

## شناسایی علل نارضایتی بیمه‌گذاران در صنعت بیمه

نویسندگان: محمود سبزی<sup>۱</sup>، آیدین رشیدی<sup>۲</sup>، حمید رضائی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> مدیر طرح و توسعه شرکت بیمه آسیا؛ پست الکترونیک: Mahmoud.sabzi@ymail.com

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد بیمه‌های مسئولیت شرکت بیمه آسیا؛ پست الکترونیک: Rash\_1400@yahoo.com

<sup>۳</sup> مدیر بازرسی و نظارت بیمه آسیا؛ پست الکترونیک: Ramazani@bimehasia.ir

### چکیده

بازار صنعت بیمه با سایر بازارهای کالایی تفاوت‌های ماهیتی دارد. به‌علت خدماتی بودن این رشته و تفاوت بازار خدمات، مشاهده رضایتمندی بیمه‌گذاران از مصرف‌کنندگان کالا و محصول بسیار دشوار است. کارکرد بازار فروش بیمه بیانگر این است که در بخش فروش عمده نگرانی بیمه‌گذاران در قیمت تمام‌شده یا حق بیمه می‌باشد، اما رضایتمندی حاصل از خرید کالا، در بهترین وضعیت خود در زمان بروز خسارت نمود پیدامی‌کند، زیرا کارکرد اصلی بیمه‌نامه خریداری‌شده تا بروز خسارت عینیت و تحقق پیدا نمی‌کند. تفکیک سهم شبکه فروش مستقیم و غیرمستقیم در بیمه از میزان فروش بیمه و پرداخت خسارت و تعارض منافع بیمه‌گران، بیمه‌گذاران و واسطه‌های بیمه‌ای در بازار از مهمترین عوامل ایجاد نارضایتی می‌باشد. از سوی دیگر بخاطر دو پدیده فرانشیز و کسورات و ماهیت وجودی آنها در قراردادهای بیمه‌ای، کسب رضایتمندی همیشگی و پایدار در صنعت بیمه امکان‌پذیر نبوده و یا دشوار است و براساس اصول بیمه‌ای، بیمه‌گذار نباید از قراردادهای بیمه‌ای منتفع گردد. از نگاهی دیگر بخاطر وجود تنوع مشتریان خاص در بازار بیمه و مباحث انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی در قبل، حین و بعد از انعقاد قرارداد بیمه‌ای، تعارضی بین خواسته‌ها و نیازهای بیمه‌گذاران و مطالبات بیمه‌گران پیش می‌آید. در این مقاله بدنبال تبیین نقش و جایگاه واسطه‌های بیمه‌ای (شبکه فروش غیرمستقیم) در صدور و خسارت و ایجاد رضایتمندی در بازار و تجزیه و تحلیل زیان‌دیدگان در رشته‌های مختلف و شیوه‌های رضایتمندی آنها می‌باشیم.

واژه‌های کلیدی: رضایتمندی، بیمه‌گذار، بیمه‌گر، شبکه فروش، فرانشیز و کسورات

## مقدمه

اکنون که در اقتصاد جهانی مشتریان بقای سازمان را رقم می‌زنند، سازمان‌ها دیگر نمی‌توانند به انتظارات و خواسته‌های مشتریان بی‌اعتنا باشند. آنها باید همه فعالیت‌ها و توانمندی‌های خود را متوجه رضایت مشتری کنند. چرا که تنها منبع برگشت سرمایه مشتریان هستند (عالی، ۱۳۸۱). رضایت ارباب رجوع شاخصی مهم برای تشخیص کیفیت برنامه‌های ارائه شده و نقدی است، بر ارزیابی اثربخشی سازمان. امروزه با توسعه مفهوم بازاریابی و رقابت، سازمان‌های تجاری از جمله شرکت‌های بیمه به این مطلب پی برده‌اند که برای رسیدن به اهداف خود و یا فرارفتن از آن، باید رضایت مشتریان خود را جلب کنند. زیرا موتور تجارت نه محصول و بازار، بلکه مشتری است. از آنجا که شرکت‌های بیمه نیز در زمره سازمان‌های انتفاعی هستند، ناچارند به مشتری خاص خود یعنی "بیمه‌گذار" توجه کنند. زیرا بی‌توجهی به خواسته‌ها و نیازهای اوست، با موفقیت و شکست آنها قرین است.

بنابراین مشتریان راضی از خدمت‌رسانی، منبع بقای سودبخشی شرکت‌ها هستند. شرکت‌هایی که نمی‌توانند مشتریان خود را راضی نگه‌دارند، در درازمدت باقی نخواهند ماند. عرضه محصول با کیفیت برتر و ارائه خدمات به مشتریان در سطح عالی به‌طور مستمر موجب ایجاد مزیت‌های رقابتی برای شرکت‌ها می‌شود. هنگامی که ارباب رجوع از خدمات ارائه شده راضی نباشد، سازمان کارا و مؤثر نیست. این امر خصوصاً در رابطه با سازمان‌های عمومی بسیار مهم است (کرمی و همکاران، ۱۳۸۴).

امروزه مردم در نقش خریدار رأی‌نهایی را صادر می‌کنند. ماهیت شرکت‌های بیمه ایجاب می‌کند که در راستای مشتری‌مداری حرکت کند و هر چقدر در جذب و حفظ مشتری ناموفق باشند احتمال سقوط و شکست شرکت بیشتر می‌شود. هدف شرکت‌های بیمه شناخت نیاز مشتری و تأمین آن و رضایت او می‌باشد تا بتواند فروش بیشتری داشته باشد. با توجه به فعالیت‌های شرکت‌های بیمه خصوصی و توسعه اطلاعات و ارتباطات بین‌المللی، امکان مقایسه خدمات بیمه‌ای شرکت‌های مختلف به راحتی از طرف مردم فراهم شده و خواهد شد بنابراین نگهداری مشتری و جذب آن در مقایسه با گذشته مشکل‌تر و پیچیده‌تر شده است.

امروزه کیفیت کار بیمه‌گران از ابعاد مختلف توسط مشتریان مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد. و با وجود رضایت مشتری شرکت‌های بیمه به وضعیت مطلوب رسیده‌اند و از این طریق سود بلند مدت شرکت‌های بیمه تضمین می‌شود و همین‌طور مشتریان با رضایت خود به بقای شرکت‌های بیمه کمک می‌کنند.

بازار صنعت بیمه با سایر بازارهای کالایی تفاوت‌های ماهیتی دارد. به‌علت خدماتی بودن این رشته و تفاوت بازار خدمات، مشاهده رضایتمندی بیمه‌گذاران از مصرف‌کنندگان کالا و محصول بسیار دشوار است. کارکرد بازار فروش بیمه بیانگر این است که در بخش فروش عمده نگرانی بیمه‌گذاران در قیمت تمام‌شده یا حق بیمه می‌باشد، اما رضایتمندی حاصل از خرید کالا، در بهترین وضعیت خود در زمان بروز خسارت نمود پیدا می‌کند، زیرا کارکرد اصلی بیمه‌نامه خریداری‌شده تا بروز خسارت عینیت و تحقق پیدا نمی‌کند. تفکیک سهم شبکه فروش مستقیم و غیرمستقیم در بیمه از میزان فروش بیمه و پرداخت خسارت و تعارض منافع بیمه‌گران، بیمه‌گذاران و واسطه‌های بیمه‌ای در بازار از مهمترین عوامل ایجاد نارضایتی می‌باشد. از سوی دیگر بخاطر دو پدیده فرانشیز و کسورات و ماهیت وجودی آنها در قراردادهای بیمه‌ای، کسب رضایتمندی همیشگی و پایدار در صنعت بیمه امکان‌پذیر نبوده و یا دشوار است و براساس اصول بیمه‌ای، بیمه‌گذار نباید از قراردادهای بیمه‌ای منتفع گردد. از نگاهی دیگر بخاطر وجود تنوع مشتریان خاص در بازار بیمه و مباحث انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی در قبل، حین و بعد از انعقاد قرارداد بیمه‌ای، تعارضی بین خواسته‌ها و نیازهای بیمه‌گذاران و مطالبات بیمه‌گران پیش می‌آید.

## انواع بیمه

براساس آخرین آمار موجود در حالی که نسبت حق بیمه به تولید ناخالص داخلی ایران حدود ۷ درصد است، این نسبت در کشورهایی چون آلمان به ۷۵٫۵ و در فرانسه به ۸۸٫۵ درصد می‌رسد. در همین حال، با این که صنعت بیمه ایران در آستانه ۹۰ سالگی قرار دارد و بیمه ایران به عنوان نخستین شرکت بیمه دولتی کشور در سال ۱۳۱۴ تأسیس شد، اما هنوز که هنوز است این صنعت به دلایل مختلف نتوانسته جایگاه شایسته خود را در اقتصاد کشور به دست آورد. یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی که با نگاه به آن می‌توان شرایط صنعت بیمه کشور

را ارزیابی کرد، ضریب نفوذ صنعت بیمه است. ضریب نفوذ بیمه، جایگاه صنعت بیمه در کل اقتصاد آن کشور را مشخص می کند. براساس سالنامه آماری سال ۹۱ بیمه مرکزی ایران، این ضریب در ایران ۴٫۱ درصد است. حال آن که این ضریب در دنیا به بیش از ۸ درصد می رسد.

جدول شماره ۱- تولید ناخالص داخلی و حق بیمه های دریافتی (میلیون ریال)

سال	۱۳۹۰	نه ماه نخست سال ۱۳۹۰	نه ماه نخست ۱۳۹۱
کل حق بیمه ها <sup>۱</sup>	۸۵،۹۰۸،۷۹۲	۵۹،۱۹۸،۲۴۳	۹۲،۶۸۲،۸۲۷
حق بیمه های غیر زندگی <sup>۱</sup>	۷۹،۰۳۹،۰۳۴	۵۰،۳۳،۸۸۶	۸۵،۱۸۵،۵۸۶
حق بیمه های زندگی <sup>۱</sup>	۶،۸۶۹،۷۵۸	۵۴،۱۶۴،۳۵۶	۷،۴۹۷،۲۴۱
تولید ناخالص داخلی به قیمت بازار <sup>۲</sup>	۶،۱۰۴،۸۶۸،۰۰۰	۴،۵۹۳،۵۷۵،۰۰۰	۵،۰۲۶،۱۶۹،۰۰۰

بر اساس آخرین آمارهای منتشر شده در سالنامه آماری صنعت بیمه در سال ۱۳۹۱، به دلیل پایین بودن سهم حق بیمه های زندگی از کل حق بیمه های تولیدی صنعت بیمه کشور (کمتر از ۸ درصد) در مقایسه با متوسط سهم مزبور در کل کشورها (بیش از ۵۰ درصد)، ضریب نفوذ بیمه زندگی فاصله قابل توجهی با متوسط ضریب نفوذ بیمه زندگی کشورهای جهان دارد. این بدان معناست که صنعت بیمه کشور به ویژه در زمینه حق بیمه های زندگی، جایگاه ویژه خود را در تامین مالی بلندمدت اقتصاد پیدا نکرده است.

علاوه بر دو معیار حق بیمه زندگی و ضریب نفوذ بیمه زندگی، شاخص ضریب نفوذ بیمه - نسبت کل حق بیمه تولیدی شرکت های بیمه به تولید ناخالص داخلی - به عنوان مهمترین شاخص عمق صنعت بیمه و تامین مالی از طریق این صنعت شناخته می شود. هر چه میزان ضریب نفوذ بیمه بالاتر باشد، منابع در اختیار شرکت های بیمه جهت انجام امور سرمایه گذاری ها بیشتر خواهد بود و توسعه صنعت بیمه نیز با سرعت بیشتری انجام خواهد گرفت.

جدول شماره ۲- ضریب نفوذ بیمه در بیمه های زندگی و غیر زندگی

سال	ضریب نفوذ بیمه (درصد)	ضریب نفوذ بیمه های غیر زندگی (درصد)	ضریب نفوذ بیمه های زندگی (درصد)
۱۳۹۰	۱،۴۱*	۱،۳۰	۱۱/
نه ماه اول سال ۹۰	۱،۲۹	۱،۱۹	۱۱/
نه ماه اول سال ۹۱	۱،۸۴	۱،۶۹۴	۱۱۴۶/

براساس آمار موجود، شاخص ضریب نفوذ بیمه در سال ۱۳۹۱ در کشور یک و نه دهم درصد اعلام شده است. این آمار در مقایسه با متوسط ضریب نفوذ بیمه کل کشورها در سال ۲۰۱۲ (۶٫۵ درصد) رقم پائینی است و این امر بیانگر نقش کم رنگ شرکت های بیمه کشور در نظام تامین مالی است. به این ترتیب، می بینیم صنعت بیمه ایران در مقایسه با انواع مشابه در دنیا اگر نگوئیم عقب مانده، با یک درجه تخفیف توسعه نیافته است.

صنعت بیمه دامنه متنوعی از خدمات بیمه ای را شامل می شود که به خاطر تنوع می توان آنها را دسته بندی کرد. در کشورهای پیشرفته اصولاً بیشتر فعالیت های اقتصادی، شخصی، اجتماعی و فرهنگی در چند صنعت بیمه قرار گرفته اند. از بیمه های حمایتی مانند درمان، بیکاری، از کارافتادگی و بازنشستگی گرفته تا بیمه های تجاری چون بیمه حمل و نقل، پول، مسئولیت، سرمایه گذاری، بیمه های شخص و اجتماعی چون عمر، آتش سوزی، اموال شخصی و... با این حال در ایران گستره صنعت بیمه بسیار محدودتر از دنیاست و به خاطر آشنا نبودن کامل مردم با بیمه و پایین بودن فرهنگ استفاده از بیمه و مزایای شخصی و ملی آن در کنار ناکارآمدی شرکت های بیمه ای، اصولاً بسیاری از بیمه ها یا ننگرفته اند یا اگر گرفته اند با استقبال بسیار اندکی مواجه شده و در اقلیت کامل هستند. به طور کلی، بیمه های پرستقبال در ایران را می توان به چهار دسته بیمه های حمایتی، بیمه خودرو، بیمه های اقتصادی و بیمه های شخصی و خاص تقسیم کرد.

<sup>۱</sup> - بیمه مرکزی (آمار فصلی عملکرد صنعت بیمه در سال ۹۱)

<sup>۲</sup> - بانک مرکزی (گزارش تحولات اقتصادی ایران در بخش اقتصادی)، نه ماه ۱۳۹۱

به خاطر شرایط و بافت خاص اقتصاد ایران، بیمه های حمایتی بزرگ ترین گروه بیمه ای کشور را تشکیل می دهند. بیمه درمان و بیمه تکمیلی، بیمه بیکاری، از کارافتادگی و بازنشستگی مهم ترین رشته های این بیمه را تشکیل می دهد. پس از آن، مقام دوم در اختیار بیمه خودروس است. بیمه معروف شخص ثالث که البته مورد تاکید قانون و مورد بی میلی شرکت های بیمه ای است، در صف اول این گروه قرار می گیرد. پس از آن نیز بیمه بدنه قرار دارد که خواه ناخواه توسط بسیاری از دارندگان خودرو استفاده شده و سهم قابل توجهی را از سبد یا پرتفوی صنعت بیمه به خود اختصاص داده است. در گروه سوم بیمه های اقتصادی قرار دارد. در این بخش بیشتر بیمه های بدیهی چون بیمه کالا، باربری و حمل و نقل و بیمه پول (از سوی سیستم بانکی) رواج دارد و با وجود تدوین بیمه های متنوعی چون مسئولیت، مدیریت، پزشکی، مشاغل و... استقبال چندانی از آنها نشده است. در گروه بیمه های خاص و شخصی نیز بیمه های آتش سوزی، عمر و بیمه های ویژه ثروتمندان قرار می گیرد که بحق کوچک ترین و کم طرفدارترین بیمه های موجود در کشور را تشکیل می دهد.

## شبکه های فروش بیمه

بیمه نقش مهمی در رشد اقتصادی کشور ما دارد. ماندگاری آن در گرو توجه به مشتری و تأمین رضایت اوست. از دیدگاه بازاریابی، صنعت بیمه در زمره صنایع خدماتی محسوب می شود. از آنجا که رشته بیمه بعنوان یکی از رشته های خدماتی محسوب می شود و به این خاطر که در فروش خدمات ما با چها ویژگی مهم روبرو هستیم که انرا از سایر کالاها و محصولات متمایز می سازد و عبارتند از:

- نامحسوس و ناملموس بودن
- نامشابه بودن و ناپیوسته بودن وابستگی به افراد و شرکتهایی است که انرا ارائه می دهد
- تفکیک ناپذیری ان مشتری نمی خواهد و نمی تواند خدمت را از ارائه دهنده ان و شکل دریافت ان خدمت جدا سازد
- غیر قابل انبار کردن ان ذخیره سازی ان

شبکه های فروش در شرکت های بیمه بر اساس دو استراتژی می توان تقسیم کرد:

۱. استراتژی فروش مستقیم

۲. استراتژی فروش غیر مستقیم

فروشی که از شعبات شرکتهای بیمه انجام می گیرد استراتژی فروش مستقیم و فروشی که از طریق نمایندگان و کارگزاران انجام می گیرد فروش غیر مستقیم گویند. و در حال حاضر شرکت ها از استراتژی های فروش مستقیم و فروش غیر مستقیم و فروشندگان حضوری استفاده می کنند. وجه تمایز این دو روش را باید در پرداخت یا عدم پرداخت هزینه حق العمل کاری یا به عبارتی کارمزد فروش دانست. در فروش غیر مستقیم فعالیتهای بیمه ای همراه با پرداخت کارمزد است که به نماینده یا کارگزار پرداخت می شود و به عبارتی انتفاعی از این فعالیت بصورت مستقیم می برد. بر اساس قانون بیمه گری، خدمات بیمه ای توسط شرکت های بیمه، نمایندگی ها و کارگزاران عرضه می شود که هر کدام در توسعه بازار بیمه ای، جذب و حفظ مشتری عملکرد متفاوتی دارند. شرکت های بیمه با رعایت مقررات و آیین نامه ها و اخذ مجوزهای لازم از بیمه مرکزی اقدام به عملیات بیمه گری کرده و با تجهیز مرکز و سرپرستی ها و جذب نیروهای متخصص بخش فنی و مالی اداری شرکت را مدیریت می کنند. در عین حال نمایندگان بیمه از لحاظ ساختار حقوقی نماینده شرکت های بیمه بوده و جدا از بیمه گران نیستند. کارگزاران نیز نماینده بیمه گزار یا همان مشتری بیمه هستند تا پوشش لازم را با بهترین شرایط و نرخ برای او از نماینده یا شرکت بیمه خریداری کنند. به خاطر نوع تجارت رو در روی بیمه گری، موسسات بیمه ترجیح می دهند از طریق واسطه با مشتریان خود ارتباط داشته باشند، واسطه هایی که قدرت تنظیم روابط درست را داشته و در حفظ مشتری و تولید حق بیمه موفق باشند. بیمه گران حق بیمه هایی را که در شعب شرکت های بیمه تولید شوند، حق بیمه مستقیم و حق بیمه هایی که توسط نمایندگان و کارگزاران تولید شود را حق بیمه غیرمستقیم می نامند.

بصورت کلی شبکه فروش غیر مستقیم در رقابت با سایر شرکتهای برای جذب مشتری و دریافت حق بیمه و در نهایت به منظور برخورداری از کارمزد به هر اقدامی دست اندازی می کند تا مشتری را برای خود نگه دارد این حفظ مشتری در بازار فعلی که به جنون کاهش قیمت تحت هر شرایطی انجامیده است بدانجا ختم می شود که نماینده و کارگزار برای حفظ بیمه گذار خود اقدام به تبلیغ و وعده و وعده هایی در نحوه ارائه خدمات و تمایزات بیمه خود می نماید که در بسیاری از موارد نادرست و غیر واقعی است یا حتی اقدام به کاهش سهم کارمزد خود

برای حفظ پرتفوی بیمه ای می نماید که طبیعتاً در زمان بروز خسارت نه این نماینده به وظایف خود عمل می کند چون سودی نصیب خود ننموده است و نه شرکت بیمه می تواند به تعهدات و وعده و وعیدهایی که نمایندگان متعهد شده اند قادر به جبران خواهند بود. از سوی دیگر این نماینده برای اینکه خود در امر پرداخت خسارت دخیل نیست نارضایتی بیمه گذار را بر شرکت بیمه و نابسامانی های موجود در بیمه نسبت می دهد. همین امر در نهایت منجر به بدبینی و بی اعتمادی بیمه گذاران به صنعت بیمه می گردند و کار را برای سایر بازیابان بیمه ای مشکل می سازد.

### جدول شماره ۳ - حق بیمه تولیدی مستقیم و غیرمستقیم در بازار بیمه به تفکیک دولتی و غیردولتی

مبالغ به میلیارد ریال

بازار	حق بیمه مستقیم		حق بیمه غیرمستقیم		کل حق بیمه تولیدی	
	مقدار	رشد (درصد)	مقدار	رشد (درصد)	مقدار	رشد (درصد)
بازار دولتی	۷۱۴۶	۲۳/۲	۱۵۰۸۰	۱۸/۱	۲۲۲۲۶	۱۹/۷
بازار غیردولتی	۲۱۲۸	۱۶۴	۲۲۰۸	۵۰/۹	۴۳۳۶	۴۶/۴
بازار بیمه	۹۲۷۴	۴۰/۴	۱۷۲۸۱	۱۵/۸	۲۶۵۶۳	۲۳/۴

### جدول شماره ۴ - حق بیمه تولیدی مستقیم و غیرمستقیم بازار بیمه توسط شرکتهای برتر

مبالغ به میلیارد ریال

شرکت بیمه	حق بیمه مستقیم		حق بیمه غیرمستقیم		کل حق بیمه	
	مقدار	رشد	مقدار	رشد	مقدار	رشد
ایران	۴۳۰۱	۲۴/۶	۹۱۷۶	۱۶	۱۳۴۷۷	۱۸/۶
آسیا	۱۴۹۹	۶۴/۳	۳۱۵۵	۱۲/۹	۴۶۵۵	۲۵/۶
لیبرز	۵۹۲	۳۰/۲	۱۳۸۲	۳۵/۵	۱۹۷۵	۳۳/۹
دانا	۷۵۳	-۲۳/۲	۱۳۶۶	۳۰/۹	۲۱۱۹	۴/۷

### جدول شماره ۵ - حق بیمه تولیدی مستقیم و غیرمستقیم بازار بیمه توسط نمایندگیها

مبالغ به میلیارد ریال

نمایندگان	حق بیمه تولیدی		کارمزد دریافتی		نسبت کارمزد به حق بیمه درصد
	مقدار	رشد	مقدار	رشد	
بازار دولتی	۱۴۸۱۶	۱۸	۱۱۶۸	۱۷	۷/۹
بازار غیردولتی	۲۶۶۱	۲/۲	۳۲۹	۷۲/۹	۱۲/۴
بازار بیمه	۱۷۴۷۷	۱۵/۵	۱۴۹۷	۲۵/۶	۸/۶

### جدول شماره ۶ - نسبت کارمزد به حق بیمه کارگزاران در دو بازار دولتی و غیردولتی

مبالغ به میلیارد ریال

کارگزاران	حق بیمه تولیدی		کارمزد دریافتی		نسبت کارمزد به حق بیمه درصد
	مقدار	رشد	مقدار	رشد	
بازار دولتی	۲۶۴/۴	۱۲/۲	۲۲/۳	۱۷/۲	۸/۴
بازار غیردولتی	۲۳۵/۱	۹۱/۱	۲۹/۵	۵۱/۷	۱۲/۶
بازار بیمه	۴۹۹/۵	۳۹/۵	۵۱/۸	۳۴/۷	۱۰/۴

**عملکرد نمایندگان و کارگزاران:** خریدار بیمه تا بیمه را شناسد آن را نمی‌خرد، در واقع بیمه تجارتي است که تا رو در رو مذاکره و تبادل نظر نشود، نمی‌توان بیمه را به بیمه‌گذار (خریدار) منتقل کرد. این امر موجب شد تا شرکت‌های بیمه اقدام به آموزش نمایندگان کنند و بخش عمده‌ای از تولید حق بیمه به این بخش واگذار شود. کار نمایندگان یک کار زیربنایی است، چرا که با کسانی سر و کار دارند که اکثراً اطلاعات درستی از خدمات بیمه‌ای ندارند و برای رفع نیازهای بیمه‌ای خود باید توسط نماینده یا کارگزار توجیه شوند. بدیهی است مردمی که بیمه را می‌خرند نیاز دارند تا کاربرد آن را دانسته و مطلع باشند با صدور این بیمه‌نامه چه حقوقی از آن به دست می‌آورند. هرچند به دست آوردن مشتری برای یک نماینده کار مشکلی است؛ اما سخت‌تر از آن حفظ و نگهداری مشتری است. دلالتان رسمی (کارگزاران) نیز علاوه بر معرفی بیمه‌گذاران و بیمه‌گران به یکدیگر، مدیریت ریسک، پیگیری امور قراردادهای، تجزیه و تحلیل قرارداد و پیگیری خسارات امور بیمه‌ای را هم برعهده دارند.

هرچند شورای عالی بیمه با هدف تنظیم بازار و تقلیل کارمزد شرکت‌های نمایندگی درجه یک و دو آیین‌نامه ۲۸/۶ را تصویب کرد و برخی از مسوولان آن زمان شورای عالی بیمه اعتقاد داشتند کارمزد نمایندگان بسیار بیشتر از کارگزاران است، اما آمار منتشره از سوی بیمه مرکزی نشان می‌دهد نسبت کارمزد کارگزاران به حق بیمه بیشتر از نسبت کارمزد نمایندگان به حق بیمه است.

## شرکت‌های خدمات بیمه‌ای

نگرش حفظ مشتری به یک تصمیم تبدیل شد و شرکت‌های بیمه مصمم شدند در زمینه جلب رضایت مشتری و ارائه خدمات مطلوب به آنان اختیارات بیشتری به نمایندگان خود بدهند. در این زمان بود که متوجه شدند خوب است نمایندگان بیمه که تا ۱۳۷۳ تنها به صورت شخصیت حقیقی فعالیت داشتند به صورت شخصیت حقوقی فعالیت خود را ادامه دهند، بدین ترتیب شرکت‌های خدمات بیمه‌ای برای توسعه بیمه و کاهش هزینه‌های شرکت‌های بیمه مادر وارد عرصه بیمه‌گری شدند. برخی از نمایندگان حقیقی با گذراندن مراحل قانونی و تشریفات اداری تبدیل به نمایندگان حقوقی شدند. یکی از مزایای شرکت‌های خدمات بیمه‌ای این که فعالیت یک نماینده در قالب یک شخصیت حقیقی متکی به وجود فرد و نمایندگی حقوقی متکی به هیات‌مدیره تأیید شده از سوی بیمه مرکزی است. در واقع شرکت‌های نمایندگی به شکل شرکت‌های بیمه کوچکی که اختیارات تفویض شده‌ای از بیمه مادر به آنها واگذار شده عملیات بیمه‌گری را انجام دادند.

## فاکتورهای مشتریان برای انتخاب شرکت بیمه<sup>۱</sup>

هدف اصلی هر سازمان، ورای فروش محصول خود، ایجاد نوعی رابطه و پیوند پایدار بین محصول و گروه خاصی از مشتریان است که عصاره آن نوعی تعهد و وفاداری مشتری نسبت به محصول سازمان خواهد بود. ایجاد چنین تعهدی، طی فرایندی صورت می‌گیرد که شامل آشنا شدن مشتری با محصول، شناخت پیدا کردن نسبت به آن و سپس ترجیح محصول است. در صورت موفقیت‌آمیز بودن این فرایند، وفاداری مشتری، موفقیت سازمان و مایوس شدن سایر رقبا تضمین خواهد شد.

در صنعت بیمه عوامل مؤثر بر ترجیح مشتریان در انتخاب شرکت ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای شامل تأثیر خدمات گسترده بیمه‌ای، امکان دسترسی سریع، نمای ظاهری نمایندگی، اعتبار شرکت بیمه، سرعت عمل، فناوری جدید روز، برخورد کارکنان، اجرای تعهدات و پرداخت به‌موقع خسارت، و میزان تخفیف‌های لحاظ شده مطرح هستند. در جدول زیر که در پی نظرسنجی از ۱۰ نفر از مشتریان شرکت بیمه آسیا انجام شده، نتایج به دست آمده نشان داده است که کلیه عوامل فوق بر ترجیح مشتریان در انتخاب این شرکت بیمه تأثیر قطعی داشته‌اند. همچنین بین نظر مشتریان با توجه به سن، شغل، مدرک تحصیلی و نوع رشته بیمه‌ای، تفاوت معناداری وجود داشته است. نحوه برخورد کارکنان، اجرای تعهدات و پرداخت به‌موقع خسارت، فناوری جدید روز و اعتبار شرکت بیمه، به ترتیب از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر ترجیح مشتریان در انتخاب این شرکت بوده است.

<sup>1</sup> - Customer Choice Factors

## جدول شماره ۷ - فاکتورهای مشتریان برای انتخاب شرکت بیمه

CCF	Weighting
نحوه برخورد کارکنان	۳
اجرای تعهدات و پرداخت به موقع خسارت	۲,۵
اعتبار شرکت بیمه	۲,۵
فناوری جدید روز	۲

## بیمه و ناراضی مشتریان

دو مرحله در یک قرارداد بیمه یا قابل تصور است. بخش اول مربوط به دوره صدور بیمه نامه و فعالیتهای پیش از صدور و بخش دوم دوره خسارت می باشد. نوع عملکرد بیمه گران و شبکه فروش با دوره خسارت کاملاً متمایز است. عمدتاً اهالی صنعت بیمه بخش صدور را دوره عقد و دوره خسارت را دوره طلاق در روابط بین زن و شوهر بعنوان طرفین قرار مهم زندگی تشبیه می کنند. عمدتاً در دوره عقد همه کلامهای بین طرفین بر اساس خوبی ها و محسنات می باشد و از گویش عیوب اشکار و پنهان طرفین پرهیز می گردد. و به همین ترتیب در دوره طلاق نیز همه تأکیدات بر عیوب طرفین می باشد و همه صحبت‌های طرفین از نارسایی ها می باشد. آگاهی از نوع ارتباط شبکه فروش در این دوره های صدور بیمه و خسارت می تواند بر میزان رضایتمندی مشتریان بسیار اثر گذار باشد. از سوی دیگر بخاطر وجود دو پدیده خاص صنعت بیمه به نامهای فرانشیز و کسورات هیچ وقت تصور رضایت صددرصدی امکان پذیر نیست.

با این که اصل تشکیل و فعالیت صنعت بیمه بر دوش مردم و از طریق حق بیمه های آنان انجام می شود، اما نگاهی کلی به نظرات مردم نشان می دهد بیمه گذاران از رفتار بیمه گران چندان راضی نیستند. این ناراضی را در دامنه وسیعی از جامعه بیمه ای کشور می توان مشاهده کرد. از بیمه های مختلف درمان گرفته تا بیمه خودرو، آتش سوزی، عمر، حوادث، بدنه، تکمیلی و ... .

به گفته مردم، شرکت های بیمه در قبال حق بیمه ای که از مردم می گیرند و وعده هایی که می دهند، صادق و پای کار نیستند. همچنین پوشش های شرکت های بیمه چندان محل رضایت نیست. مراجعه به خاطرات و تجربیات شخصی هر شهروند ممکن است شما را با موارد متعددی از ناراضی و گلایه ناشی از غافلگیری در برابر عمل بیمه ها به تعهداتشان روبه رو کند. عمده شکایت های مردم از بیمه ها در این خلاصه می شود که بیمه ها هنگام دریافت، خوش برخورد و فرزند و روان عمل می کنند، اما هنگام پرداخت، کند و کج خلق و بهانه گیر هستند. به گفته مردم، بیمه ها هنگام دریافت درخواست یک اشتراک بیمه ای به قول معروف باغ سبز و سرخ نشان می دهند، از پوشش های قابل توجه هنگام بروز خسارت سخن می گویند، از پرداخت سریع و آسان خسارت، معتبر بودن کارت بیمه در تمام مراکز مربوط در سراسر کشور و در نهایت این که اصولاً نگران هیچ چیز نباشید!

اما در برخی موارد که سهم آن در کل مراجعات مردم به بیمه ها کم نیست، روبه رو شدن با مشکل و مراجعه به بیمه برای استفاده از پوشش بیمه ای و دریافت خسارت، روی دیگر سکه را نمایان می کند. تازه در سر بزنگاه است که معمولاً روشن می شود دریافت خسارت به همین سادگی و آسانی و روانی که ادعا می شده نیست و ده ها اما و اگر برای آن مطرح است. تازه مشخص می شود در متن قراردادی که شرکت بیمه روز اول جلوبتان گذاشته، قیودی وجود داشته که برای شما توضیح داده نشده و بازش نکرده اند. حتی چه بسا مفهوم واقعی این قیود در عبارات دشوار و دید فهم حقوقی، مستتر و پنهان مانده است.

آن گاه شما نیز بدون توجه به مفاد این قرارداد، آن را امضاء کرده اید و اکنون که موقع استفاده فرا رسیده است، می بینید آن چیزی که انتظارش را داشته اید با آنچه واقعاً وجود دارد، از زمین تا آسمان متفاوت است. دامنه مثال های وسیعی را در این باره می توان در رشته های بیمه ای مختلف از درمان گرفته تا خودرو سراغ گرفت. به عنوان مثال در استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان یکی از شرکت های خصوصی، پس از پرداخت نقدی هزینه های درمان، تازه درمی یابید چون مرکز درمانی که آنجا معالجه شده اید، طرف قرارداد و مورد قبول شرکت بیمه نبوده، بخش کوچکی از هزینه واقعی درمان شما قابل پرداخت است و شرکت بیمه با این ترفند از زیر بار تعهدی که کتبا به شما ارائه داده است، شانه خالی می کند. موارد دیگری که نقل می شود، مربوط به ایفای تعهدات شرکت های بیمه درباره خودروست. مثلاً هنگام دریافت بیمه نامه به شما نگفته اند بخشی از قطعات خودرو - که از فضا جزو قطعات گرانبها و کمیاب آن نیز هست مشمول بیمه نمی شود و آن گاه که با حادثه یا سرقتی مواجه می شوید و برای جبران خسارت مراجعه می کنید، تازه درمی یابید با چه شرایطی روبه رو هستید. تازه این مثال ها درباره شرکت های بیمه نیمه دولتی یا خصوصی است که زیر نظر بیمه مرکزی قرار دارند و به هر حال در حد و

حدود قانونی، معاونت نظارت بیمه مرکزی امکان دریافت شکایت و رسیدگی به آن را دارد. مثلاً می توان گفت شرکت بیمه هنگام عقد قرارداد محتوای کلیدی و مهم آن را بیان نکرده و با کم گویی، اطلاعات حیاتی را در اختیار قرار نداده و اگر از این اطلاعات باخبر بودیم، اصولاً این بیمه را انتخاب نمی کردیم... اما این موضوع اصولاً درباره شرکت های بزرگ بیمه حمایتی و درمان که زیر نظر بیمه مرکزی نیستند، وجود ندارد. به عبارت صریح تر، معمولاً شکایت از پرداختی هایی که توسط سازمان تامین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و امثالهم مطرح است، کمتر راه به جایی می برد. چراکه مجموع مکانیسم های قانونی طوری طراحی شده است که این شرکت ها خود بر خود نظارت می کنند و بجز دولت، نظارت خاصی از سوی دستگاه های مستقل بر آنها صورت نمی گیرد. اینچنین است که شکایت ها از این سازمان ها باید توسط خود سازمان ها رسیدگی شود که نتایج آن نیز معمولاً روشن است.

شرکتی که تصمیم می گیرد در یک بازار گسترده به فعالیت بپردازد، می داند معمولاً از عهده ارائه خدمت به تمام مشتریان بر نمی آید. مشتریان بی شمارند و نیازهای خرید آنان هم بسیار متنوع است. شرکت بجای اینکه در تمام جهات به رقابت بپردازد، باید آن قسمت هایی از بازار را بررسی کند که کارآمدتر می تواند به آن خدمت برساند (کاتلر، ۱۳۹۲). یک فعالیت بازاریابی اصولی به منظور رسانیدن محصول یا خدمت به نزد مشتری درست، در مکان درست، در زمان درست، و با قیمت درست، مقدماً با بخش بندی بازار، آنگاه با تعیین بازار هدف که یک یا تعدادی از بخشهای بازار می باشد، و سپس با تعیین جایگاه ذهنی و موضع یابی، به انجام می رسد. در اینجا مشتریان شرکت های بیمه را بر اساس فاکتورهایی که برای آنها اهمیت دارد، به بخش های مختلف تقسیم می کنیم و براساس این بخش بندی و ویژگی های هر بخش، علت ایجاد نارضایتی هر بخش از این مشتریان مشخص می شود.

#### جدول شماره ۸ - بخش بندی مشتریان شرکت های بیمه بر اساس فاکتورهای رضایتمندی

علت ایجاد نارضایتی	مشخصات	بخش بندی مشتریان	علل نارضایتی مشتریان
<ul style="list-style-type: none"> <li>کیفیت نامناسب فضای داخلی محل صدور</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیمه گزارانی که به کیفیت فضای داخلی محل صدور اهمیت می دهند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کیفیت گرا</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نبود سرعت عمل در صدور بیمه نامه</li> <li>کیفیت نامناسب فضای داخلی محل صدور</li> <li>ارتباطات ضعیف</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>نبود سرعت عمل در صدور بیمه نامه</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>افرادی که توقع دارند مراحل صدور بیمه نامه سریع انجام شود</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ذوق زده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>خدمات پس از فروش نامناسب</li> <li>عدم حفظ ارتباط با مشتری<sup>۱</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>قائل نشدن تخفیفات گروهی به ادارات و سازمان ها</li> <li>ارتباطات ضعیف</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیمه گزارانی که انتظار تخفیف مناسب گروهی و روابط عمومی خوب دارند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>گروهی (عمده)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>راهنمایی کارشناسی نادرست</li> <li>عدم ارسال خبرنامه پیامک و ایمیل</li> <li>عدم تماس و اطلاع قبل از سررسید انقضای بیمه</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>راهنمایی کارشناسی نادرست</li> <li>خدمات پس از فروش نامناسب</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>افرادی نیازمند راهنمایی صحیح کارشناسان و خدمات بهتری هستند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>انفرادی</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>حفظ ارتباط با مشتری</li> <li>خدمات پس از فروش بهتر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیمه گزارانی که توقع خدمات پس از فروش و ارسال هدایای تبلیغاتی دارند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>رفاه طلب</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>تماس قبل از سررسید بیمه</li> <li>ارسال خبرنامه از طریق پیامک و ایمیل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>افرادی که ترجیح می دهند خبرنامه و سررسید بیمه به آنها اطلاع داده شود</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تلفنی و ایمیلی</li> </ul>	

<sup>۱</sup> ارسال هدایا به مناسبت های خاص، تبریک تولد و ... می تواند منجر به رضایت و جلب اعتماد مشتری گردد.



از علل دیگر ایجاد ناراضی در بین بیمه گذاران می توان به اشکالات موجود در تشکیل پرونده خسارتی نواقص مدارک و یا عدم ارسال به موقع مدارک و عدم حضور طرفین خسارت در شرکت بیمه و... می باشد. برای این منظور حتما پیش از ارجاع به بیمه گر برای دریافت خسارت با نماینده یا شرکت بیمه تماس و از مراکز پرداخت خسارت مدارک لازم و ... مطلع شوید تا دچار مشکل و در نهایت ناراضی نشوید بنابراین به بیمه گذاران نیز توصیه می شود به نماینده و کارگزار خود اطمینان نمایند و با مشاوره او اقدام به خرید بیمه نامه نمایند تا در زمان بروز خسارت متضرر نشود.

## ساختار معیوب بیمه کشور، علت اصلی ناراضی مشتریان

کارشناسان صنعت بیمه، ساختار خاص بیمه ای کشور و جزیره ای، جداگانه و ناهماهنگ بودن آن را از اصلی ترین علل موفق نبودن این صنعت در ایران می دانند. با این که بیمه مرکزی به عنوان سازمان جامع نظارت و تدوین مقررات بیمه ای کشور مطرح و زیر نظر وزارت امور اقتصادی و دارایی فعالیت می کند، اما عملاً بخش بزرگی از جامعه بیمه ای کشور زیر نظر این سازمان نیست و لذا نظارت کمتری هم بر آن صورت می گیرد. به عبارت دیگر بیمه مرکزی فقط شرکت های بیمه ای دولتی و خصوصی کشور در بخش غیردرمان را نظارت می - کند و بیمه های بزرگ حمایتی و درمانی که هم از نظر اقتصادی و توان مالی و هم از نظر شمار افراد تحت پوشش بسیار بزرگ و موثر هستند، از چتر نظارتی این سازمان خارج هستند. به عبارت دقیق تر سازمانی چون سازمان تامین اجتماعی که با در دست داشتن مالکیت شستا (شرکت سرمایه گذاری تامین اجتماعی) وزنه بزرگی در اقتصاد کشور محسوب می شود، با ساختاری دیگر و تحت نظر وزارتخانه ای دیگر به خدمات بیمه ای و حمایتی می پردازد. شستا، مالک ۲۰۰ شرکت است که هفت هلدینگ (شرکت سرمایه گذاری) آن را اداره می کنند. هم اکنون حدود ۳۸ میلیون نفر از ایرانیان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی هستند و حق بیمه پرداختی آنان سالانه به ۳۰ هزار میلیارد تومان می رسد. روشن است چنین شکاف بزرگی در نظارت به خدمات بیمه ای کشور تا چه حد می تواند به انحراف این خدمات منجر شود. در کنار این سازمان، بیمه خدمات درمانی متعلق به دولت و سازمان درمان کارکنان نیروهای مسلح نیز با دارا بودن صندوق های اقتصادی و شرکت های بزرگ تولیدی، صنعتی و خدماتی وجود دارند که آن هم زیر نظر بیمه مرکزی قرار ندارد. در نتیجه، سازمان رسمی نظارتی بیمه ای کشور عملاً در نظارت بر بخش عمده ای از بازار بیمه ای کشور نقشی ندارد و این مساله به چندپارگی و آشفتگی منجر شده که خروجی آن کاهش کیفیت و کمیت خدمات بیمه ای و هدررفت امکانات عظیم مالی در اختیار صنعت بیمه است.

اینچنین است که با وجود حجیم بودن اقتصادی - صنعتی شرکت هایی چون شستا و دیگر صندوق های بازنشستگی و بیمه ای و مالکیت پتروشیمی ها، هتل ها، مجتمع های تولید سیمان، پالایشگاه ها و...، دولت و مدیریت دولتی بر این مجموعه ها شیوه کاملی داشته و اینچنین است که با وجود پرداخت حق بیمه هایی چنین هنگفت، این مجموعه نه تنها رضایت بیمه گذار را تامین نمی کند، بلکه همواره بدهی و کسری بودجه فراوانی دارد. بر اساس آخرین آمار موجود، بدهی دولت به سازمان تامین اجتماعی به ۶۰ هزار میلیارد تومان رسیده و کسری بودجه این صندوق نیز به سالانه ۵۰۰۰ میلیارد تومان می رسد. تمام اینها در حالی است که همین چندماه پیش، رسوایی حقوق های بالای مدیران این بیمه و دریافتی های عجیب و غریب صد میلیون تومانی در ماه و نفوذ اشخاصی چون بابک زنجانی، حاشیه های سیاسی فراوانی را برای آن رقم زد که یقیناً آن را از اهداف اصلی بیمه ایش دور می کند.

## عدم آگاهی مشتریان از شرایط بیمه نامه در زمان عقد قرارداد

یکی از مشکلات اساسی صنعت بیمه که برخی مواقع به گلایه و ناراضی بیمه شدگان از عملکرد صنعت بیمه منجر می شود، ناشی از آگاهی نداشتن آنها نسبت به شرایط بیمه مورد نظر و شفاف نبودن شرایط و مندرجات برخی بیمه نامه هاست. بزرگترین مشکلی که سبب ناراضی مشتریان می گردد، عدم ارائه اطلاعات درست به مشتری از جانب شرکت بیمه در زمان انعقاد قرارداد است. حتی در مواردی دیده شده اگر کارمندان بخواهند اطلاعات زیادی به مشتری ارائه دهند از طرف مدیریت بازخواست خواهند شد. بسیاری از بیمه گذاران و حتی کارمندان شرکت های بیمه ای در بخش فروش پس از سالها فعالیت هیچگاه ظهرو (پشت) بیمه نامه را مطالعه ننموده اند و شرایط عمومی

مندرج در آن را نخوانده اند تا با حق و حقوق و وظایف خود آشنا شوند. طبیعتاً در زمان بروز خسارت بیمه گذار به علت اینکه در زمان صدور تمامی حق بیمه خود را پرداخت نموده است انتظار دریافت کامل خسارت را دارد. اما در زمان صدور چک خسارت با کسورانی قانونی مندرج در بیمه نامه مواجه می شود که اعتراض مشتری را بدنبال دارد.

زمانی که خسارتی اتفاق می افتد و بیمه گر به استناد مندرجات و شرایط بیمه نامه ها که در برخی موارد امکان برداشتهای گوناگون برای آن وجود دارد، خسارت یا بخشی از خسارت را رد می کند که براین اساس نارضایتی مشتری را به همراه خواهد داشت. بنابراین نتیجه این فعالیت به طور قطع اعتماد و اطمینان بخشی از جامعه را نسبت به صنعت بیمه کاهش خواهد داد

## فرانشیز و کسورات

از مواردی که موجب نارضایتی مشتریان می شود، می توان به موضوع فرانشیز اشاره نمود.

فرانشیز مبلغی از خسارت است که بر عهده بیمه گذار قرار داده می شود تا وی در زمان بروز خسارت تمامی تلاش خود را برای کاهش تبعات و آثار خسارت و یا گسترش خسارت به عمل آورد نه اینکه به خاطر داشتن بیمه نامه بر سبیل بی خیالی بشینند و به تماشای خسارت بپردازد. از سوی دیگر به این خاطر که بیمه گذار در صورت آسیب دیدن مورد بیمه، خود نیز متحمل خسارتی می شود از نظر منطقی با اعمال این فرانشیز برای کاهش خسارت تلاش بیشتری می نماید. همین امر یکی از چندین عللی است که می تواند در زمان دریافت خسارت بر انتظارات مشتری تاثیر بگذارد.

یکی از نکات بسیار ظریف در صدور بیمه نامه ها تلاش هایی است که از سوی بیمه گذاران در اکثر رشته ها برای کاهش حق بیمه صورت می گیرد. این اتفاق عمدتاً به ضرر بیمه گذار تمام خواهد شد زیرا از آنجا که محصول بیمه ای تا زمانی که به خسارت نخورد قابل قیاس با سایر بیمه ها و قول و وعده ها نیست بنابراین اصرار بیش از اندازه بر کاهش حق بیمه، یا کاهش کارمزد نماینده و کاهش تعهدات برای پرداخت کمتر حق بیمه به نقطه ای می رسد که در زمان پرداخت خسارت از کیفیت خوبی برخوردار نخواهد بود و به نوعی شیری خواهیم داشت بی یال و کوپال و بیمه نامه ای خواهیم داشت بی محتوا و خالی از تعهدات مود نظر بیمه گذار و همین امر از علل دیگر ایجاد نارضایتی می شود.

## علل نارضایتی بیمه گذاران در زمان دریافت خسارت

از منظر فروش بیمه، دو دوره " صدور و خسارت " وجود دارد که به " دوره عقد و طلاق " تشبیه می شود. در دوره صدور همانند دوره عقد، صرفاً دو طرف روی نقاط مثبت و توانمندیها و وعده و وعیدها تمرکز می کنند و کمتر به نقاط ضعف طرفین توجه می کنند. اما دوره خسارت که همانند دوره طلاق است اساساً هر دو طرف بر نقاط منفی و ضعف طرف مقابل تمرکز دارد و بیمه گذار یا زیان دیده بر دریافت بیشتر حق بیمه تمرکز دارد و بیمه گر نیز بر پرداخت کمتر خسارت. در این میان در صورت احراز شدن عدم ارائه اطلاعات صحیح از سوی بیمه گذار آنرا بعنوان عدم رعایت اصل حسن نیت از سوی بیمه گذار تلقی می کند و بدنبال روشهای قانونی برای کاهش خسارت می گردد. لذا توصیه اکید می گردد بیمه گذاران در خرید هر نوع بیمه ای به ارائه اطلاعات دقیق برای جلوگیری از نارضایتی در زمان بروز خسارت بپردازد.

در بین حقوق دانان جمله ای وجود دارد که بیان می دارد " جهل به قانون رافع مسئولیت " نیست. بیمه نامه صادره برای بیمه گذار به عبارتی نوعی قرار داد است که باید از سوی بیمه گذار مطالعه شود اما در عمل شاهد این هستیم که بیمه گذاران بیشتر از آنچه به نوع پوشش ها حساسیت داشته باشند به قیمت (حق بیمه) حساسیت نشان می دهند همین امر باعث می شود که در مواردی نماینده یا بیمه گر برای رسیدن به قیمت مد نظر بیمه گذار از تعهدات بیمه نامه بکاهد. پیامدهای این نگرش در زمان بروز خسارت نمایان می شود مطالعه بیمه نامه و شرایط عمومی کمترین چیزی است که بیمه گذار باید به آن بپردازد.

## ناراضایتی مشتریان از بیمه شخص ثالث

بیمه شخص ثالث تنها بیمه اجباری در ایران است که سالانه هزینه قابل توجهی را بر دوش آحاد مردم می‌گذارد در مقابل مردم انتظار دارند که شرکت‌های بیمه خدمات مناسبی در زمان وقوع حوادث رانندگی ارائه دهند اما برخی شرکت‌های بیمه در زمان پرداخت خسارت با عنوان برخی موارد سعی در کاهش خسارت پرداختی دارند که موجب نارضایتی مردم شده است.

یکی از اصلی‌ترین مواردی که باعث ترغیب مردم به سمت خرید پوشش‌های مختلف بیمه‌ای در جامعه می‌شود تعهدات شرکت‌های بیمه‌ای در زمان انعقاد قرارداد با مشتریان است که در این میان بیمه‌های اشخاص به خصوص بیمه شخص ثالث با توجه به اینکه در مقایسه با سایر رشته‌های بیمه‌ای موجود در کشور، درصد قابل توجهی از تقاضای بازار را به خود اختصاص داده است اهمیت فوق‌العاده‌ای در میان افراد جامعه پیدا می‌کند.

در رابطه با این بیمه‌نامه باید گفت بیمه شخص ثالث اتومبیل همان طور که از نام آن پیداست، خسارت‌هایی را که رانندگان اتومبیل به اشخاص ثالث وارد می‌کنند را تحت پوشش قرار می‌دهد.

در این نوع بیمه‌نامه، خسارت‌های وارده به اموال افراد ثالث که خسارت مالی نامیده می‌شود؛ بیمه به عنوان جبران کننده خسارت به وسایل منقول و غیر منقولی که با اتومبیل بیمه شده برخورد کرده آسیب را جبران می‌کند.

دیگری، خسارت جانی وارده به جان افراد ثالث است که خسارت جانی یا بدنی نامیده می‌شود و فوت، نقص عضو و هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه را در برمی‌گیرد. بنابراین بیمه نامه شخص ثالث دارای دو پوشش مالی و جانی است.

با توجه به موارد عنوان شده عمده صاحبان اتومبیل با گرایش به سمت شرکت‌های بیمه دولتی و خصوصی در جستجوی بیمه‌نامه شخص ثالثی با خدمات مطلوب هستند اما به جهت آنکه خودروسازان با انعقاد قرار داد با شرکت‌های متبوع خود بیمه‌نامه آنها را به اجبار به خریداران خود به فروش می‌رسانند عملاً حق این انتخاب از خریداران اخذ شده است.

در این راستا شرکت‌های بیمه‌ای از جمله دلایل انتخاب خود توسط خودروسازان را خدمات مطلوب و نرخ‌های مناسب عنوان می‌کنند در حالی که با تمام تبلیغات صورت گرفته از جانب این شرکت‌ها تاکنون به نحو شایسته‌ای نتوانسته‌اند جوابگوی پرداخت خسارت بیمه‌گران خود باشند.

نکته قابل تأمل در این رابطه وجود تعداد زیاد بیمه‌گذاران این بیمه‌ها و عدم رضایت مناسب آنها از عملکرد شرکت‌های بیمه در این رشته بیمه‌ای است چراکه این شرکت‌ها در زمان انعقاد قرارداد تمام مکانیزم‌های احتیاطی را برای دریافت حق بیمه‌ها به کار می‌گیرد اما در زمان پرداخت خسارت صدها بند و ماده را بهانه کرده و از پرداخت خسارت به موقع به مشتریان خود تعلل می‌کند به عنوان نمونه اگر شخصی بخواهد خسارتی را از یک شرکت بیمه اخذ کند باید در پیچ و خم ادارات درگیر و چندین ماه را صرف دریافت حقی که به شرکت بیمه برای جبران خسارت وارده بر خود ارائه کرده باشد.

با نگاهی به آمار صنعت بیمه در سالنامه آماری سال ۱۳۹۰ مشاهده می‌شود که بخش عمده‌ای از فروش بیمه شخص ثالث (۸۱،۱۱٪) از سوی شبکه فروش غیر مستقیم صورت می‌گیرد که نشان از این امر دارد که بخش عمده‌ای از وظیفه فروش را این بخش بر عهده دارد. این در حالی است که از کل خسارتهای پرداختی صنعت و شرکت‌ها، این بخش گاهی هیچ نقشی نداشته و یا اینکه در بعضی از موارد دارای نقش بسیار جزئی در پرداخت خسارتهای می‌باشد، لذا همین امر یعنی نداشتن نقش در پرداخت خسارت در زمان بروز خسارت به علت عدم تحقق وعده‌های داده شده در زمان صدور، موجبات نارضایتی مشتریان می‌گردد.

با توجه به شکایات بسیاری از مردم مبنی بر مشکلات زیاد آنها برای دریافت خسارت بیمه‌ای خود از شرکت‌های بیمه، در این مجال به بررسی این موضوع و علل کوتاهی مسئولان این صنعت می‌پردازیم:

### ارزیابان خسارات را خلاف واقع عمل می‌کنند

یکی از مشکلات بیمه‌گذاران با شرکت‌های بیمه ارزیابان خسارت است زیرا در هر بار که با حادثه‌ای مواجه می‌شوند خسارت را خلاف واقع و با توجه به ارزیابی ناقص خود انجام داده‌اند حتی در مواقعی که اعتراضی کرده‌اند ضوابط و معیارهای خاص خود را برای توجیه عملکرد خود عنوان می‌کنند. عامل دیگر بروز نارضایتی، افراد و کارشناسان تعیین خسارت هستند از آنجا که کارشناس ارزیاب خسارت نیز همانند همانند همه انسانها افرادی هستند که دارای دغدغه‌های مادی و معنوی بسیاریند و ممکن است این احساسات و تعلقات و حب و بغضها در

رفتار روزانه آنها و در بعضی از شرایط مشکلات روحی و روانی بر رفتار این فرد تاثیر بگذارد همین موارد می توانند در برآورد و تخمین میزان خسارت تاثیر بگذارد. بطور تجربی بسیار دیده شده است که با اعتراض به نظر کارشناس اولیه و ارجاع پرونده به سایر کارشناسان مشاهده شده است که ارقام محاسبه شده تغییر پیدا نموده است.

با توجه به اینکه تاکنون فعالیت ارزیابان خسارت سازماندهی نشده و شرکت‌های بیمه با در نظر گرفتن ملاک‌های خاص و متعدد خود، این افراد را به کار می‌گیرند تخصصی شدن این حرفه و توجه بیشتر بیمه مرکزی در این رابطه اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. رئیس کل بیمه مرکزی در سال گذشته از اصلاح آئین نامه ۵۰ شورای عالی بیمه که در رابطه با ارزیابان خسارت تا پایان سال خبر داده بود اما به واسطه آنکه این اظهارات در روزهای پایانی سال انجام شده تاکنون به شرکت‌های بیمه ابلاغی صورت نگرفته است. در سال گذشته مقامات بیمه مرکزی مکرراً به ایجاد واحدهای ارزیابی مستقل خسارت که نه به شرکت‌های بیمه و بیمه مرکزی وابسته باشد خبر داده بودند اما به دلیل آنکه لازمه اجرای این طرح هماهنگی کامل با شرکت‌های بیمه و ملزم نمودن اختیار فعالیت به این بخش‌ها است تاکنون در مرحله ابلاغ مانده و کارشناسان فعلی همچنان خسارات را ارزیابی و برای بیمه گذاران مشکلاتی را به وجود می‌آورند.

### تبلیغات غیرواقعی و عدم توان‌گری شرکت‌های بیمه در پرداخت خسارت

توانگری شرکت‌های بیمه در زمان پرداخت خسارتها نیز مزید بر علت می‌باشد. شرکت بیمه ای که تمامی فکر و ذهن خود را بر کسب و جلب مشتری به هر قیمتی می‌گذارد نمی‌تواند در زمان بروز خسارت بطور کامل تعهدات خود را جبران نماید. از آنجا که محل اصلی پرداخت خسارتها از تجمیع حق بیمه های وصولی می‌باشد بنابراین هر نوع کاهش بی مورد و غیر منطقی در نرخهای حق بیمه یا ارائه تخفیفهای غیر واقعی منجر به وصول حق بیمه پایین شده و در زمان بروز خسارت شرکت بیمه مربوطه بدنبال پرداخت خسارت غیر واقعی می‌شود و همین امر بر نارضایتی مشتری می‌افزاید.

شرکت‌های بیمه در تبلیغات خود پرداخت خسارت آسان و سریع را با خودروهای سیار عنوان می‌کنند، ولی در مواقع بروز حادثه، چنین چیزی مشاهده نمی‌شود. نباید از تبلیغات گسترده این شرکت‌ها برای ارائه خدمات سریع غافل شد چراکه با مراجعه زیان دیدگان به مراکز پرداخت خسارت با عدم اطلاع کارکنان آنها از خدمات متفاوت شرکت بیمه مواجهه می‌شوند.

بنابراین اظهارات مقامات نظارتی بیمه مرکزی اگر شرکت بیمه‌ای به تعهدات خود پایبند نباشد با جرایم متفاوتی روبه رو و حتی لغو فعالیت در یک یا چند رشته بیمه‌ای خواهند شد اما با توجه به این مکانیزم‌ها همچنان تبلیغات شرکت‌های بیمه در سطح جامعه برقرار و مردم به دلیل عدم آگاهی کامل اقدام به خرید پوشش‌های بیمه‌ای این شرکت‌ها می‌کنند.

تبلیغات مناسب نقش مؤثری در جذب مشتری برای شرکت‌های بیمه دارد اما اگر شرکت‌ها خلاف واقع خدمات خود را برای فروش بیشتر بیمه‌نامه‌های به خریداران معرفی کنند در آینده اعتماد مردم را از دست خواهند داد.

با گذشت بیش از دو سال از اصلاح قانون بیمه شخص ثالث، آنچه که مردم در این رشته بیمه‌ای بیشتر احساس می‌کنند عمدتاً افزایش نرخ و دریافت حق بیمه و در ادامه خدمات ناقص در زمان نیاز است. مشتریان نباید تاوان تخلفات برخی از رانندگان پریسک را بدهند، و این توجیه شرکت‌های بیمه مبنی بر خسارت بالای این بیمه دلیلی بر نرخ‌های زیاد بیمه‌شخص ثالث نمی‌شود. باید با به کارگیری سیاست‌هایی از جانب بیمه مرکزی و شرکت‌های بیمه، تفکیک مناسبی میان رانندگان پرخطر و کم ریسک در نظر گرفته شود.

### شعب کم شرکت‌های بیمه و حق بیمه‌های زیاد در هر سال

از دیگر علل نارضایتی مشتریان، کمبود شعبه‌های پرداخت خسارت برخی شرکت‌های بیمه است. البته اگر هم شعبه مناسبی پیدا شود ارزیابان خسارت خلاف واقع خسارات را تخمین می‌زنند به نحوی که در بیشتر موارد شاهد شکایت مردم نسبت به عملکرد شرکت‌های بیمه بوده‌ایم حتی آنها مدل ماشین را هم در ارزیابی خود دخیل می‌کنند.

دیگر مشکل افراد جامعه با شرکت‌های بیمه در رشته بیمه شخص ثالث عدم پاسخگویی مناسب شعب مختلف و نبود پایگاه‌های سیار برای رفع نیاز بیمه‌گذاران است به صورتی که در بیشتر موارد افراد در زمان حادثه نتوانسته‌اند شعب نزدیکی را برای ارزیابی خسارت خود پیدا کنند. متأسفانه در ایران وسیله نقلیه به عنوان عامل ریسک و نرخ‌گذاری در بیمه‌های شخص ثالث شناخته می‌شود در حالی که این عامل به تنهایی هیچ تأثیری در فرآیند بررسی یا سنجش ریسک بیمه گذار ندارد، اما نکته مهم در این خصوص دخالت نوع مدل اتومبیل در زمان ارزیابی خسارت توسط شرکت‌های بیمه است با در نظر گرفتن این نکته که شرکت‌های بیمه در زمان انعقاد قرارداد مدل اتومبیل را لحاظ و قیمت مورد نظر خود را از بیمه‌گذار دریافت می‌کنند دیگر لزومی بر بررسی مجدد و پرداخت خسارت نامعقول وجود ندارد.

زمان پرداخت خسارت، استهلاک و مالیات‌های شرکت‌های بیمه که در دوره‌های مختلف پرداخت می‌کنند از دلایل بررسی مدل اتومبیل می‌باشد. در ابتدای قرارداد بیمه گر هیچ گونه آگاهی از تغییر میزان تعهدات خود در زمان پرداخت خسارت به مشتری ارائه نمی‌دهد که همین عامل در آینده باعث شکایت بسیاری از افراد از شرکت‌های بیمه‌ای می‌شود. با توجه به این مطالب جایگاه مشتری مداری و ایجاد خدمات مطلوب برای جذب بیشتر افراد به خرید پوشش‌های مختلف بیمه‌ای چه معنایی پیدا خواهد کرد؟.

### اجبار مشتریان در خرید بیمه‌نامه‌ها؛ هزینه زیاد بیمه بدنه اتومبیل

بسیاری از مشتریان اطلاع چندانی از خدمات شرکت‌های بیمه موجود در کشور را ندارند؛ و دیده شده که ملاک انتخاب آنها از خرید بیمه شخص ثالث یک شرکت، تعداد شعب زیاد این شرکت است. زمانی که مشتری برای انعقاد قرارداد به شرکت بیمه مراجعه می‌کند فروشنده، لازمه خرید بیمه شخص ثالث را خرید بیمه سرنشین عنوان می‌کند، در حالی اکثر مشتریان اصلاً تمایلی به خرید این بیمه‌نامه نداشته و به اجبار بیمه سرنشین را نیز خریداری می‌کنند.

با توجه به این موضوع که نرخ خرید بیمه بدنه اتومبیل هر سال با توجه به تورم‌های اقتصادی در حال افزایش است، مشتریان از قشر متوسط یا کم‌درآمد از خرید این بیمه‌نامه استقبال نمی‌کنند. البته اگر شرکتی با قیمت مناسبی این بیمه‌نامه را عرضه کند، با استقبال بهتر و بیشتری مواجه می‌شود.

مطابق ماده ۲ مصوبه شورای عالی بیمه در ۲۰ آبان ۱۳۸۸، هیئت مدیره شرکت بیمه مرجع تعیین مقادیر و معیارهای تعیین تعرفه بیمه بدنه معرفی شده و باید مقادیر و معیارهای تعیین تعرفه را پس از تصویب به بیمه مرکزی اعلام نماید. همچنین در صورت احراز تخلف مؤسسه بیمه از مقررات مربوط، بیمه مرکزی می‌تواند به تشخیص هیئت عامل، اختیار تعیین تعرفه بیمه بدنه را از مؤسسه سلب نماید. مؤسسه بیمه نیز در این شرایط موظف به رعایت تعرفه مصوب شورای عالی بیمه مربوط به پیش از آزادسازی نرخ خواهد بود.

با این وجود چرا همچنان تعرفه بیمه بدنه در بازار رقابتی کشور توسط برخی از شرکت‌های بیمه نامعقول به مشتریان ارائه می‌شود. برخی از کارشناسان در این رابطه معتقدند بیمه بدنه دارای ارزش بیشتری نسبت به بیمه شخص ثالث برخوردار است اما به دلیل آنکه نرخ این بیمه‌نامه با توجه به توانگری شرکت‌های بیمه به مشتریان ارائه می‌شود، در هر شرکت بیمه دارای نوسانات قیمت بسیاری است. البته بیمه مرکزی در اظهارات خود از ابزارهای این نهاد برای جلوگیری از افزایش قیمت این بیمه‌نامه خبر داده است اما هنوز شرکت‌های بیمه با افزایش نرخ‌های خود گرایش مردم به سمت خرید این بیمه‌نامه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

### میزان متفاوت دیه در هر شرکت بیمه‌ای

طبق تحقیقات میدانی و گزارشاتمی که از مشتریان ناراضی شرکت‌های بیمه صورت گرفته است، مراکز پرداخت خسارت بیمه هر طور که منافع آنها ایجاد کند خسارت دیه را پرداخت می‌کنند. در برخی موارد دیده شده شرکت بیمه‌ای دیه را تا مبلغ ۵۵ میلیون پرداخت کرده در حالی که برخی از شرکت‌ها تا سقف ۶۰ میلیون نیز بیمه‌گران خود را تحت پوشش قرار می‌دهند.

هر سال حداقل مبلغ دیه در قانون بیمه شخص ثالث توسط بیمه مرکزی و با تصویب قوه قضائیه با در نظر گرفتن ملاک‌های خاص خود به شرکت‌های بیمه ارائه می‌شود، به صورتی مبلغ دیه فوت در ماه‌های حرام (محرم، رجب، ذی القعدة و ذی الحجه) یک سوم بیشتر از مبلغ دیه ماه‌های عادی است. اما در برخی از شرکت‌های بیمه به واسطه هزینه‌های فعالیت‌های بیمه و پرداخت مالیات‌های متعدد این مبلغ تغییراتی کرده و به مشتریان ارائه می‌شود به نحوی که مردم بعد از مواجهه با حادثه خبر از میزان دیه متعهد شده شرکت‌های بیمه می‌یابند.

البته مدیر نظارت فنی بیمه مرکزی به بیمه‌گذاران برای پیگیری مشکلات خود در خصوص بیمه شخص ثالث توصیه می‌کند نخست شکایت خود را به واحدهای بازرسی شرکت بیمه طرف قرار داد خود ارائه دهند چراکه در بیشتر موارد در زمان سریع‌تری به نتیجه خواهند رسید و نیازی به طرح موضوع در بیمه مرکزی نباشد.

در آیین‌نامه‌ای در خصوص تخلفات شرکت‌های بیمه در سایر رشته‌های بیمه‌ای مقررات حمایتی و تکالیفی برای شرکت‌های بیمه تعیین شده است که با تصویب و اجرای آن نارضایتی بیمه‌گذاران و زیان دیده‌گان تا حدودی به حداقل خواهد رسید.

بیمه مرکزی در سال جاری به دنبال شفاف سازی و حمایت کامل از حقوق بیمه گذاران و تدوین مقررات شرایط عمومی مصوب در رشته‌های فاقد این شرایط است به صورتی که با تدوین مقررات و ضوابط و اجرای کامل آن حقوق بیمه گذاران به نحوه شایسته‌ای تأمین خواهد شد.

با توجه به گفته‌های اخیر رئیس کل بیمه مرکزی مبنی بر اینکه صنعت بیمه کشور در سال جدید به دنبال اعتماد سازی در سطح جامعه، ارتقای جایگاه حاکمیتی بیمه مرکزی، رسیدگی به شکایات مردمی و حمایت بیمه مرکزی از بیمه گذاران برای اعتماد بیشتر آحاد مردم به صنعت بیمه است. حفظ حقوق مردم برای افزایش خرید پوشش های بیمه ای اهمیت ویژه‌ای پیدا خواهد البته تا زمانی که واحدهای نظارتی بیمه مرکزی فعالیت خود را به نحوه مطلوب انجام ندهند و با شرکت‌های بیمه متخلف برخورد جدی انجام ندهند این اعتماد در میان مردم به وجود نخواهد آمد (روزنامه دنیای اقتصاد، ۱۳۹۰).

### نارضایتی مردم از الحاقیه بیمه‌نامه‌ها

بزرگم بر بسیاری از صاحبان نظران بیمه چنانچه نرخ جدید دیه به نحوی اعلام شود که مردم نیازی به خرید الحاقیه نداشته باشند با فراغ بال و اطمینان بیشتری به بیمه مراجعه می‌کنند .

با توجه به اینکه نرخ دیه باید بر اساس نرخ تورم و حقوق کارمندان محاسبه و تعیین شود امکان اینکه دیه قبل از پایان سال اعلام شود وجود ندارد. طبق قانون شرع قوه قضائیه باید نرخ دیه را ابتدای سال اعلام کند اما در این خصوص استثناهایی نیز وجود دارد از جمله اینکه در سال گذشته نرخ دیه قبل از پایان سال اعلام شد و همچنین در یک دوره‌ای نیز نرخ دیه ثابت نگه داشته شد اما امکان تثبیت نرخ دیه وجود ندارد زیرا بر اساس نرخ تورم و قیمت هر ساله شتر نرخ دیه نیز متغیر بوده و کسانی که قبل از اعلام نرخ جدید دیه اقدام به خرید و تمديد بیمه نامه کرده‌اند باید نسبت به خرید الحاقیه اقدام نمایند .

در همین ارتباط نمایندگی‌های بیمه نیز از اینکه مجبور به صدور ۲ بیمه نامه هستند ناراضی هستند و با توجه به اینکه برخی از مردم نسبت به دلیل خرید دوباره بیمه نامه و الحاقیه بی‌اطلاعت نسبت به این مسئله اعتراضاتی را به شرکت‌های بیمه گر اعلام کرده‌اند .

این مسئله یعنی خرید دوباره بیمه نامه مشکلاتی را به لحاظ روانی برای مردم و همچنین شرکت‌های بیمه گر بوجود آورده به نحوی که بعضاً موجبات بدبینی مردم نسبت پرداخت حق بیمه بیشتر و همچنین شرکت‌های بیمه‌گر بابت دوباره کاری حادث شده است .

اگرچه قوه قضائیه به لحاظ شرعی و قانونی ملزم به اعلام نرخ دیه در هر سال است اما با توجه به ارتباط تنگاتنگ دیه با موضوع بیمه و پرداخت خسارات فوتی و جرحی ناشی از تصادفات، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است پس از اعلام نرخ دیه متناسب با میزان افزایش آن، اقدام به اعلام نرخ جدید بیمه‌نامه‌های شخص ثالث کند .

اما از سوی دیگر اغلب مردم به دلیل عدم اطلاع از این امر و یا مشغله فرصت تهیه الحاقیه بیمه‌نامه شخص ثالث را پیدا نمی‌کنند لذا این مسئله و عدم تکمیل بیمه‌نامه شخص ثالث رانندگان وسایط نقلیه ممکن است مردم را با مشکلات مالی و بعضاً جانی غیر قابل جبران روبرو کند. در صورت عدم اقدام برای دریافت الحاقیه افزایش تعهدات بیمه شخص ثالث، شرکت بیمه خسارت زیان‌دیدگان را حداکثر تا میزان مندرج در بیمه نامه پرداخت نموده و باقیمانده خسارت توسط مقصر حادثه (بیمه گذار) پرداخت می‌شود.

در این خصوص بسیاری از صاحبان نظران بهترین زمان را برای اعلام نرخ جدید دیه قبل از پایان سال می‌دانند چرا که از بسیاری از مشکلات یاد شده جلوگیری بعمل خواهد آمد (خبرگزاری ایلنا، ۱۳۹۳).

شرکت های بیمه در شرایطی که صنعت بیمه نیاز به اعتمادسازی در سطح اجتماع دارد، نباید برخلاف شعارهای سازمانی خود که اغلب دعوت به آرامش و اطمینان است عمل کنند. شرکت های بیمه باید همان گونه که هنگام بیمه کردن یک خودرو خدمات را بسیار آسان ارایه می دهند در هنگام پرداخت خسارت نیز مردم را در پروسه زمان‌بر بروکراسی‌های اداری قرار ندهند.

به نظر می رسد از دلایلی که ممکن است شرکت های بیمه را در ایفای تعهدات خود در قبال بیمه نامه شخص ثالث دچار کم کاری کرده و انتقادات بیمه گذاران را در ارائه خدمات برانگیخته است ، یکی اطمینان شرکت های بیمه از وجود بازار فروش و دیگری نارضایتی آن ها از میزان سودی است که از فروش این بیمه نامه عایدشان می شود.

اصلاح تعیین حق بیمه ثالث که این روزها یکی مباحث چالش برانگیز صنعت بیمه در کشور است می تواند انگیزه لازم را به شرکت های بیمه در ارائه خدمات باز گرداند ، چراکه هم اکنون شرکت های بیمه فریاد می زنند با وجود تعرفه های فعلی و تعیین حق بیمه دستوری در رشته ای که بخش قابل توجهی در پرتفوی شان دارد قادر به ایفای تعهدات خود در قبال بیمه گذاران نیستند.

### ناکارآمد بودن نیروی انسانی و عدم مهارت شبکه های فروش باعث کندی ارائه خدمات

ناکارآمد بودن نیروی انسانی و عدم مهارت شبکه های فروش باعث کندی ارائه خدمات به بیمه‌گذاران و به تبع آن نارضایتی مشتریان می‌گردد. اغلب نارضایتی بیمه‌گذاران در زمان دریافت خسارت است. مردم در زمان وقوع حادثه توقع به موقع ایفای تعهدات از سوی شرکت‌های بیمه را دارند که متأسفانه در اکثر مواقع به دلیل مشکلاتی که در بخش نیروی انسانی وجود دارد ارائه خدمات به کندی صورت می‌گیرد.

عدم مهارت شبکه‌های فروش می‌تواند زمینه‌ساز بی‌اعتمادی مردم نسبت به صنعت بیمه باشد. متأسفانه در حال حاضر شبکه های فروش شرکت های بیمه بدون نظارت دقیق و آموزش کافی فعالیت می‌کنند.

با این حال با توجه به دلایلی که اشاره شد باز هم منطقی به نظر نمی‌رسد شرکت‌های بیمه در شرایطی که صنعت بیمه نیاز به اعتمادسازی در سطح اجتماع دارد، برخلاف شعارهای سازمانی خود که اغلب دعوت به آرامش و اطمینان است عمل کنند و موجب سلب اعتماد و اطمینان عمومی از صنعت بیمه شوند (خبرگزاری آریا، ۱۳۹۳).

### برخورد بیمه مرکزی با شرکت‌های متخلف

آیین‌نامه‌ها و قوانین بیمه شخص ثالث کاملاً شفاف بوده و وقتی شرکتی بیمه‌نامه را صادر می‌کند، متعهد به ایفای آن تعهد است باید توجه داشت که با وقوع یک حادثه و دریافت کوپن تعهدات شرکت خاتمه نمی‌یابد و اگر شرکت بیمه‌ای خلاف آن را انجام داد بیمه مرکزی با ابزارهای مختلف برخورد قانونی خواهد کرد.

البته عدم مهارت نمایندگی‌ها و شبکه های فروش شرکت های بیمه را نیز می‌توان یکی از دلایل بروز سوء تفاهم و گلایه نسبت به شرکت های بیمه دانست.

چراکه ممکن است بیمه‌گذار در زمان خرید بیمه نامه نسبت به آن چه که خریداری کرده است اطلاع کافی نداشته باشد و نداند در زمان بروز خسارت شرکت بیمه گر تا چه میزان و با چه شرایطی خسارت وارده اش را پوشش خواهد داد. از این رو بکارگیری افراد ماهر و مسلط نسبت به امور بیمه می‌تواند در توجیه بیمه‌گذار و سطح انتظاری که باید از شرکت بیمه در زمن جبران خسارت داشته باشد موثر بوده و از بروز برخی مشکلات جلوگیری کند.

نقش آفرینی و اثرگذاری بیمه‌گذاران به عنوان یکی از شرکای اقتصادی، در تحولات صنعت بیمه، ضرورتی انکارناپذیر است و به همین خاطر بیمه مرکزی جمهوری اسلامی "طرح سنجش رضایت مشتریان از شرکت های بیمه" را راه‌اندازی کرده است. این طرح توسط پژوهشکده بیمه و در راستای تقویت مشارکت و افزایش سطح تعامل مردم و صنعت بیمه و جهت بررسی میزان رضایت مشتریان از خدمات بیمه‌ای، به منظور شناسایی نقاط ضعف و قوت شرکت‌های فعال در صنعت بیمه و با هدف بهبود کیفیت خدمات ارائه شده توسط این شرکتها به مرحله اجرا در آمده است. در این طرح برای دریافت نظرات بیمه‌گذاران از روش‌های تماس تلفنی مستقیم و نظرسنجی الکترونیکی از طریق وبگاه پژوهشکده بیمه<sup>۱</sup> استفاده شده است.

همچنین بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در راستای حمایت از بیمه‌گذاران، بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آن‌ها طبق ماده یک قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران اقدام به راه‌اندازی "سامانه یکپارچه رسیدگی به شکایات بیمه‌گذاران"<sup>۲</sup> نموده است.

### فرهنگ بیمه‌ای، تنها راه حل

کارشناسان صنعت بیمه، ارتقای فرهنگ بیمه‌ای مردم را یگانه راه ارتقای این صنعت می‌دانند. به زعم آنان ارتقای این فرهنگ همزمان باعث آشنا شدن مردم به مزایای بیمه و جا باز کردن آن در سبد هزینه خانواده شده و نظارت مردم به شرکت های بیمه را نیز موثر می‌کند. به عنوان مثال، وقتی بیمه‌گذار بداند که مهم‌ترین اصل در خریدن بیمه، پرس و جوی دقیق و موشکافانه از شرایط پرداخت خسارت آن

<sup>1</sup> -<http://www.irc.ac.ir/vote/>

<sup>2</sup> - [http://www.centinsur.ir/ShowPage.aspx?page\\_=form&order=show&lang=1&sub=0&PageId=1114&PageIDF=0&tempname=maintemplate](http://www.centinsur.ir/ShowPage.aspx?page_=form&order=show&lang=1&sub=0&PageId=1114&PageIDF=0&tempname=maintemplate)

است و ضمناً صرفاً نباید به توضیح شرکت بیمه در این باره توجه کرده و خود راساً به تحقیق کافی در این خصوص بپردازد، شرکت بیمه نیز به هر حال مجبور به اصلاح برخی فرصت طلبی‌های احتمالی‌اش خواهد شد.

کارشناسان صنعت بیمه می‌گویند از کنار هم قرار گرفتن این اصول زیر چتر فرهنگ بیمه، این صنعت سالم شده و ارتقای آن با افزایش اعتماد مردم به آن آغاز خواهد شد. در عین حال، آنان توجه دولت به اصلاح ساختار جزیره‌ای نظارت بر بیمه‌های کشور، آزادسازی کامل صنعت بیمه و ایجاد رقابت در آن، ورود بیمه‌های خارجی به کشور و استاندارد و شفاف کردن محتوای قراردادهای بیمه‌ای را در بهبود شرایط کنونی صنعت بیمه بسیار موثر می‌دانند. آنان تصریح می‌کنند تا زمانی که این زیرساخت‌ها فراهم نشود و فرهنگ بیمه‌ای مردم نیز بهبود نیابد، همین آس و همین کاسه در بیمه‌های مختلف وجود خواهد داشت.

## نتیجه‌گیری

امروزه کیفیت کار بیمه‌گران از ابعاد مختلف توسط مشتریان مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد. و با وجود رضایت مشتری شرکت‌های بیمه به وضعیت مطلوب رسیده‌اند و از این طریق سود بلند مدت شرکت‌های بیمه تضمین می‌شود و همین‌طور مشتریان با رضایت خود به بقای شرکت‌های بیمه کمک می‌کنند. بازار صنعت بیمه با سایر بازارهای کالایی تفاوت‌های ماهیتی دارد. به‌علت خدماتی بودن این رشته و تفاوت بازار خدمات، مشاهده رضایتمندی بیمه‌گذاران از مصرف‌کنندگان کالا و محصول بسیار دشوار است. کارکرد بازار فروش بیمه بیانگر این است که در بخش فروش عمده نگرانی بیمه‌گذاران در قیمت تمام‌شده یا حق بیمه می‌باشد، اما رضایتمندی حاصل از خرید کالا، در بهترین وضعیت خود در زمان بروز خسارت نمود پیدا می‌کند، زیرا کارکرد اصلی بیمه‌نامه خریداری‌شده تا بروز خسارت عینیت و تحقق پیدا نمی‌کند. تفکیک سهم شبکه فروش مستقیم و غیرمستقیم در بیمه از میزان فروش بیمه و پرداخت خسارت و تعارض منافع بیمه‌گران، بیمه‌گذاران و واسطه‌های بیمه‌ای در بازار از مهمترین عوامل ایجاد نارضایتی می‌باشد. از سوی دیگر بخاطر دو پدیده فرانشیز و کسورات و ماهیت وجودی آنها در قراردادهای بیمه‌ای، کسب رضایتمندی همیشگی و پایدار در صنعت بیمه امکان‌پذیر نبوده و یا دشوار است و براساس اصول بیمه‌ای، بیمه‌گذار نباید از قراردادهای بیمه‌ای منتفع گردد. از نگاهی دیگر بخاطر وجود تنوع مشتریان خاص در بازار بیمه و مباحث انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی در قبل، حین و بعد از انعقاد قرارداد بیمه‌ای، تعارضی بین خواسته‌ها و نیازهای بیمه‌گذاران و مطالبات بیمه‌گران پیش می‌آید.

شرکت‌های بیمه در شرایطی که صنعت بیمه نیاز به اعتمادسازی در سطح اجتماع دارد، نباید برخلاف شعارهای سازمانی خود که اغلب دعوت به آرامش و اطمینان است عمل کنند. شرکت‌های بیمه باید همان‌گونه که هنگام بیمه کردن یک خودرو خدمات را بسیار آسان‌ارایه می‌دهند در هنگام پرداخت خسارت نیز مردم را در پروسه زمان‌بر بروکراسی‌های اداری قرار ندهند.

به نظر می‌رسد از دلایلی که ممکن است شرکت‌های بیمه را در ایفای تعهدات خود در قبال بیمه‌نامه شخص ثالث دچار کم‌کاری کرده و انتقادات بیمه‌گذاران را در ارائه خدمات برانگیخته است، یکی اطمینان شرکت‌های بیمه از وجود بازار فروش و دیگری نارضایتی آن‌ها از میزان سودی است که از فروش این بیمه‌نامه عایدشان می‌شود. اصلاح تعیین حق بیمه ثالث که این روزها یکی مباحث چالش برانگیز صنعت بیمه در کشور است می‌تواند انگیزه لازم را به شرکت‌های بیمه در ارائه خدمات بازگرداند، چراکه هم‌اکنون شرکت‌های بیمه فریاد می‌زنند با وجود تعرفه‌های فعلی و تعیین حق بیمه دستوری در رشته‌ای که بخش قابل توجهی در پرتفوی شان دارد قادر به ایفای تعهدات خود در قبال بیمه‌گذاران نیستند.

کارشناسان صنعت بیمه، ارتقای فرهنگ بیمه‌ای مردم را یگانه راه ارتقای این صنعت می‌دانند. به زعم آنان ارتقای این فرهنگ همزمان باعث آشنا شدن مردم به مزایای بیمه و جا باز کردن آن در سبد هزینه خانواده شده و نظارت مردم به شرکت‌های بیمه را نیز موثر می‌کند. به عنوان مثال، وقتی بیمه‌گذار بداند که مهم‌ترین اصل در خریدن بیمه، پرس و جوی دقیق و موشکافانه از شرایط پرداخت خسارت آن است و ضمناً صرفاً نباید به توضیح شرکت بیمه در این باره توجه کرده و خود راساً به تحقیق کافی در این خصوص بپردازد، شرکت بیمه نیز به هر حال مجبور به اصلاح برخی فرصت طلبی‌های احتمالی‌اش خواهد شد. از کنار هم قرار گرفتن این اصول زیر چتر فرهنگ بیمه، این صنعت سالم شده و ارتقای آن با افزایش اعتماد مردم به آن آغاز خواهد شد. در عین حال، توجه دولت به اصلاح ساختار جزیره‌ای نظارت بر بیمه‌های کشور، آزادسازی کامل صنعت بیمه و ایجاد رقابت در آن، ورود بیمه‌های خارجی به کشور و استاندارد و شفاف کردن محتوای قراردادهای بیمه‌ای در بهبود شرایط کنونی صنعت بیمه بسیار موثر می‌باشد.



## فهرست منابع و مآخذ

- عالی، صمد ۱۳۸۱، "رضایت مشتری"، نشریه تدبیر، شماره ۱۲۶۰.
- سبزی، محمود ۱۳۹۰، "مروری بر نقش بیمه مرکزی در تبلیغات بیمه ای" *روزنامه دنیای اقتصاد*، شماره ۲۳۵۷، ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۰.
- سبزی، محمود ۱۳۹۲، "تحلیلی بر علل نارضایتی بیمه گذاران در زمان دریافت خسارت" در سایت بیمه نیوز (۲۶/۳/۹۲)
- سبزی، محمود ۱۳۹۱، "آسیب شناسی بیمه های شخص ثالث و ارائه پیشنهادات اصلاحی" *روزنامه دنیای اقتصاد*، شماره ۲۳۰۴، ۱۰ خرداد ۱۳۹۱
- کاتلر، فیلیپ ۱۳۹۲، *مدیریت بازاریابی*، مترجم: بهمن فروزنده، نشر آموخته.
- کرمی، عزت‌الله، زمانی، غلامحسین، یزدان‌پناه، مسعود، ۱۳۸۴، "مشتری مداری؛ راهبرد گسترش بیمه"، *ماهنامه سرزمین سبز*، شماره ۲۳-۲۲.
- ابراز نارضایتی مردم نسبت به الحاقیه بیمه‌نامه‌ها، ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳، خبرگزاری ایلنا، <http://www.ilna.ir/news/news.cfm?id=165213>
- نارضایتی بیمه گر و بیمه گذار از شخص ثالث، ۱۳۹۳/۶/۲۳، وب سایت خبرگزاری آریا <http://www.aryanews.com/News.aspx?code=20140913204238679&svc=39>
- بهانه‌تراشی بیمه‌ها برای پشیمان کردن مردم از دریافت خسارت از بیمه‌ها، ۱۳۹۰/۱/۳۰، *روزنامه دنیای اقتصاد*، شماره ۲۳۳۸
- McLeod, H. 2012, *Consumer Dissatisfaction with Private Health Insurance*, Presented at the New Zealand Society of Actuaries Conference, November.
- Atul A. Gawande, Robert J. Blendon, Mollyann Brodie, John M. Benson, Larry Levitt, and Larry Hugick 1998, "Does Dissatisfaction with health plans stem from having no choices", *Health Affairs*, Vol. 17, No. 5, September & November 1998.
- Evans, Peter and Doyle, Margaret 2014, *What makes customers tick? Understanding customer behavior in retail general insurance*, Deloitte LLP is the United Kingdom member firm of DTTL.