

حمایت از مصرف‌کننده در قراردادهای بیمه

بر اساس عدالت معاوضی

محمود باقری،* مرجان فاضلی**

تاریخ دریافت ۹۱/۱۱/۲۴	تاریخ پذیرش ۹۲/۲/۳
-----------------------	--------------------

عواملی چند در قرارداد بیمه موجب شده تا تأمین منافع شرکت‌های بیمه‌گر که یکی از طرفین قرارداد هستند به آسانی امکان‌پذیر شود. ساختار پیچیده قرارداد بیمه‌ای، الحاقی بودن و عدم اطلاعات کافی و مشکلات روان‌شناختی که بیمه‌گذاران با آن مواجه‌اند، از جمله این عوامل محسوب می‌شود. بنابراین استفاده از بعضی ابزارهای حقوقی به منظور اصلاح این ساختار ناعادلانه اجتناب‌ناپذیر است. حقوق قراردادهای بیمه با رویکرد حمایتی از مصرف‌کننده بیمه، مناسب‌ترین روش برای بازگرداندن تعادل به قرارداد بیمه است. شاید یکی از بهترین نمونه‌ها «اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپا» باشد که برای کشورها قابل اقتباس بوده و طیف وسیعی از تعهدات پیش‌قراردادی و روابط قراردادی طرفین را پوشش می‌دهد. استفاده از این اصول در حقوق قراردادهای بیمه در ایران می‌تواند تضمین‌کننده منافع چشمگیری برای تأمین عدالت معاوضی در این قراردادها باشد. در این مقاله اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خروج قرارداد بیمه از حالت تعادل قراردادی مورد بررسی قرار گرفته و مهم‌ترین اصول حاکم بر شیوه برقراری توازن و عدالت در آن تشریح شده است.

کلیدواژه‌ها: قرارداد بیمه؛ قرارداد الحاقی؛ عدم تقارن اطلاعات؛ نارسایی بازار؛ حقوق مصرف‌کننده بیمه؛ دکرترین انتظارات معقول

Email: mahbagheri@ut.ac.ir

* دانشیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران؛

** کارشناسی ارشد حقوق تجاری اقتصادی بین‌المللی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)؛

Email: m.fazeli@ut.ac.ir

فصلنامه مجلس و راهبرد، سال بیستم، شماره هفتاد و چهار، تابستان ۱۳۹۲

مقدمه

در عصر کنونی شیوه انعقاد قراردادها با تحولات چشمگیری روبه‌رو شده است. برخلاف گذشته که قراردادها رودررو و از طریق مذاکره مستقیم میان طرفین انجام می‌شد و از لحاظ اقتصادی هم در موقعیت به‌نسبت برابری قرار داشتند، امروزه با وقوع تحولات اقتصادی در بیش از ۹۰ درصد قراردادها امکان مذاکره درباره شروط قرارداد و تغییر و تعدیل آنها وجود ندارد و یک طرف قرارداد به‌دلیل داشتن تجربه و فرصت کافی در تنظیم قرارداد، برخوردار از متخصصان و حقوق‌دانان خبره، داشتن اطلاعات کافی، توان اقتصادی و ... در «موقعیت برتر» قرار دارد و می‌تواند شروط مورد نظر را به «طرف ضعیف‌تر» تحمیل کند.

بنابراین نحوه اداره چنین قراردادهایی که نابرابری چشمگیری از لحاظ قدرت مذاکره بین طرفین وجود دارد، نمی‌تواند با قراردادهای سنتی یکسان باشد. به‌عبارت‌دیگر اتکای مطلق بر اصل آزادی قراردادی و حاکمیت اراده در این گونه قراردادها نادرست است، زیرا حاکمیت اراده متعلق به حقوق قراردادهای سنتی است که در آنها فرقی نمی‌کند طرفین قرارداد چه کسانی هستند و یا موضوع قرارداد چیست، در هر حال با قرارداد برخورد حقوقی یکسانی می‌شود. در حالی که موضوع نابرابری توان اقتصادی و معاملاتی طرفین قرارداد مستلزم رویکرد ویژه در حقوق قرارداهاست.

از میان این قراردادهای نابرابر می‌توان به بیمه‌نامه‌ها اشاره کرد که شرکت‌های بزرگ بیمه در تقابل منافع مصرف‌کنندگان قرار می‌گیرند که از جهات بسیاری نسبت به آنان در موضع ضعف قرار دارند. علاوه بر این قراردادهای بیمه‌ای به‌دلیل کارکرد اقتصادی‌شان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. این دلایل کافی است تا ضرورت بازتعریف نظام حقوق قراردادهای بیمه که مصالح فوق را هم در نظر می‌گیرند، توجیه شود.

در راستای تحولات حقوقی و ضرورت بازنگری حقوق قراردادهای خشک و انتزاعی، تفکرات حمایت از مصرف‌کننده از دهه ۵۰ میلادی به بعد گسترش پیدا کرد و کشورها به یک‌سری اصلاحات در قوانین قراردادهای بیمه با هدف حمایت از بیمه‌گذاران

پرداختند که از اصول مشابهی پیروی می‌کنند. از این رو در مقاله حاضر به تشریح اصول حقوق قراردادهای بیمه با چنین رویکردی می‌پردازیم تا در اصلاحات قانونگذاری مشابه مفید فایده باشد.

این مقاله در توجیه نادرستی اتکای مطلق به اصل آزادی قراردادها و نظم بازار به منظور تحقق عدالت معاوضی در بیمه، به بیان عواملی می‌پردازد که با محدود کردن آزادی اراده، مانع تأمین عدالت معاوضی در قراردادهای بیمه مصرف‌کننده می‌شود. بنابراین ویژگی‌های خاص قرارداد بیمه از حیث طرفین و موضوع نقش بسیار مهمی دارند. از این رو ابتدا بر ویژگی الحاقی بودن قرارداد بیمه تأکید شده و سپس برای نشان دادن عملکرد ناکارآمد بازار بیمه در تنظیم روابط قراردادی به مشکل عدم تقارن اطلاعات و عقلانیت محدود^۱ مصرف‌کننده بیمه می‌پردازد. سپس به دنبال بیان ابزارها و راهکارهای ایجاد توازن و برابری در قراردادهای بیمه، به معرفی حقوق قراردادهای مصرف‌کننده پرداخته و اهم اصول و مواردی را که باید در آن مدنظر قرار گیرند تشریح می‌شود.

۱ نسبت اصل آزادی قراردادی و عدالت معاوضی در قرارداد بیمه

اصل آزادی قراردادی براساس احترام به حقوق و اختیار افراد در انتخاب بنا شده است. با این دید که انتخاب آزاد افراد کارایی بازار را افزایش داده و باعث ارتقای مطلوبیت فردی و اجتماعی می‌شود. در حقوق قراردادهای، اصل آزادی قراردادی در بردارنده سه مفهوم است: ۱. آزاد بودن افراد برای مذاکره درباره عوض معامله، شروط قرارداد و ورود به معامله؛ ۲. آزادی طرفین معامله از دخالت دولت و عوامل خارجی در انعقاد معامله و ۳. اصل آزادی قراردادی که دربرگیرنده توانایی اشخاص برای دسترسی به قدرت دولت برای اجرایی شدن قراردادشان است.

فرضیه طرف‌داران نظریه حاکمیت اراده این است که میان اصل آزادی قراردادها و

1. Bounded Rationality

تحقق عدالت معاوضی نسبت مستقیمی برقرار است. به بیان دیگر اراده آزاد، تضمین کننده برقراری عدالت معاوضی^۱ در قرارداد خواهد بود؛ یعنی هر آنچه دو طرف قرارداد با آزادی اراده توافق کنند، لزوماً عادلانه و منصفانه است و عدالت معاوضی خودبه خود با اجرای قواعد دادوستد در نظام بازار به دست می آید. این فرض مبتنی بر این باور است که اشخاص آزاد و برابر منافع خود را به طور کامل حفظ می کنند. در نتیجه قواعدی را که به آن رضایت می دهند سعادتشان را به خوبی تأمین می کند. بنابراین هرگونه مداخله خارجی در آزادی طرفین، تعادل ذاتی منافع آنها را برهم می زند (انصاری، ۱۳۹۰: ۳۲۹).

عدالت معاوضی با توجه به رویکردهای مختلف در قراردادها از تعاریف متفاوتی برخوردار است. برای مثال ارسطو به عنوان نخستین کسی که این اصطلاح را به کار برد عدالت معاوضی، یعنی همان قیمت عادلانه که به تولیدکننده کالا به تناسب هزینه‌هایی که عرفاً یک فرد مشابه از همان شغل و تخصص متحمل شده است، پرداخت می شود. بنابراین عدالت معاوضی از دیدگاه وی دارای مفهوم نوعی است، اما از دید طرف داران نظریه حاکمیت اراده، مفهومی شخصی داشته و برای تشخیص، اراده طرفین قرارداد ملاک قرار داده می شود.

عدالت معاوضی در یک مفهوم هم در بردارنده تساوی عوضین معامله و هم تساوی در حقوق و تعهدات طرفین است (Macpherson, 1985: 6). بنابراین در قرارداد بیمه لازم است بیمه گذار در عوض تعهدی که به پرداخت حق بیمه دارد در موقع مقتضی از اجرای تعهد بیمه گر به پرداخت خسارت برخوردار شود. هرگاه بیمه گذار به رغم اجرای تعهد خسارتی دریافت نکند، عدالت معاوضی در قرارداد محقق نشده است.

به نظر می رسد امروزه استناد بر اصل حاکمیت اراده برای تأمین عدالت در قرارداد چندان قانع کننده نباشد، زیرا ما در عصری زندگی می کنیم که اصل آزادی قراردادها مفهوم مطلق خود را از دست داده است. برای مثال استفاده زیاد از قراردادهای استاندارد، آزادی در انعقاد معامله را زیر سؤال برده است؛ زیرا در چنین قراردادهایی تراضی معناداری

میان طرفین وجود ندارد. با وجود محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی که قراردادها را احاطه کرده امکان معامله و رای دخالت دولت، بی‌معناست. دادگاه‌ها نیز همیشه اجرای محض توافقات قراردادی را نپذیرفته و از آن اجتناب می‌کنند.^۱ درباره بیمه دلایل قوی‌تری برای زیر سؤال بردن اصل آزادی قراردادها وجود دارد. آزادی مصرف کنندگان بیمه به‌عنوان یکی از طرفین قرارداد فقط محدود به خریدن بیمه‌نامه می‌شود. قانونگذاران نیز آزادی شرکت‌های بیمه‌گر را از جهات بسیاری محدود کرده‌اند. بنابراین در موافقت‌نامه منعقد شده مصرف کننده اختیار محدودی در کنترل آن دارد (Randall, 2008: 122). پس در شرایطی که آزادی اراده در بیمه وجود ندارد چگونه می‌توان بر حاکمیت اراده برای تضمین عدالت قراردادی تکیه کرد؟

بررسی تحولات تاریخی نشان می‌دهد در هر دوره‌ای که نظام مبتنی بر بازار برتری داشته از توجه به عدالت معاوضی و راهکارهای تضمین تحقق آن در قراردادها کاسته و هر زمان که مفاهیمی چون دولت رفاه مطرح شده، حمایت از طرف ضعیف‌تر و مصرف کننده در روابط قراردادی در قالب قواعد امری افزایش یافته است (Wilhelmson, 2004: 713). در عصر کنونی که آزادی‌های اراده در قراردادها بیش‌ازپیش با محدودیت مواجه شده و زمینه نابرابری در قدرت مذاکره و عدم برابری اقتصادی، اطلاعاتی و روانی را میان طرفین فراهم کرده‌اند، دخالت دولت برای برقراری عدالت معاوضی ضروری است. در این باره مکپرسون معتقد است امروزه مفهوم عدالت معاوضی در لباس «مقررات حمایت کننده از مصرف کننده» و نظریه خلاف وجدان بودن قراردادها نمود پیدا کرده است (McPherson, 1985: 14).

در قرارداد بیمه عوامل مهمی وجود دارد که آزادی اراده را محدود می‌کند. گذشته از ماهیت الحاقی قرارداد بیمه، مشکل عدم تقارن اطلاعات و نابرابری اطلاعاتی، در به اشتباه

۱. بر همین اساس صاحب‌نظران حقوق قراردادها از ۱۹۷۰ به بعد به مسئله کاهش آزادی قراردادها در قرن اخیر پرداخته‌اند. برای مثال گرت گیل مور در کتاب *مرگ قرارداد و آتیا در صعود و افول آزادی قراردادها* به عوامل مختلفی اشاره کرده‌اند که موجب کاهش آزادی قراردادها شده است.

انداختن طرفین تأثیر بسزایی دارد. همچنین مصرف کننده بیمه با یک سری مشکلات روان شناختی روبه‌روست که توان تصمیم‌گیری صحیح را از او سلب می‌کند. این مشکلات باعث می‌شود یک طرف قرارداد در موقعیت ضعیف‌تری نسبت به دیگری قرار گرفته و توان معاملاتی او محدود شود. در ذیل به تشریح عواملی پرداخته می‌شود که براساس تحلیل‌های اقتصادی و با محدود کردن آزادی‌های اراده، قرارداد بیمه را از حالت تعادل دور می‌کند.

۱-۱ تمایز قرارداد بیمه از سایر قراردادها

روزانه میلیون‌ها قرارداد بیمه توسط شرکت‌های بیمه و مشتریان آنها در سراسر دنیا منعقد می‌شود. بدون شک قراردادهای بیمه با دیگر قراردادها تمایزاتی دارند که این امر از مقتضیات تجارت بیمه نشئت می‌گیرد. قبل از شروع این بحث ابتدا لازم است به‌طور مختصر انواع قراردادهای بیمه و مبنای تقسیم‌بندی آنها بررسی شود. سپس به استدلال نابرابری در قراردادهای بیمه به‌خصوص قراردادهای بیمه مصرف کننده خواهیم پرداخت.

در نگاه کلی و به‌استناد ماده (۲) قانون تجارت: «عملیات بیمه بحری و غیربحری از اعمال تجاری ذاتی است»، همه قراردادهای بیمه، قرارداد تجاری محسوب می‌شوند. اما مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد چنین برداشتی از قراردادهای بیمه نادرست بوده و درحقیقت قراردادهای بیمه انواع مختلفی دارند و تابع حوزه‌های حقوقی متفاوتی هستند.

براساس تقسیم‌بندی که در میان حقوق دانان رایج است، قرارداد بیمه بر مبنای نوع و ماهیت ریسک به سه دسته تقسیم می‌شوند: قرارداد بیمه تجاری، قرارداد بیمه مصرف کننده و قراردادهای مابین آن دو. بعضی ریسک‌ها براساس موضوع قرارداد تجاری هستند، به عبارتی ریسک‌های بزرگ^۱ موضوع قراردادهای بیمه تجاری را تشکیل می‌دهند که می‌توان به بیمه‌های حمل و نقل و مهندسی اشاره کرد. بدیهی است این قراردادها مشمول حقوق تجارت بوده و در قلمرو حقوق خصوصی قرار می‌گیرند.

1. Large Risks

قراردادهای بیمه مصرف کننده با ریسک عمومی و توده^۱ سروکار دارند. این نوع قراردادها چون از نظر تعداد بیشتر از بیمه‌های تجاری هستند و حجم حق بیمه دریافتی از سوی بیمه‌گذاران زیادتر و کم‌ریسک‌تر است، اهمیت اقتصادی فراوانی برای بیمه‌گذاران دارند. از این رو به دلیل اینکه همه آنها از نوع تجارت بنگاه در برابر مصرف کننده^۲ هستند حساسیت بیشتری دارند و لزوم تفکیک آنها از دیگر قراردادها بیشتر توجیه می‌شود. برای نمونه می‌توان به بیمه عمر و بیمه درمان شخصی اشاره کرد. البته وقتی این دو بیمه توسط کارفرما در غالب قرارداد بیمه جمعی^۳ اخذ می‌شوند با توجه به اینکه هر دو طرف قرارداد تاجرند، می‌توان آن را بیمه و قرارداد تجاری محسوب کرد. اما بعضی صاحب‌نظران معتقدند این نوع بیمه قرارداد غیرتجاری محسوب می‌شود؛ زیرا ریسک تحت پوشش ماهیت خصوصی دارد و هدف قرارداد بیمه به بعد خصوصی کارفرما مربوط می‌شود و نه بعد تجاری آن. در واقع افراد تحت استخدام هستند که حق بیمه خود را می‌پردازند (با کسر از حقوق) و مکلف به افشای اطلاعات هستند. این واقعیت ما را به نقش واسطه‌ای کارفرما رهنمون می‌کند (Heiss, 2012: 335-337). بدیهی است این دسته از قراردادها در حیطه مقررات حقوق مصرف کننده قرار گرفته و مشمول حقوق عمومی است.

دسته سوم قراردادهای بیمه، بین حقوق تجارت و حقوق مصرف کننده قرار گرفته و ماهیتی دوگانه دارد که می‌توان به بیمه اموال و بیمه مسئولیت اشاره کرد. در تقسیم‌بندی دیگری که میان اقتصاددانان رایج است، قراردادهای بیمه به بیمه زندگی و بیمه غیرزندگی^۴ تقسیم می‌شود. نکته قابل توجه این است که در آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران مصوب ۱۳۹۱ که با رویکردهای جدید نوشته شده از همین تقسیم‌بندی اقتصادی استفاده شده است. قراردادهای بیمه به دلیل ریشه گرفتن از نیازهای تجاری و نظم موجود در بازار بیمه از خصوصیات ویژه و ساختار پیچیده و منحصر به فردی

1. Mass Risks
2. Business to Consumer
3. Collective Insurance Contract (B2C)
4. Non-life Insurance

برخوردارند. در ذیل ابتدا ساختار و سپس ویژگی‌های قرارداد بیمه بررسی خواهد شد.

۱-۱-۱ ساختار پیچیده قرارداد بیمه

قرارداد بیمه (بیمه‌نامه) به صورت یک دسته قرارداد و در مجموعه‌ای یکپارچه^۱ منعقد می‌شود. به عبارت دیگر شامل تعدادی توافق است که همگی یک سند محسوب می‌شوند. این اجزا مطابق آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران مصوب ۱۳۹۱ عبارت‌اند از:

۱. فرم پیشنهاد بیمه^۲ شامل پرسش‌هایی می‌شود که بیمه‌گر به منظور کسب اطلاعات مورد نظر از بیمه‌گذار می‌پرسد.

۲. شرایط عمومی که به صورت چاپی و یکسان برای هر رشته بیمه‌ای براساس مصوبه شورای عالی بیمه یا مجوز بیمه مرکزی نوشته شده است. این شروط در همه قراردادهای مشابه یکسان بوده و به طور ضمنی مورد توافق قرار گرفته‌اند و مواردی چون تعاریف، وظایف و تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار، خطرات تحت پوشش و استثنا شده را شامل می‌شود. در حقوق ایالات متحده تعاریف،^۳ استثنائات^۴ و شرایط مهم^۵ (شامل مقررات، اصول رفتاری، حقوق و تکالیفی است که اگر محقق نشوند بیمه‌گر از پرداخت خسارت خودداری خواهد کرد) سه بخش تفکیک شده بیمه‌نامه‌ها هستند که هر سه باهم در شرایط عمومی درج می‌شوند. نکته قابل توجه این است که شرایط عمومی به طور معمول برای بیمه‌گذار فرستاده می‌شوند که در بیشتر موارد اطلاعی از آن ندارد.

۳. شرایط خصوصی تنها قسمتی از بیمه‌نامه است که به طور مستقیم متعلق قصد طرفین وجود دارد و در مورد آن مذاکره شده است. این شرایط شامل اطلاعات خاص و پوشش‌های اضافی یا حذفی است که بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار معین توافق می‌شود.

1. Integrated Contract
2. Declaration
3. Definition
4. Exclusions
5. Conditions

از آنجا که شرایط خصوصی به قصد طرفین نزدیک تر است، در مقام تعارض با شرایط عمومی باید مقدم شمرده شوند (کاتوزیان، ۱۳۸۴: ۲۹۹).

۴. الحاقیه^۱ اوراقی هستند که به بیمه نامه ضمیمه شده و هرگونه تغییر در بیمه نامه از طریق آن میسر است. متون الحاقی می توانند فهم قرارداد بیمه را برای غیر حقوق دانان دشوار کنند؛ زیرا شروط قرارداد را حذف یا اصلاح می کنند.

۵. شرایط پیوست بیمه نامه، متون استناداری هستند که نهادهای بین المللی بیمه ای برای هر یک از رشته های بیمه به صورت شرایط استنادار یا کلوز بیمه ای تدوین و به بیمه نامه پیوست می کنند.

به طور کلی ساختار قراردادهای بیمه اولیه به این شکل بوده که هر بیمه نامه ریسک واحدی را تحت پوشش قرار می داد و برای هر نوع ریسکی حق بیمه جداگانه ای محاسبه و اخذ می شد، اما بعد از سال ۱۹۴۰ صنعت بیمه رویه خود را تغییر داد. امروزه قراردادهای بیمه ای این گونه طراحی می شوند که اول بیمه نامه شامل تمام ریسک ها به نحو گسترده می شود (برای مثال نوشته می شود همه مبالغی را که بیمه شده قانوناً ملزم به پرداخت آن است پرداخته خواهد شد) سپس با درج شروطی، تعدادی از این ریسک ها استثنا می شوند (مثلاً نوشته می شود در این بیمه نامه ریسک های زیر تحت پوشش قرار نمی گیرد...). در این حالت اگر بیمه شده بخواهد از استثنا صرف نظر کرده و از پوشش بیمه در مورد یک خطر خاص استفاده کند گاهی لازم است حق بیمه بیشتری بپردازد.

صنعت بیمه در طول تاریخ برای نوشتن بیمه نامه های پیچیده شهرت دارد. مانند قراردادهایی که تشخیص لایه های ارتباطی بین شروطی که ریسک های تحت پوشش، استثنائات و استثنا بر استثنائات^۲ را بیان می کنند به دشواری امکان پذیر است. در این باره یکی از قضات دیوان عالی آمریکا می گوید: «متأسفانه صنعت بیمه عادت کرده تا بیمه نامه هایی

1. Policy Riders

2. Exceptions to Exclusions

ممکن است در بیمه نامه تعدادی از ریسک های استثنا شده با شرایطی دوباره تحت پوشش قرار گیرند.

را ارائه دهد که در آنها شروط و استثنائات مانند یک برج روی هم گذاشته شده‌اند. ما خواهان آن هستیم که این خدمت عمومی به سمت ساده‌سازی بیمه‌نامه‌ها حرکت کند» (Insurance Co. of North America v. Electronic Purification Co (1967)).

۱-۱-۲ ویژگی‌های احتمالی و احتمالی بودن قرارداد بیمه

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های قرارداد بیمه الحاقی یا تحمیلی بودن آن است. قرارداد الحاقی قراردادی است که مجال گفت‌وگو و مذاکره درباره شرایط عقد و تنظیم آثار آن برای طرفین وجود ندارد. کسی که به بستن قرارداد تمایل دارد یا باید همه شرایط را بپذیرد یا از آن منصرف شود. در این قبیل عقود یکی از طرفین به دلیل برخورداری از شرایط و ابزار نیرومندتر، خواسته‌اش را درباره شرایط قرارداد به دیگری تحمیل می‌کند. عقد بیمه نمونه بارز عقود الحاقی شناخته می‌شود (شهیدی، ۱۳۸۲: ۸۸).

قراردادهای الحاقی حاوی شروط استاندارد توسط بنگاه‌هایی با قدرت معاملاتی قوی منعقد می‌شوند. طرف ضعیف‌تر که به این خدمات نیازمند است، همواره در شرایطی قرار می‌گیرد که نمی‌تواند آنها را با شروط مطلوب خریداری کند (Kessler, 1943: 632).

از طرفی به موجب دکترین آگاهی و قصد مفروض،^۲ شخصی که قرارداد الحاقی را امضا می‌کند باید به آن ملتزم و پایبند باشد خواه آن را خوانده یا نخوانده باشد. به عبارت دیگر در عقود الحاقی فرض می‌شود که امضاکننده قرارداد آن را خوانده و امضا کرده است (همان). بنابراین در عقد بیمه فرض است که بیمه‌گذار از مفاد بیمه‌نامه آگاه بوده و با علم و قصد آن را امضا کرده است، از این رو نمی‌تواند ادعا کند که آنچه به او ارائه شده مقصود وی نبوده است. البته چنین فرضی در بیمه با اصل حداکثر حسن نیت که زیربنای عقد بیمه را تشکیل می‌دهد مغایرت خواهد داشت. حسن نیت اقتضا می‌کند بیمه‌گر به احراز آگاهی بیمه‌گذار از مفاد قرارداد بپردازد.

1. Contract of Adhesion
2. Presumption of Intent

در برابر چنین مفروضاتی که در نظریه‌های حقوقی وجود دارد، اقتصاددانان معتقدند بیشتر قراردادهایی که در فرم‌های استاندارد به مصرف کننده خدمات (بیمه‌گذار) ارائه می‌شوند خواننده و فهمیده نمی‌شوند و از آنجا که هیچ فضایی برای مذاکره وجود ندارد عنصر مهم هر قرارداد یعنی رضایت دچار خدشه شده است (Harel, 2009: 22). حتی می‌توان گفت بیمه‌نامه‌ها فروخته می‌شوند بدون اینکه بیمه‌گذار یک کپی از قرارداد را قبلاً دیده باشد.

ویژگی دیگر قراردادهای بیمه‌ای احتمالی و شانسی بودن آنهاست.^۱ در این قراردادها ارزش عوضین برابر نبوده و مقادیری که مبادله می‌شود به حوادثی بستگی دارد که ممکن است در آینده اتفاق بیفتد. برای مثال شخصی ماهانه دویست دلار بابت بیمه آتش‌سوزی منزل خود پردازد، امکان دارد طی سال‌ها هیچ‌گونه حادثه‌ای اتفاق نیفتد و بیمه‌گر در قبال عوضی که دریافت می‌کند مجبور به پرداخت خسارت نشود و با گذشت چند ماه بیمه‌گر با وقوع حادثه‌ای خسارتی پردازد که بسیار بیشتر از مقادیر حق بیمه دریافتی باشد. این ویژگی قرارداد بیمه سبب شده تا در مقابل عقود مبادله‌ای^۲ و معاوضی که ارزش عوضین تا حدودی برابر است قرار بگیرد. عده‌ای از صاحب‌نظران در این باره معتقدند بیمه همانند دیگر معاملات در حوزه حقوق خصوصی مبتنی بر منطق عدالت معاوضی است و فرض این است که هر یک از طرفین قرارداد معادل آنچه را که می‌دهد باز می‌ستاند (کویانی، ۱۳۸۸: ۲۸۵). به نظر می‌رسد ویژگی ذاتی بیمه مانع از آن شود که عوضین معامله در بیشتر فروض برابر و حدود تعهدات طرفین مساوی باشد.

۱-۲ مشکلات اطلاعاتی طرفین قرارداد بیمه و نارسایی‌های بازار

تحلیل‌های اقتصادی نشان می‌دهند نهاد بیمه با فرض اطلاعات کامل برای طرفین و صفر بودن هزینه معامله، کاراست. بیمه به مردم اجازه می‌دهد تا پول خود را در زمانی که نیاز

1. Aleatory Contract

2. Commutative Contract

ندارند به زمانی که به آن نیاز مبرم دارند منتقل کنند. بیمه سازوکاری فراهم می کند تا عده زیادی از مردم با پرداخت هزینه اندکی، مبالغ هنگفتی را برای عده کمی از مردم فراهم کنند. از این رو بیمه کارایی بیشتری نسبت به پس انداز کردن دارد؛ زیرا در پس انداز پول به سمت آینده می رود در حالی که معلوم نیست حتماً به آن نیاز باشد، اما در بیمه پول در آینده حتماً مورد نیاز خواهد بود (Baker and Siegelman, 2011: 6). اما واقع نگری در قراردادهای بیمه تصویر کارا بودن آن را تغییر خواهد داد. هر دو طرف قرارداد یعنی بیمه گر و بیمه گذار (مصرف کننده بیمه)^۱ با عدم اطلاعات مواجه هستند، به عبارت دیگر طرفین قرارداد با عدم تقارن اطلاعاتی دوجانبه^۲ مواجه اند (Ziv-Av, 2006: 9).

۱-۲-۱ مشکل اطلاعات بیمه گر

بیمه گران از یک طرف از میزان ریسکی که بیمه گذاران ایجاد می کنند بی اطلاع بوده و در یافتن آنچه که متقاضیان به دنبال آن هستند، مشکل و محدودیت دارند و از طرف دیگر برای آنان دشوار است که بر رفتار مصرف کنندگان خود نظارت داشته باشند. این دو بعد از عدم تقارن اطلاعات به پدیده انتخاب نامساعد (کژگزینی)^۳ و خطر اخلاقی (کژمنشی) بیمه گذاران^۴ منجر می شود (Baker and Sigelman, 2011: 8).

انتخاب نامساعد به دلیل تمایل افراد پرخطر برای خرید بیمه نامه صورت می گیرد. این افراد معمولاً انگیزه بیشتری برای بیمه شدن دارند؛ زیرا با پرداخت حق بیمه کم می توانند از هزینه های زیاد رهایی یابند. به این ترتیب چون موارد ادعای پرداخت خسارت از سوی آنان زیاد است، هزینه های بیمه گر افزایش پیدا می کند و بیمه گر ناچار می شود میزان حق بیمه را بالا ببرد. در نتیجه این افزایش (حق بیمه) افراد کم خطر از خرید بیمه نامه اجتناب می کنند. این

۱. در فرض مصرف کننده شامل مصرف کننده عادی و شرکت های تجاری کوچک و متوسط است.

2. Dual Asymmetric Information

3. Adverse Selection

4. Moral Hazard

چرخه سبب می‌شود که فقط افراد پرخطر تحت پوشش بیمه قرار گیرند (Ziv-Av, 2006: 10). بیمه‌گران برای مقابله با این مشکل ابزارهای مختلفی در اختیار دارند که طبقه‌بندی ریسک^۱ و شرط ارزیابی ریسک از آن جمله‌اند.

خطر اخلاقی بدین معناست که رفتار بیمه‌گذار بعد از خرید بیمه‌نامه تغییر کرده و تلاش‌های خود را برای کاهش ریسک و احتیاط کاهش می‌دهد. بیمه‌گر در این حالت قادر نیست تغییر رفتار مشتریان را پیش‌بینی و بر آن نظارت داشته باشد، در نتیجه هزینه‌هایش افزایش پیدا خواهد کرد. شرکت‌های بیمه خطر اخلاقی را از طریق موافقت‌نامه‌های مشارکت در هزینه یا فرانشیز^۲، استثنا کردن از پوشش بیمه‌ای و شرط ارزیابی خطر توسط مشاور بیمه‌گر^۳ مدیریت می‌کنند. در مقابل این استدلال عده‌ای معتقدند منظور از تغییر رفتار بیمه شده این است که وی نفع خویش را در وقوع خطر دیده و عمدتاً در به‌وجود آمدن آن تلاش کند، این تمایل هنگامی ایجاد می‌شود که زیان ناشی از وقوع خطر کمتر از میزان تعهد بیمه‌گر بوده و در نتیجه بیمه‌گذار وقوع خطر را به سود خود بداند (کاویانی، ۱۳۸۸: ۲۸۱). با توجه به بعید بودن این فرض، به نظر می‌رسد اقدامات بیمه‌گران برای غلبه بر خطر اخلاقی مشتریان یک‌جانبه و غیرمنصفانه باشد، به‌خصوص که خود آنان هم ممکن است با مخفی نگه داشتن چگونگی محاسبه نرخ حق بیمه و عدم شفاف‌سازی آن، خطر اخلاقی از خود بروز دهند درحالی که بیمه‌گذاران ابزاری برای مقابله با آن ندارند.

۲-۲-۱ مشکل اطلاعات بیمه‌گذار

مصرف‌کنندگان بیمه درباره بیمه‌نامه‌ای که می‌خرند و نیز شرکت بیمه‌ای که با آن معامله می‌کنند، اطلاعات کمی دارند و به‌محض خرید بیمه‌نامه در برابر فرصت‌طلبی^۴ بیمه‌گر

1. Risk Classification

2. Cost-sharing Agreements

۳ Underwriting Requirement: فرایندی است که به‌موجب آن مشاور شرکت بیمه بر مبنای طبقه‌بندی ریسک به

ارزیابی شایستگی بیمه‌گذار برای دریافت پوشش مورد درخواست می‌پردازد.

4. Opportunism

آسیب پذیر می شوند. بیشتر مصرف کنندگان که فرم بیمه نامه امضا می کنند، هرگز نمی دانند واقعاً چه چیزی را امضا کرده اند و یا اگر می دانند با آن موافق نیستند و قانون هم چنین نتیجه ای را تغییر نمی دهد (Drobak, 1999: 261). بیمه گذار از سویی قادر به درک قرارداد پیچیده بیمه نیست و از سوی دیگر نمی تواند تناسب بین سطح حق بیمه پرداختی را با میزان ریسک ارزیابی کند. این بعد از عدم تقارن اطلاعات عدم شفافیت نامیده می شود.^۱ جنس و مشکل عدم تقارن اطلاعات مصرف کنندگان با بیمه گران متفاوت است و از طریق راه حل های حقوق خصوصی کمتر قابل حل است، از این رو لزوم ایجاد مقررات حمایتی را بیشتر توجیه می کند (Baker and Siegelman, 2011: 9). به طور کلی شرکت های بیمه اطلاعات شخصی و محرمانه زیادی دارند که در ارزش کالا (فروش بیمه نامه) آنها بسیار تأثیرگذار است. این اطلاعات که مصرف کنندگان از آنها محروم اند، سه گروه اند: ملائت و توانایی مالی شرکت برای پرداخت خسارات، مقصود از شروط قرارداد و شیوه ارزیابی و پرداخت خسارات.

تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات به معنای غیرقابل مشاهده و دسترسی به آنها نیست. برای مثال شروط قراردادی مندرج در فرم بیمه نامه، با این فرض که شرکت بیمه مایل باشد قبل از خرید آن را در اختیار متقاضی بیمه بگذارد، اما فهم این شروط در عمل برای بیمه گذار بسیار پرهزینه و زمان بر است. دیگر جنبه های کیفیت محصول بیمه ای نظیر رویه های قبلی پرداخت خسارت یا توانایی مالی شرکت بیمه، نیازمند افشای اطلاعات توسط بیمه گران است که در عمل آنها مایل اند این اطلاعات را محرمانه نگه دارند. علاوه بر این چون بیمه تعهدی برای پرداخت پول در آینده است، توانایی مالی بیمه گر هم در آینده معلوم خواهد شد. به عبارتی بیمه گذار به محض خرید بیمه نامه با ریسک وضعیت نامعلوم بیمه گر در آینده روبه رو می شود.

علاوه بر موارد فوق، بیمه گذار از یک منظر دیگر هم در موقعیت نابرابر اطلاعاتی قرار

1. Lack of Transparency

می گیرد و این به دلیل ویژگی خاص نهفته در بیمه نامه هاست. بیمه نامه ها جزء دسته کالاهای تجربی کردنی^۱ قرار می گیرد و به همین دلیل بیمه گذار فقط پس از انعقاد قرارداد بیمه قادر می شود کیفیت محصول خریداری شده را ارزیابی کند.

۳-۱ ضعف های شناختی و عقلانیت محدود بیمه گذار

در مدل اقتصادی سنتی فرض بر این است که مصرف کننده بیمه به طور منطقی و عقلایی قادر به حداکثر رساندن منفعت خویش در تقابل با شرکت های بیمه است، اما واقعیت های اقتصاد رفتاری نشان می دهد مصرف کنندگان به طور مرتب اصول تصمیم گیری عقلایی را نقض می کنند. این رفتارهای غیر معقول در قالب موارد ذیل بروز می کند:

۱. ریسک گریزی:^۲ احساس ناراحتی افراد نسبت به ضرر کردن بسیار بیشتر از خوشحالی آنها از سود کردن است. بنابراین در حالتی که نرخ بیمه متغیر است، ناراحتی ناشی از افزایش حق بیمه بیشتر از خوشحالی به دلیل کاهش حق بیمه است. بیمه گران با علم به این حالت، از نرخ حق بیمه ثابت به جای متغیر استفاده می کنند.

۲. سوگیری وضع موجود: مصرف کنندگان به سکون و بی عملی تمایل دارند. ممکن است سال ها بگذرد بدون اینکه مصرف کنندگان به طور دقیق کفایت پوشش بیمه ای یا قیمت های بازار را بررسی کنند. باینکه می دانند این کار مفید است، زیرا هم نیازهایشان و هم قیمت ها تغییر کرده است.

۳. دشواری انتخاب: مصرف کنندگان در مواجهه با حجم انبوه اطلاعات ممکن است سردرگم شوند و هیچ گونه تصمیمی نگیرند. خرید بیمه نامه فرایندی پیچیده بوده و مستلزم در نظر گرفتن معاوضه ریسک های گوناگون است. امکان دارد مصرف کنندگان در مواجهه با این پیچیدگی ها با وجود منافع چشمگیر از تغییر بیمه نامه خود صرف نظر کنند (نصرتی، ۱۳۸۹: ۷).

1. Experience Good

2. Risk Aversion

با توجه به موارد فوق معلوم می‌شود در فرضیه مدل اقتصادی کلاسیک که مصرف‌کننده به‌طور عقلایی قادر به حداکثر رساندن منافع خویش است، نمی‌تواند مبنای حمایت از مصرف‌کننده در قرارداد بیمه را توجیه کند. علوم شناختی و رفتاری این پرسش را در ارتباط با حقوق قراردادها مطرح کرده که آیا طرفین می‌توانند در مورد بعضی قراردادها توافق داشته باشند؟ در هنگام انعقاد قرارداد بیمه‌گذار بیشتر نگران قیمت (حق بیمه) و میزان پوشش بیمه‌ای است تا شروط قراردادی. حتی اگر درباره چنین شروطی بیندیشد خوش‌بینی بیش از حد^۱ و تمایل به تصمیم‌گیری نه‌چندان کامل این تصور را برایش ایجاد می‌کند که اهمیت زیادی ندارند. بنابراین می‌توان گفت که مصرف‌کننده هرگز به‌طور واقعی با چنین شروطی موافقت نکرده است.

هرچند بیمه‌گر هم مانند مصرف‌کننده دارای مشکل عدم تقارن اطلاعات است، اما به‌دلیل برخورداری از موقعیت برتر قادر است به‌وسیله ابزارهایی به کنترل آن پردازد، درحالی‌که مصرف‌کننده به‌عنوان طرف ضعیف‌تر قرارداد فاقد چنین ابزارهایی است و از طرفی به‌دلیل شفاف بودن یک سری از مشکلات شناختی عموم بیمه‌گذاران زمینه فرصت‌طلبی بیمه‌گران فراهم می‌شود. به‌عبارت‌دیگر طراحی محصولات بر مبنای اشتباهات مصرف‌کنندگان انجام می‌شود (Bar-Gil, 2006: 15).

بنابراین عدم تقارن اطلاعات و عوارض خارجی به‌عنوان دو بعد از شکست بازار در بیمه وجود دارند (Ziv- Av, 2006: 10). در اینجا خطر اخلاقی همان عوارض خارجی منفی و عملکرد اجتماعی به‌عنوان عوارض خارجی مثبت بیمه محسوب می‌شوند. شکست بازار اصلی‌ترین عامل توجیه‌کننده نظارت و ایجاد مقررات در بازار بیمه است. قراردادهای بیمه نیز به‌عنوان بخشی از بازار بیمه، از نظارت و کنترل مستثنای نیستند. امروزه اصل حاکمیت اراده و نتیجه آن یعنی عدالت معاوضی بین طرفین قرارداد به چالش

1. Over Optimism Bias

کشیده شده است. شرکت‌های بزرگ بیمه چنان توانمندی مالی و علمی خود را بالا برده‌اند که فرض برابری و تساوی اقتصادی و مالی طرفین توهمی بیش نیست. بنابراین قرارداد بین دو گروه ناعادلانه است و نمی‌توان قراردادهای بیمه را به مفاد توافق طرفین سپرد و ادعا کرد که آزادی قراردادی «عدالت معاوضی» را خودبه‌خود تأمین می‌کند.

برای اجرای عدالت فقط نباید به وجود تراضی طرفین استناد شود،^۱ زیرا طرف قوی‌تر با نیروی اقتصادی برتر می‌تواند اراده خود را بر دیگری تحمیل کند. تقابل این دو تضمین‌کننده عدالت نیست. از این‌رو دولت باید در قراردادهایی که با شروط گزاف همراه‌اند و تعادل بین حقوق و تکالیف طرفین را به هم می‌زنند دخول کند. مانند قراردادهای بیمه‌ای که بیمه‌گر شرایط قرارداد را تعیین می‌کند و بیمه‌گذار نیز حق برهم زدن آن را ندارد (کاتوزیان، ۱۳۷۸: ۳۳۳).

مصرف‌کننده در دو زمان با شرکت‌های بیمه روبه‌روست؛ اول موقع صدور بیمه‌نامه، یعنی زمان انعقاد قرارداد، و دوم در هنگام بروز خسارت، یعنی حین اجرای قرارداد. وضع نامطلوب بیمه‌گذار در حالت اول با وضع تعرفه حق بیمه و تنظیم شرایط بیمه‌نامه از سوی مقام ناظر تا حدودی قابل حل است. هرچند در عمل چیزی مانع آن نیست که به این مصوبات عمل نشود، زیرا ضمانت اجرایی چندان محکمی وجود ندارد. اما خسارات عدم نابرابری تشدید می‌شود چرا که مقام تصمیم‌گیرنده خود شرکت‌های بیمه‌ای هستند و اگر خسارتی اعلام شود که جبران آن در تعهدات شرکت نیست، بیمه‌گذار چاره‌ای جز مراجعه به دادگستری ندارد که این هم برای مصرف‌کننده کار ساده‌ای نیست. در مورد خسارات نهاد ناظر یعنی بیمه مرکزی ایران، مرجع تجدیدنظری برای شرکت‌های بیمه محسوب نمی‌شود. این نهاد قدرت الزام‌آور ندارد و نمی‌تواند شرکت بیمه را به پرداخت خسارت مجبور کند (علی‌آبادی، ۱۳۶۹: ۳).

ویژگی دیگر بازار بیمه استدلال اساسی برای نظارت بر قراردادهای بیمه است. محصول

۱. همان‌طور که بیان شد وجود این تراضی در قراردادهای با شروط استاندارد مورد تردید است.

بیمه‌ای ماهیتی بلندمدت^۱ دارد، به این معنا که هنگام خرید بیمه‌نامه، مصرف‌کننده فقط یک تعهد را دریافت می‌کند. بنابراین ملاتت بیمه‌گر بیش از دیگر نهادهای تجاری لازم است. علاوه بر این قرارداد بیمه‌ای مبتنی بر اعتماد^۲ است، از این رو اطمینان بیمه‌گذار عاملی برای واگذاری پس‌انداز خود به بیمه‌گر است (Ziv-Av, 2006: 10).

عامل دیگر برای توجیه لزوم تنظیم و کنترل قراردادهای بیمه، نامحدود بودن ظرفیت تولید محصول بیمه‌ای است. بیمه‌گران می‌توانند قراردادهای بیمه‌ای زیادی را امضا کنند. اگر بیمه‌گران در مسیر رقابت مخرب میان خود، فروش مازاد داشته باشند، باعث می‌شود تا توانایی حمایت و پوشش همه ادعاها و پرداخت خسارات را نداشته باشند. این رقابت در جهت فروش^۳ بیمه‌نامه‌ها استدلالی منطقی برای ایجاد مقررات در بیمه و کنترل رقابت میان بیمه‌گران است.

به‌طور کلی برای نظارت بر بازار بیمه و حمایت از مصرف‌کننده مقرراتی به این شرح وضع می‌شود: ۱. توانایی مالی، ۲. نرخ حق بیمه، ۳. بیمه‌نامه. ۴. که در این مقاله به بررسی نوع سوم که مستقیم ناظر بر خود قراردادهای بیمه است، می‌پردازیم.

مقررات ناظر بر بیمه‌نامه‌ها بیشتر مصرف‌کننده‌محور هستند. این مقررات مشکل تعادل قراردادی^۷ را حل می‌کنند، بدون آنکه به کارایی حاصل از کاهش هزینه معامله^۸ که ناشی از قراردادهای استاندارد است، خدشه‌ای وارد کنند. این مقررات مبتنی بر درج شروط اجباری، تصویب و نظارت بر بیمه‌نامه‌ها از سوی مقامات ناظر است. گرچه اثر این مقررات

1. Long-tail

2. Trust-based

3. Race to Bottom

4. Solvency Regulation

5. Rate Regulation

6. Policy Regulation

7. Balance Problem

8. Transaction Cost

۹. طرف‌داران قراردادهای الحاقی معتقدند شروط استاندارد با حذف مرحله مذاکره درباره شروط قراردادی، موجب

کاهش هزینه معامله می‌شوند بنابراین مفیدند.

بر عدالت توزیعی مورد تردید است، اما بیمه‌گران تمام تلاش خود را می‌کنند تا هزینه تحمیل شده از چنین مقرراتی را از طریق نرخ حق بیمه تأمین کنند. علاوه بر این، مقررات بیمه‌نامه، مصرف‌کنندگان را در برابر مشکلات شناختی‌شان^۱ حمایت می‌کند.

۲ ابزارهای حقوقی اصلاح نارسایی بازار و تأمین عدالت معاوضی در قرارداد

بیمه

چنان‌که گفتیم در قرارداد بیمه نارسایی‌هایی وجود دارد که منافع طرف ضعیف‌تر را تهدید می‌کند. در صورتی که مصرف‌کننده در این وضعیت به حال خود رها شود، مشکلات شدیدتر خواهد شد. بنابراین دولت‌ها و مراجع رسیدگی نسبت به حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان در قبال چنین قراردادهایی بی‌تفاوت نیستند و مایل‌اند برای برقراری تعادل میان طرفین دخالت کنند.

اولین نفعی که از حمایت طرف ضعیف‌تر قرارداد بیمه به‌منظور ایجاد تعادل حاصل می‌شود، بهبود وضع بازار مالی بیمه است. از این جهت که شفافیت بازار افزایش و کارایی آن ارتقا می‌یابد و بازار مالی نظم می‌گیرد. فایده دیگر حمایت از طرف ضعیف‌تر در قراردادهای بیمه‌ای به نفع بیمه‌گذار است، زیرا بیمه‌گر را تشویق می‌کند تا به ارائه خدمات بهتر بپردازد. نکته قابل توجه این است که حمایت از طرف ضعیف قرارداد بیمه به نفع خود بیمه‌گر نیز است، زیرا باعث می‌شود از یک سری ریسک‌ها خلاصی یابد. برای مثال ریسک حقوقی که از اقامه دعوی بیمه‌گذار برای جبران خسارت ناشی می‌شود از بین خواهد رفت. بیمه‌گران در صورت برخورد ناعادلانه با مصرف‌کنندگان در معرض ریسک ورشکستگی هم هستند، زیرا این‌گونه برخوردها، بیمه‌گذاران را وادار می‌کند تا از انعقاد قرارداد اجتناب کنند که این امر ورشکستگی شرکت بیمه را در پی خواهد داشت.

۱. خوش‌بینی بیش از اندازه، اثر ارائه، اثر حوادث گذشته و ... از جمله مشکلات شناختی هستند که مصرف‌کنندگان با آنها مواجه‌اند.

حمایت از بیمه گذار با توجه به اهمیت ثبات بازار بیمه در تعادل اقتصادی هر چند کم باشد، اما ریسک سیاسی ناشی از عکس العمل نامتناسب دولت به بحران‌های مالی را کاهش خواهد داد. زیرا دولت‌ها در بحران‌های مالی ناچارند به اصلاحات شدید و یکباره مقررات پردازند تا مانع از بین رفتن بخش مالی شوند. در این باره می‌توان به رسوایی اخیر بخش بیمه در انگلستان و استرالیا اشاره کرد که برای بهبود وضع ایجاد شده، یک سری مطالعات پرهزینه انجام و پیشنهادهای گسترده‌ای برای اصلاحات قانونی داده شد (Rodney, 2009: 3). در این راستا امکان به کارگیری دو ابزار مهم وجود دارد، اول، تدوین مقرراتی که منافع مصرف کنندگان را در قراردادهای بیمه مورد تأکید قرار دهد و دوم، رسیدگی به اختلافات مصرف کننده بیمه و شرکت‌های بیمه گر باید توسط مراجع و نهادهایی باشد که فارغ از معایب و پیچیدگی‌های دادگاه‌ها بوده، دیدگاه‌های حمایت‌گرانه داشته باشند و به منظور تفسیر قراردادهای بیمه از قواعد ویژه‌ای تبعیت کنند.

۱-۲ حقوق قراردادهای بیمه با رویکرد حمایت از حقوق مصرف‌کننده بیمه

به طور کلی عقد بیمه از ماهیت ویژه‌ای برخوردار است که عدم تبعیت آن را از بسیاری اصول قواعد عمومی قراردادها توجیه می‌کند. از این رو حمایت از مصرف کننده بیمه با اتکا به اصول قواعد عمومی امکان پذیر نیست، زیرا قرارداد الحاقی‌ای که در آن صرف امضا موجب می‌شود وجود تراضی را محقق بدانیم با همان قواعد سنتی حقوق قراردادهای قابل اداره نیست. امروزه بیمه‌نامه‌ها به گونه‌ای نوشته می‌شوند که به راحتی و توسط خیارهای قابل فسخ نیستند. از سویی ادعای اکراه، تدلیس و اشتباه هم به معنای متداول آنها ممکن نیست و از این رو نمی‌توانیم در جهت حمایت از مصرف کننده گام برداریم.

امروزه در حقوق اکثر کشورها قوانینی درباره قراردادهای بیمه وجود دارد. سیر تکاملی این مقررات نشان می‌دهند که حقوق قراردادهای بیمه در ابتدا بدون توجه به موقعیت نابرابر طرفین تنظیم می‌شدند. برای مثال در قانون بیمه ۱۹۰۸ آلمان فقط بیمه گذار

به افشای اطلاعات مکلف بود، درحالی که برای بیمه گر چنین تعهدی وجود نداشت. اما در اصلاحاتی که انجام شد قانون قراردادهای بیمه ۲۰۰۸ با تفکرات مدرن و با هدف حمایت از مصرف کننده تنظیم شد. امروزه کشورها در یک جنبش رو به رشد اصلاحاتی را در قوانین بیمه خود انجام می دهند.^۱ یکی از بهترین نمونه ها در این زمینه اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپاست^۲ که حاوی اصول اختیاری قابل اقتباس برای کشورها بوده و تعهدات پیش قراردادی و روابط قراردادی طرفین را تحت پوشش می گیرد. در ذیل قصد داریم تعدادی از این اصول حاکم بر قراردادهای بیمه با رویکرد حمایت از مصرف کننده را تبیین کنیم و هر جا مقدور باشد به مقایسه آنها با «آیین نامه حمایت از حقوق بیمه گذاران، بیمه شدگان و صاحبان حقوق آنها» مصوب سال ۱۳۹۱ پردازیم.

۱-۲-۱ اصل شفافیت^۳

شفافیت در قراردادهای بیمه، متضمن برقراری استانداردهایی در زمینه حقوق و تکالیف طرفین قرارداد است. رعایت این استانداردها به ویژه در حوزه حمایت از حقوق مصرف کننده بسیار مهم خواهد بود.

در یک تعریف، شفافیت در قرارداد بیمه به مفهوم قابل درک بودن،^۴ ابهام نداشتن^۵ و روشن بودن مفاد قرارداد است. در این قراردادها قابلیت درک یعنی مفاد آن برای متوسط بیمه گذاران قابل فهم باشد. البته اینکه چه کسانی متوسط بیمه گذاران را تشکیل می دهند با فرض حقوقی «انسان معقول و متعارف» قابل حل خواهد بود. اما علاوه بر قابل درک بودن،

۱. متأسفانه به رغم سپری شدن ۷۵ سال از تصویب قانون بیمه در ایران و با وجود وضع مصوبات جدید در شورای عالی بیمه، مدت ها قانون جدیدی تصویب نشده است. از این رو توجه به تحولات جدید در زمینه حقوق بیمه گذاران در قراردادهای بیمه ضروری است.

2. Principles of European Insurance Contract Law (PEICL)

3. Transparency

4. Comprehensibility

5. Unambiguous

مفاد قرارداد بیمه باید روشن و بدون ابهام باشد یعنی نباید بتوان از آن تفاسیر متعدد کرد که این جنبه از شفافیت به تفسیر قرارداد بیمه برمی گردد (Wandit and Ünan, 2012: 10).

تأثیر و اهمیت اصل شفافیت در بخش بیمه بیشتر از قراردادهای مربوط به معاملات کالا است، زیرا قرارداد بیمه یک کالای حقوقی^۱ و اعتباری محسوب می شود نه کالای فیزیکی؛ و تا هنگام بروز حادثه معاوضه‌ای میان پول و کالا صورت نمی گیرد. در قرارداد بیمه در عوض پول (حق بیمه) صرفاً یک تعهد جبران خسارت وجود دارد. بنابراین برخلاف معامله کالا بررسی عوض تعهد از طریق مشاهده ممکن نیست. بیمه‌گذار در قبال پرداخت حق بیمه با یک کالای اعتباری روبه‌روست که خود را به شکل کاغذ، زبان و نوشته نمایش می دهد. اما چیزی که مسئله را حادتر می کند، تظاهر زبانی نه در قالب زبان رایج عمومی بلکه به شکل زبان و اصطلاحات تکنیکی حقوقی است. بنابراین بیمه‌نامه به عنوان یک کالای پیچیده اعتباری محسوب می شود که در آن به توصیف ریسک، استثنائات پوشش ریسک و مواردی که ممکن است مجدداً تحت پوشش قرار گیرند، پرداخته شده است. چیزی که فهم آن برای متوسط بیمه‌گذاران دشوار است (Ibid.: 51).

با در نظر گرفتن موارد فوق اصل شفافیت مستلزم شفاف کردن عناصری از بیمه‌نامه است که در تصمیم‌گیری برای خرید آن مؤثرند. در مورد بیمه اهمیت شفافیت به این دلیل بیشتر است که در اغلب موارد برخورداری از پوشش بیمه‌ای جزء نیازهای حیاتی و نه عادی خریداران است.

در مقررات اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپا به مسئله شفافیت اشاره شده به طوری که در جزء «۲۰۳» ماده (۱) آن مقرر شد؛ تمام اسنادی که توسط بیمه‌گر عرضه می شود باید به زبان ساده و قابل فهم نوشته شده باشد. در ایران نیز در «آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها» اصل شفافیت مورد توجه قانونگذار قرار گرفته و در ماده (۱۴) آن آمده است: «مؤسسه بیمه موظف است بیمه‌نامه و شرایط آن را با حروف خوانا و عبارات قابل درک برای عموم بیمه‌گذاران تهیه کند».

1. Legal Product

اما اگر بخواهیم ضمانت اجرای رعایت اصل شفافیت در بیمه نامه‌ها را بررسی کنیم و بدانیم در صورت عدم رعایت شفافیت تکلیف قرارداد چه خواهد شد، اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپا ما را به اصل تفسیر قرارداد بیمه به نفع گذار رهنمون می‌سازد. در ادامه این شیوه تفسیری در بیمه به طور مفصل بررسی خواهد شد.

۲-۱-۲ اصل حسن نیت و انصاف در جریان تعهدات اطلاع‌رسانی

با توجه به تحولات گسترده و سریع روابط تجاری لزوم رعایت حسن نیت و رفتار منصفانه در قراردادها که در گذشته معلوم و مفروض بود و موضوعی فرعی به شمار می‌آمد، امروزه عنوانی مستقل پیدا کرده و اهمیت آن دوچندان شده است. زیرا حسن نیت در قراردادها ابزاری سودمند برای تغییر شرایط قرارداد، برقراری تعادل و توازن در رفتار طرف‌های قرارداد و از همه مهم‌تر حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان در مقابل طرف‌های قوی‌تر قرارداد به حساب می‌آید (علیزاده، ۱۳۸۴: ۹۶).

در قرارداد بیمه این گونه گفته می‌شود که ابتدای این عقد مبتنی بر حداکثر حسن نیت طرفین قرارداد است، به طوری که بیشتر از هر قرارداد دیگری، هر گونه تقلب، پنهان کاری و عدم صداقت در آن با ضمانت اجرا روبه‌رو خواهد شد.

با در نظر گرفتن موارد فوق وظیفه بیمه‌گذار هنگام انعقاد قرارداد این است که تمام اطلاعات بیمه‌ای خود را به درستی و با صداقت اظهار کند، به گونه‌ای که بیمه‌گر بتواند اهمیت خطری را که پوشش می‌دهد، شناسایی کند.

اما فقط بیمه‌گذار مکلف به افشای اطلاعات نیست، بلکه حسن نیت ایجاب می‌کند بیمه‌گر هم مکلف به دادن اطلاعات به طرف مقابل باشد. مبنای این ادعا، «نظریه تعهد به دادن اطلاعات» است که اساس آن تفاوت در میزان آگاهی طرفین قرارداد بر حسب تفاوت در موقعیت آنهاست. اهمیت این تعهد وقتی که یک طرف قرارداد متخصص و طرف دیگر مصرف‌کننده عادی است بیشتر احساس می‌شود، زیرا فقط اراده برای انعقاد عقد کافی

نیست و در صورت فقدان اطلاعات، اصل آزادی اراده تبدیل به اصل آزادی طرف قوی تر خواهد شد (عابدیان و خروشی، ۱۳۸۸: ۲۲۲). بنابراین تنها در فرض دو جانبه دانستن این تعهد است که تعادل قراردادی برقرار خواهد شد.

هرچند در عرف بیمه‌گری رعایت اصل حسن نیت فقط از طرف بیمه‌گذار الزامی است، اما رعایت آن باید دوطرفه باشد. بنابراین بیمه‌گر مکلف است در بیمه‌نامه هر آنچه را که نشان‌دهنده تعهدات اوست و مواردی که ممکن است در صورت بروز حادثه در پرداخت خسارت مؤثر باشد را قید کند. به طوری که تعهدات بیمه‌گر از هر لحاظ برای بیمه‌گذار معین و مشخص باشد (آوانسیان، ۱۳۶۷: ۱۲).

چنانچه بخواهیم ضمانت اجرای عدم رعایت حسن نیت را در قانون بیمه بررسی کنیم با یک طرفه بودن این تکلیف مواجه خواهیم شد. زیرا براساس ماده (۱۲) قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶، فقط بیمه‌گذار مکلف به افشای اطلاعات است و در صورتی که عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا به طور عمد اظهارات خلاف واقع بگوید عقد بیمه باطل خواهد شد. انتقاد وارده به ماده فوق این است که بیمه‌گذاران اغلب نمی‌دانند چه اطلاعاتی از بیمه برای بیمه‌گر مهم و ضروری است. از این رو حسن نیت ایجاب می‌کند که این تکلیف به عهده بیمه‌گر گذاشته شود تا با تهیه پرسش‌نامه اطلاعاتی را که لازم دارد از بیمه‌گذار بپرسد.

در قانون بیمه درباره تکلیف بیمه‌گر به افشای اطلاعات هیچ‌گونه تصریحی به چشم نمی‌خورد، اما در اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپا، قانونگذار بیمه‌گر را متعهد به ارائه اطلاعات کرده و مقرر داشته بیمه‌گران باید بیمه‌نامه‌ای منتشر کنند که حاوی اطلاعات جامعی باشد. علاوه بر این مسئولیت کسب اطلاعات لازم از بیمه‌گذار را با تهیه پرسش‌نامه به بیمه‌گر سپرده است، به طوری که جزء «۱۰۱» ماده (۲) بیان می‌کند بیمه‌گذار فقط باید به سؤالات واضح و دقیق بیمه‌گر پاسخ دهد و بیمه‌گر هم مسئول و مکلف است اطلاعات لازم را در مورد ریسک سؤال کند. علاوه بر این در ماده (۳۹) حقوق قراردادهای چین آمده است در قراردادهای استاندارد، طرفی که شروط استاندارد را تهیه کرده باید در

تعهدات خود ملزم به انصاف باشد و به طرف دیگر درباره حدود مسئولیت خود و مفهوم شروط قرارداد توضیح دهد (Monti, 2001: 14-15).

گفتنی است شورای عالی بیمه در زمینه دوطرفه بودن تعهد به دادن اطلاعات، گام مهمی برداشته، به گونه‌ای که در ماده (۸) آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران آمده عرضه‌کننده بیمه موظف است همه اطلاعات ضروری را به متقاضی بیمه به صورت مناسب اعلام کند. به نظر می‌رسد تصویب قوانین جدید بعد از حدود ۷۵ سال در این باره ضروری است و آیین‌نامه نمی‌تواند جایگاه مناسبی برای طرح این مسئله باشد. زیرا آیین‌نامه فوق مشابه سایر مصوبات، در معرض مقررات ابطال دیوان عدالت اداری قرار داشته و حقوق بیمه‌گذاران را در وضعیت متزلزلی قرار می‌دهد. بنابراین اگر در این زمینه از رویه کشورهای مانند انگلستان پیروی کنیم و برای حمایت از حقوق بیمه‌گذاران در قراردادهای بیمه مصرف‌کننده جایگاه قانونی در نظر بگیریم، امری مطلوب خواهد بود.

۳-۱-۲ شروط مربوط به انجام اقدامات پیشگیرانه توسط بیمه‌گذار

قراردادهای بیمه حاوی شروط خاصی اند که بیمه‌گذار را برای برخورداری از پرداخت خسارت به انجام رفتاری خاص وادار کرده یا پوشش ریسک را به تحقق یک موقعیت ویژه منوط می‌کنند. به عبارت دیگر اگر ضرر در نتیجه حالت و وضعیت خاصی ایجاد شود، خسارتی پرداخت نخواهد شد. مثلاً برای استفاده از پوشش بیمه شخص ثالث، داشتن گواهینامه رانندگی ضروری است و در صورتی که راننده فاقد آن باشد از دریافت خسارت توسط بیمه‌گر محروم خواهد شد. یا اینکه در این باره شرط سنی گنجانده شود؛ به عنوان مثال اگر راننده کمتر از هجده سال داشته باشد، بیمه‌گر تعهدی به پرداخت خسارت نخواهد داشت. اقتصاددانان به شدت از این شروط دفاع می‌کنند، زیرا باعث ابزاری برای طبقه‌بندی ریسک و نیز تشویق بیمه‌گذاران برای کاهش رفتار خطرآفرین محسوب می‌شوند (Nicoll, 2009: 6).

از زمان‌های گذشته این شروط در بیمه‌نامه‌های دریایی کاربرد داشته و به هیچ وجه انتقادبرانگیز نبوده‌اند، زیرا باعث ایجاد توازن و تعادل در قدرت مذاکره میان صاحب محموله و کشتی از یک طرف و بیمه‌گر از طرف دیگر می‌شدند. اما امروزه با گسترش صنعت بیمه موقعیت تغییر کرده است. بیمه‌گران قدرت مالی بیشتری دارند، بیمه‌نامه‌ها قراردادهایی الحاقی بوده و اصل آزادی قراردادی جای خود را به اصل حمایت از مصرف‌کننده داده است. اغلب وقتی با قراردادهای بیمه مواجه‌ایم، در موقعیت مصرف‌کننده قرار داریم، در حالی که بیمه‌گران همیشه این شروط را برای مقاصد مشروع و قانونی خود مورد استفاده قرار نمی‌دهند. عمده‌ترین دلایل نامنصفانه بودن چنین شروطی عبارت‌اند از:

۱. وضعیت خاصی که می‌تواند مانع از پرداخت خسارت شود، ممکن است در کنترل بیمه‌گذار باشد یا نباشد. در صورت وقوع چنین حالتی بیمه‌گذار قرارداد را نقض نکرده است. بنابراین اگر این شروط جزء تعهدات بیمه‌گذار در مقابل بیمه‌گر محسوب شوند ناعادلانه خواهد بود.

۲. استدلال بیمه‌گران برای استفاده از چنین شروطی این است که چنین موقعیت‌هایی اغلب، و نه همیشه، باعث بروز خسارت‌هایی از این نوع می‌شود. برای مثال ممکن است در یک قرارداد بیمه دریایی شرط شده باشد در صورتی که کشتی اجاره شده باشد، خسارتی پرداخت نخواهد شد، در این حالت به‌طور آماری احتمال بروز خسارت بیشتر است، زیرا معمولاً مستأجر به اندازه مالک مراقبت‌های لازم را به‌عمل نمی‌آورد. اما نکته مهم این است که هیچ‌گونه رابطه علی^۱ بین تخلف از این شروط و وقوع ضرر وجود نداشته و فقط یک رابطه همبستگی است. همچنین بیمه‌شده در اکثر موارد درباره این شروط و عواقب تخلف از آنها اطلاعات کاملی ندارد. برای مثال فرضی را در نظر بگیرید که شخصی اتومبیل خود را بیمه بدنه کرده است، هنگامی که پشت چراغ قرمز متوقف بوده، اتومبیل دیگری با وی برخورد می‌کند. او بعد از مراجعه به شرکت بیمه متوجه

1. Casual Link

می‌شود که از خسارت محروم است، زیرا شرط پرداخت خسارت در بیمه‌نامه داشتن گواهی معاینه فنی بوده است. این در حالی است که بیمه‌گذار از وجود چنین شرطی کاملاً بی‌اطلاع بوده است. البته به فرض از وجود چنین شروطی هم اطلاع داشته و مایل است که آنها از بیمه‌نامه حذف شوند باید حق بیمه بیشتری پردازد. بنابراین واضح است پرداختن خسارت در این حالت منصفانه نیست.

امروزه بنا بر دلایل فوق بسیاری از نظام‌های حقوقی محدودیت‌های زیادی برای استفاده از چنین ابزارهایی در قراردادها ایجاد کرده‌اند.

از این رو در جزه‌های «۱۰۲ و ۱۰۳» ماده (۴) اصول حقوق قراردادهای اتحادیه اروپا آمده است، هرگونه شرطی در قرارداد بیمه که مقرر کند در صورت عدم انجام اقدامات پیشگیرانه توسط بیمه‌گذار، بیمه‌گر حق فسخ قرارداد را داشته باشد یا از مسئولیت معاف شود، فاقد اثر است مگر در صورتی که بیمه‌گذار عمداً یا براساس بی‌احتیاطی و با این علم که اقدام نکردن او موجب خسارت خواهد شد، به تعهدات خود عمل نکرده باشد.

بنابراین اگر عدم انجام این اقدامات پیشگیرانه توسط بیمه‌گذار به واسطه غفلت^۱ او باعث ضرر شده باشد، باز هم وی مستحق دریافت مبلغ خسارت از شرکت بیمه خواهد بود. زیرا فلسفه بیمه فقط انعقاد قراردادی برای پوشش ریسک ناشی از حوادث معین نیست، بلکه مبتنی بر این است که رفتار غفلت‌آمیز هم تحت پوشش قرار گیرد. پس تنها عمد و بی‌احتیاطی می‌تواند توجیهی برای کاهش یا عدم پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر باشد. اما در قانون بیمه ۱۳۱۶ و آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران مصوب ۱۳۹۱ تصریحی درباره شروطی که نامنصفانه تلقی می‌شوند به چشم نمی‌خورد.

۴-۱-۲ مدت قرارداد بیمه و تمدید آن

مدت قرارداد بیمه براساس توافق طرفین تعیین می‌شود. اما در اصول حقوق قراردادهای بیمه

۱. غفلت شکلی از تقصیر است که نسبت به بی‌احتیاطی و عمد در مرتبه پایین‌تری قرار دارد.

اروپا مدت قرارداد به تراضی طرفین واگذار نشده و به استثنای قرارداد بیمه اشخاص مدت سایر قراردادهای یک سال تعیین شده است. تعیین این مدت به دلیل اجتناب از تکرار اشتباهی است که در حقوق قراردادهای بیمه آمریکا با مجاز دانستن قراردادهای کوتاه مدت (کمتر از یک سال) رخ داد. بر این اساس شرکت‌های بیمه قادر می‌شوند میزان حق بیمه‌ها را با هر بار انعقاد مجدد تغییر یا افزایش دهند. در جزء «۶۰۲» ماده (۲) اصول قراردادهای بیمه اروپا آمده است، بعد از گذشت یک سال قرارداد بیمه خودبه‌خود تمدید می‌شود مگر اینکه بیمه‌گر یا بیمه‌گذار در مدت یک ماه با اخطار کتبی اتمام مدت قرارداد را اعلام کند.

تمدید خودبه‌خود قرارداد بیمه علاوه بر اینکه در راستای منافع بیمه‌گذار است، برای شرکت‌های بیمه هم سودمند است، زیرا هزینه‌های آنها را در مرحله مذاکره و قبل از انعقاد قرارداد کاهش می‌دهد. در قانون بیمه ایران درباره مدت قرارداد بیمه مطالبی وجود ندارد، اما در ذیل ماده (۳۵) قانون بیمه آمده است: «طرفین ممکن است موعدها را به رضایت یکدیگر تمدید کنند. بنابراین تأسیس حقوقی تمدید خودبه‌خودی قرارداد بیمه در حقوق ایران وجود ندارد».

۵-۱-۲ تعهد بیمه‌گذار برای پرداخت حق بیمه

یکی از موارد مهم در ایجاد توازن قراردادهای بیمه توجه به تعهد بیمه‌گذار در پرداخت حق بیمه است، به نحوی که شرکت‌های بیمه نتوانند از اهرم دریافت حق بیمه برای فشار به بیمه‌گذار استفاده کنند. در جزء «۱۰۱» ماده (۵) اصول قراردادهای بیمه اتحادیه اروپا آمده است، بیمه‌گر نمی‌تواند لازم‌الاجرا شدن قرارداد بیمه یا شروع پوشش بیمه را به دریافت حق بیمه منوط کند، مگر آنکه بیمه‌گذار را به صورت کتبی مطلع سازد. علاوه بر این در جزء «۱۰۲» ماده (۵) بیان شده عدم پرداخت حق بیمه نمی‌تواند مجوزی برای معافیت بیمه‌گر از پوشش ریسک باشد مگر اینکه به طور کتبی عواقب حقوقی عدم پرداخت را به اطلاع بیمه‌گذار رسانده باشد. قانون بیمه ما در این خصوص ساکت است، از این رو

شرکت‌های بیمه قادرند با درج این شرط در قرارداد بیمه انجام تعهد خود را به پرداخت حق بیمه منوط کنند بدون اینکه بیمه‌گذار را مطلع سازند. مسئله دیگر بازگرداندن حق بیمه‌های دریافتی در صورت خاتمه قرارداد است. در فرضی که بیمه‌گذار همه اقساط حق بیمه را یکجا پرداخت کرده باشد و قرارداد بیمه به هر علتی خاتمه یافته باشد، قانونگذار اروپایی بدون تفکیک میان فسخ یا بطلان قرارداد در همه موارد حق بیمه‌ها را مطابق جزء «۱۰۴» ماده (۵) نسبت به مدت قبل و بعد از خاتمه قرارداد قابل تجزیه دانسته و حق بیمه‌گر را فقط نسبت به حق بیمه‌های قبل از خاتمه قرارداد مستقر می‌داند. حقوق ایران در مواد (۱۱ و ۱۲) قانون بیمه به بطلان قرارداد به دلیل تقلب و تخلف بیمه‌گذار اشاره دارد و وجوه حق بیمه پرداختی را حتی اگر به بعد از خاتمه قرارداد مربوط باشد، غیرقابل استرداد می‌داند. امری که آشکارا با حقوق بیمه‌گذار در تعارض است. بنابراین اصلاح این ماده و وضع حکم کلی در خصوص تعیین تکلیف حق بیمه‌های مربوط به دوران بعد از فسخ و ابطال قرارداد ضروری است.

۶-۱-۲ تأخیر در پرداخت خسارت توسط بیمه‌گران و مرور زمان دعاوی ناشی از آن در صورتی که بیمه‌گران بعد از قبول خسارت نسبت به پرداخت آن با تأخیر و از این طریق بیمه‌گذاران را متضرر کنند؛ باید به بیمه‌گذار این حق داده شود تا بتواند برای جبران زیان وارده ناشی از تأخیر تقاضای جبران خسارت کند. در بسیاری از نظام‌های حقوقی پیشرفته بیمه‌گر باید تمام خسارات قابل پیش‌بینی از این تأخیر را جبران کند، زیرا فعالیت تجاری آنها متضمن حمایت از بیمه‌گذاران بوده و بیمه‌گران می‌دانند که تأخیرشان در پرداخت خسارت بیمه‌گذاران را متضرر خواهد کرد (Luik, 2011: 82).

اگرچه بیمه‌گذار بر مبنای قواعد حقوق تعهدات، در چنین مواقعی می‌تواند علیه بیمه‌گر دعوی مطالبه خسارت مطرح کند، اما وضع مقرراتی که در این باره صریح‌اند از حقوق وی بهتر محافظت می‌کنند. مبنای چنین حقی برای بیمه‌گذار نه تنها با نقض اصل

حداکثر حسن نیت و معامله منصفانه توسط بیمه‌گر توجیه می‌شود، بلکه برآورده نشدن انتظار مشروع بیمه‌گذار است که بدون تأخیر از پرداخت خسارت برخوردار شود. ازسوی دیگر شرکت‌های بیمه با تأخیر عمدی در پرداخت خسارت می‌توانند از منافع اضافی مانند بهره پول برخوردار شوند. در این راستا جزء «۱۰۵» ماده (۶) اصول قراردادهای بیمه اروپا مقرر داشته، بیمه‌گذار حق دارد هرگونه ضرر ناشی از تأخیر در پرداخت را مطالبه کند درحالی‌که قانون بیمه ایران در این مورد مسکوت مانده است، اما در ماده (۲۲) آیین‌نامه حمایت از حقوق بیمه‌گذاران آمده است، مؤسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت پانزده روز بعد از قبول خسارت آن را پرداخت کند و در صورت تأخیر مطابق ماده (۵۱۲) قانون آیین دادرسی مدنی عمل خواهد شد. بنابراین در صورتی که شرکت بیمه در پرداخت خسارت تأخیر کند بیمه‌گذار می‌تواند خسارت تأخیر مطالبه کند.

مسئله مهم مدت مرور زمان طرح این دعواست. در جزء «۱۰۱» ماده (۱) اصول قراردادهای بیمه اروپا این مدت بین سه تا ده سال از زمان وقوع حادثه تعیین شده، اما متأسفانه مطابق قانون بیمه کشورمان مدت آن بسیار کوتاه‌تر و حدود دو سال است. بنابراین برای حمایت از حقوق بیمه‌گذار تغییر این مدت لازم است.

۷-۱-۲ تفسیر قرارداد بیمه به نفع بیمه‌گذار

ارائه تفسیری از قرارداد بیمه که در راستای منافع مصرف‌کننده باشد، به منزله دخالت دادگاه‌ها برای متعادل کردن این قرارداد است. حقوق‌دانان فرانسوی مبنای چنین تفسیری را «ایجاد تعادل قراردادی» در قراردادهای الحاقی می‌دانند، زیرا تدوین‌کنندگان شروط این قراردادها از وضعیت قوی‌تری نسبت به طرف مقابل برخوردارند (حبیبی، ۱۳۸۹: ۳۲۲). پایین بودن احتمال پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر، نظریه پردازان حقوق بیمه را متوجه این واقعیت کرده که شرکت‌های بیمه در ازای پولی که می‌گیرند کاری انجام نمی‌دهند جز آنکه منتظر بمانند که آیا حادثه‌ای رخ خواهد داد یا خیر؟ با وجود چنین نابرابری میان

بیمه‌گذار و شرکت بیمه، در فرض سکوت، اجمال یا ابهام مفاد قرارداد، شایسته است در تفسیر قرارداد جانب طرف ضعیف‌تر گرفته شود.

مداخله دادگاه‌ها در قراردادهای خوانده نشده،^۱ ریشه در دکترین خلاف وجدان بودن قرارداد دارد. دادگاه‌ها شروط قراردادی را مطابق تفسیر اخلاقی خود تعبیر نمی‌کنند، بلکه برای تبیین آن هم به برداشت ذهنی شخصی که از نامنصفانه بودن قرارداد شکایت دارد، توجه کرده و هم رویه تجاری و عرف بازار را در نظر می‌گیرند. بنابراین خریدار بیمه‌نامه در مقابل شروط قراردادی که خارج از انتظارات معقول وی باشد ملزم و متعهد نخواهد شد. دادگاه‌ها برای ارائه چنین تفسیری از «قاعده تفسیر قرارداد علیه تنظیم‌کننده آن»^۲ استفاده می‌کنند. در واقع این قاعده به نفع مصرف‌کننده است، زیرا تفسیر قرارداد علیه بیمه‌گر (تنظیم‌کننده) به منزله جانب‌داری از مصرف‌کننده خواهد بود. قاضی لرنند هند می‌گوید این قاعده در قرارداد بیمه با شدت بیشتری نسبت به هر قرارداد دیگری اعمال می‌شود (Harel, 2009: 33).

در ایالات متحده در خصوص تفسیر بیمه‌نامه‌ها دو نظریه وجود دارد. مطابق دکترین ابهام،^۳ هرگاه در قرارداد بیمه شرطی مبهم باشد، علیه تنظیم‌کننده آن تفسیر خواهد شد. اما براساس دکترین انتظارات معقول^۴ که از شهرت بیشتری برخوردار بوده و در جنبش حمایت از بیمه‌گذار نقش محوری داشته است، حتی وقتی شروط بیمه‌نامه‌ها مبهم نباشند اگر با انتظارات معقول بیمه‌گذار در تعارض باشند، قابل اجرا نخواهند بود.

دکترین انتظارات معقول در حقوق بیمه ایران هم مورد استفاده قرار گرفته است. به‌عنوان مثال در دعوی میان یک شرکت تجاری به‌عنوان بیمه‌گذار و یک شرکت بیمه، بیمه‌گر در برابر تقاضای پرداخت خسارت به بیمه‌گذار که چون از مقررات مؤسسه بیمه‌گران لندن تخلف شده است تعهدی به پرداخت خسارت ندارد. این در حالی است که

1. Non-read Contracts
2. Interpretation Contra Stipulatorem
3. Ambiguities Doctrine
4. Reasonable Expectation Doctrine

شرکت بیمه‌گذار کاملاً از وجود ضمایم قرارداد به زبان انگلیسی بی‌اطلاع بوده است. در دعوی مذکور این گمان که بیمه‌گذار از شرایط نمونه‌های انگلیسی بی‌اطلاع بوده، قوی‌تر است. به همین دلیل در بخش‌نامه ۱۳۵۸/۳/۱۳ بیمه مرکزی، استفاده شرکت‌های بیمه از شرایط نمونه‌های خارجی ممنوع شده است. خواهان نیز به اعتماد شرایط خصوصی بیمه‌نامه که به زبان فارسی بوده آن را پذیرفته است. در این دعوا قاضی همین انتظاری که به‌طور معقول وجود داشت را موجه دانسته و شرکت بیمه را محکوم به پرداخت خسارت کرد. لازم به توضیح است که حقوق قراردادهای بیمه در ایران که در واقع فصلی از قانون بیمه را به‌خود اختصاص داده، در این زمینه سکوت مانده است. اما آیین‌نامه جدید هم در این زمینه گام رو به جلویی برداشته است به طوری که ماده (۱۴) به‌صراحت بیان می‌دارد: «موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه‌نامه یا سایر مستندات به‌نفع بیمه‌گذار یا ذی‌نفع بیمه تفسیر می‌شود». البته با توجه به دلایلی که ذکر شد باز هم ضرورت تدوین قانون در این باره به چشم می‌خورد.

۲-۲ حل و فصل اختلافات توسط نهادهای تخصصی بیمه

باید توجه داشت که در کنار مقررات حمایتی، وجود نهادهای تخصصی برای رسیدگی به اختلافات طرفین بیمه ضروری است. در اغلب کشورها از جمله ایران دعاوی مرتبط با موضوعات بیمه در دادگاه‌های عمومی و توسط قضاتی که تخصصی در حقوق مصرف‌کننده یا حتی حقوق تجارت ندارند، رسیدگی می‌شود. در بعضی کشورها دادگاه‌های ویژه تجاری وجود دارند که تمام دعاوی بیمه در آن رسیدگی می‌شود، اما نکته مهم این است که قضات چنین دادگاه‌هایی فاقد دیدگاه‌های حمایتگرانه از مصرف‌کنندگان هستند. از این رو به‌نظر می‌رسد رسیدگی به اختلافات در خارج از دادگاه‌ها بهترین حالت برای حل و فصل اختلافات باشد.^۱ امروزه در

۱. به نظر می‌رسد در ایران دستورالعمل تشکیل شوراهای حل اختلاف ویژه بیمه بازرگانی که در ۱۳۸۶/۳/۲۰ در ۱۰-۴

اغلب قراردادهای بیمه تجاری، شرط رجوع به داوری گنجانده می شود. داوران در بیشتر موارد از کارشناسان بیمه بوده و حقوق دان نیستند. این اشکالات باعث شده تا جدیدترین راهکارها به دنبال این باشند که شروط رجوع به شیوه‌های غیرقضایی حل و فصل اختلافات یعنی مذاکره و سپس میانجیگری در بیمه در قراردادها درج شوند (Heiss, 2012: 341). اما به هر حال یافتن مناسب‌ترین روش حل و فصل اختلاف در بیمه که درعین حال برای مصرف کننده هم سودمند باشد و اینکه رویه سایر کشورها چیست و در ایران در این زمینه چه امکاناتی وجود دارد، نیازمند بررسی مستقلی خواهد بود.

۳ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در این مقاله به فلسفه اقتصادی حمایت از حقوق بیمه گذاران در قراردادهای بیمه پرداختیم. همچنین مشخص شد که تحلیل‌های اقتصادی در خصوص نابرابری و عدم تعادل در قرارداد بیمه چه توجیهاتی دارند و اینکه برقراری مجدد عدالت در قرارداد بیمه جز با بهره‌گیری از ابزارهای حقوق عمومی ممکن نیست. بنابراین حقوق مصرف کننده بیمه به‌عنوان راهکار متضمن منافع قابل توجهی بوده و نه تنها عدالت فردی را تأمین می کند، بلکه موجبات گسترش رفاه اجتماعی را نیز فراهم می سازد. از این رو توجه به حقوق مصرف کننده بیمه از طریق اصلاح حقوق قراردادهای بیمه امری اجتناب ناپذیر است. در این راستا لازم است به نکات ذیل توجه شود.

۱. در زمینه مقررات لازم است قانونگذار به مسئله حمایت از حقوق مصرف کنندگان بیمه توجه داشته باشد. چنانکه گفته شد قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶ چنین دیدگاهی ندارد و این امر با توجه به زمان وضع این قانون منطقی است. در لایحه بیمه تجاری هم که به‌عنوان جایگزین قانون بیمه در سال ۱۳۷۲ پیشنهاد شده نه تنها توجهی به حقوق مصرف کنندگان

→ ماده ابلاغ شده، از جهت تلاش برای رسیدگی به دعاوی بیمه از طریق یک مرجع تخصصی اقدامی مطلوب باشد. اما با توجه به اینکه شوراهای حل اختلاف کارکردی مشابه دادگاهها دارند، از این جهت پیشرفتی محسوب نمی شود.

بیمه نشده بلکه با انتخاب عنوان «بیمه تجاری» حقوق مصرف کنندگان عادی مورد غفلت قرار گرفته است. تصویب آیین نامه حمایت از حقوق بیمه گذاران از سوی شورای عالی بیمه در این زمینه اقدام مثبتی محسوب می شود، اما با توجه به ماهیت ترجمه ای آن و تناسب نداشتن آن با زیرساخت های حقوقی و نیازهای واقعی مصرف کنندگان از این جهت با اشکالاتی روبه روست؛ علاوه بر اینکه آیین نامه نمی تواند جایگاه اصلاح قانون باشد.

۲. پرسش مطرح شده در این باره این است که آیا در نبود قانون قضات دادگاه ها قائل به روش هایی هستند که قرارداد بیمه را منصفانه و در راستای منافع بیمه گذار تفسیر کنند؟ بنابراین مطلوب است که علاوه بر وضع قانون، روش های تفسیری مناسب مثل تفسیر براساس انتظارات معقول مصرف کننده توسط دکتربین ترویج شوند.

۳. به رغم اینکه اصلاح قانون بیمه براساس توجه به منافع مصرف کنندگان امری ضروری است، اما در این زمینه باید حدود رعایت شود. انتقاد مطرح شده توسط بعضی از صاحب نظران این است که اصول حقوق قراردادهای بیمه اروپا در زمینه حمایت از منافع مصرف کنندگان، بسیار افراطی عمل کرده و تعادل قرارداد بیمه را برهم زده است. بنابراین حمایت از حقوق مصرف کنندگان در قراردادهای بیمه باید تا جایی پیش رود که متضمن برقراری توازن باشد.

منابع و مأخذ

۱. آوانسیان، آنوشان (۱۳۶۷)، «اصل حسن نیت»، پژوهشنامه بیمه، ش ۱۲.
۲. انصاری، مهدی (۱۳۹۰). *تحلیل اقتصادی حقوق قراردادهای بیمه*، چاپ اول، تهران، انتشارات جاودانه.
۳. حبیبی، محمود (۱۳۸۹). *تفسیر قراردادهای تجاری بین المللی*، چاپ اول، تهران، نشر میزان.
۴. شهیدی، مهدی (۱۳۸۲). *تشکیل قراردادهای و تعهدات*، جلد ۳، تهران، نشر مجد.
۵. عابدیان، میرحسین و عبدالعظیم خروشی (۱۳۸۸). «تعهدات پیش قراردادی بیمه گر و جای خالی آن در لایحه بیمه تجاری»، *مجله تحقیقات حقوقی*، ش ۵۰.
۶. علی آبادی، ایرج (۱۳۶۹). «حمایت از مصرف کننده بیمه»، *مجله صنعت بیمه*، ش ۱۸.
۷. علیزاده، مهدی (۱۳۸۴). «مبانی اصل حسن نیت و رفتار منصفانه در قراردادهای بیمه»، *مجله الهیات و حقوق*، ش ۱۵.
۸. کاتوزیان، ناصر (۱۳۸۴). «تفسیر قرارداد»، *مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی*، ش ۷۰.
۹. _____ (۱۳۷۸). «محدودیت های آزادی قراردادی بر مبنای حمایت از مصرف کننده»، فصلنامه حقوق، ش ۳۸.
۱۰. کاویانی، کوروش (۱۳۸۸). «مبانی و آثار همپوشانی تعهدات بیمه های اجتماعی»، *پژوهش حقوق و سیاست*، ش ۲۶.
۱۱. نصرتی، مهدی (۱۳۸۹). «استفاده از رویکرد اقتصاد رفتاری برای سازمان های بیمه گر»، همایش بین المللی صنعت بیمه چالش ها و فرصت ها، قابل دسترسی در:

http://www.ses.ac.ir/files/office/user_folders/ses.

12. Baker, Toni and Peter, Siegelman (2011). *Law and Economics after the Behavioral Turn, Learning from Insurance*, Available at www.law.harvard.edu/programs/.../baker.pdf.
13. Bar-Gill, Oren (2006). "The Behavioral Economics of Consumer Contracts", *Minnesota Law Review*, Vol. 1.
14. Drobak, John (1999). *The Elgar Companion to the Law and Economics*, Edward Elgar Publishing.
15. Harel, Alon (2009). *On the Optimal Regulation of Unread Contracts*, Available at [www.http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=147377](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=147377).

16. Heiss, Helmut (2012). *Insurance Contract Law between Business Law and Consumer Protection*, Available at www.schulthess.co/Heiss-Helmut/Insura.
17. Insurance Co. of North America V. Electronic Purification Co. (1967) 67 C2d 679.
18. Keeton, Rabert (1969). *Insurance Law Right At Variance With Policy Provisions*, Harvard Law Review.
19. Kessler, Fridrich (1943). *Contract of Adhesion Some Thoughts about Freedom of Contract*, Available at http://digitalcommons.law.yale.edu/cgi/viewfss_papers.
20. Luik, Olvi (2011). "Do the Principle of European Insurance Contract Law Go Too Far in Protecting Policyholder", *Juridica International*, Vol. 18.
21. MacPherson C. B. (1985). *The Rise and Fall of Economic Justice and Other Essays*, Oxford Oxford University Press.
22. Monti, Alberto (2001). *The Law of Insurance Contracts In China, a Comparative Analysis of Policyholders Right*, International Centre for Economic Research in its Series ICER Working Papers with No. 28.
23. Nicoll, Chris Charles (2009). *Perception of Fairness in Consumer Insurance Contracts*, Available at www.ssrn.com/abstract=1433621.
24. Rodney, Lester (2009). *Consumer Protection Insurance*, Available at www.worldbank.org/nbf.
25. Wandit, Manfred and Ünan Samim (2012). *Transparency in Insurance Law*, Report of Association International de Droit Assurance, Availabli at www.hof.unifr Frankfurt.de/iversr/.../Transparency_general_principle.pdf.
26. Wilhelmsson, Thomas (2004). "Varieties of Welfarism in European Contract Law", *European Law Journal*, Vol. 10, No. 6.
27. Ziv-Av, Dorn (2006). *Competition Versus Regulation in Insurance Market*, Available at http://www.emle.org/_data/Doron_Ziv,Competition_versus_Regulation_in_the_Insurance_Market.pdf.