

التأمينات

التأمين، كما يحدده القانون في إيطاليا، هو نوع محدد من العقود يكون فيه الطرفان شخصين، المؤمن والمؤمن عليه. من خلال التوقيع على بوليصة التأمين يلتزم المؤمن، بناءً على الحدود المتفق عليها، بتعويض المؤمن عليه عن الأضرار التي لحقت به أو بدفع مبلغ مالي أو راتب عند وقوع أحداث معينة و/أو ظروف محددة في العقد نفسه. ويتعين على المؤمن عليه من جانبه أن يدفع مبلغاً يسمى القسط الذي بدونه لا يكون التأمين فعالاً، كما يجب عليه أن يحرص على تجنب وقوع الحوادث وإبلاغ المؤمن بالحدث خلال ثلاثة أيام أو في وقت ضمن المدة المحددة في الاتفاقية).

ويمكن التمييز بين أنواع محددة من بوليصات التأمين المتعلقة بمواضيع وأحداث وظروف مختلفة. وفيما يلي خصائص التأمينات الأكثر شيوعاً.

تأمينات الحياة

التأمين على الحياة هو شكل من أشكال التأمين يتم تفعيله عند وقوع حدث يتعلق بحياة الشخص. يمكن أن يمثل هذا النوع من التأمين شكلاً من أشكال الحماية من المخاطر المتعلقة بالمرض أو الوفاة المبكرة أو - بشكل آخر - فرصة استثمارية.

في مجال التأمين على الحياة، يتم تناول أربعة أطراف: شركة التأمين، والمتعاقد، والمؤمن عليه، والمستفيد.

- شركة التأمين هي الشركة التي تقبض قسط التأمين من المتعاقد، ربما عن طريق وسيط مرخص من قبلها، مقابل الالتزام بدفع الالتزام المتعاقد عليه ضمن الشروط المنصوص عليها في العقد؛
 - المتعاقد هو الشخص الذي يبرم عقد التأمين، ويتحمل مسؤولية دفع القسط لشركة التأمين، وله الحق في ممارسة جميع حقوق العقد؛
 - المؤمن عليه هو الشخص الذي تم إبرام العقد وحساب التعهدات التأمينية على حياته؛ وبعبارة أخرى، هو الشخص الذي ينشأ عن وفاته أو نجاته أو أي حدث تأميني آخر التزام شركة التأمين بدفع مبلغ أو راتب التأمين؛
 - المستفيد هو الشخص الذي يعينه المتعاقد لاستلام مبالغ التأمين في حالة وقوع الحدث المؤمن عليه، أو الشخص الذي يحق له الحصول على العائد الذي تدفعه شركة التأمين. اعتماداً على نوع العقد، يمكن تمييز الشخص
- وتحديده وفقاً للحدث المؤمن عليه، على سبيل المثال، يمكن النص على أنه بالإشارة إلى العائد التأميني عند انتهاء العقد، في حالة نجات المؤمن عليه، يكون المستفيد هو الشخص X، بينما في حالة الوفاة المبكرة يتم دفع العائد التأميني للورثة الشرعيين لنفس الشخص X.

يتكون القسط التأميني من التكلفة الأساسية للتعهدات التأمينية والتحميلات (وبالتالي تكاليف توزيع وإدارة بوليصات التأمين) والتكاليف الإضافية للرسوم الإدارية والضريبية. يجوز لشركة التأمين أن تطلب قسطاً إضافياً إذا كانت

الحالة الصحية للمؤمن عليه تمثل مخاطر أكبر من تلك التي تعتبر "عادية" أو إذا كان المستخدم يقوم بأنشطة مهنية أو رياضية محفوفة بالمخاطر بشكل خاص. يمكن أن يكون القسط: قسطاً سنوياً واحداً، يُدفع في بداية العقد ويكون صالحاً طوال مدة البوليصة؛ أو متكرراً بمبلغ متغير حسب تقدير المتعاقد ضمن الحدود المبينة في العقد. من الممكن دفع القسط بطرق مختلفة، ما لم يتم النص على طريقة دفع محددة في وثائق المعلومات الصادرة عن الشركة. من الهام دائماً فحص الوثائق المقدمة قبل توقيع العقد، والتي تتضمن بشكل عام ورقة ملخصة ومذكرة معلومات تتيح للمستخدم الحصول على رؤية شاملة للمنتج ومعرفة تفاصيله.

قبل شهر على الأقل من انتهاء العقد، يجب على الشركة أن ترسل للمستحقين إخطاراً لتذكيرهم باقتراب الموعد النهائي. للحصول على التسوية، يجب على المستفيد تقديم طلب الدفع مع المستندات المطلوبة بموجب العقد. بشكل عام، تحدد شروط البوليصة موعداً نهائياً مدته 30 يوماً من تاريخ استلام جميع المستندات اللازمة لتصفية مبلغ أو راتب التأمين. ومع ذلك، حتى قبل انتهاء المدة، يحق للعميل إنهاء علاقة التأمين مبكراً وطلب ما يسمى باسترداد البوليصة، وبالتالي الحصول على مبلغ من الشركة. ومن الممكن أيضاً تعليق دفع الأقساط السنوية من خلال إبقاء العقد سارياً حتى انتهاء المدة بمبلغ مُخفض نسبياً (التخفيض) وكذلك استئناف دفع المبالغ بعد فترة التعليق (إعادة التفعيل). تخضع الخيارات المذكورة أعلاه (الاسترداد والتخفيض وإعادة التفعيل) للشروط التعاقدية.

بوليصة التأمين على الحياة متعددة الفروع. هو منتج يجمع بين بوليصات الحياة التقليدية، مع ضمان مالي من الشركة، وبوليصات الحياة المرتبطة بالوحدة، والتي تقع فيها مخاطر الاستثمار على المؤمن عليه. لذلك من الهام إجراء تقييم تفصيلي لمستوى المخاطرة الذي أنت على استعداد لمواجهة ومتوسط النسبة المئوية للتكاليف السنوية، وإيلاء اهتمام خاص للمصطلحات المستخدمة في ملف المعلومات، والأسئلة المطروحة لتصنيف العميل والوجود المحتمل لأليات إعادة توزيع رأس المال بين النوعين.

اعتماداً على الغرض المنصوص عليه في العقد، يمكن التمييز بين أنواع مختلفة من المنتجات.

الادخار أو الاستثمار

يشمل التأمين الذي يهدف إلى الادخار و/أو الاستثمار منتجات الحياة القابلة لإعادة التقييم ومنتجات المعاش مدى الحياة القابلة لإعادة التقييم والمنتجات المالية التأمينية. يمكن أيضاً دمج الأنواع المختلفة في منتج واحد يسمى "متعدد الفروع". تسمح أشكال التأمين هذه باستخدام مبلغ أو خطة سداد في شكل مدخرات (منتجات الحياة القابلة لإعادة التقييم والرسملة القابلة لإعادة التقييم) أو رواتب تكميلية (معاشات الحياة القابلة لإعادة التقييم) التي تتميز بضمان الحد الأدنى من العائد، وكقاعدة عامة، عن طريق توحيد العوائد التي تم الحصول عليها، أي دون احتمال انخفاض المبلغ المعاد تقييمه أو عائد التأمين. وبالتالي، فإن هذه المنتجات مناسبة للمستخدمين الذين لا ينوون تحمل مخاطر مالية، والذين يفضلون عوائد محدودة ولكن مضمونة، أو الذين ينوون ضمان راتب سنوي سيتم دفعه مدى الحياة لأنفسهم أو لشخص آخر (على سبيل المثال زوجاتهم أو أطفالهم في حالة المعاش الدائم القابل للتحويل). وبالتالي يمكن أن تكون هذه المنتجات مناسبة لخيارات الادخار بين الأجيال. اعتماداً على النوع المفضل، يمكن أن يضمن تأمين الادخار دفع رأس المال المعاد تقييمه في وقت وفاة المؤمن عليه عند انتهاء العقد (مع إمكانية اختيار ما إذا كان يجب أن يتم الدفع عندما يكون المؤمن عليه لا يزال على قيد الحياة أو بعد وفاته) أو في تاريخ محدد مسبقاً أو، مرة أخرى، دفع عائد مدى الحياة قابل لإعادة التقييم (بأثر فوري أو بدءاً من تاريخ

مستقبلي متفق عليه) مقابل دفع قسط تأميني من قِبَل العميل. وترتبط التأمينات المخصصة للاستثمار بأداء الأسواق المالية: يمكن ربط العائد على رأس المال بأداء صناديق الاستثمار أو المؤشرات ويمكن للعميل دفع قسط واحد أو سنوي والاتفاق على قيمته بناءً على احتياجاته الخاصة، كما يمكنه تحديد مدة العقد بالاتفاق دائماً مع الشركة. هذه المنتجات مناسبة لمن يفضلون استثمار مدخراتهم بشكل ديناميكي، وتحديد الحلول الاستثمارية الأكثر ملاءمة لميلهم للمخاطر.

الحماية

هي أشكال تأمينية مصممة للحماية من حدوث حالات خطر محددة: الوفاة والعجز الدائم وفقدان الاكتفاء الذاتي والأمراض الخطيرة. عند قيام العميل بدفع قسط التأمين، تضمن شركة التأمين دفع العائد (عادة مبلغ مالي، وفي بعض الحالات راتب دوري)، ثابت أو متناقص، عند وقوع الحدث المؤمن عليه (الحدث) خلال مدة العقد.

وبشكل عام فإن العائد الوحيد هو تغطية المخاطر المؤمن عليها، دون توفير عوائد مثل سداد رأس المال خلال مدة العقد (ما يسمى الاسترداد) أو عند انتهاء الصلاحية مع انتهاء العقد.

يمكن اختيار مدة العقد والحدث المؤمن عليه من قِبَل العميل أو حتى تحديدهم وفقاً لمبلغ الدين الذي تعاقده عليه المستخدم برهن عقاري أو قرض، يغطيه التأمين المعني. تغطي أشكال التأمين هذه عادة مخاطر مثل وفاة المؤمن عليه، والعجز الدائم، وفقدان الاكتفاء الذاتي، وظهور أمراض خطيرة.

أشكال المعاشات التكميلية

تنص أنظمة المعاشات التقاعدية التكميلية على أن شركة التأمين، بمجرد استلام الدفعات من العميل، تقوم بتخصيص هذه المبالغ نفسها لتراكم مبلغ معين والذي، بمجرد وصول صاحب الحساب إلى متطلبات المعاش التقاعدي، سيتم تحويله على وجه التحديد إلى معاش تكميلي. ولذلك فهي مناسبة لأولئك الذين يرون أنه من الضروري، في المستقبل، استكمال معاشاتهم التقاعدية المستقبلية: نظراً لتحفيزها مالياً من قبل الدولة، يمكن لأنظمة التقاعد هذه أن تمثل استثماراً فعالاً لعدد كبير من المواطنين.

يمكن أن تتخذ أنظمة المعاشات التكميلية شكل خطط المعاشات الفردية (PIP) أو صناديق التقاعد المفتوحة. يمكن لخطط المعاشات الفردية، المخصصة فقط للعضويات الفردية، الحصول على مساهمة العامل (بالنسبة للموظفين، من الممكن تخصيص مكافأة نهاية الخدمة لهذا الغرض والحصول على مساهمة صاحب العمل على أساس تطوعي) ويمكن استثمارها في إدارات تأمين منفصلة مع ضمان الحد الأدنى من العائد أو في وحدات صناديق استثمارية بأنواعها المختلفة، كما يتم تقسيم إجمالي مبلغ الاشتراكات بين مكونات مختلفة على أساس عُمر صاحب الحساب وعدد السنوات المتبقية حتى التقاعد. ومن ناحية أخرى، فإن صناديق التقاعد المفتوحة مخصصة للعضويات الفردية والجماعية وبالتالي، بالإضافة إلى المساهمة الطوعية للعامل ومكافأة نهاية الخدمة، مساهمة صاحب العمل كما هو محدد في الاتفاقية الجماعية. بالنسبة لهذا النوع من الصناديق، من الممكن اختيار خطوط

استثمار أكثر حكمة والتي توفر بالتالي ضمان الحد الأدنى من العائد، أو خطوط أكثر خطورة، بناءً على عُمر المستخدم أو مدة العضوية.

التأمين الصحي

يتميز التأمين على الصحة بخصائص مميزة مقارنة بمنتجات التأمين الأخرى، ويرجع ذلك أساساً إلى حقيقة أنه على عكس بوليصات التأمين التي يكون فيها موضوع التغطية التأمينية أصلاً ملموساً، حيث يمكن اتخاذ القيم السوقية المعروفة كمرجع لتحديد مبلغ التأمين، لا يمكن تقييم الأصل المحمي وفقاً لمعايير موضوعية محددة، حيث يجب أن يتوافق المبلغ المراد التأمين عليه مع المبلغ اللازم للتعويض عن انخفاض الدخل الناتج عن انخفاض القدرة على العمل. ومع ذلك، بالنظر إلى أن الدخل المستقبلي المرتبط بمزاولة المهنة غير مؤكد - لأنه يمكن بالفعل تقديره على المدى الطويل ولكن على أساس توقعات قد تكون غير منتظرة بسهولة ويمكن أن تتأثر أيضاً بمتغيرات خارجية عديدة - فإن تحديد القيمة، أي المبالغ المؤمن عليها متروك لإرادة الأطراف. من خلال الاشتراك في التأمين الصحي، فإنك تحصل على تغطية لجميع الأمراض، أي جميع التغييرات في الحالة الصحية للفرد، والتي تتميز بخصائص الإمكانية وعدم الطوعية. وبشكل عام، تنص العقود أيضاً على التغطية التلقائية لعواقب أي حادث بوصفه "أي حدث ناتج عن سبب مصادف عنيف خارجي يؤدي إلى إصابات جسدية يمكن التحقق منها بشكل موضوعي".

يتم أيضاً أخذ موضوعية المرض في الاعتبار (الناتج عن الاختبارات والتشخيصات والكشوفات الطبية والاستشارات وما إلى ذلك) وحالته "التطورية"، أي المسار منذ الظهور البسيط (التغيير قيد التقدم، ولكن لم يتضح بعد مع الأعراض أو التشخيص الذي تم إجراؤه) إلى المظاهر (التي تحدث من خلال الأعراض أو التشخيص)، إلى مرحلة العلاج وأخيراً إلى مرحلة النفاضة وأي آثار لاحقة محتملة. لكي يشكل موضوعاً لعقد، يجب أن يحدث تغيير مستقبلي، بمعنى أنه من المؤكد أنه من غير الممكن التأمين على مرض موجود بالفعل. يتطلب الاشتراك في التأمين الصحي تقييماً محدداً للمخاطر من قِبل الطرفين، المؤمن والمؤمن عليه، وذلك من خلال استبيان صحي محدد مرفق بالبوليصة ويهدف إلى وصف الحالة الصحية للمستخدم كما هي معروفة له: الأسئلة تخص أي أمراض سابقة، والحالات المرضية والتشوهات والإصابات والإعاقات واستخدام الأدوية ونتائج الاختبارات التشخيصية وعوامل الوراثة. بناءً على ما يظهر من الاستبيان، تسمح شركة التأمين بإمكانية التأمين الكامل والشامل (في حالة عدم وجود أمراض أو في حالة الأمراض التي لا تؤثر على البوليصة، على سبيل المثال قصر النظر) أو على العكس من ذلك، تنص على استبعاد أحد الأمراض من البوليصة (في حالة الأمراض التي تنطوي على انتكاسات وعواقب، على سبيل المثال الخراجات والأورام الحميدة) أو على خصم أو تحديد التعويض (في حالة الأمراض التي قد تتكرر باستمرار، مثل حصوات الكلى) أو على زيادة في قسط التأمين (في حالة الأمراض التي قد تؤدي إلى مخاطر أكبر، مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم) أو حتى على استبعاد إمكانية تأمين العميل تماماً، على سبيل المثال في حالة الأمراض الخطيرة جداً (مثل الأورام). من جانب المؤمن عليه، من الضروري بعد ذلك إجراء فحص تفصيلي للأوقات التي ينص عليها العقد من أجل الفعالية الفعلية للبوليصة. بشكل عام، يصبح الضمان ساري المفعول بناءً على التوقيتات التالية:

- للحوادث: من يوم دفع قسط التأمين؛
- للمرض الذي يظهر بعد الاشتراك: بعد 30 يومًا (60 يومًا في حالة العجز الدائم)؛
- للأمراض المرتبطة بأمراض غير معروفة موجودة مسبقًا في العقد أو معروفة ومعلن عنها وقت إبرام العقد: بعد 180 / 120 يومًا
- للولادة: بعد 300 / 270 يومًا؛
- للإجهاض وأمراض الحمل: بعد 120 / 90 يومًا للإجهاض.

وبنفس القدر من الدقة، يجب أن يكون تحليل المؤمن عليه للظروف المستثناة صراحةً من بوليصة التأمين الصحي، بما في ذلك الأمراض الموجودة مسبقًا في العقد والتي تم إخفاؤها عمدًا عن شركة التأمين، والعلاجات اللازمة بعد بعض السلوكيات الضارة من جانب العميل، وعلاجات تصحيح أو إزالة العيوب الجسدية أو التشوهات الخلقية، وعلاجات و/أو عواقب إدمان الكحول، وإدمان المخدرات، واستخدام المواد المخدرة ومسببات الهلوسة، وعلاجات الأسنان والعلاجات التجميلية، والإصابات المرتبطة بأداء بعض الأنشطة الرياضية، وإجراءات و/أو عمليات المساعدة على الإنجاب وبشكل عام أي حدث يتعلق بسلوك متعمد من جانب المؤمن له.

حتى في الفئة الشاملة للتأمين الصحي، من الممكن التمييز بين بعض المجموعات الفرعية.

- التأمين لسداد النفقات الطبية

على الرغم من أن كل بوليصة قد يكون لها خصائص معينة، إلا أنه من المعتاد عمومًا أنه فيما يتعلق بنفقات المستشفى والتدخلات الجراحية، فإن التعويض يشمل رسوم البقاء في المستشفى، ونفقات الاستشفاء ونفقات فريق العمليات، ونفقات نقل المؤمن عليه إلى مكان العلاج، ونفقات ما قبل وبعد العلاج في المستشفى و/أو الجراحة وغيرها من التمديدات.

أما فيما يتعلق بسداد تكاليف الكشوفات المتخصصة والاختبارات التشخيصية، فإن بعض البوليصات تغطي الاختبارات المتخصصة - وهي عادة الأكثر إلزامًا من الناحية الإكلينيكية والأكثر إرهاقًا من الناحية الاقتصادية - بالإضافة إلى الكشوفات والاختبارات الوقائية، مع الالتزام دائمًا ببعض الشروط (على سبيل المثال: ليس أكثر من اختبار واحد كل عام).

- التأمين التعويضي

ويهدف إلى التعويض عن الأرباح المفقودة الناجمة عن غياب المؤمن عليه عن العمل نتيجة للمرض و/أو الإصابة أو حتى توفير دعم بمعدل ثابت للتكاليف المتزايدة للمساعدة الطبية والعلاج. وهي بوليصة ذات أهمية خاصة للعاملين لحسابهم الخاص أو على أي حال لغير الموظفين، على الرغم من أنه من الواضح أنه لا يمكن استبعاد أنه حتى الموظفين، على الرغم من التغطية التأمينية للهيئة الوطنية للضمان الاجتماعي "INPS" والهيئة الوطنية لتأمين حوادث العمل "INAIL"، قد يحتاجون في بعض الظروف إلى تغطية تأمينية خاصة. الشكل الأكثر انتشارًا للتعويض هو تعويض العلاج في المستشفى، الذي يدفعه التأمين عن كل يوم إقامة في المستشفى وفقًا لاختيار

المستخدم. من الممكن أن ينص العقد على خصم من حيث أيام الإقامة في المستشفى - في هذه الحالة، سوف يتوافق التعويض للمؤمن عليه مع عدد أيام الإقامة في المستشفى مطروحاً منه الخصم (عادة يتم استبعاد يوم النقل إلى المستشفى ويوم الخروج منها) - وتطبيق زيادات على الاستشفاء بالخارج أو في حالة العمليات الخطيرة أو المعقدة نوعاً ما.

– التأمين ضد الأمراض الخطيرة

تتعلق الحماية التي يقدمها التأمين بالأضرار الاقتصادية الناجمة عن ظهور أمراض خطيرة منصوص عليها تحديداً في العقد يتم بعدها دفع مبلغ محدد مسبقاً. تتضمن هذه البوليصات غالباً السكتة الدماغية والسرطان والنوبة القلبية، والتي غالباً ما تضاف إليها عمليات مجازة الشريان التاجي، والفشل الكلوي، وعمليات زرع الأعضاء. يمكن أيضاً دمج التأمين ضد الأمراض الخطيرة مع تغطية تأمينية مؤقتة في حالة الوفاة. تنص بوليصات الأمراض الخطيرة دائماً على حد للعمر، الحد الأدنى (18 عاماً) والحد الأقصى (يمكن أن يتراوح من 55 إلى 64 عاماً) وتستبعد عموماً دفع المستحقات عن حوادث ما بعد الصدمة أو عن أمراض ظهرت قبل توقيع العقد أو عن وفاة المؤمن عليه خلال 30 يوماً من التشخيص الأول للمرض الخطير. يجوز لشركة التأمين الاحتفاظ بالحق في عدم دفع مبلغ التأمين، في حالة تقديم المستندات المطالبة بالدفع من قبل طبيب يمارس المهنة في دولة غير مُدرجة في قائمة محددة منصوص عليها في العقد.

– تأمين فقدان الاكتفاء الذاتي (الرعاية طويلة الأمد)

يتم توفير تغطية بوليصات فقدان الاكتفاء الذاتي، والتي تسمى الرعاية طويلة الأجل (LTC) في حالة فقدان الاكتفاء الذاتي في الأداء المستقل لوظائف وأنشطة الحياة اليومية الأساسية - وليس بالضرورة بسبب المرض أو الضرر، ولكن أيضاً بسبب الشيخوخة - مع ضمان العائد التأميني من حيث الخدمات العينية أو المبالغ النقدية التعويضية. تحدد معظم التأمينات فقدان الاكتفاء الذاتي إذا كان المؤمن عليه غير قادر على القيام بشكل مستقل ببعض الأنشطة الأساسية للحياة اليومية (ADL) مثل ارتداء الملابس وخلعها، والتنقل، والحفاظ على مستوى جيد من النظافة الشخصية وتناول الطعام. كما يتم الاعتراف بفقدان الاكتفاء الذاتي عندما يتم تشخيص إصابة المؤمن عليه بمرض عصبي أو عقلي من أصل عضوي، مثل مرض الزهايمر أو غيره من أمراض الخرف المُعوقة التي تؤدي إلى فقدان القدرات العقلية. تنص بوليصة LTC على توفير معاش مدى الحياة مع استمرار حالة عدم الاكتفاء الذاتي. وفي هذه الحالة أيضاً هناك حدود عمرية محددة عادةً بـ 18 عاماً للحد الأدنى و70 عاماً للحد الأقصى للعمر. بالإضافة إلى عدم تغطية الحالات المرضية للمؤمن عليه الموجودة بالفعل أو التي تم تشخيصها قبل الاشتراك، توفر بوليصات LTC بشكل عام استثناءات مماثلة لتلك المحددة للتغطية المؤقتة في حالة الوفاة.

تأمين المسؤولية المدنية للمركبات (R.C). (Auto)

يعتبر تأمين المسؤولية المدنية للمركبات إلزامياً بموجب القانون لجميع المركبات ويغطي احتمال تسبب أحد الأشخاص في الضرر للأشخاص أو الممتلكات في حادث طريق؛ أي عندما يكون قيد قيادة السيارة. كما تعتبر المركبات المتوقفة على الطرق العامة أو في المناطق المعادلة لها في حالة سير؛ ولذلك، حتى لو كانت السيارة متوقفة في الشارع دون استخدام، فإنها تظل خاضعة للقيود التأمينية. تم فرض الالتزام على افتراض أن السائق يتحمل المسؤولية الكاملة أو الجزئية عن الضرر وأن هناك علاقة سببية بين الفعل غير المشروع (وبالتالي الإجراء الذي يشكل انتهاكاً لقانون الطرق) والضرر الجائر الناتج. في حالة حدوث تصادم بين المركبات، يفترض أيضاً أن جميع سائقي المركبات المشاركة ساهموا بالتساوي في إحداث الضرر، على الأقل حتى يثبت العكس؛ لذلك، ما لم تظهر أدلة مختلفة، يتعين على كل سائق التعويض جزئياً عن الأضرار التي لحقت بالآخر. يدخل في نطاق تغطية المسؤولية المدنية للمركبات الأضرار (الجسدية والمادية) التي تلحق بأشخاص آخرين غير منقولين ومتورطين بشكل غير مباشر (باستثناء المالك، والسائق، والمستأجر، والمنتفع، والمشتري مع الاحتفاظ بحق الملكية، والشركاء ذوي المسؤولية المحدودة إذا كان المؤمن عليه عبارة عن شركة، وأقارب المؤمن عليه)، والأضرار (الجسدية) التي تلحق بمن يتم نقلهم على متن المركبة المؤمنة، والأضرار (المادية) التي تلحق بمن يتم نقلهم على متن المركبة المؤمنة غير المسؤولة. قد يتم تخفيض التعويض عن الأضرار جزئياً للراكب في حالة عدم استخدام أحزمة الأمان أو عدم ارتداء الخوذات أو بسبب الإهمال من جانب الطرف المتضرر. في حالة القيادة في حالة سكر أو تحت تأثير المخدرات، أو في حالة النقل الذي لا يتوافق مع الأحكام المذكورة في شهادة تسجيل المركبة أو فقدان القدرة على القيادة بسبب عدم الحصول على رخصة القيادة، يُنص على أن يقوم التأمين بتعويض الطرف الثالث المتضرر بالكامل مع مطالبة المؤمن عليه بالتعويض لاحقاً.

تأمين المنزل والأسرة

يمثل التأمين على المنزل والأسرة شكلاً من أشكال الحماية ضد الأضرار التي تلحق بالمنزل والسلامة الاقتصادية لوحدة الأسرة بأكملها. البوليصات القابلة للتخصيص بناءً على الاحتياجات المحددة للمؤمن له. لذلك من الممكن اختيار التغطية الشاملة بجميع خيارات الوثيقة متعددة المخاطر، أو التغطية الجزئية مع الخيارات التي ترى ضرورة تأمينها فقط أو التغطية التي تقتصر على الضمانات الأساسية فقط.

يتم تجديد العقد، الذي يستمر لمدة عام واحد، تلقائياً ما لم يتم إرسال إشعار الإلغاء بخطاب مسجل مع إشعار مسبق محدد في الشروط التعاقدية (بشكل عام قبل 30 أو 60 يوماً من انتهاء الصلاحية). يتفق الطرفان على مبلغ وطرق الدفع بالإضافة إلى نوع الخطر الذي سيتم التأمين عليه: لتحديد هذه العناصر، من الهام أن يقدم العميل معلومات شاملة وكاملة عن الخطر المعني بشكل يسمح بتقييم خطورة وهوية الخطر نفسه. يتم تحديد مبلغ القسط من قبل شركة التأمين بناءً على عوامل مختلفة، بما في ذلك حجم حدود السداد المؤمنة (الحد الأقصى لمبلغ النفقات الذي تتعهد شركة التأمين بسداده)، وحدود التعويض (الخصومات ونسب التحمل، أي ذلك الجزء من الضرر التي يظل مسؤولية المؤمن عليه)، ومحافظة موقع العقار (خاصة في حالة السرقة والأحداث الكارثية)، وقيمة إعادة البناء الجديد للمنزل ونوع العقار (منزل منفصل أو شقة) وكذلك بالطبع المخاطر المغطاة.

لتحديد قسط التأمين، يلزم أولاً تحديد المبلغ المؤمن عليه، أي المبلغ الذي تغطي البوليصا من أجله أصلاً واحداً أو أكثر تجاه فئة معينة من المخاطر. الخطوة الأولى لتحديد مبلغ التأمين هي اختيار شكل التأمين، والذي ينقسم في سياق بوليصات التأمين على المنازل متعددة المخاطر إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

أ – يغطي التأمين كامل القيمة لجميع العناصر المؤمن عليها، وبالتالي يجب أن يتوافق المبلغ المؤمن عليه مع كامل قيمتها الحقيقية. ويعني ذلك أنه في حالة زيادة قيمة الأصول المؤمن عليها بمرور الوقت مقارنة بالقيمة المفترضة وقت إبرام العقد، يتعين على العميل تغيير المبالغ المؤمن عليها؛ ومن المستحسن أيضاً إجراء هذا التحديث حتى لو انخفضت قيمة الأصول المؤمن عليها لتجنب زيادة غير ضرورية في القسط.

ب- يوفر التأمين ضد الخطر الأوّل المطلق ضمناً لتغطية الأضرار حتى الحد الأقصى المقرر، بغض النظر عن القيمة الإجمالية الحقيقية للأشياء المؤمن عليها.

ج – التأمين ضد الخطر الأوّل النسبي يتعلق فقط بسرقة الأغراض الموجودة داخل المسكن، وبما أن الأضرار بالتأكيد أقل من القيمة الإجمالية للأشياء المؤمن عليها، فإن مبلغ التأمين يمكن أن يساوي الحد الأقصى للضرر الذي يمكن أن يصيب المؤمن عليه

عند وقوع الحادث، يجب على العميل أولاً إثبات أن الحدث المعني يقع ضمن الاحتمالات المنصوص عليها في البوليصة، وبشكل عام، الامتثال للالتزامات التي ينص عليها القانون المدني، بما في ذلك تقديم بلاغ للسلطة القضائية وقائمة مفصلة بالأغراض المسروقة أو المتضررة؛ وبمجرد إجراء الفحوصات المتعلقة بالتغطية الفعلية، تقوم شركة التأمين بدفع التعويض بناءً على ما هو مذكور في البوليصة بدقة. بالنسبة للأضرار التي تلحق بمحتويات المنزل، فإن البوليصات المبنية على قيمة الاستخدام توفر تعويضاً مساوياً لقيمة الشيء وقت الضرر مع الأخذ في الاعتبار فقدان القيمة بسبب الاستخدام، في حين توفر البوليصات المبنية على القيمة الجديدة تعويضاً مساوياً لقيمة إعادة شراء الممتلكات المؤمن عليها دون أي تخفيض، بصافي القيمة المتبقية للأشياء المؤمن عليها التالفة فقط. يتم تقدير التعويض عن الأضرار التي لحقت بالمبنى على أساس قيمة إعادة بناء الأجزاء المدمرة بطريقة مماثلة لتلك التي تم بناؤها عليها في السابق، بصافي القيمة المتبقية للأجزاء المتضررة فقط.

ضمانات اختيارية. ويشمل ذلك حالات الحرائق والكوارث الطبيعية (مثل الزلازل والفيضانات) والسرقعة والمسؤولية المدنية (عن الأضرار التي لحقت بأطراف ثالثة بشكل غير إرادي مرتبطة بملكية العقار المؤمن عليه و/أو المرتبطة بالحياة الخاصة). وكذلك الحماية القانونية (أي لتغطية بعض النفقات القانونية المحددة)، والمساعدة (التي يحصل من خلالها المؤمن عليه على خدمة منزلية متاحة دائماً للمنزل ولوحدة أسرته) والحوادث (مع التعويض المتعلق بعواقب الحوادث التي تحدث أثناء ممارسة النشاط البدني في إطار إدارة المنزل، أثناء وقت الفراغ أو أثناء تنقل المؤمن عليه كمشاة أو راكب أو سائق).

يحق لكلا الطرفين الانسحاب من العقد، وممارسة هذا الحق في موعد لا يتجاوز اليوم الستين من تاريخ دفع التعويض إذا لم يتم الاتفاق على خلاف ذلك. وفي حالة ممارسة الشركة للانسحاب، يتعين عليها الإخطار بالقرار مع إشعار قبل 30 يوماً وتسديد صافي القسط غير المستفاد منه، باستثناء الضرائب، على المبالغ المؤمن عليها المتبقية بالفعل.