



## (نقد و بررسی آیین نامه شماره 80 شورای عالی بیمه<sup>1</sup>)

### (شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان)

فرهاد عظیمی

#### چکیده:

رویه جاری کشور در بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان مبتنی بر مفاد آیین نامه شماره 80 شورای عالی بیمه می باشد. شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۰۳ «شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای! کارفرما در قبال کارکنان» را مشتمل بر ۲۷ ماده و ۴ تبصره تصویب نمود که گامی اساسی در راستای مستند سازی مقررات بیمه ای در حوزه بیمه های مسئولیت می باشد. تا پیش از تصویب این آیین نامه شرایط عمومی مورد استفاده شرکتهای بیمه اغلب توسط خود آنها تهیه و تدوین می شد و اگر چه به ظاهر بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بر آنها نظارت داشت ولی در عمل تفاوت هایی بین شرایط مورد عمل در شرکتهای مختلف بود. تصویب و ابلاغ این آیین نامه ضمن نظم بخشیدن به شرایط عمومی مورد استفاده در صنعت بیمه، تنش ها و انتقادهایی را نیز در پی داشت که برخی از آنها قابل تامل می باشد. این آیین نامه علیرغم داشتن برخی نقاط قوت، دارای ایرادات و حتی گاهی اشتباهات فنی فاحشی است که اصلاحات اساسی از سوی شورای عالی بیمه را می طلبد. با توجه به اینکه اخیراً اصلاح این آیین نامه در دستورکار شورای محترم عالی بیمه قرار گرفته است، بر آن شدیم تا به نقد و بررسی آن گامی در راستای اصلاح شرایط بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان برداریم. موضوع این مقاله نقد و بررسی آیین نامه مذکور و نشان دادن نقاط ضعف و قوت آن می باشد.

#### واژگان کلیدی:

شرایط عمومی بیمه نامه، شورای عالی بیمه، مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، مسئولیت مدنی حرفه ای.

#### 1. مقدمه:

بی تردید می توان ظهور نظریه هایی همچون تقصیر، خطر، تضمین حق و ... را ره آورد دوگانه حادثه دانست، یکی حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری و دیگری حوادث ناشی از کار. گرچه در اینکه «قاعده تقصیر در حقوق مسئولیت مدنی ایران نقش عمده ای ایفا می کند، نباید تردید داشت» (بادینی، خودکار و رحمتی، 24:1395) اما کثرت اینگونه حوادث و تاثیر زیانبار آن در وهله اول بر خانواده های زیاندیدگان و در نهایت بر اقتصاد کشورها، قانونگذاران را بر آن داشته که در سده اخیر روی خوشی به رسومی همچون نظریه تقصیر نشان ندهند. امروز این اعتقاد که «برای اینکه زیاندیدها بتواند خسارت خود را از کسی بخواهد

<sup>1</sup> - بخشی از این گزارش در مقاله ای تحت عنوان «تحلیل اقتصادی بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با تاکید بر آیین نامه شماره 80 شورای عالی بیمه» به قلم دکتر عبدالله خدابخشی و فرهاد عظیمی در شماره 11 دو فصلنامه دانشنامه حقوق اقتصادی دانشگاه فردوسی مشهد به چاپ رسیده است. در این گزارش به منظور حفظ انسجام و پیوستگی مطالب، از حذف مواردی که در مقاله مذکور چاپ شده بود، خودداری گردید.





باید ثابت کند که تقصیر او سبب ورود خسارت شده است» (کاتوزیان، 21:1389) رنگ باخته. زیرا «جاذبه اخلاقی مبنای تقصیر بیش از یک قرن دوام نیافت» (کاتوزیان، 192:1388). حتی کشورهای حامی نظریه تقصیر، به منظور حمایت از زیاندیدگان به استقبال نظریه‌هایی همچون «خطر» رفته و گاهی پا را فراتر گذاشته و خواستار «تضمین حق» زیان‌دیده شده‌اند. نمونه بارز آن، سیر تحول قانون بیمه موسوم به «شخص ثالث» در ایران می‌باشد که قانونگذار در گام نخست در سال 1387 با چرخش صد و هشتاد درجه‌ای، روح حاکم بر قانون 1347 که بر اساس آن ابتدا دارنده وسیله نقلیه را مسئول تلقی و سپس وی را مکلف به خرید بیمه می‌نمود (نظریه خطر)<sup>2</sup> را به گونه‌ای تغییر داد<sup>3</sup> که در واقع بدون پرداختن به مسئول بودن یا نبودن دارنده وسیله نقلیه، وی را مکلف به خرید بیمه نامه مسئولیت می‌کند و سپس در 1395/02/20 گام دوم را برداشته و با تغییر نام قانون از «قانون ... بیمه مسئولیت دارنده ...» به «قانون بیمه ... خسارات وارد شده به شخص ثالث ...» به صراحت از قواعد مسئولیت مدنی فاصله گرفته و نشان می‌دهد که تنها دغدغه او «تضمین حق» زیاندیدگان می‌باشد. به عبارت دیگر امروز دیگر نه در نام قانون عنوان بیمه مسئولیت دیده می‌شود و نه مفاد قانون اصرار بر مسئول بودن دارنده/ارنده دارند. در هر حال خسارت وارد به زیان‌دیده باید جبران شود.

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 تاکید بر مسئولیت کارفرما، از جبران خسارت کارگران<sup>4</sup> یاد می‌شود» (خدابخشی، 22:1389). حاصل گرایش سیستم قضایی کشورها بدین سمت، یعنی رویکرد تضمین حق زیان‌دیده، در دهه‌های اخیر بویژه در زمینه حوادث ناشی از کار، کارفرمایان را بر آن داشته که ریسک آنرا از طریق تهیه بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، به بیمه‌گران منتقل نمایند. به نظر می‌رسد شورای محترم عالی بیمه نیز به پیروی از «برخی حقوق‌دانان انگلیسی که به ضابطه "غنی تر بودن کارفرما" استناد می‌کنند» (احمدوند، 61:؟)، وقتی با جیب بزرگتری همچون بیمه‌گر مواجه می‌شود، با اتخاذ همین رویکرد (تضمین حق)، قصد تبدیل این بیمه نامه به قرارداد جامع حوادث ناشی از کار دارد، که جای بسی تقدیر است. ولی متأسفانه در این راه از مسیر خود منحرف شده، به گونه‌ای که در بخشهایی از این آیین نامه هیچ پایبندی به اصول بیمه که شالوده بیمه‌های بازرگانی<sup>5</sup> را شکل می‌دهد نشان نداده است. چنین کنشی از سوی شورای عالی بیمه که از ارکان اساسی صنعت بیمه است، دور از انتظار بوده و نگارنده را بر آن داشت که به نگارش این مقاله بپردازد. امید است شورای عالی بیمه نیز

2- ماده 1- کلیه دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی و انواع یدک و تریلر متصل به وسایل مزبور و قطارهای راه آهن اعم از اینکه اشخاص حقیقی یا حقوقی باشند مسؤل جبران خسارات بدنی و مالی هستند که در اثر حوادث وسایل نقلیه مزبور و یا محمولات آنها به اشخاص ثالث وارد شود و مکلفند مسؤلیت خود را از این جهت نزد شرکت سهامی بیمه ایران و یا یکی از موسسات بیمه داخلی که اکثریت سهام آنها متعلق به اتباع ایرانی و صلاحیت آنها به پیشنهاد وزارت دارایی و وزارت اقتصاد مورد تایید دولت باشد بیمه نمایند. (قانون بیمه اجباری مسؤلیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب 1347).

3- ماده 1- کلیه دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی و ریلی اعم از این که اشخاص حقیقی یا حقوقی باشند مکلفند وسایل نقلیه مذکور را در قبال خسارت بدنی و مالی که در اثر حوادث وسایل نقلیه مزبور و یا یدک و تریلر متصل به آنها و یا محمولات آنها به اشخاص ثالث وارد می‌شود حداقل به مقدار مندرج در ماده (4) این قانون نزد یکی از شرکتهای بیمه که مجوز فعالیت در این رشته را از بیمه مرکزی ایران داشته باشد، بیمه نمایند. (قانون اصلاح قانون بیمه اجباری مسؤلیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث 1387).

#### 4 - workers compensation

5- 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.





پس از بررسی فنی انتقادات و پیشنهادهای مطرح شده در این نوشتار، آنها را به بوته نقد صاحب‌نظران گذاشته و در نهایت، تصمیم شایسته‌ای اتخاذ نماید.

این گزارش از پنج گفتار تشکیل شده است. در گفتار اول در شش بند به بررسی تعاریف و اصطلاحات بکار رفته در این آیین نامه خواهیم پرداخت و سپس در گفتار دوم وظایف بیمه‌گذار و در گفتار سوم وظایف بیمه‌گر بررسی خواهد شد. خسارتهای خارج از تعهد بیمه‌گر در گفتار چهارم و در گفتار آخر (گفتار پنجم) به تبعیت از فصل بندی آیین نامه به سایر موارد پرداخته و سپس و در پایان با بهره‌گیری از مباحث مطرح شده در گفتارهای قبل به نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهاد خواهیم پرداخت.

### گفتار نخست:

#### عنوان، کلیات، تعاریف و اصطلاحات

#### 2. مسئولیت مدنی حرفه‌ای:

نخستین ایراد وارد بر این آیین نامه، کاربرد پسوند "حرفه‌ای" پس از عبارت "بیمه مسئولیت" در عنوان آیین نامه می‌باشد. گذشته از اینکه از اینک از نظر ماهوی مهمترین تقسیمی که در بیمه‌های مسئولیت بیان شده است، تقسیم این بیمه به بیمه مسئولیت با موضوع معین و بیمه مسئولیت با موضوع نامعین است (کاتوزیان و ایزانلو، 14:1387). از نظر فنی، بیمه‌های مسئولیت غیر قراردادی به چهار نوع مختلف دسته بندی شده اند که عبارتند از:

1. بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان

2. بیمه مسئولیت مدنی تولید کننده کالا در قبال مصرف کنندگان.

3. بیمه مسئولیت مدنی حرفه‌ای

4. بیمه مسئولیت مدنی عمومی (ریسه، 18:1381).

این تقسیم بندی، جامع و مانع بوده و اجزای آن هیچ همپوشانی با یکدیگر ندارند. ملاک تقسیم بندی بیمه‌های مسئولیت به چهار دسته فوق الذکر، نوع رابطه بیمه‌گذار با زیان‌دیده احتمالی است. یعنی رابطه بیمه‌گذار با شخصی که در آینده به سبب آسیب بدنی یا زیان مالی مدعی دریافت خسارت از بیمه‌گذار خواهد بود. (عظیمی، 19:1390)

#### بیمه مسئولیت مدنی کار فرما در قبال کارکنان:

در بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، بیمه‌گذار شخصی است که در نقش کارفرما می‌خواهد مسئولیت خود در قبال اشخاصی که در نقش کارکنان وی می‌باشند را تحت پوشش بیمه در آورد. در این بیمه نامه کارفرما شخصی است که دیگری در ازای دریافت دستمزد برای وی کار می‌کند. بنابراین پیمانکار زیر مجموعه یک کارفرما نیز خود می‌تواند اقدام به خرید این بیمه نامه نماید. زیرا همزمان که وی با پیمانکار کارفرمای خاضی است، خود کارفرمای یک یا چند کارگر می‌باشد.

#### بیمه مسئولیت مدنی تولید کننده کالا در قبال مصرف کننده





نوع دوم از بیمه های مسئولیت مدنی، بیمه مسئولیت مدنی تولید کننده کالا در قبال مصرف کننده می باشد. در این بیمه نامه که «پوششی است برای تولید کنندگان و عرضه کنندگان کالاها در برابر ادعاهای قانونی از سوی مصرف کننده بابت آسیب بدنی یا زیان مالی ناشی از عیب تولید» (جرج ای رجاء، 570:2003)، بیمه گذار، شخص تولید کننده بوده و زیان دیده احتمالی، شخصی است که از کالای تولیدی بیمه گذار استفاده می کند. البته این بیمه نامه به عرضه کنندگان (فروشندهگان و نمایندگان انحصاری تولید کننده) نیز فروخته می شود. و در آن علاوه بر مسئولیت در قبال مصرف کننده، مسئولیت در قبال اشخاص ثالث نیز پوشش داده می شود.

### بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای

در نوع سوم از بیمه نامه های مسئولیت مدنی، یعنی بیمه مسئولیت حرفه ای، بیمه گذار یک شخص متخصص می باشد که می خواهد مسئولیت خود را در قبال اشخاصی که درخواست خدمات حرفه ای از وی دارند، اما به دلیل اهمال یا قصور بیمه گذار در رابطه با تخصص وی ممکن است دچار آسیب بدنی یا زیان مالی می شوند، تحت پوشش بیمه درآورد. در واقع «هدف بیمه مسئولیت حرفه ای، محافظت از اشخاص متخصص می باشد». (مک اولیف، 2:2012). منظور از شخص متخصص نیز شخصی است که:

1. با سپری کردن آموزشهای تخصصی، موفق به اخذ گواهینامه حرفه ای شده است.
  2. از ارگانی ذی صلاح مجوز فعالیت حرفه ای دریافت نموده باشد.
- مانند پزشک، مهندس، پرستار، مسئول فنی مراکز درمانی، حسابرس، ارزیاب خسارت بیمه ای.

### بیمه مسئولیت مدنی عمومی

آخرین نوع بیمه های مسئولیت مدنی نیز بیمه نامه مسئولیت مدنی عمومی است. بر خلاف سه بیمه نامه قبل که متقاضی بیمه باید حائز شرایط ویژه باشد (مثلاً بیمه نامه نوع اول را فقط به کارفرمایان، بیمه نامه نوع دوم را فقط به تولید کننده یا عرضه کننده کالا و بیمه نامه نوع سوم را فقط به متخصصان می توان فروخت)، در این بیمه نامه (بیمه نامه مسئولیت مدنی عمومی) بیمه گذار هر شخصی می تواند باشد، حتی یکی از سه بیمه گذار فوق الذکر و از سوی دیگر زیان دیده احتمالی آن نیز می تواند هر شخصی باشد. مشروط به اینکه روابط مذکور در سه حالت فوق الذکر (کارکنان، استفاده کننده و خدمات گیرنده) را با بیمه گذار در ارتباط با حادثه منجر به مسئولیت نداشته باشد.

همانطور که پیداست هیچ یک از انواع بیمه های مسئولیت مدنی با یکدیگر همپوشانی نداشته و بیمه گران برای پوشش مسئولیت مدنی اشخاص در کسوتهای مختلف، بیمه نامه های مسئولیت مدنی با پسوند های جداگانه طراحی نموده اند و یک شخص می تواند در آن واحد چند نوع بیمه نامه مسئولیت داشته باشد<sup>6</sup>.

6- به عنوان مثال یک پزشک برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت خود در قبال بیماران نیاز به بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای، برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت در قبال منشی و آبدارچی خود نیاز به بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان و برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت خود در قبال عموم مردم بدون توجه به رابطه ای که با آنها دارد، نیاز به بیمه نامه مسئولیت مدنی عمومی دارد.





حال با وجود تمایز بسیار آشکار در حوزه تحت پوشش هر یک از بیمه نامه های فوق الذکر، نمی توان بیمه نامه ای را تصور نمود که برای پوشش مسئولیت بیمه گذار تنها در یک حوزه (مثلاً آسیب بدنی وارد به کارکنان) همزمان دارای هر دو پسوند "کارفرما در قبال کارکنان" و "حرفه ای" باشد. در اینجا نه کارکنان اشخاصی هستند که در حین دریافت خدمات حرفه ای از بیمه گذار آسیب دیده باشند و نه کارفرما یک شخص حرفه ای با ویژگیهایی که برای آن برشمردیم می باشد. گویا شورای محترم واژه حرفه ای (profession) که در اینجا به معنای تخصص می باشد را شغل! (job) ترجمه نموده و تصورش بر این بوده که PII/P.L.I.<sup>7</sup> مسئولیت های شغلی فرد را پوشش می دهد و با این ذهنیت نادرست، اقدام به نامگذاری این رشته نموده است.

شایان ذکر است این کلمه اضافی (حرفه ای) علاوه بر ایراد فنی فوق الذکر، بار مالی منفی نیز برای شرکتهای بیمه در پی دارد و منجر به کاهش در آمد آنها از محل کارمزد اتکایی اجباری<sup>۸</sup> موضوع ماده 10 آیین نامه شماره 76 شورای عالی بیمه مصوب 1391/07/11 گردد.<sup>۹</sup> زیرا تا پیش از تصویب این آیین نامه، نرخ کارمزد اتکایی بیمه های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان به علت سکوت قانونگذار، اصولاً می بایست براساس نرخ بیمه های مسئولیت عمومی محاسبه می شد، زیرا در واقع تمام انواع بیمه نامه های مسئولیت مدنی، مسئولیت بیمه گذار در قبال اشخاص ثالث را پوشش می دهد. (شخص ثالث هر شخصی است بجز بیمه گر و بیمه گزار) با این توضیح که در بیمه های مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، اشخاص ثالث محدود به کارکنان بیمه گذار می باشد، در بیمه نامه مسئولیت مدنی تولید کننده، اشخاص ثالث محدود به استفاده کنندگان و در بیمه نامه مسئولیت حرفه ای اشخاص ثالث محدود به کسانی است که از خدمات حرفه ای وی استفاده می نمایند. بنابراین هر سه رشته کارفرما، تولید و حرفه ای منشعب از بیمه نامه مسئولیت مدنی عمومی می باشند و بدیهی است در مواردی که مقرراتی برای هر یک از سه رشته مذکور وضع نشده باشد باید آنرا تابعی از بیمه نامه مسئولیت مدنی عمومی (زادگاه آنها) دانست. در حالی که با تصویب این آیین نامه این رشته در زمره بیمه نامه های مسئولیت حرفه ای قلمداد شده و کارمزد اتکایی آن باید بر اساس نرخ بیمه مسئولیت مدنی حرفه ای محاسبه گردد.

بنابراین پیشنهاد می شود با حذف واژه «حرفه ای» از نام آیین نامه و بند 11 از ماده دو، آنرا به "شرایط عمومی بیمه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان" تغییر دهد.

7 - P.L.I.: Professional Liability Insurance./PII: Professional Indemnity Insurance

8- شرکتهای بیمه موظفند بخشی از حق بیمه های دریافتی از بیمه گذاران را به بیمه مرکزی پرداخت نمایند که به این کار اتکایی اجباری می گویند. بیمه مرکزی درصدی از حق بیمه دریافتی از شرکتهای بیمه را تحت عنوان کارمزد اتکایی مجدداً به شرکتهای بیمه می پردازد.

9- شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۷۲ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۰۷/۱۱ "آیین‌نامه نحوه واگذاری بیمه‌های اتکایی اجباری و میزان کارمزد و مشارکت در سود آن" را مشتمل بر ۲۰ ماده و ۱۱ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود:

ماده ۱- ...

ماده ۱۰ - در مورد بیمه‌هایی که مؤسسه بیمه صادرکننده بیمه‌نامه، کلیه هفتادوپنج درصد مازاد سهمیه اتکایی اجباری را در تعهد خود نگه می‌دارد نرخ کارمزد اتکایی قابل پرداخت به شرح زیر تعیین می‌شود:

۲۲	بیمه‌های مسئولیت مدنی عمومی	۱۲
۱۷	بیمه‌های مسئولیت‌های مدنی حرفه‌ای	۱۳





## 5. اساس بیمه نامه:

ماده یک<sup>۱۰</sup> شرایط عمومی به این عبارت ختم می شود "آن قسمت از پیشنهاد بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نبوده و همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن کتباً به بیمه گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود" این در حالی است که روند فعلی صدور انواع بیمه نامه ها بدینسان می باشد که ابتدا متقاضی بیمه (بیمه گذار بالقوه) ایجاب را از طریق تکمیل فرم پیشنهاد به بیمه گر ارائه می دهد. سپس بیمه گر شرایط خارج از چهارچوب بیمه نامه یا شرایطی که به هر دلیل مورد پذیرش وی نمی باشد را عمدتاً از طریق تلفن یا شفاهی به بیمه گذار اعلام می کند و پس از چندین و چندبار تبادل اطلاعات در نهایت ایجاب جدیدی این بار از سوی بیمه گر از طریق اعلام نرخ و شرایط که آنهم می تواند به صورت کتبی یا شفاهی باشد به بیمه گذار ارائه می شود و کمتر پیش می آید که بیمه گر آن قسمت از پیشنهاد بیمه گذار را که مورد قبولش نیست همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن کتباً به بیمه گذار اعلام کند. قبول نیز عمدتاً بصورت شفاهی/تلفنی از سوی بیمه گذار اعلام می شود و در نهایت بیمه نامه ای صادر می شود که گاهی به حد قابل توجهی با ایجاب اولیه متفاوت می باشد، که البته مورد قبول بیمه گذار هم بوده است. حتی پرداخت حق بیمه را نیز می توان اماره ای بر این قبول دانست.

این روند که به منظور تسریع در فرایند صدور بیمه نامه رخ می دهد و لازمه سبک زندگی امروزی است، تلویحاً مورد توافق هر دو طرف قرارداد می باشد. از سوی دیگر هنر حقوق (قانونگذار= در اینجا شورای عالی بیمه) تقنین رویه های معقول و متداول بین افراد جامعه می باشد نه ابداع رویه غیرمتعارف. اگرچه نمی توان عبارت انتخاب شده توسط شورا را ابداعی غیر متعارف نامید، اما شاید مصداقی از بی توجهی به مقتضیات زمانه باشد. زیرا تصور کنید اعمال این بند از سوی بیمه گری که روزانه صدها هزار بیمه نامه صادر می کند به فرض امکانپذیر بودن، چقدر بر هزینه تمام شده بیمه نامه که در نهایت تحت عنوان حق بیمه به بیمه گذار تحمیل خواهد شد، می افزاید.

پیش از تصویب این آیین نامه، عبارت «اگر مفاد بیمه نامه و اوراق الحاقی با موافقتهایی که بین طرفین بعمل آمده مطابقت نداشته باشد، بیمه گذار موظف است ظرف مدت ده روز تغییر و تصحیح آنها را کتباً تقاضا نماید. در غیر اینصورت اوراق مذکور در فوق قبول شده تلقی خواهد شد» در شرایط عمومی درج می شد که ضمن نداشتن ایرادات فوق الذکر توپ را به زمین طرفی می انداخت که با یک بیمه نامه مواجه هست نه صدها هزار آنهم نه همه بیمه گذاران بلکه تعداد بسیار اندکی از آنها. با این بند عملاً بیمه نامه به عنوان توافق نهایی طرفین مورد استناد قرار می گرفت و بر فرم پیشنهاد ارجح بود و رجوع به فرم پیشنهاد اولیه صرفاً محدود به مواردی خاص می شد. در حالی که رویکرد آیین نامه تمرکز بر فرم پیشنهاد می باشد.

10- ماده ۱- اساس بیمه نامه: این بیمه نامه بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه، سال ۱۳۱۶ و سایر قوانین و مقررات مرتبط و پیشنهاد کتبی بیمه گذار (که جزء لاینفک این بیمه نامه می باشد) تنظیم گردیده و مورد توافق طرفین می باشد. آن قسمت از پیشنهاد بیمه گذار که مورد قبول بیمه گر نبوده و همزمان با صدور بیمه نامه یا قبل از آن کتباً به بیمه گذار اعلام گردیده است، جزء تعهدات بیمه گر محسوب نمی شود.





افزونتر اینکه با وجود ماده 13 آیین نامه که بیان می دارد "هرگاه مفاد بیمه نامه و اوراق الحاقی با موافقت هایی که بین طرفین به عمل آمده است مطابقت نداشته باشد بیمه گذار موظف است ظرف ۱۵ روز از تاریخ دریافت بیمه نامه یا الحاقیه بطور کتبی تقاضای اصلاح نماید وگرنه اوراق مذکور قطعی تلقی خواهد شد" تناقض آشکاری بین این دو ماده وجود دارد.

## 6. بیمه گذار:

بر اساس بند 2 ماده 3 از فصل اول شرایط مصوب<sup>11</sup>، بیمه گذار عبارت است از "هر شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می کند و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد". این عبارت که شورا آنرا عیناً در شرایط عمومی بیشتر بیمه نامه ها از جمله بیمه باربری (آیین نامه شماره 79)، بیمه مسئولیت حرفه ای پزشکان (آیین نامه شماره 82) و بیمه حوادث اشخاص (آیین نامه شماره 84) نیز به کار برده، معمولاً در مباحث مقدماتی بیمه و با هدف تفکیک دو اصطلاح بیمه گر و بیمه گذار برای نوآموزان بیمه به کار می رود و نمی توان چندان ارزش حقوقی برای آن قائل شد. بدیهی است وقتی بحث از شرایط تخصصی یک رشته می باشد باید اینگونه تعاریف مقدماتی را کنار نهاد و به تبیین چهارچوبی پرداخت که بیمه گذار این رشته را از سایر رشته ها متمایز سازد. اینکه بیمه گذار کسی است که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد نموده و متعهد پرداخت حق بیمه می باشد، تعریف بیمه گذار به معنای عام آن است، در حالی که ما در این آیین نامه در پی تعریفی خاص از بیمه گذار بیمه مسئولیت، آنهم از نوع کارفرما در قبال کارکنان هستیم. لذا بهتر بود شورا در تعریف این اصطلاحات تخصصی که همیشه ابهاماتی هم در پی داشته، با ارائه تعریف دقیق تر به مشخص نمودن اشخاصی که می توانند به خرید این نوع بیمه نامه اقدام کنند می پرداخت و برای همیشه پاسخ پرسشهایی که همواره بین واسطه های فروش (نمایندگان و کارگزاران بیمه) و بیمه گران مطرح می شود و هر شرکت بیمه ای از ظن خود پاسخ می دهد، را روشن می ساخت. از جمله این پرسشها می توان به این موارد اشاره نمود:

- "با توجه به اینکه «اشخاص مشمول قانون استخدام کشوری و یا سایر قوانین و مقررات خاص استخدامی و نیز کارگران کارگاه های خانوادگی که انجام کار آنها منحصراً توسط صاحب کار و همسر و خویشاوندان نسبی درجه یک از طبقه اول وی انجام می شود، مشمول مقررات قانون کار نیستند» (عراقی، 112:1386) آیا کارفرمایان این اشخاص می توانند اقدام به خرید این بیمه نامه نمایند؟
- آیا کسی که می خواهد مسئولیت خود در قبال کارآموزان را تحت پوشش قرار دهد نیز می تواند این بیمه نامه را بخرد؟
- آیا کسی که یک نظافتچی را به خانه اش دعوت می کند، می تواند برای تحت پوشش قراردادن مسئولیت خود در قبال وی این بیمه نامه را خریداری نماید؟
- تکلیف شرکتهای تامین نیرو و مامور پذیر چیست؟
- آیا مدیر آژانس ها می توانند با خرید این بیمه نامه مسئولیت خود را در قبال رانندگان تحت پوشش قرار دهد؟

11- ماده 2- تعاریف و اصطلاحات: اصطلاحات زیر در این شرایط عمومی با تعریف مقابل آن به کار رفته است: 1- ... 2- ... 3- بیمه گذار: هر شخص حقیقی یا حقوقی که قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می کند و متعهد به پرداخت حق بیمه می باشد.





جالب اینجاست که شورا در بند 2 ماده 2 آیین نامه شماره 53، (شرایط عمومی بیمه نامه بدنه خودرو)، بیمه گذار بیمه نامه بدنه خودرو را چنین تعریف نموده است: «شخص حقیقی یا حقوقی است که مالک موضوع بیمه است یا به یکی از عناوین قانونی، نمایندگی مالک یا ذینفع را داشته یا مسئولیت حفظ موضوع بیمه را از طرف مالک دارد و قرارداد بیمه را با بیمه گر منعقد می کند و متعهد پرداخت حق بیمه آن می باشد».

جالبتر اینکه پیامد پذیرش تعریف ارائه شده از سوی شورا برای بیمه گذار بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان این است که بیمه گر نیز هر شخصی! است که با دریافت حق بیمه از بیمه گذار متعهد پرداخت خسارت می باشد. این تعریف از بیمه گر با ماده یک قانون بیمه<sup>۱۲</sup> نیز منطبق است اما شورا به درستی از آن صرف نظر نموده و در تعریف بیمه گر پا را از این تعریف مقدماتی فراتر گذاشته و بیمه گر را چنین تعریف نموده است: "بیمه گر مؤسسه بیمه ای است که دارای پروانه فعالیت از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران بوده و مجاز به انجام عملیات بیمه در این رشته است"، که ضمن رفع ابهام موجود در ماده یک قانون بیمه در خصوص بیمه گر، ابتدا با حذف اشخاص حقیقی، افراد مشمول این تعریف را، محصور به اشخاص حقوقی نموده و سپس از بین اشخاص حقوقی نیز تنها موسسات بیمه دارای مجوز از بیمه مرکزی را برای عقد این قرارداد برگزیده است. رویه ای که شایسته بود در تعریف بیمه گذار نیز رعایت می شد.

ممکن است باستناد عبارت صدر ماده دو که بیان می دارد "اصطلاحات زیر در این شرایط عمومی با تعاریف مقابل آن بکار رفته"، بیان شود که این تعریف یک تعریف قراردادی است و نمی توان به آن ایراد گرفت و یا شورا عامدانه به این تعریف بسنده کرده و قصدش این بوده که بیان کند برای احراز سمت بیمه گذار در قرارداد بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، داشتن همین دو ویژگی کافی است. اما این توجیه مورد پذیرش نیست، زیرا در این صورت شورا می بایست بلافاصله پس از تعریف بیمه گذار به تعریف "بیمه شده" می پرداخت. در واقع (بر خلاف تصور عموم)، بیمه شده در بیمه های مسئولیت، شخصی است که دین احتمالی آتی او تحت پوشش بیمه قرار گرفته است. اگر چه بیشتر مواقع این دو نقش در یک شخص تجلی می یابد ولی لزوماً «بیمه شده همیشه همان بیمه گذار نیست» (کاتوزیان و ایزانلو، 4:1387) و می تواند طرف قرارداد بیمه نیز نباشد. این کار در رویه جاری کشور بسیار معمول است. اگر چه به اشتباه آن را سایر بیمه گذاران می نامند. نمونه بارز آن قرارداد بیمه مسئولیتی است که سازمان نظام مهندسی یا نظام پزشکی به عنوان بیمه گذار با شرکت بیمه منعقد می نماید و در آن مسئولیت اعضای خود را تحت پوشش بیمه قرار می دهد. یا در بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، برخی پوششهای تکمیلی که در آنها بیمه گذار با پرداخت حق بیمه اضافی، مسئولیت پیمانکار و مهندس ناظر را در قبال کارگر آسیب دیده تحت پوشش بیمه نامه خود قرار می دهد.

بنابراین یا باید تعریف تخصصی از بیمه گذار بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان ارائه نمود که در آن تعریف به صراحت مشخص شود این بیمه نامه را به چه کسانی می توان فروخت، و یا در صورت پذیرش تعریف ارائه شده از سوی شورا برای اصطلاح بیمه گذار، باید تعریف و تبصره زیر را به عنوان بند سه ماده سه به آیین نامه افزود:

12- ماده 1 - بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می کند در ازاء پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد. متعهد را بیمه گر طرف تعهد را بیمه گذار وجوهی را که بیمه گذار به بیمه گر می پردازد حق بیمه و آنچه را که بیمه می شود موضوع بیمه نامند.







«بیمه شده: عبارت است از شخص/اشخاص حقیقی یا حقوقی که مسئولیت مدنی وی/آنها در چهارچوب شرایط بیمه نامه تحت پوشش قرار گرفته است»

«تبصره: در این قرارداد بیمه گذار، بیمه شده نیز می باشد مگر اینکه خلاف آن شرط شده باشد».

9 | ص

هدف از درج این تبصره پیشگیری از سوء استفاده احتمالی بیمه گر در محروم نمودن بیمه گذار از پوشش بیمه ای به استناد تعریف ارائه شده توسط شورا می باشد، بویژه هنگامی که به تحت پوشش بودن مسئولیت سایر اشخاص همچون پیمانکار و مهندس ناظر تصریح شده باشد. جای خالی این تعریف (بیمه شده) زمانی محسوس تر خواهد شد که در غیاب آن، به اشتباه، کارکنان به عنوان بیمه شدگان مورد خطاب قرار گیرند!!

## 7. کارکنان:

بند چهار ماده دو<sup>۱۳</sup> به تعریف "کارکنان" اختصاص داده شده و آنان را "افرادی که در ازای انجام کار موضوع بیمه از بیمه گذار حق العمل اعم از حقوق و مزد، سهم سود و یا سایر مزایا دریافت می نمایند ... " معرفی و با این تعریف زمینه را برای طرح دو پرسش مهیا نموده است:

- نخست اینکه آیا منظور از کارکنان همان کارگران و کارمندان می باشد و یا فراتر از آن است و هر کسی که در محل فعالیت بیمه گذار و برای وی مشغول به کار می باشد را دربرمی گیرد؟ مانند پیمانکاران و مهندسان ناظر و مشاور و مجری و ... .
- دوم اینکه اگر کارگری حقوق، مزد یا ... خود را از شخصی غیر از بیمه گذار دریافت نماید، آیا از شمول این تعریف خارج می باشد؟

بررسی این دو مورد را با مقدمه ای آغاز می کنیم:

قانونگذار در ماده دو قانون کار، تعریف فوق را برای اصطلاح "کارگر" به کار برده ولی بلافاصله در مواد بعدی گاهی از کارگران و گاهی از کارکنان استفاده نموده است. این بدان معناست که در ادبیات حقوقی مربوط به این رشته، منظور از "کارکنان"، همان کارگران می باشد. بنابراین پاسخ پرسش اول این است که منظور شورا از کارکنان چیزی فراتر از کارگران نیست و بنابراین پیمانکار و مهندس ناظر و ... را دربر نمی گیرد. در ضمن همین که الگوی به کار رفته در این آیین نامه برای تعریف کارکنان، همان الگوی به رفته در قانون کار<sup>۱۴</sup> برای تعریف کارگر می باشد نیز موید همین معناست. اما شاید دلیل اصلی شورا برای استفاده از واژه "کارکنان" به جای "کارگران"، این بوده که هم شامل کارگران اعم از کارگران جسمی و فکری و هم شامل کارمندان (اداری) گردد. هرچند که جای چنین نگرانی ای نبود، زیرا «بنابر مواد 466، 467 و 512 و 513 قانون مدنی می توان گفت که کارگر یا اجیر کسی است که در مقابل دریافت عوضی که به آن اجرت می گویند منفعت عمل خویش را به

13- 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 بیمه گذار حق العمل اعم از حقوق و مزد، سهم سود و یا سایر مزایا دریافت می نمایند و یا مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه نامه درج شده است. تبصره- در صورتیکه بیمه گذار شخص حقوقی باشد، اعضای هیات مدیره و مدیرعامل شرکت نیز می توانند جزء کارکنان تحت پوشش بیمه نامه باشند.

14- ماده 2 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 می کند.





دیگری که مستأجر نامیده می‌شود تملیک می‌نماید. این تعریف شامل هر کسی می‌شود که منفعت کار خود را در مقابل عوضی معامله می‌کند، کاری را که انجام می‌دهد، خواه یدی باشد یا فکری ...» (اباذری فومشی، 1386: 57). ولی به نظر می‌رسد شورا اصل احتیاط را در پیش گرفته و انتخاب مناسبی نموده است.

نکته دیگر این بند آن است که مشخص نیست چرا شورا در این تعریف که بازتابی از تعریف کارگر در قانون کار 1369 می‌باشد، به جای واژه "حق السعی" که بسیار معمول و متداول است، "حق العمل" را به کار برده است. اگر چه حق العمل در لغت به معنای مزد کار نیز آمده است ولی می‌توان بر این باور بود که از زمان تصویب قانون تجارت، از آنجا که طبق ماده 357 این قانون، حق العمل کار، کسی است که به اسم خود ولی به حساب دیگری (آمر) معاملاتی کرده و در مقابل حق العملی دریافت می‌دارد، بنابراین این واژه (حق العمل) اصطلاحی تخصصی شده (منقول) و نمی‌توان در متون حقوقی بدون توجه به معنای تخصصی، آنرا در معنای لغوی به کار برد.

پرسش دیگر اینکه چرا شورا این تعریف (ماده 2 قانون کار) را که همیشه مورد انتقادهای شدید صاحب‌نظران بوده، الگوی خود قرار داده است و تعریفی ارائه داده که به جامع و مانع بودن آن اشکال وارد است. عدم مانعیت از این جهت که پیمانکار که در کارگر نبودن آن شکی نیست، ولی چون در ازای انجام کار از کارفرما مزد دریافت می‌نماید، در شمول این تعریف قرار می‌گیرد، در حالی که می‌دانیم «کسانی را که به طور مستقل و برای خود کار می‌کنند و در انجام کار از کسی دستور نمی‌گیرند، نمی‌توان کارگر محسوب نمود.» (اباذری فومشی، 1386: 58) و عدم جامعیت از این نظر که کارگران پیمانکار که مزد خود را از پیمانکار می‌گیرند، نه از کارفرما (بیمه‌گذار) خودبخود و نامنصفانه از شمول این تعریف خارجند. شورا می‌توانست یا با گنجانیدن عبارتی در خصوص تبعیت حقوقی بخشی از این ایراد را برطرف سازد و یا بدون ورود به جزئیات و سکوت در ارائه تعریف کارکنان، آنرا به قوانین تخصصی (قانون کار) و رویه قضایی محول کند. بخصوص با در نظر گرفتن رأی وحدت رویه شماره 236 مورخ 84/5/30 که «محل تأمین دستمزد مربیان-که از محل شهریه دریافتی بوده است- را به عنوان دلیلی بر فقدان رابطه کارگری و کارفرمایی قلمداد نموده است.» (رفیعی، 1392: 6)

اداره بهداشت و ایمنی بریتانیا<sup>15</sup> برای رهایی از این تنگنا در راهنمای خود چنین آورده است: "اینکه تمایل داشته باشی یا نه که قرارداد خود را قرارداد استخدام یا خدمات بنامی هیچ اهمیتی ندارد. آنچه مهم است ماهیت رابطه با کسانی که برای تو کار می‌کنند و نوع و میزان کنترل تو بر کاری است که انجام می‌دهند"<sup>16</sup>

شورا در بخش پایانی این تعریف با درج عبارت اشتباه و غیر ضروری «... و یا مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درج شده است»، نقص این تعریف را به حد کمال رسانده است! در واقع بر اساس این تعریف، کارکنان از دو گروه تشکیل می‌شوند:

- گروه اول کسانی که در ازای انجام کار موضوع بیمه از بیمه‌گذار مزد دریافت می‌نمایند. یا
- گروه دوم کسانی که مشخصات آنها در شرایط خصوصی بیمه‌نامه درج شده است.

<sup>15</sup> - Health and Safety Executive.

<sup>16</sup> - 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.





مطمئناً گروه دوم شامل کسی که در ازای انجام کار از بیمه‌گذار مزد دریافت می‌نماید، نیست! زیرا گروه اول تنها دارای یک ویژگی می‌باشد (کارکردن برای بیمه‌گذار برای دریافت مزد)، بدیهی است با کاربرد حرف "یا" تعریف گروه جدید زمانی منطقی است که دارای آن ویژگی نباشد. پس کارکنان بر اساس بخش دوم تعریف ارائه شده از سوی شورا، می‌تواند هرکسی باشد!! تنها کافی است نام او در شرایط خصوصی بیمه نامه درج شده باشد و اینکه برای بیمه‌گذار کار می‌کند یا نه اهمیتی ندارد. و این می‌تواند ابزاری برای سوء استفاده از بیمه نامه باشد. در بیمه نامه شرکت بیمه «زوریخ» کارکنان چنین تعریف شده است:

"در این بیمه نامه کارکنان عبارتند از:

1- هر استادکار یا پیمانکار فرعی یا هر کارگر زیر مجموعه آنها.

2- اشخاص خویش فرما.

3- افرادی که طرح کارآموزی سپری می‌کنند.

4- هر شخص که بیمه‌گذار وی را استخدام یا از کارفرمای دیگر قرض گرفته باشد." ۱۷

در شرایط عمومی پیشین بیمه‌گران ایرانی نیز با این ذهنیت که نوع «ارتباط قراردادی فیما بین کارفرما و کارگر، رافع یا محدود کننده مسئولیت کارفرما در مقابل کارکنان ... نمی‌باشد» (حیدری، 1381:19)، چنین عبارتی درج شده بود: " منظور از کارکنان کلیه کسانی اعم از رسمی، پیمانی، روزمزد، یا قراردادی است که بصورت تمام وقت یا پاره وقت در پروژه مورد بیمه فعالیت دارند". با توجه به مطالب فوق، تعریف پیشنهادی ما برای واژه کارکنان بدین شرح می‌باشد:

"کارکنان: عبارت است از کسانی که بر اساس یک قرارداد استخدامی، پیمانی، روزمزد و یا هر نوع قرارداد کار متداول در کشور، ضمن داشتن تبعیت حقوقی از بیمه‌گذار یا بیمه‌شدگان، در ازای انجام فعالیت مندرج در بیمه نامه، مزد دریافت می‌نمایند. "تبصره: کارآموزان، کارکنان نیمه وقت و پیمانکار جزء نیز جزء کارکنان محسوب می‌شود ولی این تعریف سایرین را شامل نمی‌شود"

ولی چنانچه تمایل بر اخراج پیمانکار جزء از شمول کارکنان باشد، می‌توان تبصره را بدین گونه تغییر داد: "تبصره: کارآموزان و کارکنان نیمه وقت نیز جزء کارکنان محسوب می‌شوند ولی سایرین، حتی پیمانکار جزء، کارگر محسوب نمی‌شود".

تنها ایراد وارد به این تبصره این است که با توجه به ویژگی قوانین امری (مفاد قانون کار)، در جایگاه شورای عالی بیمه نمی‌توان حکم به کارگر بودن یا نبودن پیمانکار جزء صادر نمود. بنابراین راهکار بهتر درج در استثنائات بیمه نامه می‌باشد.

17 - 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





در تبصره ذیل این بند<sup>۱۸</sup> نیز عبارت نادرست "کارکنان تحت پوشش بیمه نامه" به کار رفته است. در حالی که می دانیم کارکنان تحت پوشش این بیمه نامه نیستند بلکه آنکه تحت پوشش قرار گرفته کارفرما و به عبارت دیگر مسئولیت کارفرماست و لاغیر.

## 8. کار موضوع بیمه:

در بند شش همان ماده شورا اقدام به تعریف کار موضوع بیمه نموده است<sup>۱۹</sup>. این بند از دو منظر قابل بررسی است. اما پیش از پرداختن به آنها ذکر یک مقدمه ضروری است و آن اینکه: مبنای بیمه گران برای سنجش ریسک و محاسبه حق بیمه این رشته، اطلاعات اعلام شده از سوی بیمه گذار در فرم پیشنهاد بیمه می باشد. از میان آن اطلاعات، تعداد کارکنان (یا مترائز در فعالیتهای ساختمان سازی) و بویژه نوع فعالیت، بیشترین تاثیر را در محاسبه حق بیمه دارد و اهمیت آن به حدی است که گاهی بیمه گر با توجه به نوع فعالیت اعلام شده از سوی بیمه گذار، از قبول ریسک خودداری نموده یا با درج شرایطی خاص در بیمه نامه آنرا می پذیرد. عدم ارائه اطلاعات صحیح در موارد اینچنینی اعم از اینکه از روی عمد یا غیر عمد باشد، ضمانت اجرای خاص خود را دارد. قانونگذار نیز با اطلاع از اهمیت این موضوع، ابتدا در ماده 12 قانون<sup>۲۰</sup> بیمه 1316 حکم به ابطال موارد ناشی از عمد - ولو غیر موثر در حادثه- داده و سپس برای موارد غیر عمد منجر به حادثه، در ذیل ماده<sup>۲۱</sup> 13 با ذکر عبارت " ... خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار خطر بطور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت"، برخلاف آنچه ادعا شده که در بیمه های مسئولیت به دلیل عدم وجود نص قانونی نمی توان خسارت را کاهش داد، (ایرانلو، 1387: 76-77) ضمانت اجرای اعمال قاعده نسبی حق بیمه را مقرر نموده است. در ضمن، ماده ده<sup>۲۲</sup> همین آیین نامه نیز در خصوص اعلام غیر واقعی تعداد کارکنان، حکم به اعمال همین قاعده داده است.

حال با در نظر گرفتن این مقدمه، دو موضوع در خصوص این بند قابل طرح است: نخست اینکه اگر چه به راحتی می توان حدس زد که هدف شورا از درج این بند، حذف پوشش تکمیلی "فعالتهای غیر مرتبط" از بیمه نامه مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان بوده و بدین سان خواسته محدود کردن تعهد بیمه گر به حوادث ناشی از فعالیت مندرج در بیمه نامه، که شرکتهای بیمه تا پیش از تصویب این آیین نامه اعمال می نمودند، را حذف کند، اما در واژه گزینی به خطا رفته. زیرا «اضافه

18- تبصره- در صورتیکه بیمه گذار شخص حقوقی باشد، اعضای هیات مدیره و مدیرعامل شرکت نیز می توانند جزء کارکنان تحت پوشش بیمه نامه باشند.

19- "6- کار موضوع بیمه: هر نوع وظیفه شغلی که بر حسب ارجاع کارفرما، کارکنان موظف به انجام آن هستند."

20- ماده ۱۲ - هرگاه بیمه گذار عمداً از اظهار مطالبی خودداری کند یا عمداً اظهارات کاذب بنماید و مطالب اظهار نشده یا اظهارات کاذب طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه گر بکاهد عقد بیمه باطل خواهد بود حتی اگر مراتب مذکوره تأثیری در وقوع حادثه نداشته باشد. در این صورت نه فقط وجوهی که بیمه گذار پرداخته است قابل استرداد نیست بلکه بیمه گر حق دارد اقساط بیمه را که تا آن تاریخ عقب افتاده است نیز از بیمه گذار مطالبه کند.

21- ماده ۱۳ - اگر خودداری از اظهار مطالبی یا اظهارات خلاف واقع از روی عمد نباشد عقد بیمه باطل نمی شود - در این صورت هرگاه مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع قبل از وقوع حادثه معلوم شود بیمه گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه گذار در صورت رضایت او دریافت داشته قرارداد را ابقاء کند و یا قرارداد بیمه را فسخ کند - در صورت فسخ بیمه گر باید مراتب را به موجب اظهار نامه یا نامه سفارشی دو قیسه به بیمه گذار اطلاع دهد اثر فسخ ده روز پس از ابلاغ مراتب به بیمه گذار شروع می شود و بیمه گر باید اضافه حق بیمه دریافتی تا تاریخ فسخ را به بیمه گذار مسترد دارد .

در صورتی که مطالب اظهار نشده یا اظهار خلاف واقع بعد از وقوع حادثه معلوم شود خسارت به نسبت وجه بیمه پرداختی و وجهی که بایستی در صورت اظهار خطر بطور کامل و واقع پرداخته شده باشد تقلیل خواهد یافت

22- 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 اینصورت پرداخت مابه التفاوت خسارت برعهده بیمه گذار خواهد بود.





کردن عبارت "موضوع بیمه" به برخی از اصطلاحات، بجا بکار برده نشده است و ابهام ایجاد می نماید چون در این نوع بیمه "کار"، نمی تواند موضوع بیمه باشد و مغایر مفاد ماده 4 قانون بیمه است» (الفی، 1392). بر اساس ماده 4 قانون بیمه مصوب 1316 "موضوع بیمه ممکن است مال اعم از عین یا منفعت یا هر حق مالی یا هر نوع مسئولیت حقوقی باشد" و کار موضوع بیمه معنای درستی نمی تواند داشته باشد. بیمه گران پیش از تصویب این آیین نامه، عبارت "موضوع فعالیت بیمه گذار" را به جای آن بکار می بردند که بسیار گویاتر بود.

دیگر اینکه همانطور که در مقدمه آمد، کارکرد اصلی کار موضوع بیمه، تعیین میزان ریسک برای بیمه گر می باشد. در حالی که "هر نوع وظیفه شغلی که بر حسب ارجاع کارفرما، کارکنان موظف به انجام آن هستند" ضمن اینکه احتمال آسیب کارکنان به سبب گمارده شدن به فعالیت‌هایی که در آن تخصصی ندارند را افزایش می دهد، هیچ اطلاعاتی در اختیار بیمه گر برای سنجش میزان ریسک و به تبع آن محاسبه حق بیمه قرار نمی دهد. لذا تناسب عوضین این عقد را در هاله ای از ابهام فرو می برد. گرچه بیمه در زمره عقود تسامحی است و علم اجمالی طرفین برای اعتبار صحت آن کافی، اما چنانچه غرر در عقد بیمه عرفاً قابل تسامح نباشد، آن عقد باطل است<sup>۲۳</sup>.

لازم به ذکر است که نوع فعالیت یا به تعبیر شورای عالی بیمه "کار موضوع بیمه" رکن کلیدی و اساسی برای تعیین عوضین این عقد می باشد. زیرا بیمه گر پس از اطلاع از نوع کاری که قرار است در مدت زمان اعتبار بیمه نامه به کارگر ارجاع داده شود، بر اساس جدول طبقات شغلی، میزان ریسک کار را بر آورد و نرخ آنرا استخراج نموده و حق بیمه (عوض معامله) را تعیین می نماید و علم اجمالی به آن را نمی توان مشمول موارد خاصه مندرج در ماده 216 ق.م. ۲۴ نمود و برای صحت عقد کافی دانست. در این خصوص می توان به بند دو ماده 233 ق.م. ۲۵ اشاره نمود. گرچه ماده مذکور در مقام بیان شروط باطل و مبطل عقد می باشد، اما در مقایسه شرط با ما نحن فیه (عوامل موثر بر ریسک)، ویژگی خاصی بر شرط متصور نیست، لذا می توان بند دو ماده فوق را به هر عاملی که جهل به آن موجب جهل به عوضین شود تسری داد.

در خصوص نگرانی مطرح شده در ابتدای این مطلب درباره محدود شدن تعهد بیمه گر به حوادث مرتبط با فعالیت بیمه گذار و عدم تسری آن به فعالیت‌های غیر مرتبط (جانبی) که به نظر می رسد یکی از دغدغه های شورا بوده است، نیز با وجود تبصره ذیل بند هفت که مقرر داشته "کلیه حوادثی که در جریان امور روزمره و جاری و در محل استراحت و غذاخوری و نظافت و امثال آن در محدوده مکانی موضوع بیمه برای کارکنان اتفاق می افتد، حادثه موضوع بیمه تلقی می گردد" این نگرانی برطرف می شود.

جای تاسف اینجاست که این بند که مجوزی است برای کارفرمایان فاقد حسن نیت، جایگزین بندی شده که بیمه گران بر اساس تجربه ای که از رای معروف مورخ 21 اوت 1844 محکمه تجارت پاریس<sup>۲۶</sup> به دست آورده بودند، برای پیشگیری از

23- رجوع کنید به: اشکالات فقهی صحت عقد بیمه. به نشانی <http://www.vjiran.com>

24- مورد معامله باید بیمه نباشد مگر در موارد خاصه که علم اجمالی به آن کافی است.

25- ماده 233 - شروط مفصله ذیل باطل و موجب بطلان عقد است: 1 - ... 2 - شرط مجهولی که جهل به آن موجب جهل به عوضین شود.

26- در سال 1852 کمپانی بیمه اتومدن (automedon) و کمپانی لاسن (la seine) مسئولیت مالکین اسبها و کالسکه ها و درشکه ها و چهارچرخه ها را در مقابل خسارت مالی و جانی که بسبب آنها به اشخاص ثالث وارد می کردند بیمه نمودند. بعلاوه اختلافاتی که مابین بیمه گذاران و کمپانیهای بیمه در خصوص قراردادهای بیمه مسئولیت حقوقی ایجاد شده بود موضوع بیمه مسئولیت در محاکم فرانسه مطرح گردید و سندیت و اعتبار اینگونه قراردادهای از نظر قضایی مورد بحث واقع شد و نظریات





تبدیل شدن بیمه نامه مسئولیت به ابزاری برای تشویق افراد به غفلت و مسامحه کاری می آوردند و بیمه گذار را از بکار گماردن کارکنان در مشاغلی که مهارتی در آن ندارند منع می نمودند!! «همین نگرانی [تبدیل شدن بیمه مسئولیت به ابزاری برای به خطر انداختن دیگران] منجر به مقاومت‌های جدی در مقابل فروش بیمه های مسئولیت شد» (شاول، 2006:166) زیرا نمی توان منکر این شد که «انتقال هزینه خطاکاری از دوش مرتکب به بیمه گر و از آنجا به جامعه، قانون مسئولیت مدنی را از اهداف عالی خود [که بازدارندگی می باشد] باز می دارد» (واگنر، 2006:278) در واقع «جبران خسارت بصورت پرداخت مبلغی پول، هرچند مهم ترین هدف مسئولیت مدنی در ارتباط با زیان‌دیده است، [اما] تنها هدف نیست و در کنار آن رفع تجاوز نسبت به حقوق زیان‌دیده و جلوگیری از ورود خسارت به وی در آینده نیز مطرح است» (بادینی، 1383، ص55). لذا پیشنهاد می شود به جای کار موضوع بیمه از عبارت "موضوع فعالیت" با تعریف زیر استفاده شود:

موضوع فعالیت: عبارت است از عنوان شغلی که بیمه گذار قصد دارد مسئولیت خود را در آن شغل تحت پوشش این بیمه نامه در آورد. مانند ساخت سازه های فلزی، تولید قطعات خودرو، ساختمان سازی و ...

## 9. حادثه موضوع بیمه:

حادثه موضوع بیمه در بند هفت از ماده دو 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، ازکارافتادگی یا فوت کارکنان گردد و بیمه‌گزار مسئول جبران خسارت یا پرداخت غرامت ناشی از آن شناخته شود".

شورا در این بند قصد تعریف حوادث ناشی از کار را داشته که در واقع "مقصود خسارت هنگام کار یا به مناسبت آن است که بطور متعارف از اجرای کار ناشی می شود". (قاسم زاده، 66:1388). شایسته یادآوری است که بیمه گران در شرایط پیشین، حادثه را به تبعیت از آیین نامه شماره 43 شورای عالی بیمه (شرایط عمومی بیمه درمان)<sup>27</sup> عبارت از هر واقعه ناگهانی بیرونی می دانستند که خارج از اراده بیمه گذار (بیمه شده) باشد و در واقع آنرا در مقابل بیماری<sup>28</sup> قرار می دادند. 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، فتق، آپاندیس و ... را که در طول زمان ایجاد می شود و علاوه بر عوامل درونی نمی توان منکر تاثیر شرایط حاکم بر محیط کار در بروز آنها شد را از شمول این بیمه نامه خارج می ساختند<sup>29</sup>.

و عقاید مختلفی ابراز گردید. محکمه تجارت پاریس در تاریخ 21 اوت 1844 به این استدلال که این قراردادها برخلاف نظم عمومی و اصول اخلاقی بوده و مشوق افراد و غفلت و مسامحه کاری می‌باشد حکمی مبنی بر عدم اعتبار قراردادهای بیمه مسئولیت حقوقی صادر نمود و کهبانی (automedon) از این حکم استیناف داد و ...

27- بند 2- 4- 1- حادثه: عبارت است از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد واراده بیمه شده روی داده و موجب وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد.

28- بند 3- 4- 2- بیماری: بیماری عبارتست از هرگونه عارضه جسمی و اختلال در اعمال طبیعی و جهاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

29- رجوع کنید به: ریس، علی اکبر، 1386، ص6.





در نگاه اول به نظر می رسد که شورا با قید "رویدادی" (= هر رویداد) عملاً پیش فرض سابق بیمه گران را در هم شکسته و بدین سان خواسته همچون قانون بیمه اجباری مسئولیت کارفرما 1969 انگلستان<sup>30</sup> تعهد بیمه گر را به جبران خسارتهای ناشی از بیماری کارکنان نیز تسری دهد، زیرا اولاً هیچ توجیهی برای "رویداد" ندانستن بیماری نیست و ثانیاً بیماری نیز ممکن است باعث نقص عضو، از کارافتادگی و فوت گردد و ثالثاً سایر شرایط بیمه نامه بویژه بند یازده ماده دو (موضوع بیمه) و ماده 14 (پوششهای اصلی) به صراحت به جبران هزینه های پزشکی اشاره نموده است و چرا نتوان این هزینه ها را هزینه درمان بیماریهای کارکنان دانست؟! و از همه مهمتر، مفهوم مخالف بند یک ماده 21 می باشد. اما واقعیت غیر از این است. زیرا هم حادثه و هم بیماری واژگانی تثبیت شده در ادبیات بیمه کشور ما می باشند و شورا نیز در سایر آیین نامه ها به صراحت این دو اصطلاح را از یکدیگر تمیز داده و تمرکز این آیین نامه نیز صرفاً حادثه به همان معنای تعریف شده می باشد. افزون اینکه نویسنده نیز به عنوان دست اندرکار این رشته، نه در تجارب شخصی و نه به نقل از دیگران ندیده و نشنیده که کسی از محل بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان (چه پیش از تصویب این آیین نامه و چه پس از آن) ادعای دریافت هزینه های ناشی از بیماری را داشته باشد (البته این بحث شامل بیماریهای شغلی نمی شود).

در ضمن به جای عبارت عریض و طویل "صدمه جسمی، نقص عضو، از کارافتادگی یا فوت" نیز می توان اصطلاح "آسیب بدنی" را بکار برد.

#### 10. نقص عضو:

در بند 9 از ماده دو در راستای ابهام زدایی از اصطلاحات بکار رفته در بند 7 همان ماده اقدام به تعریف "نقص عضو"<sup>31</sup> شده است. گذشته از این ایراد که تعریف ارائه شده، تعریف نقص عضو دائم می باشد و نه نقص عضو به معنای عام<sup>32</sup> و با توجه به تفاوت بار معنایی این دو اصطلاح در ادبیات بیمه، شایسته بود در زمان تعریف به این تفاوت توجه می شد. اما نکته اصلی اینجاست که در این آیین نامه اصلاً نیازی به ارائه تعریف نقص عضو (اعم از دائم یا موقت) نمی باشد. این عبارت یادگار دوره ای است که هنوز قانون دیات تصویب نشده بود و بیمه گران بیمه های مسئولیت از اصطلاحات نقص عضو و از کار افتادگی استفاده می کردند و تنها در مواردی اقدام به پرداخت خسارت می نمودند که کارگر دچار نقص عضو، آنهم از نوع دائم می شد. در آن زمان در غیاب قانون مجازات اسلامی و قواعد دیه، دادگاهها بر اساس ماده 5 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 در ادامه همان ماده در تعیین میزان آن می افزاید " ... تشخیص این که به چه اندازه و تا چه میزان و تا چه مبلغ می توان از واردکننده زیان تأمین گرفت با دادگاه است." اقدام به صدور رای و تعیین غرامت نقص عضو و از کار افتادگی می نمودند و بیمه گران زمانه نیز برای ارائه پوشش بیمه ای در فرم

30- (1) Except as otherwise provided by this Act, every employer carrying on any business in Great Britain shall insure, and maintain insurance, under one or more approved policies with an authorized insurer or insurers against liability for bodily injury or disease sustained by his employees, and arising out of and in the course of their employment in Great Britain in that business, but except in so far as regulations otherwise provide not including injury or disease suffered or contracted outside Great Britain.

31- **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.

32- در ادبیات بیمه، نقص عضو به دو دسته نقص دائم و نقص عضو موقت تقسیم می شود. این اصطلاحات در حال حاضر در بیمه نامه های حوادث کاربرد دارد و تفاوت این دو نوع نقص عضو این است که اولاً نقص عضو دائم غیر قابل برگشت می باشد ولی نقص عضو موقت ماندگار نیست و ثانیاً تعهد بیمه گر به پرداخت غرامت نقص عضو در بیمه های حوادث، تنها برای زمانی است که بیمه شده دچار نقص عضو دائم گردد. ولی برای نقص عضو موقت غرامتی پرداخت نمی گردد.





پرسشنامه از متقاضی بیمه در خواست می کردند که میزان پوشش مورد نیاز خود برای غرامت فوت و نقص عضو کارکنان را تعیین نمایند و با تفکیک نقص عضو دائم از موقت در پی این بودند که به بیمه گذار و زیان‌دیده احتمالی این پیام را منتقل کنند که تنها نقص عضوایی تحت پوشش این بیمه نامه می باشد که حالت دائم داشته باشد. این روند هنوز هم در بیمه نامه های حوادث که خارج از حوزه بیمه های مسئولیت می باشد، جریان دارد. اما با تصویب قانون دیات، میزان مسئولیت اشخاص در قبال آسیب بدنی وارد به دیگران فارغ از اینکه آسیب های وارد به مجنی علیه موجب نقص عضو او شده باشد یا نه و بدون توجه به اینکه این صدمات ماندگار باشد یا نه، بر اساس قانون دیات محاسبه می گردد. «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 کارافتادگی و ... همگی به مفهوم صدمه بدنی باز می گردد که یا دیه مقدر دارد و یا ارش به آن تعلق می گیرد» (خدابخشی، 1388:34). و به عبارت دیگر «دیه شامل تمام اقسام خسارات [ناشی از آسیب] بدنی می شود.» (ایزنلو، 1388:37) ولی متأسفانه بعد از گذشت بیش از سه دهه، هنوز این تغییرات وارد ادبیات بیمه های مسئولیت نشده است و شورا شاید از بی خبری رویه اشتباه برخی بیمه گران را ملاک تدوین آیین نامه قرار داده است. آنچه در این بیمه نامه تحت پوشش قرار می گیرد مسئولیت بیمه گذار ناشی از آسیب بدنی کارکنان می باشد. لذا پیشنهاد می شود در اصلاح آیین نامه عبارات منسوخ از کار افتادگی، نقص عضو و غرامت نقص عضو حذف و اصطلاح دیه، ارش و آسیب بدنی جایگزین آنها گردد.

### 11. غرامت فوت و نقص عضو:

تعریف غرامت فوت و نقص عضو نیز حاصل خشت کجی است که در بند قبل نهاده شده است. غرامت مبلغی است که در بیمه های غرامتی (سرمایه ای) مانند حادثه و عمر و به دلیل غیر قابل جبران بودن رخداد پیش آمده به صورت مبلغی مقطوع پرداخت می شود.<sup>33</sup> در مقابل در بیمه های خسارتی، غرامت پرداخت نمی شود و بیمه گر متعهد جبران خسارت می باشد. بر خلاف تصور عمومی، بیمه مسئولیت جزء بیمه های خسارتی است و «تعهد بیمه گر در این بیمه نامه به جای پرداخت غرامت، جبران خسارتی است که بابت آسیب یا زیان شخص ثالث به بیمه گذار تحمیل می شود.» (عظیمی، 1389:15). زیرا بیمه گر بیمه مسئولیت هیچ تعهدی در قبال زیان‌دیده ندارد. لذا تعریف غرامت فوت و نقص عضو به "وجهی است که بیمه گر متعهد می گردد در صورت بروز صدمات جسمی یا فوت کارکنان ناشی از وقوع حادثه مشمول بیمه طبق شرایط این بیمه نامه به زیان‌دیده یا ذینفع بپردازد" که عیناً از روی تعریف ارائه شده در بیمه های اشخاص<sup>34</sup> برداشته شده، در بیمه های مسئولیت هیچ موضوعیتی ندارد.

### 12. موضوع بیمه :

شورا موضوع بیمه را که مهمترین بند قرارداد می باشد در بند 11 از همان ماده و با اشتباه ترین شکل ممکن آورده و آنرا عبارت از مسئولیت مدنی حرفه‌ای بیمه گذار در قبال پرداخت هزینه‌های پزشکی و غرامت صدمه جسمی، نقص عضو و فوت کارکنان بیمه‌گذار ناشی از حادثه موضوع بیمه اعلام داشته است.

33- رجوع کنید به: فرجادی، منوچهر، 1376، ص 72.

34- رجوع کنید به: دستیار، هادی، اصول و کلیات بیمه های اشخاص، ص 22.







این بند افزون بر ایرادات پیشین که در خصوص کاربرد واژه "حرفه ای" و عبارت "غرامت صدمه جسمی، نقص عضو" بحث شد، دارای اشتباه دیگری نیز می باشد و آن درج عبارت "هزینه های پزشکی" است که منجر به نقض اصل غرامت (که البته نام درست آن اصل زیان یا اصل خسارت واقعی می باشد) که از اصول اساسی بیمه های بازرگانی است شده.

«اصل غرامت یا اصل جبران خسارت بدین معناست که بیمه گذار یا اشخاص زیان دیده حق دارند در صورت وقوع خطر موضوع بیمه تا میزانی که زیان دیده اند، تاوان دریافت کنند» (محمود صالحی، 1381:115) از آنجا که «اصل جبران خسارت واقعی به بیمه های اشیاء (اموال) و مسئولیت اختصاص دارد» (کریمی، 1381:80)، می توان چنین استنباط نمود که بیمه گر نباید بیش از آنچه که در نبود بیمه مسئولیت به بیمه گذار تحمیل می شود، متعهد جبران خسارت گردد. به عبارت دیگر با ورود بیمه مسئولیت نباید میزان خسارت قابل پرداخت به زیان دیده افزایش یابد و «بیمه نباید محل ایجاد درآمد برای کسی باشد» (صالحی، 1390:200). باید دقت داشت که برخلاف تصور، در بیمه مسئولیت آنکه تحت حمایت بیمه قرار می گیرد، آسیب دیده نیست بلکه مورد بیمه (آنچه تحت پوشش قرار می گیرد) دینی است که ممکن است براساس قواعد مسئولیت در آینده به بیمه گذار تحمیل شود و با توجه به اینکه خرید بیمه نامه مسئولیت را نمی توان از مبانی ایجاد مسئولیت دانست (بجز در بیمه نامه های اجباری مسئولیت و آنهم تحت شرایط خاص)، و از آنجا که بیمه نامه مسئولیت مورد بحث ما از بیمه نامه های اختیاری است<sup>35</sup>، در این صورت میزان تعهد بیمه گر تابعی از حداکثر مسئولیت بیمه گذار بوده و هرگز از آن فراتر نخواهد رفت.

از نظر فقهی نیز «در حقوق اسلام غیر از دیه و ارش برای جبران خسارت بدنی مقرراتی وجود ندارد» (بادینی، 1392:334) رویه قضایی نیز این موضوع را تایید نموده است. چنانچه در رای صادره از شعبه نهم دادگاه تجدید نظر دادگستری کل استان لرستان که در تجدید نظر رای بدوی که تنها به استناد تحت پوشش بودن هزینه های پزشکی در بیمه نامه مسئولیت کارفرما، وی را مسئول پرداخت هزینه های پزشکی علاوه بر دیه و ارش دانسته بود، آمده "نظر به اینکه با وجود پرداخت دیه و ارش موجبی برای پرداخت هزینه های پزشکی وجود ندارد و از طرفی میزان دیه از میزان هزینه پزشکی بیشتر است ... لذا مبلغ ... (مربوط به هزینه های پزشکی) از دادنامه تجدید نظر خواسته حذف (می گردد)"

ممکن است ایراد شود که اگر بیمه گر متعهد جبران هزینه های پزشکی نمی باشد، پس چرا در زمان محاسبه حق بیمه، مبلغی نیز بابت جبران هزینه های پزشکی دریافت می دارد؟ پاسخ این است که همانطور که پیشتر گفته شد، در بیمه مسئولیت این بیمه گذار (کارفرما) است که تحت پوشش می باشد نه زیان دیده (کارکنان) و حق بیمه نیز از بیمه گذار دریافت می گردد نه از زیان دیده. بنابراین اگر هم با دریافت حق بیمه بابت جبران هزینه های پزشکی حقی ایجاد شده باشد، این حق برای بیمه گذار ایجاد شده نه زیان دیده. به عبارت دیگر بیمه گر حالتی را پیش بینی می کند که از مفهوم مخالف رای فوق الذکر استنباط می شود و آن این است که بدلیل قابل توجه بودن هزینه های پزشکی در مقایسه با دیه متعلقه به مصدوم، دادگاه بیمه گذار را به پرداخت هزینه های پزشکی مازاد بر دیه محکوم نماید. لذا بیمه گر با دریافت حق بیمه اضافی، مسئولیت بیمه گذار را برای چنین مواردی نیز تحت پوشش قرار می دهد.

35- برای مطالعه نظر مخالف مراجعه کنید به: خدابخشی، عبدالله، جبران خسارت کارگران در نظام مسئولیت مدنی، صص 283-284 و نظر موافق به: کاتوزیان، ناصر و ایزنلو، محسن، مسئولیت مدنی، جلد سوم، بیمه مسئولیت مدنی، صص 198.





قانون بیمه فرانسه نیز با بیان اینکه بیمه گر بیمه مسئولیت صرفاً زمانی متعهد است که در پی حوادث پیش بینی شده در بیمه نامه زیانی به شخص ثالث وارد و ادعایی از سوی وی مطرح شود، با قرار دادن بیمه گر در سایه بیمه گذار، تلویحاً این پیام را می رساند که میزان تعهد بیمه گر از میزان مسئولیت واقعی بیمه گذار فراتر نخواهد رفت<sup>36</sup>.

با رفع این ایراد، ایراد دیگری خودنمایی می کند و آن این است که حال که بیمه گذار ممکن است در شرایط خاص علاوه بر دیه به پرداخت هزینه های پزشکی نیز محکوم گردد، پس درج آن در موضوع بیمه از ابتدا کاملاً بجا بوده و ایراد مطرح شده از سوی نگارنده بر آن وارد نبوده است. اما واقعیت چیز دیگری است زیرا

- اولاً اگر شورا چنین قصدی داشت، با توجه به استثنا بودن پرداخت همزمان هزینه های پزشکی و دیه، شایسته بود مطابق اصول قانون نویسی ابتدا به بیان اصل می پرداخت و طی سپس تبصره ای به قابل پرداخت بودن هزینه های پزشکی مازاد بر دیه نیز اشاره می کرد.

- ثانیاً سیاق عبارت بند یازده نباید بگونه ای می بود که مستقیماً حقی را برای زیان دیده ایجاد کند. عبارت موجود در شرایط عمومی مورد عمل بیمه گران قبل از تصویب این آیین نامه بیان می داشت "در صورت محکومیت بیمه گذار به پرداخت دیه و ارش، هزینه های پزشکی پرداخت شده از میزان دیه و ارش قابل پرداخت کسر خواهد شد". این بند که برای رعایت اصل **غرامت خسارت** پیش بینی شده بود در این آیین نامه حذف شده است. بنابراین پیشنهاد می شود موضوع بیمه بدینسان اصلاح گردد:

موضوع بیمه: عبارتست از مسئولیت مدنی بیمه گذار در قبال کارکنان. بدین معنا که چنانچه در حین یا به مناسبت انجام فعالیت مشخص شده در بیمه نامه، حادثه ای منجر به آسیب بدنی کارکنان گردد و بیمه گذار قانوناً مسئول جبران آن شناخته شود، بیمه گر بر اساس شرایط این بیمه نامه نسبت به پرداخت خسارت اقدام خواهد نمود.

این تعریف، علاوه بر رفع ایرادات فوق الذکر، این حسن را دارد که به صورت تلویحی هرگونه خسارت ناشی از آسیب بدنی را در بر می گیرد و محدود به دیه و ارش نمی شود. به طوری که نه تنها محکومیت بیمه گذار به پرداخت هزینه های پزشکی کارکنان را شامل می شود، بلکه اگر روزی برسد که دادگاههای ما حکم به پرداخت خسارت بابت زیان معنوی ناشی از آسیب بدنی دهند نیز، خسارت از محل بیمه نامه قابل پرداخت خواهد بود.

## گفتار دوم:

### وظایف و تعهدات بیمه گذار

#### 13. حق به جای تکلیف:

شورا در ماده هشت اگرچه در مقام تعیین وظایف و تعهدات بیمه گذار می باشد ولی بازیرکی تمام با اندکی تغییر در نگارش ماده و با درج عبارت " بیمه گر قائم مقام بیمه گذار ... در دعاوی مربوط به این بیمه نامه محسوب می شود" تلویحاً وظیفه

<sup>36</sup> - **Article L124**: Dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite à l'assuré par le tiers lésé





بسیار سنگینی بر عهده بیمه گر نهاده و آن وکالت بیمه گذار در مراجع قضایی می باشد. در حالی که پیشتر، این تنها به عنوان یک حق و اختیار برای بیمه گر محسوب می شد. در شرایط عمومی سابق آمده بود: "حق سازش و حق دعوی 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 با 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". این تغییر رویکرد، یعنی سلب اختیار و تحمیل وظیفه، ناشی از نگرشی است که یک مو از بیمه گر کردن را نیز غنیمت می داند و کمی نگران کننده است. حال تصور کنید با این نگرش خرسی و آن عدالت رابین هودی حاکم بر برخی از مراجع قضایی، چه سرانجامی در انتظار بیمه گران خواهد بود.

در بیمه نامه های مرسوم در دنیا حق و اختیار (و نه وظیفه بودن) وکالت بیمه گر از بیمه گذار به صراحت بیان شده است. برای نمونه در شرایط عمومی بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان شرکت هیس کوکس (HISCOX) چنین بندی مشاهده می شود: «ما حق داریم، اما متعهد نیستیم که جریان دفاع از دعاوی مطرح شده بر علیه شما را به دست گیریم» نکته اینجاست که علیرغم تاکید بر اینکه بیمه گر هیچ تعهدی در این زمینه ندارد، در ادامه می افزاید: «اگر ما احساس کنیم که ضرورتی دارد ... و پیش بینی منطقی از موفقیت وجود داشته باشد اقدام خواهیم نمود»<sup>37</sup>.

بر هر خردمندی هویداست که عدم پیش بینی چنین تدابیری جز افزایش بی رویه هزینه های بیمه گر و به تبع آن افزایش حق بیمه و محرومیت بخش قابل توجهی از افراد در معرض ریسک از خرید بیمه نامه، پیامد دیگری نخواهد داشت. نمونه اخیر چنین تبعاتی در ایالات متحده آمریکا بود که «برخی از فعالیت ها از بیم دعاوی مسئولیت یا ناتوانی در بیمه کردن خود به ناچار تعطیل شد. [تا اینکه] در پی تلاشهای کمیسیون های مختلف، قوانین "ضد مسئولیت" تصویب شد تا از این پدیده جلوگیری شود». (ادیب، 1391، ص 60).

بنابر این پیشنهاد می شود این بند به گونه ای تغییر یابد که بیمه گر در پذیرش وکالت و دفاع از بیمه گذار حق و اختیار داشته باشد نه وظیفه و تعهد.

#### 14. عدم انجام وظایف:

شورا در ماده 9 و 10<sup>38</sup> شرایط عمومی، ضمانت اجرای عدم انجام وظایف مشخص شده در این آیین نامه از سوی بیمه گذار را کاستن از میزان خسارت قابل پرداخت توسط بیمه گر پیش بینی نموده اما در ادامه آن ابتدا در ذیل ماده 9 عبارت

37 - We have the right, but not the obligation, to take control of and conduct in your name, the investigation, settlement or defense of any claim. If we think it necessary we will appoint an adjuster, solicitor or any other appropriate person to deal with the claim. We may appoint your own solicitor but on a similar-fee basis as our solicitor and only for work done with our prior written approval. Proceedings will only be defended if there is a reasonable prospect of success and taking into account the commercial considerations of the costs of defense.

38- ماده 9- چنانچه بیمه گزار به تشخیص مراجع ذیصلاح سهواً وظایف مندرج در این بیمه نامه را انجام ندهد و باعث افزایش تعهد بیمه گر و یا مانع تشخیص علت یا ماهیت حادثه شود بیمه گر می تواند به نسبت تأثیر قصور بیمه گزار از میزان خسارت قابل پرداخت بکاهد. حکم این ماده نافی حقوق زیان دیده نخواهد بود.

ماده 10- بیمه گزار 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 اینصورت پرداخت مابه تفاوت خسارت برعهده بیمه گزار خواهد بود.





"حکم این ماده نافی حقوق زیان‌دیده نخواهد بود" و سپس در ماده 10 عبارت "در این صورت پرداخت مابه التفاوت خسارت برعهده بیمه‌گذار خواهد بود" را آورده است که به نظر می‌رسد در هر دو، یک منظور داشته و آن معاف نمودن بیمه‌گر از پرداخت بخشی از خسارت و تحمیل آن به خود بیمه‌گذار و پرداخت مستقیم توسط وی به زیان‌دیده می‌باشد. لذا بهتر بود در هر دو ماده یک رویه را در پیش می‌گرفت و از عبارت انتهایی ماده ده که گویا تر است استفاده می‌نمود تا شرایط را مستعد تفسیر های متفاوت نسازد. بویژه اینکه در مقام مقایسه این عبارت با عبارت انتهایی ماده 4 قانون ایمنی راهها<sup>39</sup> که بیان می‌دارد "عدم مسئولیت راننده مانع استفاده شخص ثالث از مقررات بیمه نخواهد بود" و نیز ماده 15 قانون بیمه اجباری خسارات وارد شده به شخص ثالث در اثر حوادث ناشی از وسایل نقلیه 1395/02/20<sup>40</sup> که معتقد است بیمه‌گر ابتدا باید خسارت وارد به زیان‌دیده را پرداخته و سپس برای بازیافت آن به راننده مقصر مراجعه نماید، ایجاد شبهه نموده و ذهن را بدان سو منحرف می‌سازد.

### گفتار سوم:

### وظایف و تعهدات بیمه‌گر

#### 15. پوشش‌های اصلی:

در فصل سوم شرایط عمومی، شورا در دو ماده 14 و 15 تعهدات بیمه‌گر را به دو بخش "پوشش‌های اصلی" و "پوشش‌های اضافی" تقسیم بندی نموده است و پوشش‌های اصلی به نوبه خود به دو بخش به شرح زیر تفکیک شده است:

1- غرامت فوت، صدمه جسمی و نقص عضو دائم اعم از کلی و جزئی برای هر نفر در هر حادثه موضوع بیمه حداکثر به میزان مندرج در شرایط خصوصی بیمه‌نامه.

2- هزینه‌های پزشکی برای هر نفر در هر حادثه موضوع بیمه پس از تایید پزشک معتمد و حداکثر به میزان مندرج در شرایط خصوصی بیمه‌نامه.

با توجه به مباحث مطرح شده در بند های قبلی به نظر می‌رسد که هیچ نیازی به چنین تقسیم بندی نداشته فلذا پیشنهاد می‌شود عبارت زیر جایگزین بند یک و دو ماده 14 گردد:

"تعهد بیمه‌گر حداکثر تا سقف تعهدات مندرج در بیمه‌نامه بوده و منحصر به جبران خسارتهای ناشی از آسیب‌های بدنی یا فوت کارکنان، پس از احراز مسئولیت قانونی بیمه‌گذار و با در نظر گرفتن کلیه شرایط بیمه‌نامه می‌باشد." با این اقدام اولاً عبارات منسوخ مربوط به قبل از تصویب قانون مجازات اسلامی (نقص عضو دائم و موقت و از کار افتادگی و ...) برای همیشه

39- ماده 4 - ورود و عبور عابرین پیاده و انواع وسائط نقلیه غیر مجاز و عبور دادن دام در آزاد راه‌ها و همچنین توقف وسائط نقلیه در خطوط عبور ممنوع است. هر گاه به جهت مذکور حادثه ای واقع شود که منجر به ضرب یا جرح یا قتل یا خسارت مالی شود راننده مجاز که وسیله نقلیه او مجاز به حرکت در آزاد راه باشد نسبت به موارد فوق مسئولیتی نخواهد داشت. ولی در هر حال مکلف است در صورت بروز حادثه وسیله نقلیه را در شانه سمت راست متوقف نموده و مصادوم را با وسیله نقلیه خود یا وسیله دیگر بلافاصله به اولین درمانگاه یا بیمارستان برساند و مراتب را به مأمورین انتظامی اطلاع دهد. عدم مسئولیت راننده مذکور مانع استفاده شخص ثالث از مقررات بیمه نخواهد بود.

40- ماده 15- در موارد زیر بیمه‌گر مکلف است بدون هیچ شرط و اخذ تضمین، خسارت زیان دیده را پرداخت کند و پس از آن می‌تواند به قائم مقامی زیان دیده از طریق مراجع قانونی برای بازیافت تمام یا بخشی از وجوه پرداخت شده به شخصی که موجب خسارت شده است مراجعه کند: ...





با اصطلاحات روز قوانین جاری کشور جایگزین می شود و از طرف دیگر اقدام اصلاحی که در سال 1381 بر روی بیمه نامه های موسوم به شخص ثالث شد در بیمه های مسئولیت نیز رخ می دهد.

### 16. ذی نفع بیمه نامه:

یکی دیگر از اصطلاحاتی که در این آیین نامه بدون در نظر گرفتن تعاریف تخصصی کلمات بیمه ای بکار رفته، عبارت "ذی نفع" می باشد. بر اساس ماده 17 "بیمه گر خسارت موضوع این بیمه نامه را با اطلاع بیمه گذار به زیان دیده یا ذینفع بیمه نامه پرداخت خواهد کرد...". قبل از ورود به بحث، شایسته است یادآور شویم که علت ورود شخصی غیر زیان دیده به جرگه اشخاصی که خسارت موضوع بیمه به آنها باید پرداخت شود، داشتن رابطه قانونی بین کارگر مصدوم و آن شخص می باشد. به عنوان مثال چنانچه کارگری بر اثر حادثه موضوع بیمه مشاعر خود را از دست داده و محجور شود و به تبع آن اهلیت استیفاء را از دست بدهد، بدیهی است بیمه گر باید خسارت را به کسی که قانوناً و از جانب کارگر مصدوم حق دریافت آن را دارد پرداخت نماید. مانند ولی، وصی، قیم و ... یا زمانی که حادثه منجر به مرگ کارگر شود، بدیهی است که مبلغ خسارت به وراثت قانونی وی پرداخت خواهد شد. اما باید توجه داشت که آنها قائم مقام یا ذی نفعان شخص آسیب دیده می باشند نه ذی نفعان بیمه نامه. نکته اینجاست که بر خلاف برداشت نادرست شورا، ذی نفع بیمه نامه مسئولیت، کسی نیست جز بیمه گذار (بیمه شده). زیرا می دانیم که همیشه ذی نفع بیمه نامه کسی است که از مزایای بیمه نامه بهره مند می شود و به عبارت دیگر ذی نفع بیمه نامه مسئولیت، شخصی است که در صورت عدم وجود این بیمه نامه، خسارت باید به وی تحمیل می شد و حال با داشتن بیمه نامه می تواند از مزایای آن بهره مند شود. «به عبارت دیگر حق بیمه شده [بیمه گذار] در برابر بیمه گر ناشی از شرط ضمنی یا صریحی است که در قرارداد بیمه به نفع او شده است». (ایزنلو، 1387، ص 8) و او ذی نفع بیمه نامه می باشد. لذا کاربرد اصطلاح ذی نفع برای اشخاصی که به نمایندگی قانونی از کارگر حادثه دیده می توانند خسارت را دریافت نمایند، برگرفته از نگرش نادرستی است که بدون کنکاش در مفاهیم بیمه های مسئولیت، آنرا تعهد به نفع ثالث می دانند<sup>41</sup>. «زیرا بیمه گر در قرار داد بیمه قصد متعهد شدن در برابر ثالث [زیان دیده] را ندارد» (ایزنلو، 1387، ص 8). این کاربرد غلط اماره ایست بر اینکه دست اندرکاران تهیه این آیین نامه با ادبیات بیمه های مسئولیت غریبه بوده و با مفاهیم مورد استفاده در بیمه های اشخاص خلط مبحث شده است.

ممکن است با توجه به مطالب قبلی اظهار شده از سوی نگارنده (درباره موضوع بیمه) ادعا شود که منظور از ذینفع در این بند همان بیمه گذار بوده و هدف حالتی است که قرار است هزینه های پزشکی متحمل شده از سوی بیمه گذار به وی پرداخت گردد. اما با توجه به ذیل ماده 17، که بیان می دارد "...سایر هزینه ها حسب مورد به بیمه گذار یا زیان دیده پرداخت خواهد شد..." این ادعا قابل پذیرش نیست. لذا پیشنهاد می شود ماده 17 به شرح زیر تغییر یابد "بیمه گر خسارت موضوع این بیمه نامه را با اطلاع بیمه گذار حسب مورد به زیان دیده یا قائم مقام (ان) قانونی وی پرداخت خواهد نمود."

### 17. بیمه مضاعف:

41- رجوع کنید به: محمود صالحی، جاعلی، 1372، ص 57





«غالباً نظامهای جبران خسارت در محدوده خود متضمن ظوابطی هستند که مانع جبران خسارت مضاعف می شوند» (بادینی، 1387:40). قبل از تصویب این آیین نامه در شرایط عمومی مورد عمل شرکتهای بیمه، ضمانت اجرای بیمه مضاعف به سه شکل مختلف درج می شد:

#### الف: پرداخت به نسبت جمع تعهدات

22 | ص

برخی از بیمه گر برای بیمه مضاعف از چنین عبارتی استفاده می نمودند: "در صورتی که مسئولیت بیمه گذار همزمان تحت پوشش سایر بیمه گران باشد، هر یک از آنها به تناسب تعهدات مربوط خود به کل تعهدات تحت پوشش، مسئول جبران آن می باشند. چنانچه بیمه گر کل خسارت را پرداخت نموده باشد می تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه گران به آنها مراجعه نماید."

#### ب: مازاد تعهد سایر بیمه گران

برخی از بیمه گران نیز تعهد خود را بدون توجه به زمان صدور بیمه نامه ها منحصر به مازاد تعهدات سایر بیمه گران می دانستند و در صورتی که میزان تعهدات بیمه گر اول پاسخگوی کل خسارت می بود خود را از پرداخت خسارت معاف می دانستند.

#### ب: مازاد تعهد بیمه گر اول

گروه سوم تنها بیمه گری را متعهد می دانستند که زمان صدور بیمه نامه توسط وی مقدم بر سایر بیمه نامه ها باشد. اما نوآوری شورا در این زمینه در ماده 19 از شرایط عمومی بدین سان نمود پیدا کرده است: "در صورتی که مسئولیت بیمه گذار همزمان تحت پوشش سایر بیمه گران باشد بیمه گر موظف است بر مبنای این بیمه نامه تعهدات خود را ایفا نماید و سپس می تواند برای بازیافت سهم سایر بیمه گران به آنها مراجعه نماید." نقطه قوت این نوآوری این است با یکسان سازی ضمانت اجرای بیمه مضاعف از اعمال سلیقه بیمه گران پیشگیری می کند. اما از این زاویه قابل انتقاد است که نه تنها روش بسیار ساده و متعارف (حتی در سطح بین الملل) که همانا پرداخت به تناسب تعهدات مربوط خود به کل تعهدات می باشد را رها کرده، بلکه از بین سایر روشها، غیر معقول و غیر معمول ترین رویه را برگزیده است. این رویکرد جدید شورا به نوعی تغییر نابجای یک قاعده جا افتاده بیمه ای است و تصور کنید در شرایطی که تمامی بیمه نامه ها در گیر در یک موضوع، چنین شرایطی را پیش بینی نموده باشند به چه نتیجه ای خواهد انجامید.

#### 18. عدم توجه به شرایط بیمه نامه:

شورا در ماده 20 بدون توجه به آنچه که خود تصویب نموده و تا اینجا مورد بحث قرار گرفت اعلام داشته "در صورت صدور رای قطعی مبنی بر مسئولیت کارفرما، مؤسسه بیمه مکلف به پرداخت خسارت تا سقف تعهدات بیمه نامه بر اساس مفاد رای صادره خواهد بود." دو ایراد به این ماده وارد است:

- نخست اینکه امکان دارد به دلایل زیر رای قطعی بر محکومیت بیمه گذار صادر شود ولی خسارت از محل بیمه نامه قابل پرداخت نباشد:

- حادثه خارج از محدوده مکانی موضوع بیمه باشد. (بند 8 از ماده 2)
- بیمه گذار حق بیمه موضوع بیمه را در سررسید های مشخص شده پرداخت ننموده باشد.





- خسارت مشمول قاعده نسبی باشد. (ذیل ماده 5)
- خسارت مشمول کسورات موضوع ماده 9 باشد.

ممکن است پاسخ داده شود که درج این ماده منافاتی با اعمال مواد فوق الذکر ندارد! اما سیاق جمله و بخصوص تاکید بر اینکه بیمه گر باید تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت نماید موعید اشکال وارده است. تجربه نگارنده این گزارش در نقش مدیر بیمه های مسئولیت نیز موعید آن است که در بسیاری از موارد مراجع قضایی بدون در نظر گرفتن سایر شرایط و صرفاً باستناد همین ماده رای برای محکومیت بیمه گر به پرداخت خسارت می نمایند.

- دوم اینکه در شرایط سابق به منظور مطابقت شرایط عمومی با قانون مجازات اسلامی به جای "تا سقف تعهدات بیمه نامه" عبارت "تا سقف تعهدات بیمه نامه و یا معادل ریالی ارزانترین نوع دیه رایج هر کدام که کمتر باشد" آورده شده بود که متأسفانه در این آیین نامه حذف شده است.

### گفتار چهارم:

#### خسارت های خارج از تعهد بیمه گر

بر اساس ماده 21 شرایط عمومی مصوب خسارت های زیر تحت پوشش این بیمه نامه نیست مگر آنکه در بیمه نامه یا الحاقیه آن به نحو دیگری توافق شده باشد. به عبارت دیگر مفاد ماده 21 استثنائات قابل خرید می باشد:

#### 19. بیماری های شغلی:

در بند یک از ماده بیست و یک کلیه امراضی که شخص در اثر فعالیت عادی و به مرور زمان به آن دچار گردیده باشد استثناء گردیده. مگر در مواردی که بنا به رای مراجع ذیصلاح بیمه گذار مسئول شناخته شده باشد.

اکنون سه پرسش مطرح است: پرسش اول اینکه آیا می توان با استفاده از مفهوم مخالف بخش اول بند یک ماده فوق (کلیه امراضی که شخص در اثر فعالیت عادی و به مرور زمان به آن دچار گردیده باشد) مدعی شده که امراضی که ابتلا به آنها به مرور زمان نبوده بلکه ناگهانی باشد جزء استثنائات این بیمه نامه نیست. البته چنین نیست، ولی این مفهوم از بند فوق قابل برداشت است که نیاز به بازنگری دارد. پرسش دوم این که، مگر نه این است که بیمه نامه مسئولیت تنها خسارتهای ناشی از حوادث را پوشش می دهد و بیماریها باید جزء استثنائات این بیمه نامه باشد؟ پرسش سوم اینکه بیمه گذاری 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 رای مراجع ذیصلاح بیمه گذار مسئول آن شناخته شده است. اگر چه این رای 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 هم نه دهم حق بیمه را دریافت نموده و هم منشاء حادثه و هم اثر آن در بازه اعتبار تعهد او بوده و فقط نتیجه آن در بازه بیمه گر دوم آشکار شده، منصفانه است؟ لذا پیشنهاد می شود چنانچه شورا قصد دارد بیماریهای شغلی را نیز تحت شمول این بیمه نامه در آورد، به جای درج این استثناء و پیچیده نمودن شرایط عمومی، در بخش پوشش های اصلی (ماده 14 فصل سوم) و یا به عنوان یک پوشش اضافی (ماده 15) تبصره ای به شرح زیر درج نماید:





" کلیه امراضی که شخص در اثر فعالیت عادی و به مرور زمان به آن دچار گردیده باشد و بنا به رای مراجع ذیصلاح بیمه‌گذار مسئول شناخته شده باشد نیز تحت پوشش می باشد، مشروط به اینکه منشاء آن خارج از بازه بیمه نامه نباشد"

ممکن است به دشواری امکان تعیین منشاء حادثه ایراد شود، ولی با توجه به وظیفه قانونی کارفرما با استناد ماده 92 قانون کار<sup>۴۲</sup> مبنی بر انجام آزمایشهای سالانه و تشکیل پرونده پزشکی برای کارکنان، این نگرانی نیز برطرف خواهد شد. وجود این عبارت در بخش پوششهای تکمیلی این حسن را دارد که بیمه گر نیز می تواند ارائه آنرا مشروط به انجام آزمایشهای مذکور نماید.

## 20. خسارتهای ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری:

بر اساس بند دو از ماده بیست و شرایط عمومی (آیین نامه شماره 80 شورای عالی بیمه) "خسارتهای ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری" جزء استثنائات بیمه نامه می باشد. دلیل شورا برای درج این استثناء بر کسی پوشیده نیست. وجود بیمه نامه اجباری موسوم به بیمه شخص ثالث. اما شایسته بود در نگارش متن این بند کمی دقت فنی به خرج داده و گستره شمول بیمه نامه شخص ثالث دقیقتر بررسی می شد، تا بیمه گذار با حسن نیت، در نهایت بازنده از میدان بدر نشود. برای روشن شدن موضوع، کارفرمایی را تصور کنید که در محیط کار خود چندین وسیله نقلیه اعم از سواری، لودر، لیفتراک، جرثقیل و ... دارد و برای کلیه آنها بیمه نامه موضوع قانون بیمه اجباری مصوب 1395/02/20 را خریداری نموده است. در ضمن بیمه نامه موضوع این مقاله یعنی مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان را نیز خریداری کرده است. حال تصور کنید قلاب جرثقیل یا ناخن لیفتراک در حین تخلیه بار یا باراندازی موجب آسیب کارگری شود. بیمه نامه اجباری به استناد ماده 7 آیین نامه اجرایی مصوب هیات وزیران مورخ 1347/12/28 و با توجه به اینکه ماده 64 قانون بیمه اجباری 1395 بیان می دارد که: «... مادامی که آیین نامه ها ... تهیه و تصویب نشده است، آیین نامه های اجرائی موجود، در حدودی که مغایر این قانون نباشد معتبر است» از پرداخت خسارت امتناع خواهد نمود. از سوی دیگر بیمه نامه مسئولیت کارفرما نیز به استناد استثناء مندرج در بند دو ماده بیست و یک این آیین نامه از پرداخت این خسارت معاف می باشد. اکنون تکلیف این کارفرما چیست؟ یا وقتی که در یک تصادف خودرویی کارگری آسیب می بیند و بخشی از مسئولیت بر عهده راننده (شخص بی ارتباط با کارفرما) و بخشی از مسئولیت بر عهده کارفرما گذاشته می شود که سهم مسئولیت کارفرما از هیچ یک از بیمه نامه های مذکور قابل پرداخت نیست! و صد البته، برای توجیه قابل پرداخت بودن خسارت از محل بیمه نامه مسئولیت کارفرما، نه وسیله نقلیه ندانستن لیفتراک و جرثقیل پذیرفتنی است و نه می توان چنین مواردی را حادثه ای دانست که ناشی از وسیله نقلیه موتوری نباشد و حتی به فرض قبول این توجیها، این کار (درج استثناء بدین شکل) دست کم مصداق لقمه به دور سر چرخاندن است. بنابراین گرچه استثناء نمودن خسارتهای موضوع بیمه نامه اجباری تصمیم درستی است ولی صرف وجود بیمه نامه اجباری برای وسایل نقلیه موتوری، هرگونه خسارت ناشی از آنها را پوشش نمی دهد لذا راهکار پیشنهادی ما جایگزین کردن عبارت "هرگونه خسارت مشمول قانون بیمه اجباری، حتی اگر در خرید یا تمدید آن عمداً یا سهواً خودداری شده باشد" به جای بند دو ماده 21 می باشد.

42- ماده 92: کلیه واحدهای موضوع ماده 85 این قانون که شاغلین در آنها به اقتضای نوع کار در معرض بروز بیماریهای ناشی از کار قرار دارند باید برای همه افراد مذکور پرونده پزشکی تشکیل دهند و حداقل سالی یکبار توسط مراکز بهداشتی درمانی از آنها معاینه و آزمایشهای لازم را بعمل آورند و نتیجه را در پرونده مربوطه ضبط نمایند.







## گفتار پنجم:

## سایر موارد

## 21. مرور زمان:

شورا در ماده 25 آیین نامه با توجه به ماده 36 قانون بیمه و بدون در نظر گرفتن حذف مرور زمان از قوانین جاری کشور و شاید با تاثیر از نظریه شماره 7/540 مورخ 1386/2/8 اداره کل حقوقی قوه قضائیه<sup>۴۳</sup>، با بیان اینکه "تعهدات بیمه‌گر منحصر به مسئولیت بیمه‌گذار برای حوادثی است که در مدت اعتبار بیمه‌نامه رخ دهد و ادعای خسارت حداکثر ظرف دو سال پس از انقضای بیمه‌نامه به بیمه‌گر اعلام شود. هرگونه اقدام بیمه‌گذار یا کارکنان وی به منظور مطالبه خسارت قاطع مرور زمان خواهد بود." به خصوص با مسکوت ماندن قضیه مرور زمان در قانون بیمه اجباری 1387 و 1395، شهادت قابل تقدیری به خرج داده و اقدام به درج مرور زمان نموده است. ولی متأسفانه با نگارش ضعیف، راه را برای تفسیرهای متفاوت و حذف مهلت پنج روزه مندرج در ماده ۴۴۷ همین آیین نامه باز گذاشته است. زیرا بر اساس ماده 7 بیمه‌گذار موظف است ظرف 5 روز از تاریخ اطلاع خود (از وقوع حادثه یا ادعای خسارت) رسماً به بیمه‌گر اعلام کند، ولی بر اساس ماده 25 ادعای خسارت حداکثر باید تا دو سال پس از انقضای بیمه‌نامه به بیمه‌گر اعلام شود. اگرچه در چشمهای تیزبین یک حقوقدان، عدم تعارض این دو ماده بدیهی است ولی در سیستم قضایی ما که «به جای استدلال حقوقی، نظر قضایی حکومت می‌کند و در پاسخ به هر مسأله حقوقی، تنها سخن این است که- این نظر من است-» (خدابخشی، 1389:189) مواردی از این دست دستاویزی خواهد شد برای تضییع حقوق بیمه‌گران.

نکته دیگر اینکه عمده‌تأ مهلت مرور زمان در قراردادهای بیمه و در راستای تبعیت از ماده 36 قانون بیمه‌های بازرگانی مصوب 1316<sup>۴۵</sup> دو سال از حادثه منشاء دعوا می‌باشد نه دو سال از انقضای بیمه‌نامه و در مانحن فیه نیز با توجه به اطلاع کامل بیمه‌گذار از وقوع حادثه (فارغ از اینکه ادعایی مطرح شده باشد یا نه)، دلیل موجهی برای تغییر مبداء مرور زمان وجود ندارد. لذا پیشنهاد می‌شود ماده فوق بدین شرح اصلاح گردد: "تعهدات بیمه‌گر منحصر به مسئولیت بیمه‌گذار برای حوادثی است که در مدت اعتبار بیمه‌نامه رخ دهد و ادعای خسارت با رعایت مهلت ده روز از تاریخ اطلاع، ظرف دو سال پس از وقوع حادثه به بیمه‌گر اعلام شود ...".

43- نظریه شماره 7/540 مورخ 1386/2/8:

سؤال: آیا در حال حاضر در دعاوی حقوقی مرور زمان قابل استناد است با مرور زمان منتهی شده است؟

نظریه اداره کل حقوقی قوه قضائیه

در مورد دعاوی حقوقی با وضع قوانین جدید از جمله قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور مدنی و نیز قانون تشکیل دادگاه‌های عمومی و انقلاب مصوب 1373 با اصلاحات سال 1381 که در آن مرور زمان برای دعاوی پیش‌بینی نشده و همچنین توجهاً به نظریه شماره 7257 مورخ 61/11/27 شورای محترم نگهبان موضوع مرور زمان دعاوی حقوقی منتهی شده است. لکن در مواردی که طبق قوانین خاص طرح بعضی از دعاوی مقید به مهلت معینی است (از جمله در بعضی از دعاوی مربوط به قانون تجارت و یا قانون بیمه) این قوانین به قوت خود باقی است و در امور کیفری طبق مقررات ماده 173 و 174 قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب 1378 مرور زمان وجود دارد.

44- 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. 2- ...

45- ماده ۳۶- مرور زمان دعاوی ناشی از بیمه دو سال است و ابتدای آن از تاریخ وقوع حادثه منشاء دعوی خواهد بود ....



**22. نتیجه گیری و پیشنهاد:**

آنچه از روح حاکم بر این آیین نامه می توان دریافت این است که شورا با 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 منشاء آن قابل جبران بدانند» (بادینی، 500:1392) که جای بسی خرسندی است. اما باید مراقب بود که مبادا با فاصله گرفتن از تقصیر به این بهانه که با «واقعیت جهان امروز که افزایش خطرات و حوادث در جامعه نتیجه تلاقی تعداد زیادی از فعالیت های گروهی در حال انجام است، ناسازگار است» (بادینی، 547:1392) هدف بازدارندگی مسئولیت مدنی جایگزین توزیع خسارت شود.

رویه جاری در بیمه نامه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان که بر اساس آیین نامه شماره 80 می باشد دارای اشکالات فنی و نگارشی بسیاری است و برخی اصول اساسی بیمه در تدوین آن رعایت نشده که قابل چشم پوشی هم نیست و شایسته بازنگری فنی و اساسی است. حتی تعاریف ارائه شده برای اصطلاحات بکار رفته در متن آیین نامه نیاز به بازنگری دارد. از یک سو به تعریف برخی واژگان که هیچ نیازی به اشاره به آنها نبود پرداخته و از سوی دیگر برخی از عبارات و اصطلاحات مهم، بدون تعریف مانده و یا تعریف ارائه شده گره ای از کار نگشوده است. در حد توان برخی از موارد بیان شد و پیشنهاد مربوط به آن نیز مطرح گردید ولی شایسته است بیمه مرکزی با همکاری پژوهشکده بیمه با دعوت از صاحب نظران این رشته اقدام به بازنویسی شرایط عمومی این رشته نماید.





## منابع و مواخذ

### • منابع فارسی:

1. اباذری فومشی، منصور؛ (1386)، حقوق کار و نحوه رسیدگی به شکایات، دعاوی و جرائم در قانون کار، تهران، انتشارات خرسندی.
2. ادیب، مجید، (1391)، اصول مسئولیت مدنی، تهران، میزان.
3. احمدوند، ولی اله، مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی کارفرما در سیستم حقوقی ایران و انگلیس، مجله دانشکده علوم انسانی دانشگاه امام حسین(ع)، سال 14، شماره 61.
4. ایزانلو، محسن، نقد و تحلیل قانون اصلاح قانون بیمه اجباری، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره 38، شماره 4 زمستان 1387.
5. ایزانلو، محسن، اثر خطای زیان‌دیده بر رجوع نهاد تأکین اجماعی، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره 39، شماره 4 زمستان 1388.
6. الفتی، محمد سعید، نامه جناب آقای محمد سعید الفتی، مدیر محترم پیشین بیمه های مسئولیت بیمه پاسارگاد، خطاب به جناب آقای تاجگردون، دبیر کل محترم پیشین سندیکاای بیمه گران ایران.
7. بادینی، حسن، قواعد حاکم بر اعمال همزمان نظامهای جبران خسارت، فصلنامه حقوق، مجله حقوق و علوم سیاسی، دوره 38، شماره 2، 1387.
8. بادینی، حسن، هدف مسئولیت مدنی، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره 66، شماره 2، 1383.
9. بادینی، حسن، (1392)، فلسفه مسئولیت مدنی، تهران، شرکت سهامی انتشار.
10. بادینی، حسن، و دیگران، اصول خاص حاکم بر نحوه ارائه مزایا در نظام بیمه ای تأمین اجتماعی، پژوهشنامه بیمه، پاییز 1389، شماره 99.
11. بادینی، حسن، و دیگران، قلمرو اقتصادی قاعده تقصیر و بررسی کارایی آن در حقوق ایران، فصلنامه مطالعات حقوق خصوصی، بهار 1395 دوره 46 ش 1.
12. حیدری، محمد، بیمه های مسئولیت، شرکت سهامی بیمه ایران، 1381.
13. خدابخشی، عبدالله، جبران خسارت کارگران در نظام مسئولیت مدنی، چاپ اول، شرکت سهامی انتشار، 1389.
14. خدابخشی، عبدالله، بیمه و حقوق مسئولیت مدنی، چاپ اول، انتشارات روزنامه جمهوری اسلامی ایران، 1388.
15. دستباز، هادی، اصول و کلیات بیمه های اشخاص، جلد اول، دانشگاه علامه طباطبائی، 1377.
16. رفیعی احمد. معیارهای احراز رابطه کارگری و کارفرمایی. دوفصلنامه رویه قضایی. 1392؛ ۲ (۱): ۳۹-۸۴.
17. ریس، علی اکبر، بیمه مسئولیت (جلد اول)، چاپ اول، انتشارات بیمه مرکزی ایران، 1381.
18. ریس، علی اکبر، بیمه مسئولیت (جلد دوم)، چاپ اول، انتشارات کوهسار، 1386.
19. عراقی، عزت الله؛ حقوق کار، تهران، سمت، 1386، چاپ هفتم، ص 112.
20. عظیمی، فرهاد، جزوه درسی حقوق بیمه دوره کارشناسی رشته مدیریت بیمه، دانشگاه آزاد قزوین، 1389.
21. عظیمی، فرهاد، جزوه درسی بیمه های مسئولیت دوره کارشناسی رشته مدیریت بیمه، دانشگاه آزاد قزوین، 1390.
22. فرجادی، منوچهر، اصول و مفاهیم بیمه های بازرگانی، انتشارات شرکت سهامی بیمه البرز، 1376.
23. قاسم زاده، سید مرتضی، الزام ها و مسئولیت مدنی بدون قرارداد، چاپ هشتم، بنیاد حقوقی میزان، 1388.
24. کاتوزیان، ناصر، تحول مفهوم تقصیر در حقوق مسئولیت مدنی، فصلنامه حقوق، مجله حقوق و علوم سیاسی، دوره 39، شماره 1، 1388.
25. کاتوزیان، ناصر، وقایع حقوقی مسئولیت مدنی، چاپ سوم، شرکت سهامی انتشار، 1389.
26. کاتوزیان، ناصر، ایزانلو، محسن، مسئولیت مدنی، جلد سوم بیمه مسئولیت مدنی، چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران، 1387.
27. کریمی، آیت، کلیات بیمه، بیمه مرکزی ایران، 1381.
28. محمود صالحی، جانعلی، بیمه عمر و سایر بیمه های اشخاص، چاپ اول، پژوهشکده بیمه، 1390.
29. محمود صالحی، جانعلی، حقوق بیمه، چاپ اول، بیمه مرکزی ایران، 1381.
30. محمود صالحی، جانعلی، حقوق زیان‌دیدگان و بیمه شخص ثالث، چاپ اول، انتشارات دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، 1372.

### • منابع خارجی:

31. McAuliffe Teresa (2011-2012) Liability Insurance, the Chartered Insurance Institute.





32. Rejda George E. (2003), Principles of Risk Management and Insurance.
33. Shavell Steven, (2000) "On the social function and the regulation of liability insurance", The Geneva papers on risk and insurance. Vol. 25 No.2.
34. Wagner Gerhard (2006) "Tort Law and Liability Insurance", the International Association for the Study of Insurance Economics.
35. Employers' Liability (Compulsory Insurance) Act 1969
36. <https://www.hiscox.co.uk/shared-documents/business/6129-employers-liability-wording.pdf>.
37. Madge, peter (?), 'liability insurance in the united kingdom', financial times Ltd.
38. <http://www.hse.gov.uk/pubns/hse40.pdf>.
39. <https://www.zurich.com/NR/rdonlyres/321ADF1B-C664-45D3-8670-F532BEBEB44F/0/ELPolicy.pdf>.
40. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984&dateTexte=20120725>

