

تحلیل اقتصادی بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با تأکید بر آیین نامه شماره ۸۰ شورای عالی بیمه

عبداله خدابخشی^۱

استادیار گروه حقوق خصوصی دانشگاه فردوسی مشهد

یعقوب عظیمی^۲

کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، عضوانجمن حرفه‌ای

صنعت بیمه

تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۷/۱۶

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۱/۱۱

چکیده

در ایران، بیمه‌نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، بر اساس آیین نامه شماره ۸۰ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۳ شورای عالی بیمه صادر می‌شود. این آیین نامه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، با عنوان «شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای کارفرما در قبال کارکنان» مشتمل بر ۲۷ ماده و ۴ تبصره تصویب شد که گامی اساسی در راستای مستندسازی مقررات بیمه‌ای در حوزه بیمه‌های مسئولیت است. تا پیش از تصویب این آیین نامه، شرایط عمومی مورد استفاده شرکت‌های بیمه توسط آن‌ها تهیه و تدوین می‌شد. البته در ظاهر بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر آن‌ها نظارت داشت، ولی در عمل، تفاوت فاحشی بین شرایط مورد عمل در شرکت‌های بیمه دیده می‌شد. تصویب و ابلاغ این آیین نامه، علاوه بر اینکه شرایط عمومی بیمه‌نامه مذکور را منظم می‌کند، از نظر اقتصادی، نتایج قابل انتقادی دارد. موضوع این مقاله، نقد و بررسی آیین نامه مذکور با رویکرد اقتصادی است.

کلیدواژه‌ها: آیین نامه شماره ۸۰، بیمه مسئولیت، کارفرما، کارکنان، مسئولیت حرفه‌ای.

طبقه‌بندی JEL: K3, M0

مقدمه

می توان ظهور نظریه‌هایی همچون تقصیر، خطر، تضمین حق و ... را ره آورد دو گونه حادثه دانست: یکی حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری و دیگری حوادث ناشی از کار؛ گر چه در اینکه «قاعده تقصیر در حقوق مسئولیت مدنی ایران نقش عمده‌ای ایفا می کند، نباید تردید داشت» (Badini et al, 2016: 24) اما کثرت این گونه حوادث و تأثیر زیانبار آن بر زیان دیدگان و در نهایت بر اقتصاد کشورها، قانون گذاران را بر آن داشته که در سده اخیر در نظریه تقصیر، تجدیدنظر اساسی نمایند. امروز این اعتقاد که زیان دیده باید ثابت کند که تقصیر عامل حادثه، سبب ورود خسارت شده، رنگ باخته است زیرا «جاذبه اخلاقی مبنای تقصیر بیش از یک قرن دوام نیافت» (Katouzian, 2009: 192). حتی کشورهای حامی نظریه تقصیر، به منظور حمایت از زیان دیدگان به استقبال نظریه‌های دیگر همچون «خطر» رفته و گاهی پا را فراتر گذاشته و خواستار «تضمین حق» زیان دیده شده‌اند. نمونه بارز آن را می توان در تحولات قوانین موسوم به «بیمه شخص ثالث» در ایران مشاهده کرد که خود نیازمند تأمل و بررسی در فرصت مناسب است؛

در زمینه حوادث ناشی از کار نیز «امروزه بحث از چیستی و چرایی حوادث کار و مسئولیت کارفرما گذشته و به مرحله ارائه برنامه جامع و جبران حداکثر رسیده است و به جای تأکید بر مسئولیت کارفرما، از جبران خسارت کارگران یاد می شود» (Khodabakhshi, 2010: 22). گرایش نظام‌های حقوقی به سمت جبران حداکثر خسارت، در دهه‌های اخیر به ویژه در زمینه حوادث ناشی از کار، کارفرمایان را بر آن داشته که تمام یا بخش عمده ریسک این حوادث را از طریق تهیه بیمه‌نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، به بیمه گران منتقل نمایند. ظاهراً شورای عالی بیمه نیز وقتی با بیمه گر که در مقایسه با کارفرما و زیان دیده، منابع مالی بیشتری دارد، مواجه می شود، با اتخاذ همین رویکرد، در صدد تبدیل این بیمه‌نامه به «قرارداد جامع حوادث ناشی از کار» برآمده که البته، اساس آن قابل تأیید است، ولی دقت بیشتر نشان می دهد که این شورا، در تدوین آیین نامه شماره ۸۰، به گونه‌ای اقدام کرده که گاه اصول کلی حاکم بر بیمه که شالوده بیمه‌های

بازرگانی^۱ را تشکیل می‌دهد نیز نقض شده است. چنین کنشی از سوی شورای عالی بیمه که از ارکان اساسی صنعت بیمه است، دور از انتظار است. از این رو، نگارندگان با رویکرد تحلیل اقتصادی در صدد نقد آیین‌نامه موصوف که در این مقاله با عنوان آیین‌نامه شماره ۸۰ نامیده می‌شود، برآمده.

این مقاله از پنج گفتار تشکیل شده است. در گفتار اول به بررسی مفاهیم اولیه (تعاریف و اصطلاحات) بکار رفته در آیین‌نامه مذکور خواهیم پرداخت. گفتار دوم به وظایف بیمه‌گذار و گفتار سوم به وظایف بیمه‌گر مربوط است. خسارت‌های خارج از تعهد بیمه‌گر در گفتار چهارم و در گفتار پنجم، از مرور زمان بحث خواهد شد. لازم به ذکر است نقد مذکور نه جامع است و قطعاً موارد دیگری نیز قابل تصور است و نه نافی نکات مثبت آیین‌نامه شماره ۸۰ خواهد بود.

گفتار نخست: مفاهیم اولیه (تعاریف و اصطلاحات)

۱- مسئولیت مدنی حرفه‌ای

نخستین ایراد، توصیف موضوع آیین‌نامه شماره ۸۰ به بیمه مسئولیت «حرفه‌ای» در عنوان آیین‌نامه است. گذشته از اینکه از نظر ماهوی مهم‌ترین تقسیمی که در بیمه‌های مسئولیت بیان شده، تقسیم این بیمه به بیمه مسئولیت با موضوع معین و بیمه مسئولیت با موضوع نامعین است (Katouzian, Izanloo, 2008: 14)، از نظر فنی، بیمه‌های مسئولیت غیر قراردادی به چهار نوع مختلف دسته بندی شده‌اند که عبارتند از: ۱- بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان؛ ۲- بیمه مسئولیت مدنی تولیدکننده کالا در قبال مصرف‌کنندگان؛ ۳- بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای؛ ۴- بیمه مسئولیت مدنی عمومی (Riseh, 2002: 18). در واقع ملاک تقسیم‌بندی بیمه‌های مسئولیت به این دسته‌ها، نوع رابطه بیمه‌گذار با زیان‌دیده احتمالی است (Azimi, 2011: 19). در بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، بیمه‌گذار شخصی است که در نقش کارفرما می‌خواهد

۱- بیمه‌ها به دو دسته اجتماعی و بازرگانی تقسیم می‌شوند. نمونه بارز بیمه‌های اجتماعی بیمه تأمین اجتماعی است. بیمه‌های بازرگانی به سه شاخه بیمه‌های اموال، بیمه‌های اشخاص و بیمه‌های مسئولیت تقسیم می‌شوند. بیمه‌های بازرگانی بر پایه‌هایی استوارند که آنها را اصول بیمه می‌نامند. رعایت اصول بیمه در بیمه‌های بازرگانی اجباری است.

مسئولیت خود در قبال اشخاصی که در نقش کارکنان وی می‌باشند را تحت پوشش بیمه در آورد. از این میان، بیمه‌نامه مسئولیت مدنی تولیدکننده کالا در قبال استفاده‌کننده که «پوششی است برای تولیدکنندگان و عرضه‌کنندگان کالاها در برابر ادعاهای قانونی از سوی مصرف‌کننده بابت آسیب بدنی یا زیان مالی ناشی از عیب تولید» (Rejda George E, 2003: 570)، تفاوت آشکار با بیمه مورد نظر ما دارد. در نوع سوم یعنی بیمه مسئولیت حرفه‌ای، بیمه‌گذار یک شخص متخصص است که می‌خواهد مسئولیت خود را در قبال اشخاصی که درخواست خدمات حرفه‌ای از وی دارند و ممکن است در رابطه با تخصص وی دچار آسیب بدنی یا زیان مالی شوند، را تحت پوشش بیمه در آورد. در واقع «هدف بیمه مسئولیت حرفه‌ای، محافظت از اشخاص متخصص است» (McAuliffe, 2012: 2). منظور از شخص متخصص نیز شخصی است که با سپری کردن آموزش‌های تخصصی، موفق به اخذ گواهینامه حرفه‌ای شده و از ارگانی ذی‌صلاح مجوز فعالیت حرفه‌ای دریافت نموده باشد؛ مانند پزشک و مهندس؛ در بیمه‌نامه مسئولیت مدنی عمومی نیز زیان‌دیده احتمالی می‌تواند هریک از افراد جامعه باشد. مشروط به اینکه روابط مذکور در سه حالت فوق‌الذکر (کارکنان، استفاده‌کننده و خدمات‌گیرنده) را با بیمه‌گذار در ارتباط با حادثه منجر به مسئولیت نداشته باشد.

همان‌طور که پیداست هیچ‌یک از انواع بیمه‌های مسئولیت با یکدیگر همپوشانی نداشته و بیمه‌گران برای پوشش مسئولیت مدنی اشخاص در کسوت‌های مختلف، بیمه‌نامه‌های مسئولیت مدنی با اوصاف جداگانه طراحی نموده‌اند، به نحوی که می‌توان در آن واحد، چند نوع بیمه‌نامه تهیه کرد.^۱ حال با وجود تمایز بسیار آشکار در حوزه تحت پوشش هر یک از بیمه‌نامه‌های فوق‌الذکر، نمی‌توان بیمه‌نامه‌ای را تصور نمود که برای پوشش مسئولیت بیمه‌گذار تنها در یک حوزه (مثلاً آسیب بدنی وارد به کارکنان) همزمان دارای هر دو وصف «کارفرما در قبال کارکنان» و «حرفه‌ای» باشد. در اینجا نه کارکنان اشخاصی هستند که در حین دریافت خدمات حرفه‌ای از بیمه‌گذار

۱- به عنوان مثال یک پزشک برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت خود در قبال بیماران نیاز به بیمه‌نامه مسئولیت مدنی حرفه‌ای، برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت در قبال منشی و آبدارچی خود نیاز به بیمه‌نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان و برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت خود در قبال عموم مردم بدون توجه به رابطه‌ای که با آنها دارد، مثلاً در حین تردد با وسیله نقلیه، نیاز به بیمه‌نامه مسئولیت مدنی عمومی (همان بیمه‌نامه موسوم به شخص ثالث اجباری) دارد.

آسیب دیده باشند و نه کارفرما یک شخص حرفه‌ای با ویژگی‌هایی که برای آن برشمردیم است. گویا شورا واژه حرفه (Profession) را که به معنای تخصص می‌باشد، شغل (Job) تلقی و چنین تصور کرده است که (P.L.L/P.L.I)^۱ مسئولیت‌های شغلی فرد را پوشش می‌دهد و با این نگرش، رشته مذکور را «مسئولیت حرفه‌ای» توصیف نموده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با حذف واژه «حرفه‌ای» از نام و متن (بند ۱۱ از ماده دو) آیین‌نامه شماره ۸۰، آن را به «شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان» تغییر دهد.

شایان ذکر است این اشتباه علاوه بر ایراد فوق، بار اقتصادی منفی نیز متوجه شرکت‌های بیمه دارد و منجر به کاهش در آمد آن‌ها از محل کارمزد اتکایی اجباری^۲ موضوع ماده ۱۰ آیین‌نامه شماره ۷۶ شورای عالی بیمه مصوب ۱۳۹۱/۰۷/۱۱ می‌گردد.^۳ زیرا تا پیش از تصویب این آیین‌نامه، نرخ کارمزد اتکایی بیمه‌های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان به علت سکوت قانون‌گذار، اصولاً می‌بایست بر اساس نرخ بیمه‌های مسئولیت عمومی محاسبه می‌شد، درحالی‌که با تصویب این آیین‌نامه باید بر اساس نرخ بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای محاسبه گردد. بدین‌سان، از منظر اقتصادی نیز بدون توجه منطقی، این توصیف، سبب انتقال بخشی از منابع مالی بیمه‌گران به بیمه مرکزی یعنی از عموم شرکت‌های خصوصی به نهاد دولتی، هرچند در قالب بیمه اتکایی، می‌شود و توان ایفای تعهدات شرکت‌های بیمه را متأثر می‌کند. لازم به ذکر است در تحلیل اقتصادی، مفهوم «مسئولیت حرفه‌ای»، آن دسته از بیمه‌ها را شامل می‌شود که در آن‌ها، تحصیل منافع، تنها در برابر استفاده گسترده و اصلی از تخصص ویژه با دارا بودن قابلیت اقتصادی و تحت نظارت قواعد رسمی، به‌منظور ارائه یکی از خدمات عمومی، صورت می‌گیرد (Duncan: 2014: 3) و حال

1 -PLI: Professional Liability Insurance./PII: Professional Indemnity Insurance

۲- شرکت‌های بیمه موظفند بخشی از حق بیمه‌های دریافتی از بیمه‌گذاران را به بیمه مرکزی پرداخت نمایند که به این کار اتکایی اجباری می‌گویند. بیمه مرکزی درصدی از حق بیمه دریافتی از شرکتهای بیمه را تحت عنوان کارمزد اتکایی مجدداً به شرکتهای بیمه می‌پردازد.

۳- بموجب ماده ۱۰ «آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن» شورای عالی بیمه (۱۳۹۱/۷/۱۱)، نرخ کارمزد اتکایی قابل پرداخت در «بیمه‌های مسئولیت عمومی»، معادل ۲۲ و در «بیمه‌های مسئولیت مدنی حرفه‌ای» معادل ۱۶ درصد است.

آنکه بیمه مورد نظر ما، در موارد بسیار، فاقد این وصف است. از منظر جامعه‌شناسی حقوقی نیز، مسئولیت حرفه‌ای متوجه افرادی است که ۱- مهارتی را بر مبنای دانش در اختیار دارند؛ ۲- تحت نظارت مقررات و قواعد عمومی هستند؛ ۳- صلاحیت افراد وابسته به خود را کنترل می‌کنند؛ ۴- بر اساس اخلاق حرفه‌ای و قواعد دستور ویژه عمل می‌کنند (Millerson, 2001: 15).

۲- بیمه‌گذار

بند ۲ ماده ۳ آیین‌نامه شماره ۸۰^۱، بیمه‌گذار را «هر شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد می‌کند و متعهد به پرداخت حق بیمه می‌باشد» تعریف می‌کند. این عبارت که شورا عالی بیمه، آن را عیناً در شرایط عمومی بیشتر بیمه‌نامه‌ها از جمله بیمه باربری (آیین‌نامه شماره ۷۹)، بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان (آیین‌نامه شماره ۸۲) و بیمه حوادث اشخاص (آیین‌نامه شماره ۸۴) نیز به کار برده، معمولاً در مباحث مقدماتی بیمه و با هدف تفکیک دو اصطلاح بیمه‌گر و بیمه‌گذار به کار می‌رود و ارزش حقوقی چندانی ندارد. گذشته از فقدان ضرورت، تعریف مذکور ابهاماتی را نیز به دنبال دارد: برای مثال با توجه به اینکه «اشخاص مشمول قانون استخدام کشوری و یا سایر قوانین و مقررات خاص استخدامی و نیز کارگران کارگاه‌های خانوادگی که انجام کار آن‌ها منحصراً توسط صاحب کار و همسر و خویشاوندان نسبی درجه یک از طبقه اول وی انجام می‌شود، مشمول مقررات قانون کار نیستند» (Araghi, 2007: 112)، آیا کارفرمایان این اشخاص می‌توانند اقدام به خرید بیمه‌نامه کارفرما در مقابل کارکنان خود نمایند؟ آیا کسی که می‌خواهد مسئولیت خود در قبال کارآموزان را تحت پوشش قرار دهد نیز می‌تواند این بیمه‌نامه را بخرد؟ کسی که یک نظافتچی را به خانه‌اش دعوت می‌کند، چطور؟ تکلیف شرکت‌های تأمین نیرو و مأمورپذیر چیست؟ آیا مدیر آژانس می‌تواند با خرید این بیمه‌نامه، مسئولیت خود را در قبال رانندگان تحت پوشش قرار دهد؟ از منظر اقتصادی این تعریف، سبب قبض بی‌جهت قلمرو بیمه‌نامه می‌شود؛ چنین محدودیتی در یک تحلیل اقتصادی به نتایج غیر مفیدی منتهی خواهد شد

۱- ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: اصطلاحات زیر در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است: ۱- ... ۲- ...

۳- بیمه‌گذار: هر شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه‌گر منعقد می‌کند و متعهد به پرداخت حق بیمه می‌باشد.

زیرا پیش‌بینی مصادیق و نمونه‌های بیمه‌ای برای پوشش این اشخاص، خالی از تردید نیست و به بسط بیمه در کشور آسیب می‌رساند، اما توصیف آن به مسئولیت حرفه‌ای و تعریفی که از بیمه‌گذار شده، بسیاری را مردد می‌کند. این تردید به مشتریان نیز منتقل شده و مجموعاً گردش مالی حق بیمه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Avraham, 2012: 30-112).

ممکن است بر اساس عبارت صدر ماده دو که بیان می‌دارد: «اصطلاحات زیر در این شرایط عمومی با تعاریف مقابل آن بکار رفته»، بیان شود که این تعریف یک تعریف قراردادی است و نمی‌توان به آن ایراد گرفت و یا شورا عامدانه به این تعریف بسنده کرده و قصدش این بوده که بیان کند برای احراز سمت بیمه‌گذار در قرارداد بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، ویژگی‌های مذکور کافی است؛ اما این توجیه مورد پذیرش نیست، زیرا در این صورت شورا می‌بایست بلافاصله پس از تعریف بیمه‌گذار به تعریف «بیمه شده» می‌پرداخت. در واقع بیمه شده در بیمه‌های مسئولیت، شخصی است که دین احتمالی آتی او تحت پوشش بیمه قرار گرفته است. اگرچه بیشتر مواقع این دو نقش در یک شخص تجلی می‌یابد ولی لزوماً «بیمه شده همیشه همان بیمه‌گذار نیست» (Katoozian, Izanloo, 2008: 4) و می‌تواند طرف قرارداد بیمه نیز نباشد. این کار در رویه جاری کشور بسیار معمول است. نمونه بارز آن قرارداد بیمه مسئولیتی است که سازمان نظام مهندسی یا نظام پزشکی به عنوان بیمه‌گذار با شرکت بیمه منعقد می‌نماید و در آن، مسئولیت اعضای خود را تحت پوشش بیمه قرار می‌دهد. یا در همین رشته کارفرما در قبال کارکنان، برخی پوشش‌های تکمیلی که در آن‌ها بیمه‌گذار با پرداخت حق بیمه اضافی، مسئولیت پیمانکار و مهندس ناظر را در قبال کارگر آسیب دیده تحت پوشش بیمه‌نامه خود قرار می‌دهد؛ بنابراین در این حالت در صورت پذیرش تعریف ارائه شده از سوی شورا برای اصطلاح بیمه‌گذار، باید تعریف «بیمه شده» نیز در دستور کار قرار می‌گرفت تا از سوء استفاده احتمالی بیمه‌گر در محروم نمودن بیمه‌گذار از پوشش بیمه‌ای به استناد تعریف مذکور در آیین‌نامه، پیشگیری شود.

۳- کارکنان

بند چهار ماده دو^۱ آیین نامه شماره ۸۰، در تعریف «کارکنان» مقرر می‌دارد: «افرادی که در ازای انجام کار موضوع بیمه از بیمه‌گذار، حق العمل اعم از حقوق و مزد، سهم سود و یا سایر مزایا دریافت می‌نمایند». این تعریف زمینه را برای طرح دو پرسش مهیا نموده است: نخست اینکه آیا منظور از کارکنان، همان کارگران و کارمندان می‌باشد و یا هر شخصی را که در محل فعالیت بیمه‌گذار و برای وی مشغول به کار می‌باشد، دربرمی‌گیرد مانند پیمانکاران و مهندسان ناظر و مشاور و مجری و ...؟ دوم اینکه اگر کارگری حقوق یا مزد خود را از شخصی غیر از بیمه‌گذار دریافت نماید، آیا از شمول این تعریف خارج می‌باشد؟

در قانون کار، تعریف فوق برای اصطلاح «کارگر» به کاررفته^۲ و با توجه به برخی از مواد دیگر این قانون که گاه از «کارگران» و گاه از «کارکنان» یاد شده است، می‌توان دریافت که در ادبیات حقوقی مربوط به این رشته، مفهوم «کارکنان» همان کارگران می‌باشد؛ بنابراین پاسخ پرسش اول این است که منظور آیین نامه مذکور از کارکنان چیزی فراتر از کارگران نیست و بنابراین پیمانکار و مهندس ناظر و ... را دربر نمی‌گیرد. شاید دلیل اصلی استفاده از واژه «کارکنان» به جای «کارگران»، شمول آن بر کارگران اعم از جسمی، فکری و کارمندان (اداری) باشد.

نکته دیگر آن است که چرا در این تعریف به جای واژه «حق السعی» که در روابط کار معمول است، «حق العمل» به کار رفته است؟ اگرچه حق العمل در لغت به معنای مزد کار نیز آمده است (Amid, 2010: 459) ولی می‌توان بر این باور بود که عبارات «حق العمل کاری» و «حق العمل» طبق ماده ۳۵۷ قانون تجارت دارای مفاهیم تخصصی هستند. مطابق این ماده «حق العمل کار، کسی است که به اسم خود ولی به حساب دیگری (آمر) معاملاتی کرده و در مقابل حق العملی دریافت

۱- ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: اصطلاحات زیر در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است: ۱- ... ۲- ... ۳- ... ۴- کارکنان: افرادی که در ازای انجام کار موضوع بیمه از بیمه‌گذار حق العمل اعم از حقوق و مزد، سهم سود و یا سایر مزایا دریافت می‌نمایند و یا مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درج شده است. تبصره- در صورتیکه بیمه‌گذار شخص حقوقی باشد، اعضای هیات مدیره و مدیرعامل شرکت نیز می‌توانند جزء کارکنان تحت پوشش بیمه‌نامه باشند».

۲- ماده ۲ قانون کار: «کارگر از لحاظ این قانون کسی است که به هر عنوان در مقابل دریافت حق السعی اعم از مزد، حقوق، سهم سود و سایر مزایا به درخواست کار فرما کار می‌کند».

می‌دارد». با توجه به اینکه هدف آیین‌نامه، پوشش کامل بیمه‌ای برای مسئولیت کارفرما در حقوق ایران است، استفاده غیر تخصصی از مفاهیم مربوط به حقوق کار، سبب تزلزل در تطابق این رشته از حقوق بیمه با حقوق کار و حقوق مسئولیت مدنی می‌شود. چنین امری بر کارایی آیین‌نامه تأثیر می‌گذارد و زمینه‌ساز ابهام، تعارض و گاه دعاوی مختلف در روابط بیمه‌گر، کارفرما، زیان‌دیده و حتی گاه نهادهای عمومی، به دلیل دخالت تأمین اجتماعی می‌شود و به ثبات اقتصادی آیین‌نامه و استحکام بیمه مسئولیت کارفرما آسیب می‌رساند. برای مثال، توجه به وضعیت پیمانکار، نشان دهنده ابهام آیین‌نامه مذکور است زیرا تردیدی نیست که پیمانکار را، به دلیل استقلال وظیفه و فقدان تبعیت کامل حقوقی، نمی‌توان کارگر یا به تعبیر آیین‌نامه شماره ۸۰، از زمره «کارکنان» تلقی کرد؛ درحالی‌که از منظر حقوق بیمه مسئولیت مدنی، در برخی کشورها این مفهوم، تحت پوشش بیمه مذکور است و در برخی دیگر، نیازمند شرط (کلوز) این تحلیل، سبب ابهام در حق بیمه دریافتی می‌شود و شرکت‌های بیمه را به اتخاذ رویکردهای مختلف هدایت می‌کند. از منظر قضایی نیز این پرسش مطرح می‌شود که آیا پیمانکار که به تعبیر آیین‌نامه، «حق‌العمل» دریافت می‌دارد، با سکوت بیمه‌نامه و بدون تصریح به آن، با صرف حق بیمه عادی، مشمول حمایت بیمه‌نامه است یا تنها با خرید شرط (کلوز) اضافه، می‌تواند تحت شمول قرار گیرد؟ همچنین اگر به موجب قرارداد بین پیمانکار و کارفرما، کارگران پیمانکار، مزد خود را از پیمانکار و نه کارفرما (بیمه‌گذار) دریافت کنند؛ با توجه به ظاهر تعریف بند ۴ ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۸۰ از شمول این تعریف خارج می‌شوند! به عبارت دیگر، مسئولیت کارفرما و حقوق کار حاکم است اما بیمه‌نامه قادر به پوشش آن نیست مگر با درج شرط اضافه. اگر توجه داشته باشیم که رأی وحدت رویه شماره ۲۳۶ مورخ ۸۴/۵/۳۰ «محل تأمین دستمزد مربیان- که از محل شهریه دریافتی بوده است- را به عنوان دلیلی بر فقدان رابطه کارگری و کارفرمایی قلمداد نموده است» (Rafiei, 2013: 6) بهتر می‌توان به ایراد تعریف پی برد زیرا ممکن است ایراد شود که چنین کارگری، هیچ مزد یا «حق‌العملی» از کارفرما دریافت نکرده است! در مورد مشابه، اداره بهداشت و ایمنی بریتانیا^۱ برای رهایی از این تنگنا در راهنمای خود چنین آورده است: «اینکه تمایل داشته باشید قرارداد خود را

قرارداد استخدام یا خدمات بنامید یا خیر، هیچ اهمیتی ندارد. آنچه مهم است ماهیت رابطه با کسانی که برای شما کار می کنند و نوع و میزان کنترل شما بر کاری است که انجام می دهند.^۱ به هر صورت از منظر اقتصادی، فقدان انطباق بین این مفاهیم و عناوین، سبب اختلاف می شود، بیمه نامه را نیازمند تفسیر کرده، حق بیمه را غیرقابل پیش بینی می کند، رقابت غیراطمینان آوری بین شرکت های بیمه به وجود می آورد و بالاخره با طرح دعاوی در مراجع قانونی، هزینه هایی به دنبال دارد. با این نتایج، باید به فکر تحقق کارایی اقتصادی بیشتر برای بند ۴ ماده ۲ آیین نامه مذکور بود؛ به این صورت که یا با پیش بینی مفهوم تبعیت حقوقی و اقتصادی، ابهامات مذکور را از اساس مرتفع کرد یا با پیش بینی مصادیق مورد تردید (اعم از اینکه استثنائات برشمرده یا مصادیق مورد اختلاف، تصریح شوند)، مانع از تزلزل اقتصادی بیمه نامه شد؛ کاری که در برخی نظام های حقوقی دیده می شود. برای مثال تعریف کارکنان در بیمه نامه شرکت بیمه «زوریخ» بدین صورت است: «در این بیمه نامه کارکنان عبارتند از: ۱- هر استادکار یا پیمانکار فرعی یا هر کارگر زیر مجموعه آنها؛ ۲- اشخاص خویش فرما؛ ۳- افرادی که دوره کارآموزی را سپری می کنند؛ ۴- هر شخص که بیمه گذار وی را استخدام کرده یا از کارفرمای دیگر، قرض گرفته باشد».^۲

جالب است که بخش پایانی این تعریف با درج عبارت «و یا مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه نامه درج شده است»، سبب ابهام دیگری نیز شده است! در واقع بر اساس این تعریف، کارکنان از دو گروه تشکیل می شوند: گروه اول کسانی هستند که در ازای انجام کار موضوع بیمه از بیمه گذار مزد (حق العمل) دریافت می نمایند و گروه دوم کسانی اند که مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه نامه درج شده است. این عده، قطعاً حق العمل یا مزد دریافت نمی کنند زیرا در این صورت، مشمول بخش نخست تعریف قرار خواهند گرفت. به راستی چه

1 - Whether you choose to call your contract a contract of employment or a contract for services is largely irrelevant. What matters is the real nature of your relationship with the people who work for you and the nature and degree of control that you have over the work they do.

2 - "Definitions of Employee: For the purpose of this Policy:

- Any labor master or labor only subcontractor or persons supplied by any of them
- Self-employed persons
- Persons under work experience schemes
- Any person hired or borrowed by the Insured from another employer"

افرادی را باید مشمول این بخش دانست؟ چه ارتباطی با کارفرما و مسئولیت مدنی او دارند؟ آیا بیمه‌نامه، تنها بستری برای گنجاندن زیان‌دیده احتمالی است که ممکن است از کار و کارگاه، آسیب ببینند؟ آیا منظور اشخاص ثالث است که در ماده ۱۳ قانون مسئولیت مدنی آمده است؟^۱

۴- کار موضوع بیمه

در بند ۶ ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۸۰ آمده است: «کار موضوع بیمه: هر نوع وظیفه شغلی که بر حسب ارجاع کارفرما، کارکنان موظف به انجام آن هستند». باید دانست که مبنای بیمه‌گران برای سنجش ریسک و محاسبه حق بیمه این رشته، اطلاعات اعلام شده از سوی بیمه‌گذار در فرم پیشنهاد بیمه می‌باشد. این مبنای، هم از لحاظ فنی و تکوین قرارداد بیمه و هم از منظر کارایی اقتصادی و انطباق هزینه و درآمد و پیش‌بینی سود متعارف (Avraham, 2012: 34) ضرورتی انکارناپذیر است. از میان اطلاعات لازم، تعداد کارکنان (یا مترای در فعالیت‌های ساختمان‌سازی) و به‌ویژه نوع فعالیت، بیشترین تأثیر را در محاسبه حق بیمه دارد و اهمیت آن به حدی است که گاهی بیمه‌گر با توجه به نوع فعالیت اعلام شده از سوی بیمه‌گذار، از قبول ریسک خودداری نموده یا آن را تنها با درج شرایطی خاص در بیمه‌نامه، می‌پذیرد. عدم ارائه اطلاعات صحیح در این موارد، اگر عمدی باشد، مطابق ماده ۱۲ قانون بیمه (۱۳۱۶)، ضمانت اجرای مهم بطلان قرارداد بیمه، فقدان قابلیت استرداد حق بیمه‌های پرداختی و نیز قابلیت مطالبه حق بیمه‌های آینده را به دنبال دارد! و اگر غیر عمد باشد، مطابق ماده ۱۳ قانون مذکور: «خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار خطر به‌طور کامل و واقع پرداخته شده باشد، تقلیل خواهد یافت»؛ بنابراین، با وصف مخالفت برخی از اساتید که به دلیل فقدان نص قانونی، کاهش خسارت را نمی‌پذیرند (Izanloo, 2008: 76-77) در این موارد، ضمانت اجرای اعمال «قاعده نسبی» حق بیمه

۱- در حقوق فرانسه و انگلستان، بیمه مسئولیت کارفرما به ترتیب اختیاری و اجباری است. در هر دو سیستم، همانند ایران، بیمه مسئولیت کارفرما، هم کارگران و هم اشخاص ثالث زیان‌دیده (ناشی از عمل کارگران) را پوشش می‌دهد.

را مقرر نموده است. ضمن اینکه ماده ۱۰ آیین نامه شماره ۸۰ نیز در خصوص اعلام غیر واقعی تعداد کارکنان، حکم به اعمال همین قاعده داده است.

با این بیان، چون کارکرد اصلی کار موضوع بیمه، تعیین میزان ریسک برای بیمه گر می باشد، عبارت «هر نوع وظیفه شغلی که بر حسب ارجاع کارفرما، کارکنان موظف به انجام آن هستند»، هیچ اطلاعاتی در اختیار بیمه گر برای سنجش میزان ریسک و به تبع آن محاسبه حق بیمه قرار نمی دهد. این امر، هم از منظر اقتصادی و هم از جهت فنی و مطابق با قواعد عمومی قراردادهای، نتایج مطلوبی ندارد زیرا اولاً بیمه گر با صدور بیمه نامه، در اینکه چه نوع وظیفه شغلی را پوشش می دهد، آگاهی ندارد و بررسی جزئیات کار نیز سبب بی میلی مشتریان می شود (Cooter, Ulen, 2012: 475-480)، ثانیاً پیش بینی شرایط و استثنائات از سوی بیمه گر، احتمال بطلان آن شروط را به دلیل وصف امری بودن آیین نامه شماره ۸۰ به دنبال دارد، ثالثاً شاید تناسب عوضین قرارداد بیمه، در هاله ای از ابهام فرو رود و اگرچه بیمه در زمره عقود احتمالی است، اما چنانچه غرر در عقد بیمه عرفاً قابل تسامح نباشد، آن عقد باطل خواهد بود که البته مأخوذ شدن به نتیجه اخیر، بعید می نماید؛ البته احتمال آن نیز کلاً منتفی نیست.

۵- نقص عضو و غرامت فوت

در بند ۹ ماده ۲ آیین نامه شماره ۸۰، «نقص عضو» در راستای رفع ابهام از اصطلاحات بکار رفته در بند ۷ همان ماده، تعریف شده است: «نقص عضو: قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه موضوع بیمه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد». گذشته از فقدان جامعیت این تعریف که تنها «نقص عضو دائم» را در برمی گیرد و صرفنظر از تفاوت بار معنایی که مفاهیم نقص عضو دائم و موقت، در ادبیات بیمه ای دارند، اساساً نه تنها ضرورتی به ارائه تعریف نقص عضو (اعم از دائم یا موقت) نیست بلکه با این تعریف، آن

۱- ماده ۱۰- بیمه گذار موظف است تعداد واقعی کارکنان را به بیمه گر اعلام نماید. چنانچه بعد از وقوع حادثه معلوم گردد که آخرین تعداد اظهار شده کارکنان کمتر از تعداد واقعی است تعهدات بیمه گر به نسبت تعداد اظهار شده به تعداد واقعی کاهش می یابد. در این صورت پرداخت مابه التفاوت خسارت برعهده بیمه گذار خواهد بود.

هم وقتی آیین نامه درصدد تبیین مسئولیت بیمه گران می باشد، به یکی از مهم ترین ابهامات نظام بیمه ای و نظام جبران خسارت، دامن می زند زیرا این عبارت یادگار دوره ای است که نظام جبران خسارت بدنی در ایران بر اساس دیه نبود، صنعت بیمه از اصطلاحات نقص عضو و از کار افتادگی و مانند آن استفاده می کرد و تنها در مواردی اقدام به پرداخت خسارت می نمود که کارگر دچار نقص عضو، آن هم از نوع دائم می شد. در آن زمان در غیاب قانون مجازات اسلامی و قواعد دیه، دادگاه ها بر اساس ماده ۵ قانون مسئولیت مدنی که اشعار می دارد: «اگر در اثر آسیبی که به بدن یا سلامتی کسی وارد شده در بدن او نقصی پیدا شود یا قوه کار زیان دیده کم گردد و یا از بین برود ... واردکننده زیان مسئول جبران کلیه خسارات مزبور است ...» و «تشخیص این که به چه اندازه و تا چه میزان و تا چه مبلغ می توان از واردکننده زیان تأمین گرفت با دادگاه است» (قسمت اخیر ماده ۵)، اقدام به صدور رأی و تعیین غرامت نقص عضو و از کار افتادگی می نمودند. بیمه گران نیز برای ارائه پوشش بیمه ای در فرم پرسشنامه از متقاضی بیمه در خواست می کردند که میزان پوشش مورد نیاز خود برای غرامت فوت و نقص عضو کارکنان را تعیین نماید و با تفکیک نقص عضو دائم از موقت، در پی این بودند که به بیمه گذار و زیان دیده احتمالی این پیام را منتقل کنند که تنها نقص عضوی تحت پوشش این بیمه نامه می باشد که حالت دائم داشته باشد. این روند هنوز هم در بیمه نامه های حوادث (موضوع آیین نامه شماره ۸۴) که خارج از حوزه بیمه های مسئولیت می باشد، جریان دارد؛ اما با حاکمیت نظام جبران خسارت بر مبنای دیه، صرف نظر از اطلاق نقص عضو دائم یا موقت، به صدمات بدنی، صرفاً بر اساس مقررات دیه و ارش، خسارت را باید جبران کرد؛ به عبارت دیگر «خسارت [ناشی از آسیب] بدنی همان دیه یا ارش است که علت تحقق آن می تواند صدمات بدنی یا فوت باشد، سایر عبارات ... نقص عضو یا از کار افتادگی و ... همگی به مفهوم صدمه بدنی باز می گردد که یا دیه مقدر دارد و یا ارش به آن تعلق می گیرد» (Khodabakhshi, 2009: 34) این در حالی است که متأسفانه بعد از گذشت بیش از سه دهه، هنوز این تغییرات وارد ادبیات بیمه های مسئولیت نشده است و آیین نامه شماره ۸۰ نیز بر اساس رویکرد اشتباه برخی بیمه گران و شورای عالی بیمه، تصویب شده است. بر مبنای تحلیل اقتصادی، عدم تطابق بین

تعهدات بیمه‌گر و مسئولیت کارفرما، به نقص در کارایی بیمه‌نامه مذکور منتهی می‌شود زیرا اولاً نه تنها در آیین‌نامه مذکور تعارضی به چشم می‌خورد و نظام بیمه مسئولیت کارفرما را دچار فقدان ثبات می‌نماید،^۱ بلکه بخش مهمی از مسئولیت کارفرما با عناوین دیه و ارش، مشمول پوشش بیمه‌ای نخواهد بود؛ ثانیاً انتظار بیمه‌گر و بیمه‌گذار در دوسوی مرز است؛ چه اینکه با وصف مذکور، آشتی بین «گرامت» و «دیه» در وضع فعلی، ممکن نیست و این امر، بر انتظارات اقتصادی طرفین اثر می‌گذارد ثالثاً با این احتمال که نظام دیه و گرامت متفاوت است، کارفرما ریسک کارگاه را دشوارتر می‌بیند زیرا با بیمه‌نامه‌ای که انتظارات او را برآورده سازد مواجه نیست که این نتیجه، اقتصاد کارگاه را تحت تأثیر قرار خواهد داد و به هزینه‌های بیشتر منتهی خواهد شد زیرا باید بیمه‌نامه دیگری نیز تهیه نماید که ساختار فنی و قواعد بیمه آن، در کنار آیین‌نامه شماره ۸۰، طراحی نشده است و شرکت‌های بیمه نیز در کنار بیمه مسئولیت مذکور، آن را نوعاً در اختیار ندارند مگر بر اساس بیمه مسئولیت عمومی که در ابتدای این نوشتار از آن بحث شد.

گفتار دوم: وظایف و تعهدات بیمه‌گذار

۱- حق جانشینی^۲

به موجب ماده ۸ آیین‌نامه شماره ۸۰: «بیمه‌گر قائم مقام بیمه‌گذار با حق واگذاری به غیر، در دعوی مربوط به این بیمه‌نامه محسوب می‌شود که بتواند پرونده‌های مربوط را در مراجع قضایی تا میزان تعهد این بیمه‌نامه تعقیب نماید. بیمه‌گذار در طول مدت جریان دعوی نباید اقدامی به عمل آورد که به حقوق بیمه‌گر در تعقیب دعوی لطمه وارد آورد ولی نسبت به مازاد تعهدات این بیمه‌نامه بیمه‌گذار حق هر گونه اقدامی خواهد داشت». اگر این ماده بار حقوقی «تکلیف» داشته

۱- تعارض به این جهت که در برخی از مواد آیین‌نامه شماره ۸۰، تمایل به نظام جبران خسارت بر مبنای دیه، دیده می‌شود. برای مثال در تبصره ماده ۱۴ آمده است «گرامت فوت، صدمه جسمی یا نقص عضو با توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار یا بر مبنای درصد مسئولیت بیمه‌گذار در مراجع قضایی تعیین می‌شود و اعمال آن بر روی معادل ریالی ارزانترین دیه رایج روز محاسبه می‌شود. در هر صورت حداکثر مبلغ قابل پرداخت در هر حادثه موضوع بیمه برای هر نفر از مبلغ مندرج در شرایط خصوصی بیمه‌نامه بیشتر نخواهد بود».

2- Right of Subrogation.

باشد، وظیفه سنگینی را عهده بیمه گر نهاده؛ این در حالی است که پیشتر، این وضعیت، تنها به عنوان یک حق برای بیمه گر محسوب می شد. برای مثال در شرایط عمومی سابق آمده بود که: «حق سازش و حق دعوا تا میزان تعهد بیمه گر در کلیه مراجع و مراحل قضایی با بیمه گر است و بیمه گذار به موجب این بیمه نامه بیمه گر را وکیل یا حق توکیل غیر ولو کراراً می نماید که در پرونده های مربوط را در مرجع قضایی با استفاده از کلیه اختیارات دادرسی تا میزان تعهد این بیمه نامه تعقیب نماید و در طول مدت جریان دعوی نباید اقدامی به عمل آورد که به حق بیمه گر در تعقیب دعوی لطمه وارد آورد ولی نسبت به مازاد تعهدات این بیمه نامه بیمه گذار حق هرگونه اقدامی خواهد داشت». در حقوق بیمه تطبیقی نیز این حق، شناخته شده است (Abbasloo, Karami ghahi, 2015: 241-267). برای نمونه در شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان شرکت هیس کوکس (HISCOX¹) آمده است: «ما حق داریم، اما متعهد نیستیم که جریان دفاع از دعاوی مطرح شده بر علیه شما را به دست گیریم». نکته اینجاست که علیرغم تأکید بر اینکه بیمه گر هیچ تعهدی در این زمینه ندارد، در ادامه می افزاید: «اگر ما احساس کنیم که [این حق] ضرورت دارد ... و پیش بینی منطقی از موفقیت وجود داشته باشد؛ اقدام خواهیم نمود».

متأسفانه حق قائم مقامی در حقوق دادرسی مدنی ایران، آنگونه که در خور بحث است، مورد تحلیل قرار نگرفته و مستندات قانونی آن نیز کمک چندانی نمی کند. ماده ۳۰ قانون بیمه (۱۳۱۶) از عموم قایم مقامی یاد می کند اما آنچه در ماده ۸ آیین نامه مذکور است، اعم از ماده ۳۰ می باشد زیرا در ماده ۳۰، بعد از پرداخت و یا قبول تعهد، بیمه گر مستقلاً اقامه دعوا می کند اما ماده ۸ آیین نامه، قایم مقامی را در طول دادرسی که ممکن است توسط بیمه گذار یا اشخاص ثالث به جریان افتاده باشد نیز تجویز می کند که چنین قاعده ای در رویه قضایی شدت مورد نزاع می باشد (Khodabakhshi, 2014: 305) بی گمان انتظار نیست که شورای عالی بیمه در یکی از آیین نامه های مربوط، ابعاد فنی و دقیق قائم مقامی را روشن نماید و با فرض آن نیز محاکم الزامی

۱- موسسه بیمه ای با بیش از ۱۱۵ سال سابقه فعالیت. برای مطالعه بیشتر: رک به <http://www.hiscox.com/about->

به تبعیت ندارند. بنظر می‌رسد آیین‌نامه می‌بایست با حذف این ماده، موضوع را به رویه قضایی و نظام دادرسی محول می‌نمود زیرا صرف پیش‌بینی این ماده، هم تکلیف اطلاع رسانی را متوجه بیمه‌گذار می‌کند و ممکن است بیمه‌گران به جهت بی‌توجهی بیمه‌گذار در اطلاع رسانی بموقع، درصدد کاهش بخشی از تعهدات خود برآیند و هم از منظر اقتصادی هزینه‌هایی را در تعیین میزان حق بیمه با عنایت به استخدام و کیل یا مشاوره حقوقی و مانند آن، پیش چشم بیمه‌گران قرار می‌دهد که با عنایت به ابهام اساسی آن در نظام دادرسی، پیش‌بینی آن در آیین‌نامه مورد نظر، تنها به کارایی بیمه مسئولیت و تغییر در نرخ حق بیمه دامن می‌زند زیرا قطعاً بیمه‌گران برای نتایج قضایی دعاوی خود، پیش‌بینی لازم از جهت افزایش حق بیمه را بعمل می‌آورند. نتیجه‌ای که بار مالی و اثر اقتصادی دارد اما فایده حقوقی نخواهد داشت.

۲- بی‌توجهی بیمه‌گذار به تعهدات مربوط به تشدید ریسک

مدیریت ریسک برای بیمه‌گر حیاتی است. از این رو، برخی از مواد آیین‌نامه مورد بحث مانند ماده ۹ و ۱۰،^۱ ضمن متعهد کردن بیمه‌گذار، ضمانت اجرای عدم انجام وظایفی که برای او مشخص شده است را کاستن از میزان خسارت قابل پرداخت پیش‌بینی نموده است. با این حال، این بخش از تعهدات بیمه‌گذاران و حقوق احتمالی بیمه‌گران در کل صنعت بیمه مورد مناقشه است و از این رو، قواعد آن در آیین‌نامه شماره ۸۰ نیز خالی از ابهام نخواهد بود. برای مثال، هرچند بیمه‌گران بر اساس قاعده نسبی، تلاش می‌کنند بخشی از خسارت را متناسب با ریسک پنهان شده که ناشی از اهمال بیمه‌گذار است، کاهش دهند اما در اینکه آیا این کاهش، در مقابل زیان دیده نیز قابل استناد است یا تنها در روابط بیمه‌گر و بیمه‌گذار (کارفرما) استناد می‌شود، هم در کلیت

۱- ماده ۹- چنانچه بیمه‌گزار به تشخیص مراجع ذیصلاح سهواً وظایف مندرج در این بیمه‌نامه را انجام ندهد و باعث افزایش تعهد بیمه‌گر و یا مانع تشخیص علت یا ماهیت حادثه شود بیمه‌گر می‌تواند به نسبت تأثیر قصور بیمه‌گزار از میزان خسارت قابل پرداخت بکاهد. حکم این ماده نافی حقوق زیان‌دیده نخواهد بود.

ماده ۱۰- بیمه‌گزار موظف است تعداد واقعی کارکنان را به بیمه‌گر اعلام نماید. چنانچه بعد از وقوع حادثه معلوم گردد که آخرین تعداد اظهار شده کارکنان کمتر از تعداد واقعی است تعهدات بیمه‌گر به نسبت تعداد اظهار شده به تعداد واقعی کاهش می‌یابد. در این صورت پرداخت مابه‌التفاوت خسارت برعهده بیمه‌گزار خواهد بود.

بحث و هم در آیین‌نامه مذکور، اختلاف نظر است. اگر عبارت ماده ۹ به این‌که: «حکم این ماده نافه حقوق زیان‌دیده نخواهد بود» را در کنار قسمت اخیر ماده ۱۰ آیین‌نامه قرار دهیم که مقرر می‌دارد: «در این صورت پرداخت ما به التفاوت خسارت برعهده بیمه‌گذار خواهد بود»، این پرسش را به دنبال خواهد داشت که آیا بیمه‌گر در مقابل زیان‌دیده هم می‌تواند به کاهش خسارت استناد کند یا تعهدات را باید در مقابل کارگر زیان‌دیده انجام داده و برای بازیافت آنچه مازاد بر تعهد اوست به بیمه‌گذار (کارفرما) مراجعه نماید؟ در هر حال، این مقرر نیز فاقد کارایی اقتصادی است و رفع ابهام از آن ضرورت دارد زیرا در تعیین حق بیمه و متفرعات دعاوی احتمالی برای بازیافت خسارت (حق الوکاله، هزینه‌های دادرسی)، اثر می‌گذارد و مبنای رقابت بیمه‌گران را بدرستی روشن نمی‌کند؛ چه اینکه شرکتی به تصور قابلیت استناد مقابل زیان‌دیده، حق بیمه را با لحاظ دعاوی بعدی برای بازیافت خسارت، افزایش نمی‌دهد و بالعکس.

گفتار سوم: تعهدات بیمه‌گر در حالت بیمه مضاعف

این امر بدیهی است که بیمه مسئولیت، نباید وسیله کسب درآمد باشد. از این رو، «نظام‌های جبران خسارت در محدوده خود متضمن ظوابطی هستند که مانع جبران خسارت مضاعف می‌شوند» (Badini, 2008: 40). قبل از تصویب آیین‌نامه شماره ۸۰ در شرایط عمومی مورد عمل شرکت‌های بیمه، ضمانت اجرای بیمه مضاعف، به این صورت بود که «در صورتی که مسئولیت بیمه‌گذار همزمان تحت پوشش سایر بیمه‌گران باشد، هر یک از آن‌ها به تناسب تعهدات مربوط خود به کل تعهدات تحت پوشش، مسئول جبران آن می‌باشند. چنانچه بیمه‌گر کل خسارت را پرداخت نموده باشد، می‌تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه‌گران به آن‌ها مراجعه نماید». برخی از بیمه‌گران نیز تعهد خود را منحصر به مازاد تعهدات سایر بیمه‌گران می‌دانستند و گروه سوم تنها بیمه‌گری را متعهد می‌دانستند که زمان صدور بیمه‌نامه آن، مقدم بر سایر بیمه‌نامه‌ها باشد. ماده ۱۹ آیین‌نامه مذکور در این خصوص مقرر می‌دارد: «در صورتی که مسئولیت بیمه‌گذار همزمان تحت پوشش سایر بیمه‌گران باشد، بیمه‌گر موظف است بر مبنای این بیمه‌نامه تعهدات خود را ایفا نماید و سپس می‌تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه‌گران به آن‌ها مراجعه نماید». نقطه قوت این نوآوری، یکسان‌سازی ضمانت اجرای بیمه مضاعف به منظور اجتناب از اعمال سلیقه بیمه‌گران است، اما راهکار مذکور ایراداتی نیز دارد که بر کارایی اقتصادی ضمانت اجرای بیمه مضاعف، اثر

می‌گذارد زیرا نه تنها روش بسیار ساده و متعارف (حتی در سطح بین الملل) که همانا پرداخت به تناسب تعهدات مربوط خود به کل تعهدات می‌باشد را رها کرده، بلکه به روشی غیر معقول و غیر معمول متوسل شده است! چه اینکه رویکرد ماده ۱۹، اولاً به نوعی تغییر نابجای یک قاعده جا افتاده در صنعت بیمه است؛ ثانیاً اگر تمامی بیمه‌گرانی که درگیر موضوع هستند، چنین شرایطی را پیش‌بینی کنند، کمترین اثر آن، خودداری از ایفای تعهد بیمه‌گر، به تصور متعهد بودن بیمه‌گر دیگر است و بدترین اثر آن، تغییر اجرای غیرقضایی و اختیاری تعهد، به اجرای قضایی و اجباری آن است که هزینه‌های مترتب بر آن و نیز بازخورد نامناسب این وضع در رابطه با مشتریان، امری بدیهی خواهد بود، ثالثاً در فرضی هم که بیمه‌گران بدون آگاهی از پوشش بیمه‌ای مستقل، تعهدات را ایفا می‌کنند هزینه اقامه دعوی بازیافت یا استرداد از بیمه‌گر دیگر (از باب تعهدات قراردادی بیمه) یا بیمه‌گذار یا زیان دیده‌ای که استفاده بلاجهت نموده است، قابل توجه خواهد بود. به‌راستی چرا باید اعطای امتیاز بیشتر برای بیمه‌گذار و کارکنان فرعی، به چنین نتایج اقتصادی و حقوقی نامطلوبی منتهی گردد؟

گفتار چهارم: خسارت‌های خارج از تعهد بیمه‌گر

بر اساس ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۸۰ با عنوان «خسارت‌های خارج از تعهد بیمه‌گر»: «خسارت‌های زیر تحت پوشش این بیمه‌نامه نیست مگر آنکه در بیمه‌نامه یا الحاقیه آن به نحو دیگری توافق شده باشد: ۱- کلیه امراضی که شخص در اثر فعالیت عادی و به مرور زمان به آن دچار گردیده باشد، مگر در مواردی که بنا به رأی مراجع ذیصلاح بیمه‌گذار مسئول شناخته شده باشد...». دو مسأله را باید در این خصوص بررسی کرد:

۱- حادثه موضوع بیمه

حادثه موضوع بیمه در بند ۷ ماده دو آیین‌نامه شماره ۸۰ بدین سان تعریف شده است: «رویدادی است که حین و به مناسبت انجام کار موضوع بیمه و در مدت اعتبار بیمه‌نامه اتفاق افتد و منجر به صدمه جسمی، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت کارکنان گردد و بیمه‌گذار مسئول جبران خسارت یا پرداخت غرامت ناشی از آن شناخته شود». بیمه‌گران در شرایط پیشین بیمه مسئولیت کارفرما، حادثه را به تبعیت از آیین‌نامه شماره ۴۳ شورای عالی بیمه (شرایط عمومی بیمه

درمان)^۱ عبارت از «هر واقعه ناگهانی بیرونی» می‌دانستند که خارج از اراده بیمه‌گذار باشد و درواقع، آن را در مقابل بیماری^۲ قرار می‌دادند. با این تعریف هم بیماریهای معمولی را که علت آن عامل جسمی و درونی است و هم بیماری‌های شغلی همچون اختلالات تنفسی، سنگین شدن گوش، آپاندیس و ... را که در طول زمان ایجاد می‌شود و علاوه بر عوامل درونی، نمی‌توان منکر تأثیر شرایط حاکم بر محیط کار در بروز آن‌ها شد، از شمول این بیمه‌نامه خارج می‌ساختند (Riseh, 2007: 6).

با این وضع، تعریف آیین‌نامه و استفاده از قید «رویداد» می‌تواند عملاً پیش فرض سابق بیمه‌گران را کنار گذاشته و همچون بند ۱ ماده قانون بیمه اجباری مسئولیت کارفرما انگلستان (مصوب ۱۹۶۹)، تعهد بیمه‌گر را به جبران خسارت‌های ناشی از بیماری کارکنان نیز تسری دهد، زیرا اولاً هیچ توجیهی برای «رویداد» ندانستن بیماری نیست! ثانیاً بیماری نیز ممکن است باعث نقص عضو، از کارافتادگی و فوت گردد، ثالثاً سایر شرایط بیمه‌نامه به ویژه بند ۱۱ ماده دو^۳ و ماده ۱۴^۴ به صراحت به جبران هزینه‌های پزشکی اشاره نموده است و چرا نتوان این هزینه‌ها را هزینه درمان بیماری‌های کارکنان دانست؟! رابعاً مهم‌تر اینکه، مفهوم مخالف بند یک ماده ۲۱ دلالت روشن بر امکان مسئولیت کارفرما و به تبع آن، مسئولیت بیمه‌گر دارد.^۵ البته «حادثه» و «بیماری»

۱- بند ۲-۴-۱ - حادثه: عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه‌شده گردد.

۲- بند ۳-۴-۲ - بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

۳- «موضوع بیمه: عبارت است از مسئولیت مدنی حرفه‌ای بیمه‌گذار در قبال پرداخت هزینه‌های پزشکی و غرامت صدمه جسمی، نقص عضو و فوت کارکنان بیمه‌گذار ناشی از حادثه موضوع بیمه»

۴- پوشش‌های اصلی: موارد زیر با صدور بیمه‌نامه در تعهد بیمه‌گر خواهد بود: ۱- ...؛ ۲- هزینه‌های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه موضوع بیمه پس از تأیید پزشک معتمد و حداکثر به میزان مندرج در شرایط خصوصی بیمه‌نامه.»

۵- ماده ۲۱ فصل چهارم آیین‌نامه شماره ۸۰ با عنوان «خسارت‌های خارج از تعهد بیمه‌گر» مقرر می‌دارد: «خسارت‌های زیر تحت پوشش این بیمه‌نامه نیست، مگر آنکه در بیمه‌نامه یا الحاقیه آن به نحو دیگری توافق شده باشد: ۱- کلیه امراضی که شخص در اثر فعالیت عادی و به مرور زمان به آن دچار گردیده باشد مگر در مواردی که بنا به رأی مراجع ذیصلاح بیمه‌گذار مسئول شناخته شده باشد...».

واژگانی هستند که در عرف و ادبیات بیمه تثبیت شده‌اند و شورای عالی بیمه نیز در سایر آیین‌نامه‌ها به صراحت این دو اصطلاح را از یکدیگر تمیز داده است. در عمل نیز کمتر دیده یا شنیده شده که از محل بیمه‌نامه، به جهت بیماری، خسارت یا غرامتی دریافت شود. با این حال، ریسک اقتصادی ناشی از ریسک حقوقی مذکور، با توجه به تغییر اساسی که این آیین‌نامه در بیمه مسئولیت کارفرما دارد و می‌تواند انگیزه بخش رویه قضایی به صدور آرای در این زمینه، باشد و رشد دعاوی مربوط به آن، با توجه به آگاهی بیش از پیش بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق بیمه‌ای، امری نیست که به آسانی بتوان آن را نادیده گرفت. برای مثال به‌موجب دادنامه شماره ۸۸/۸/۱۳- ۸۸۰۹۹۷۵۱۳۲۲۰۱۰۹۴ پرونده شماره ۰۹۹۸۵۱۴۳۶۰۰۰۹۴ شعبه ۲ دادگاه تجدیدنظر استان خراسان رضوی (حتی پیش از تصویب آیین‌نامه شماره ۸۰ و به طریق اولی بعد از آن): «... ضایعه ذکر شده (ایجاد شده در ستون فقرات شاکه) ناشی از کار تدریجی و سنگین و در شرایط نامناسب به وجود آمده است که این نظریه با شرایط کار سنگین ده ساله که معترض در شرکت ریخته‌گری داشته مطابقت و همخوانی دارد؛ ثانیاً وفق ماده ۹۱ قانون کار کارفرما بایستی بر بهداشت کار نظارت داشته باشد و وفق ماده ۸۵ همان قانون رعایت دستورالعمل وزارت بهداشت جهت جلوگیری از بیماری‌های حرفه‌ای و بهداشت محیط کار برای کارفرما و کارگر الزامی فرض گردیده است و وفق ماده ۹۲ قانون کار در واحدهای مشمول ماده ۸۵ که کارگر به اقتضای نوع کار در معرض بیماری است کارفرما باید پرونده پزشکی و معاینه تشکیل دهد تا کارگر سالی یک بار آزمایش و معاینه مجدد گردد و نتیجه در پرونده متشکله ضبط شود و ارجاع کار به کارگر بایستی بر اساس مصوبه شورای پزشکی باشد، آن هم بدون کاهش (دستمزد) و وفق ماده ۹۵ مسئولیت اجرای مقررات بهداشتی با کارفرماست و اگر در اثر عدم اجرای مقررات حادثه‌ای رخ دهد، کارفرما مسئولیت حقوقی و کیفری دارد...» (Khodabakhshi, 2013: 294). بند ۱ ماده ۲۱ آیین‌نامه موصوف، برخلاف تحلیل‌های اقتصادی و کارایی حقوقی و قابلیت پیش‌بینی متعارف است زیرا بواقع معلوم نیست آیا رویه قضایی، بیماری شغلی را از زمره حوادث کار می‌داند یا خیر؟ و همانند سرایت جهل شرط به عوضین! این ابهام نیز به تعهدات بیمه‌گران سرایت می‌کند و در نتیجه قادر به مدیریت ریسک و حدود مسئولیت خود نخواهند بود.

۲- قلمرو بیماری شغلی

در این مورد، سه پرسش مطرح می‌شود: پرسش اول اینکه آیا با توجه به مفهوم مخالف بخش اول بند یک ماده فوق، ابتلا به امراضی که تحقق آن به مرور زمان نبوده بلکه ناگهانی باشد، خارج از استثنائات این بیمه‌نامه است؟ بر اساس عرف بیمه‌ای و در سکوت آیین‌نامه، پاسخ منفی ترجیح دارد با این حال، مشروط شدن به مسئولیت بیمه‌گذار، هر احتمالی را مطرح می‌کند و در صورت محکومیت کارفرما در مراجع قضایی، اینکه از محل بیمه‌نامه می‌توان خسارت را پرداخت کرد، مورد اختلاف خواهد بود.

پرسش دوم این که وقتی بیمه‌نامه مسئولیت تنها خسارت‌های ناشی از «حوادث کار» را پوشش می‌دهد؛ آیا نباید بیماری‌ها را مطلقاً خارج از شمول بیمه‌نامه دانست؟ این پرسش اساسی به قلمرو بیمه و میزان حمایت از کارفرما و مدیریت ریسک برمی‌گردد که البته پاسخ کلی آن، منفی است مگر اینکه در قالب بیمه‌نامه‌های مستقل دیگری تحت پوشش قرار گیرد که عمدتاً در حوزه بیمه‌های اجتماعی یا بیمه‌های اشخاص است نه مسئولیت. این رویکرد در یکی از دادنامه‌های شعبه ۱۰۱ دادگاه کیفری ۲ صوفیان به این شرح آمده است: «نظربه اینکه بیماری ناشی از سختی کار، حادثه شغلی محسوب نمی‌شود که در آن تقصیر جزایی کارفرما متصور باشد و اشخاص معمولاً با ملاحظه کیفیت کار و درآمد و مزایا نسبت به انتخاب شغل و انعقاد قرارداد اقدام می‌نمایند و عوارض تدریجی ناشی از کار معمولاً در تمامی مشاغل وجود دارد و کارکنان و کارمندان وقتی از مزایای شغل مربوط استفاده می‌کنند و درآمد خود را از آن محل تأمین می‌کنند، بایستی عوارض ناشی از آن را بپذیرند و تحمل کنند، چیزی که مفاد قاعده «من له الغنم فعلیه الغرم» آن را تأیید می‌کند و ... اگر قرار باشد بیماری ناشی از شغل و سختی کار را جرم دانسته و کارفرما را مسئول تلقی کنیم، در این صورت کلیه کارمندان حداقل باید از بابت کمردرد و دیسک گردن، علیه دولت شکایت مطرح کنند؛ امری که غیرقابل توجیه است... نظربه اینکه شاکی نمی‌تواند از حق خود سوءاستفاه نماید؛ هم حقوق و مزایا دریافت کند و هم دیه نیز بابت بیماری ناشی از کار مطالبه کند، چراکه حقوق و مزایای تمام مشاغل با لحاظ تمامی جوانب کار از جمله سختی کار و شرایط کارگاهی تعیین می‌شود لذا ... حکم برائت صادر و اعلام می‌شود».

پرسش سوم اینکه در صورت حاکمیت بیمه‌نامه در دو دوره زمانی، کدام بیمه‌گر مسئول است؟ بیمه‌گذاری را تصور کنید که نه سال مسئولیت خود را نزد شرکت بیمه «الف» و سال دهم نزد

شرکت بیمه «ب»، بیمه نموده است و یکی از کارگران وی که در طول این ده سال با مواد شیمیایی سر و کار داشته، در سال دهم به علت بیماری ریوی از کارفرما شکایت نموده و بر اساس رأی مراجع ذیصلاح، بیمه گذار مسئول آن شناخته شده است. اگرچه این رأی ممکن است منصفانه صادر شده باشد و در مسئولیت بیمه گذار تردیدی نباشد، اما آیا تحمیل این خسارت به بیمه گر «ب» که یک دهم حق بیمه را دریافت داشته و رها نمودن بیمه گر «الف» که از یکسو، نه دهم حق بیمه را دریافت نموده و از سوی دیگر، حادثه و اثر آن، در دوره زمانی تعهد او بوده و تنها قسمت اخیر نتیجه آن در دوره زمانی بیمه گر دوم آشکار شده، منصفانه است؟ پاسخ منفی است و بهتر بود، علاوه بر ابعاد قضایی موضوع، در شرایط عمومی بیمه نامه مورد بحث ما نیز قواعدی در این خصوص پیش بینی می شد.

می دانیم که در مورد کارهای سخت و زیان آور، کارفرما باید تدابیری از جمله معرفی مستمر به مراکز درمانی و تشکیل پرونده خاص برای کارگران انجام دهد. این هزینه ها به همراه ریسک بالایی که این کارها دارند انتظار متعارفی را دامن می زند که به موجب آن، بیمه نامه، مسئولیت او را پوشش دهد. پاسخ منفی به این انتظار، در مدیریت مالی کارگاه، نتایج اقتصادی و سود متعارف آن، افزایش خطر دعوی و محکومیت های قضایی و نتایج دیگر را به همراه دارد که قطعاً مستلزم تجدیدنظر در مفاد آیین نامه به منظور پرهیز از مستثنی نمودن بیماری های شغلی، حداقل در کارهای سخت و زیان آور می باشد. بنظر می رسد باوضع فعلی، از یک سو امکان محکومیت قضایی وجود دارد و از سوی دیگر، نتایج اقتصادی مناسبی برای کارفرما به دنبال نخواهد داشت زیرا ریسک غیرقابل پیش بینی متوجه اوست که تنها با صرف هزینه نیز قابل جبران نیست و لزوماً به پوشش بیمه ای با حق بیمه متناسب و قابل پیش بینی نیازمند می باشد.

گفتار پنجم - مرور زمان دعوی

ماده ۲۵ آیین نامه شماره ۸۰ با توجه به ماده ۳۶ قانون بیمه، بدون در نظر گرفتن حذف مرور زمان از قوانین جاری کشور و با تأثیر از برخی نظرات حقوقی و پاره ای از رویه ها مقرر می دارد: «تعهدات بیمه گر منحصر به مسئولیت بیمه گذار برای حوادثی است که در مدت اعتبار بیمه نامه رخ دهد و ادعای خسارت حداکثر ظرف دو سال پس از انقضای بیمه نامه به بیمه گر اعلام شود.

هرگونه اقدام بیمه‌گذار یا کارکنان وی به منظور مطالبه خسارت قاطع مرور زمان خواهد بود». این اقدام، علاوه بر اینکه ممکن است احتمال تعارض این ماده و ماده ۷ آیین‌نامه مذکور^۱ را مطرح نماید، به بحث مهم شروع مرور زمان که به تعبیر ماده ۳۶ قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶^۲ دو سال از انقضای تاریخ «حادثه منشأ دعوا»، آغاز می‌شود، بی توجه بوده و صرف گذشت مهلت دو سال از انقضای بیمه‌نامه را ملاک قرار داده است! در این مورد، بنظر می‌رسد ضمن تأیید ابعاد اقتصادی مرور زمان و تأکید بر لزوم اعاده آن به نظام حقوقی، با تعیین قواعد ویژه در قانون^۳ در وضع فعلی که مرور زمان به اعتقاد نویسندگان، نسخ شده است، می‌توان با پیش‌بینی مهلت‌های معقول با ضمانت اجرا نسبی (نه محرومیت کلی از مزایای بیمه‌ای که سبب واکنش قطعی رویه قضایی می‌شود) به نتایج مثبت اقتصادی آن دست یافت.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

می‌توان گفت روح حاکم بر آیین‌نامه شماره ۸۰، گرایش به سمت عدالت توزیعی در پی تبدیل بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان به بیمه جامع حوادث ناشی از کار بوده است تا «هر نوع ضرری را بدون توجه به منشأ آن قابل جبران بدانند» (Badini et al, 2016: 24). این هدف، مناسب تحولات روز مسئولیت مدنی است و کلیت آن، از این منظر قابل تأیید است. آیین‌نامه موصوف، علاوه بر اینکه دارای اشکالات فنی و نگارشی است و برخی اصول اساسی و غیرقابل

۱- ماده ۷: «بیمه‌گذار موظف است از تاریخ اطلاع خود از وقوع هرگونه حادثه موضوع این بیمه‌نامه و همچنین دریافت هر نوع ادعا و یا مطالبه کارکنان علیه خود که به این بیمه‌نامه مربوط می‌شود (اعم از کتبی یا شفاهی) اقدامات زیر را انجام دهد: ۱- حداکثر ظرف پنج روز کاری به یکی از شعب بیمه‌گر مراجعه و با تکمیل فرم اعلام خسارت، وقوع حادثه و یا ادعای مطروحه را اعلام نماید و یا مراتب را ظرف مدت مذکور از طریق پست سفارشی به اطلاع بیمه‌گر برساند. ۲-...».

۲- ماده ۳۶: «مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشأ دعوی خواهد بود...».

۳- در تحلیل اقتصادی، مرور زمان برای صنعت بیمه ضروری بنظر می‌رسد زیرا فقدان آن، مدیریت منابع، ریسک، میزان تعهدات و بالتبع، حق بیمه را متأثر می‌کند. امری که می‌تواند به طرح دعاوی کهنه، سوءاستفاده از حق، تبانی و ظاهر سازی برای دریافت خسارت و برهم زدن نظم مالی شرکت‌های بیمه، منتهی شود (خدابخشی، ۱۳۹۴، ۱۸۲ الی ۲۱۴). به تعبیر ریچارد پاسنر (Richard Allen Posner)، «حق را به اعتبار اجتماعی بودن مختصات آن باید به شخصی سپرد که استحقاق استفاده از امتیاز آن را داشته و بیشترین نفع را از گردش آن به جامعه می‌رساند» (Habibi dargah, 2013:241).

اغماض بیمه در تدوین آن رعایت نشده است، ابهاماتی را به دنبال خواهد داشت که گذشته از ابعاد قضایی، ساختار اقتصادی بیمه گران و کارفرمایان را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد. از یک سو انتظارات کارفرما به برآورده نمی کند و پیش بینی اقتصادی (سود و هزینه های کارگاه) را دشوار می کند و از سوی دیگر، بیمه گران تا حد قابل توجهی، قادر به مدیریت بهینه ریسک، تعیین دقیق تعهدات، قلمرو مسئولیت خود و به طور کلی، ابعاد اقتصادی آن نخواهند بود. در این وضع، پیش بینی دعوی در مراجع قضایی نیز محتمل است و هزینه هایی برای وصول مطالبات، بازیافت خسارت، استرداد وجه و مانند آن، به دنبال خواهد داشت، لذا پیشنهاد می گردد بیمه مرکزی با همکاری پژوهشکده بیمه با دعوت از صاحب نظران، به بازنویسی شرایط عمومی آن، با توجه به نتایج قضایی و اقتصادی بیمه مسئولیت کارفرما، اقدام نماید.

References

- [1] Abbasloo, B. (2015). Karami Ghahi, M, Rules of Successor in Insurance Law , Bimeh Journal, No.1. (in persian).
- [2] Amid, H. (2010). Amid Dictionary, Rah-E-Roshd Publications, 1st edi, Tehran. (in persian).
- [3] Araghi, E. (2007). Labor Law, Tehran, Samt publications, 7th edi. (in persian).
- [4] Azimi. Y. (2011). Liability insurance Pamphlet of Bachelor of Insurance Management Field , Gazvin Azad University. (in persian).
- [5] Badini, H. (2008). Rules governing on the simultaneous application of compensation systems, Law Journal, Law & Political Science faculty magazine, NO.2. (in persian).
- [6] Badini, H. (2016). Civil Liability Philosophy, Tehran, Enteshar Company. (in persian).
- [7] Badini, H, & others. (2016). The Economic Territory of the Principle of Fault and its Effectiveness in Iranian Law, Private Law Studies Quarterly, NO.1. (in persian).
- [8] Christensen, S.,(2004). Professional Liability and Property Transactions, Federation Press, Hardcover.
- [9] Cooter, R. (2012). Ulen, T, Law & Economy, Dadgar, Y, Akhavan Hazave, Tarbiat Modarres University Press And Noor Elm Publications, 7th edi. (in persian).
- [10] Geoffrey M. (2001) The Qualifying Associations: A Study in Professionalization, Routledge, London.
- [11] Habibi Dargah. B,(2013). Law & Economy (Procedure Civil Law).Javdane Publications, Jangal, 1st. edi. Tehran. (in persian).
- [12] Izanloo,M. (2008). Criticism & Analysis of The Amending Act on

- Compulsory Insurance Act, Law Quarterly, Law & Political Science Faculty magazine, NO.4. (in persian).
- [13] Katoozian, N; Izanloo, M. (2008). Tort Liability . Vol 3 Tort Liability Insurance, 1st edi, Tehran University Press. (in persian).
- [14] Katoozian, N. (2009). The Evolution of the Concept of Fault for Tort Liability , Law Quarterly, Law & Political science faculty magazine, NO.1. (in persian).
- [15] Katoozian, N. (2010). Juridical Facts- Tort Liability, 3rd edi, Enteshar Co. (in persian).
- [16] Khodabakhshi, A. (2010). Insurance & Civil Liability Law, 1st edi, Rooznameh Jomhoori Eslami Iran Publications. (in persian).
- [17] Khodabakhshi, A. (2010). Compensation of Employees In The Tort Liability System, 1st edi, Enteshar Co. (in persian).
- [18] Khodabakhshi, A. (2013). Claims Law-General Claims Rules, Enteshar Co. 1st edi. (in persian).
- [19] Khodabakhshi, A. (2014). Claims law - Legal jurisprudential analysis, Enteshar Co., 1st edi. (in persian).
- [20] McAuliffe Teresa (2011) Liability Insurance, the Chartered Insurance Institute.
- [21] Rafiei, A. (2013). Recognition Criterion for Labor and Employer Relations , Precedent Quarterly. (in persian).
- [22] Rejda George E. (2003). Principles of Risk Management and Insurance
- [23] Riseh, A. (2007). Liability Insurance (Vol: 2). 1st edi, Koohsar Publications. (in persian).
- [24] Ronen A. (2012) The Law and Economics of Insurance Law, CONNECTICUT INSURANCE LAW JOURNAL, Vol. 19.
- [25] Riseh, A. (2002) Liability Insurance (Vol: 1). 1st edi, Central Insurance Publications. (in persian).