ووثائق التجديد مباشرة إلى المؤمن لهم، يعد اجراء للحد من الاحتيال الممارس من جانب أصحاب المهن الحرة

٨٢- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٣-٣-٤

تحديد إجراءات واضحة وشاملة لتقييم المطالبات، يعد اجراء للحد من الاحتيال الممارس من قبل المؤمن لهم

- ٨٣- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٥-٤
- التحقق من مدى التزام شركة التأمين بسياسات مكافحة الاحتيال، يعد من مسؤولية مراجع الحسابات الخارجي
- ٨٤- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٥-١
- اعتماد استراتيجية وسياسات مكافحة الاحتيال، يعد من مسؤولية مجلس إدارة شركة التأمين.
- ٨٥- الإجابة: د المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٥-٣
- إجراء عملية تقييم منتظمة للتحقق من مدى فعالية السياسات والإجراءات الخاصة بمكافحة الاحتيال والتأكد من بتطبيقها،، يعد من مسؤولية إدارة المراجعة الداخلية في شركة التأمين
- ٨٦- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٥-١
- توفير الموارد الضرورية لتطبيق استراتيجية وسياسات مكافحة الاحتيال يعد من مسؤولية مجلس إدارة شركة التأمين
- ٨٧- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٦
- تلجأ شركات التأمين لزيادة اسعار تغطية الأخطار، بسبب الاحتيال
- ٨٨- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٦
- تتحمل شركات التأمين خسائر مالية ضخمة، نتيجة سداد تعويضات عن اخطار غير محققة وحوادث لم تقع من الاساس، بسبب الاحتيال
- ٨٩- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٦
- تستعين شركات التأمين بخبراء في البحث والتحري للتأكد من وقوع الخطر ومن ثم زيادة الاعباء المالية، بسبب الاحتيال
- ٩٠- الإجابة: د المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٧
- من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي ارتفاع حدود التحمل
- ٩١- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٧
- من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي زيادة أسعار اتفاقيات إعادة التأمين
- ٩٢- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٧
- من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي تقليص الأنشطة الاستثمارية لقطاع التأمين
- ٩٣- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٧
- من الآثار السلبية للاحتيال على شركات التأمين في سوق التأمين السعودي انخفاض الثقة في سوق التأمين
- ٩٤- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٨
- ادراج اسم المحتالين في قائمة سوداء يعد ضمن اجراء أو أكثر تتخذه شركة التأمين ضد طالب المطالبة الاحتياطية
- ٩٥- الإجابة: أ المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٨
- إلغاء وثيقة التأمين ووقف التغطية التأمينية يعد ضمن اجراء أو أكثر تتخذه شركة التأمين ضد طالب المطالبة الاحتياطية
- ٩٦- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٩-١
- من الآثار السلبية للاحتيال في تأمين المركبات ارتفاع أقساط التأمين على المركبة لمواجهة الزيادة في معدلات الخسارة
- ٩٧- الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٩-٢
- رفع مطالبات لشركة التأمين بخدمات طبية لم تقدم للمؤمن له، يعد احتيال من جانب مقدم الخدمة الطبية
- ٩٨- الإجابة: ب المرجع: الفصل ٤ القسم ٤-٩-٢
- عدم الافصاح عن التاريخ المرضي، يعد احتيال من جانب المؤمن له

٩٩-الإجابة: ج المرجع: الفصل ٤ القسم ٢-٩-٤

تنويم المريض مع عدم حاجته لذلك ودون مبرر طبي، يعد احتيال من جانب مقدم الخدمة الطبية

١٠٠-الإجابة: د المرجع: الفصل ٤ القسم ٢-٩-٤

التعامل مع عملية الاحتيال كحالة جنائية يعد إجراء يساهم في مكافحة الاحتيال

خريطة المنهج:

وحدة/عنصر المنهج	الفصل / القسم
العنصر الأول	دراسة وتحليل المطالبات في سوق التأمين السعودية
١	١-١ الجوانب التنظيمية والقانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي ١-١-١ الجوانب القانونية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي ١-١-٢ الجوانب التنظيمية في إدارة المطالبات في سوق التأمين السعودي
٢	١-٢ نظرة عامة على المطالبات في سوق التأمين السعودي ١-٢-١ سمات المطالبات في سوق التأمين السعودي
٣	١-٣ مطالبات أنواع التأمين الأكثر شيوعاً في سوق التأمين السعودي ١-٣-١ مطالبات التأمين الصحي في سوق التأمين السعودي ١-٣-٢ مطالبات تأمين المركبات في سوق التأمين السعودي
٤	١-٤ الاستثناءات في وثائق التأمين الأكثر شيوعاً في سوق التأمين السعودي ١-٤-١ الاستثناءات في وثيقة التأمين الصحي ١-٤-٢ الاستثناءات في وثيقة التأمين الشامل للمركبات ١-٤-٣ الاستثناءات في وثيقة التأمين الإلزامي للمركبات
٥	١-٥ دور الوسيط في إجراءات مطالبات التأمين
٦	١-٦ دور شركة نجم في إجراءات تسويات مطالبات المركبات. ١-٦-١ نشأة وتطور شركة نجم ١-٦-٢ الخدمات التي تقدمها شركة نجم بصفة عامة ١-٦-٣ خدمات شركة نجم للأفراد ١-٦-٣ خدمات شركة نجم لقطاع الأعمال

القسم السابع	<p>١-٧ دور شركات إدارة المطالبات الطبية (TPA) في إجراءات تسوية المطالبات</p> <p>١-٧-١ ماهية شركات إدارة المطالبات الطبية.</p> <p>١-٧-٢ مهام شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي</p> <p>١-٧-٣ العلاقة بين شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي، وشركة التأمين</p> <p>١-٧-٤ متطلبات تأهيل شركة إدارة مطالبات التأمين الصحي</p> <p>١-٧-٥ الحقوق المالية لشركة إدارة المطالبات الصحية</p> <p>١-٧-٦ مدى الزامية أن تلجأ كل شركات التأمين لشركة إدارة المطالبات الطبية</p> <p>١-٧-٧ الخدمات التي تقدمها شركات إدارة المطالبات الطبية لشركات التأمين</p> <p>١-٧-٨ الخدمات التي تقدمها شركات إدارة المطالبات الطبية للمؤمن لهم</p> <p>١-٧-٩ متخذوا القرار في شركات إدارة المطالبات الطبية تجاه التغطية</p> <p>١-٧-١٠ التسويات المالية بين أطراف التعاقد</p>	٧
القسم الثامن	<p>١-٨ إجراءات سير المطالبة</p> <p>١-٨-١ الاخطار بالحادث</p> <p>١-٨-٢ نموذج تقرير حادث</p> <p>١-٨-٣ فتح ملف حادث</p> <p>١-٨-٤ التحقق من المطالبة</p> <p>١-٨-٥ التدقيق والمراجعة</p> <p>١-٨-٦ تسوية المطالبة</p> <p>١-٨-٧ حفظ ملف الحادث</p>	٨

العنصر الثاني	الاحتياطات والمخصصات الفنية في شركات التأمين	الفصل الثاني
١	<p>١-١ مفهوم المخصصات الفنية في شركات التأمين</p> <p>٢-١-١ مفهوم المخصصات الفنية</p> <p>٢-١-٢ العوامل التي تؤثر على قيم المخصصات الفنية</p>	القسم الأول
٢	٢-٢ أهمية المخصصات الفنية في شركات التأمين	القسم الثاني
٣	٢-٣ الفرق بين المخصص والاحتياطي في شركات التأمين	القسم الثالث

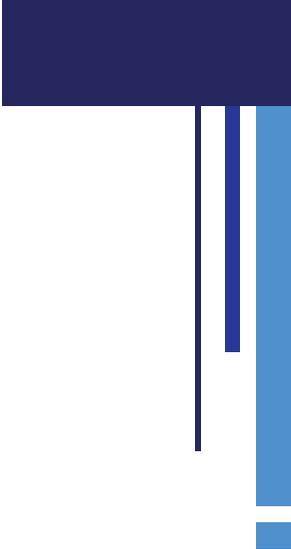
القسم الرابع	٢-٤ أنواع المخصصات الفنية في شركات التأمين ٢-٤-١ المخصصات الفنية في تأمينات الحماية والادخار ٢-٤-٢ المخصصات الفنية في التأمينات العامة	٤
القسم الخامس	٢-٥ مهام ومسؤوليات الخبير لاكتواري ودوره فيما يخص التسعير وكفايته ٢-٥-١ الاكتواري ٢-٥-٢ مهام الاكتواري المعين ومسؤولياته ٢-٥-٣ دور الخبير الاكتواري فيما يخص التسعير وكفايته	٥
القسم السادس	٢-٦ دور الخبير الاكتواري فيما يخص الاحتياطات	٦
القسم السابع	٢-٧ العلاقة بين الملاءة المالية والمخصصات الفنية في شركات التأمين ٢-٧-١ مفهوم الملاءة المالية في شركات التأمين ٢-٧-٢ القواعد الأساسية لهامش الملاءة المالية في شركات التأمين ٢-٧-٣ المخاطر التي تتعرض لها شركات التأمين	٧

العنصر الثالث	إجراءات تسوية المطالبات	الفصل الثالث
١	٣-١ مبادئ التأمين المتعلقة بمطالبات التأمينات العامة ٣-١-١ مبدأ التعويض ٣-١-٢ مبدأ المشاركة ٣-١-٣ مبدأ الحل في الحقوق	القسم الأول
٢	٣-٢ مراحل تسوية المطالبات ٣-٢-١ تسوية المطالبات في تأمين الحريق ٣-٢-٢ تسوية المطالبات في تأمين المركبات ٣-٢-٣ تسوية المطالبات في التأمين الصحي	القسم الثاني

القسم الثالث	<p>٣-٣ تقدير قيمة المطالبة</p> <p>٣-٣-١ مهام خبير تسوية المطالبات</p> <p>٣-٣-٢ حالة التأمين الكافي</p> <p>٣-٣-٣ حالة التأمين فوق الكفاية</p> <p>٣-٣-٤ حالة التأمين دون الكفاية</p> <p>٣-٣-٥ حالات تطبيقية</p>	٣
القسم الرابع	<p>٣-٤ أثر التحمل في تسوية المطالبات</p> <p>٣-٤-١ أثر تسوية المطالبات</p> <p>٣-٤-٢ أثر التحمل في تسوية المطالبات</p>	٤

العنصر الرابع	مؤشرات اكتشاف الاحتيال في المطالبات التأمينية عند استكمال دراسة هذا الفصل من الكتاب يجب على المتقدم الاختبار	الفصل الرابع
١	<p>٣-١ الاحتيال وأنواعه في شركات التأمين</p> <p>٤-١-١ مفهوم الاحتيال</p> <p>٤-١-٢ تعريف الاحتيال على شركات التأمين</p> <p>٤-١-٣ أنواع الاحتيال</p>	القسم الأول
٢	<p>٣-٢ المعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه</p> <p>٤-٢-١ المعايير الواجب على شركات التأمين الالتزام بها للكشف عن الاحتيال والحد منه</p>	القسم الثاني
٣	<p>٣-٣ أساليب مكافحة الاحتيال بما يتناسب مع مصدر خطر الاحتيال التي تتعرض له شركة التأمين</p> <p>٤-٣-١ الحد من الاحتيال الداخلي</p> <p>٤-٣-٢ الحد من الاحتيال الممارس من جانب أصحاب المهن الحرة</p> <p>٤-٣-٣ الحد من الاحتيال الممارس من جانب المؤمن لهم</p>	القسم الثالث
٤	<p>٢-٤ السياسات والإجراءات اللازمة لتنفيذ استراتيجية مكافحة الاحتيال</p> <p>٤-٤-١ مؤشرات نموذجية عامة للاحتيال</p> <p>٤-٤-٢ مؤشرات نموذجية للاحتيال في التأمين الصحي</p> <p>٤-٤-٣ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات الممتلكات</p> <p>٤-٤-٤ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات السفر</p> <p>٤-٤-٥ مؤشرات نموذجية للاحتيال في تأمينات الحماية والادخار</p>	القسم الرابع

القسم الخامس	٤-٥ الأدوار والمسؤوليات تجاه مكافحة الاحتيال في شركات التأمين ٤-٥-١ مجلس إدارة شركة التأمين ٤-٥-٢ منسوبي شركة التأمين ٤-٥-٣ إدارة المراجعة الداخلية ٤-٥-٤ مراجع الحسابات الخارجي	٥
القسم السادس	٤-٦ آثار المطالبات الاحتيالية على شركات التأمين	٦
القسم السابع	٤-٧ آثار المطالبات الاحتيالية على سوق التأمين	٧
القسم الثامن	٤-٨ الإجراءات التي تقوم بها شركة التأمين في حال المطالبات الاحتيالية ضد طالب المطالبة	٨
القسم التاسع	٤-٩ أكثر أنواع التأمين المتضمنة مطالبات احتيالية في سوق التأمين السعودي ٤-٩-١ الاحتيال في تأمين المركبات ٤-٩-٢ الإحتيال في التأمين الصحي	٩
القسم العاشر	١٠-٤ استخدام تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الحد من المطالبات الاحتيالية ١٠-١-١ بعض تطبيقات الذكاء الاصطناعي الممكنة للكشف عن الاحتيال في مجال التأمين ١٠-١-٢ كشف حالات الاحتيال في المطالبات التأمينية ١٠-١-٣ دور التحليلات التنبؤية في الكشف عن الاحتيال في المطالبات التأمينية ١٠-١-٤ تطبيقات الذكاء الاصطناعي في تأمين المركبات ١٠-١-٥ تطبيقات الذكاء الاصطناعي في التأمين الصحي	١٠



شارع أم سلمة الأنصاري ، المؤتمرات ، ١٢٧١٢ الرياض

Telephone +966114662688

Email cs@fa.org.sa

