

بسمه تعالی

اصول و کلیات بیمه

## مقدمه:

"خطر" همواره در کمین آرامش و آسایش انسان بوده و خواهد بود. انسان همواره در صدد کاهش "احتمال وقوع خطر" و کاهش "اثرات خسارات ناشی از خطر" می باشد.

بیمه یکی از راهکارهای کاهش "اثرات خسارات ناشی از خطر" می باشد.

ماهیت قرارداد بیمه: "حق بیمه قطعی" در قبال "تعهدی غیرقطعی" می باشد.

## اصطلاحات بیمه:

### بیمه‌گر:

پذیرنده ریسک، فروشنده پوشش بیمه‌ای یا فروشنده بیمه، بعنوان بیمه‌گر معرفی می گردد. شرکت‌های بیمه، "بیمه‌گر" هستند.

### بیمه‌گذار (ذینفع بیمه):

خریدار بیمه‌نامه، یا به بیان دیگر متقاضی بیمه، "بیمه‌گذار" می باشد.

### ذینفع بیمه:

شخصی که از بیمه‌نامه "منتفع" می گردد و به بیان دیگر خسارت وارده از محل بیمه‌نامه موردنظر، به وی پرداخت می شود، را "ذینفع بیمه" می نامند. در مواقعی بیمه‌گذار و ذینفع بیمه، اشخاص متفاوتی هستند.

### مورد بیمه:

دارائی که بیمه‌نامه برای تحت پوشش قرارداد آن، صادر گردیده را مورد بیمه می‌نامند. در بیمه‌های اشخاص شامل بیمه عمر، حوادث و درمان، که در آن افراد تحت پوشش قرار می‌گیرند، شخصی که تحت پوشش می‌باشد را "بیمه شده" می‌نامند.

### خطر بیمه:

خطر (یا خطراتی) که بیمه‌گر متعهد جبران، خسارت ناشی از آن گردیده را خطر بیمه می‌نامند.

### سرمایه بیمه:

"حداکثر مبلغی" که بیمه‌گر متعهد می‌شود در صورت وقوع خطر، خسارت وارده را جبران نماید، "سرمایه بیمه" می‌نامند. اصولاً سرمایه بیمه باید از سوی بیمه‌گذار تعیین و درخواست شود، هرچند بیمه‌گر در حد تجربه و اطلاعات خود، راهنمایی و مشورت لازم را در این خصوص به بیمه‌گذار ارائه می‌نماید. بهتر است مبلغ "سرمایه بیمه" که از سوی بیمه‌گذار تعیین و درخواست می‌گردد، به میزان حداکثر مبلغ خسارتی باشد، که در اثر وقوع خطر برای مورد بیمه، به بیمه‌گذار تحمیل می‌گردد.

در صورتیکه "سرمایه بیمه" از حداکثر مبلغ خسارت یادشده کمتر یا بیشتر باشد، بنا به توضیحات زیر در زمان جبران خسارت شرایط بنحوی خواهد بود، که به زیان بیمه‌گذار خواهد بود:

### در صورتیکه "سرمایه بیمه" کمتر از ارزش واقعی "مورد بیمه" باشد:

در صورتیکه "سرمایه بیمه" کمتر از ارزش واقعی "مورد بیمه" باشد، بدین معنی خواهد بود که بیمه‌گذار پوشش بیمه‌ای کافی را برای "مورد بیمه" خریداری ننموده است و به بیان دیگر قسمتی از ریسک را نزد خود نگه داشته است و بدین

ترتیب، جبران هرگونه خسارت وارده به "مورد بیمه"، به نسبت "سرمایه بیمه" به "ارزش واقعی موردبیمه" جبران خواهد شد. این موضوع بنا به ماده ۱۰ قانون بیمه و بشرح زیر تصریح شده است:

ماده ۱۰ بیمه: هرگاه مالی به قیمتی کمتر از ارزش واقعی تحت پوشش قرار گیرد، تعهد بیمه گر، به نسبت "سرمایه بیمه" به "ارزش واقعی" خواهد بود.

**در صورتیکه "سرمایه بیمه" بیش از "ارزش واقعی مورد بیمه" باشد:** از آنجا که بیمه گر فقط موظف است، خسارت واقعی وارد شده را جبران نماید و به عبارت دیگر بیمه گذار را در وضعیت "بلافاصله قبل از وقوع خسارت" برگرداند، لذا خسارت فقط تا میزان ارزش واقعی (ونه بیشتر) جبران خواهد شد. بدین ترتیب "سرمایه بیمه" بیش از "ارزش واقعی" برای موردبیمه، هیچ امتیازی برای بیمه گذار نخواهد داشت و فقط باعث می شود، حق-بیمه بیشتر را در زمان صدور بیمه نامه پرداخت نماید.

### سرمایه بیمه در بیمه اشخاص:

از آنجا که "مورد بیمه" در بیمه اشخاص، شیئی نیست که بوسیله "مابه ازای پول"، در بازار بهای آن را تعیین نمود، لذا "سرمایه بیمه" در بیمه اشخاص، تابع درخواست "بیمه گذار" و البته، موافقت "بیمه گر" است.

در این خصوص بیمه گذار می تواند هر مبلغی را بعنوان "سرمایه بیمه" خود انتخاب نماید، ولی بیمه گر از جهت رعایت اصول بیمه گری، باید ملاحظاتی را مدنظر قرار دهد که از سویی؛

غرامت پرداختی به ذینفع (یا ذینفعان) متناسب با زیان وارده باشد، که برای این مهم بوسیله بررسی های کارشناسی و تعیین میزان درآمد و وضعیت مالی بیمه شده، میزان زیان وارد شده در اثر فقدان "بیمه شده" بصورت تقریب تعیین خواهد شد، از

سوی دیگر؛

میزان سرمایه بیمه نباید در حدی باشد که وقوع خطر (و خسارت) برای "ذینفع بیمه" و سوسه‌انگیز باشد.

بر این اساس لازمست در بیمه اشخاص، بیمه‌گر میزان سرمایه بیمه را متناسب با وضعیت مالی "بیمه‌شده" و طبیعتاً محدود به "زیان واقعی" ناشی از فقدان "بیمه‌شده"، بپذیرد و سرمایه‌ای بیش از آن را نپذیرد.

در توضیح بیشتر؛ منطقی آنست که سقف مبلغ سرمایه بیمه را، متناسب با درآمد "بیمه‌شده" تعیین نمود. مثلاً اگر بیمه‌گر، برای رعایت ملاحظات بالا این سقف را ضریب ۵۰ برابر درآمد "بیمه‌شده" در نظر گرفته باشد، سقف سرمایه بیمه برای فردی که درآمد ۵ میلیون تومان دارد، ۲۵۰ میلیون تومان و برای فردی که دارای درآمد ۲۰ میلیون تومان است، یک میلیارد تومان باید در نظر گرفته شود.

البته همانگونه که توضیح داده شد، بیمه‌گر در این خصوص سقف "سرمایه بیمه" (تعهد خود) را تعیین می‌نماید و انتخاب سرمایه بیمه، کمتر از مبلغ یاد شده توسط بیمه‌گذار منعی ندارد.

### حق بیمه:

بهای انتقال ریسک از بیمه‌گذار، به بیمه‌گر را حق بیمه می‌نامند. مبلغی که در ازای دریافت آن، بیمه‌گر متعهد می‌گردد، خسارت وارده به "موردبیمه" را، به بیمه‌گذار پرداخت نماید.

### نرخ حق بیمه:

نسبت حق بیمه (مبلغ پرداختی بیمه‌گذار برای خرید بیمه) به سرمایه بیمه (حداکثر تعهد بیمه‌گر) را نرخ حق بیمه می‌گویند. در حقیقت مبلغ "حق بیمه" از حاصل ضرب "نرخ حق بیمه"، که توسط بیمه‌گر محاسبه و معین شده است، در "سرمایه-بیمه" (حداکثر تعهد بیمه‌گر) که بیمه‌گذار متقاضی و خریدار آن می‌باشد، محاسبه می‌گردد.

### محاسبه و تعیین نرخ حق بیمه:

مبنای اولیه محاسبه و نهایتاً تعیین نرخ حق بیمه، میزان احتمال وقوع خطر مورد نظر می باشد. بیمه گر پس از جمع آوری آمار وقوع خطر مورد نظر و احتمالات مربوط به میزان خسارات وارده به "مورد بیمه" و همچنین بر اساس تجارب تخصصی و فنی، ضریب پایه ای را به این ترتیب محاسبه نموده، متعاقباً با افزودن ضرایبی برای جبران هزینه های اداری و بیمه گری، ضریبی را تحت عنوان "نرخ حق بیمه" تعیین و به بیمه گذار اعلام می نماید.

بر این اساس بیمه گذار با اعلام "سرمایه بیمه" مورد درخواست، که بنا به ارزش واقعی "مورد بیمه" تعیین شده است، مبلغ "حق بیمه" از حاصل ضرب "نرخ حق بیمه" در مبلغ "سرمایه بیمه" محاسبه می گردد.

### اصول حاکم بر قرارداد بیمه:

#### 1) اصل حد اعلاى حسن نیت:

اصل بر این است که تمام قراردادها و روابط، مبتنی بر حسن نیت باشد، ولی در قرارداد بیمه، حسن نیت از عوامل اساسی تنظیم رابطه بین تعهدات طرفین است. از آنجا که برای بیمه گر امکان بازدید و بررسی تمام ابعاد موضوع بیمه قبل از صدور بیمه نامه وجود ندارد و یا مقرون بصرفه نیست، از طرفی بیمه گذار دارای دانش فنی و تخصصی در زمینه بیمه نمی باشد، لذا ضروریست بمنظور اطمینان از شفافیت و صحت مندرجات قرارداد بیمه، طرفین مقید به رعایت اصل (حد اعلاء) حسن نیت می باشند.

#### الف) اصل حسن نیت در مورد بیمه گذار:

بیمه‌گذار موظف است در هنگام عقد قرارداد تمام اطلاعات مربوط به مورد بیمه را که در ارزیابی خطر موثر می‌باشد را در کمال درستی و صداقت بیان نماید اعم از اینکه آن اطلاعات را بیمه‌گر خواسته باشد یا نخواستہ باشد. بطوریکه بیمه‌گر بتواند اهمیت خطری را که مورد پوشش قرار می‌دهد تشخیص دهد.

### ب) اصل حسن‌نیت در مورد بیمه‌گر:

بیمه‌گر موظف است در سند بیمه (بیمه‌نامه) هر آنچه نشان‌دهنده تعهدات اوست، چه از لحاظ کیفی و چه از نظر کمی، به وضوح ذکر نماید و مواردی که به نحوی از انحاء در صورت بروز حادثه می‌تواند موثر در پرداخت خسارت باشد در بیمه-نامه قید نماید، بطوریکه تعهدات بیمه‌گر از هر جهت برای بیمه‌گذار معین و مشخص باشد.

### 2) اصل غرامت یا اصل زیان:

بیمه قراردادی است که موضوع آن جبران خسارت وارده به اموال و دارائی بیمه‌گذار است. بموجب این اصل، بیمه‌هرگز نباید بصورت منبع استفاده برای بیمه‌گذار درآید. بیمه‌گر متعهد جبران خسارت و رفع بی‌تعادلی است که در پی حادثه موردبیمه در وضع مالی بیمه‌گذار پدیدار می‌شود.

میزان خسارت برآوردی از تفاوت بین "ارزش مورد بیمه بلافاصله قبل از حادثه" و ارزش مورد بیمه "بلافاصله بعد از حادثه" بدست می‌آید.

در صورتیکه این اصل ملاک عمل قرار نگیرد، یعنی بپذیریم که "بیمه می‌تواند منبع استفاده برای بیمه‌گذار واقع شود"، فساد ایجاد می‌نماید، مخل نظم عمومی است و تشویقی خواهد بود برای ایجاد خسارت‌های عمدی توسط بیمه‌گذاران.

این اصل به بیمه‌های اشیاء اختصاص دارد و در مورد بیمه‌های اشخاص صدق نمی‌کند، زیرا حیات و زندگی اشخاص تبدیل پذیر به میزان مشخصی پول نیست.

بیمه‌گذار برای دریافت خسارت باید ثابت کند:

اولا: حادثه موردبیمه اتفاق افتاده است.

ثانیا: حادثه موضوع بیمه برای وی ایجاد خسارت نموده است.

تاثیر مبلغ بیمه شده در غرامت:

✓ تساوی سرمایه بیمه شده با قیمت واقعی مورد بیمه:

در صورتیکه "سرمایه بیمه شده" با قیمت "واقعی مورد بیمه" برابر باشد، بدین معنی خواهد بود که پوشش بیمه ای متناسب با "ارزش واقعی موردبیمه" ارائه گردیده است و تمام ارزش واقعی مورد بیمه دارای پوشش کامل بیمه است و در صورت وقوع خسارت به مورد بیمه، بیمه گر طبق مفاد بیمه نامه متعهد خواهد بود، تمام خسارت وارده را تامین نماید.

✓ پایین تر بودن سرمایه بیمه شده از قیمت واقعی موردبیمه:

در صورتیکه "سرمایه بیمه شده" از "قیمت واقعی موردبیمه" پائین تر باشد، بدین مفهوم خواهد بود که پوشش بیمه ای برای تمام "ارزش مورد بیمه" دریافت نگردیده، بلکه بصورت مساوی تمام اجزا و ارزش مورد بیمه، به میزان "درصدی" از "ارزش واقعی" تحت پوشش قرار گرفته است، که بدین جهت بیمه گر متعهد است که به هر خسارت وارده، همان "درصد" پوشش بیمه ای ایجاد شده را، پرداخت نماید.

✓ بالاتر بودن سرمایه بیمه شده از قیمت واقعی موردبیمه:

در صورتیکه "سرمایه بیمه شده" از "قیمت واقعی موردبیمه" بالاتر باشد، بدین مفهوم است که پوشش بیمه ای مازاد بر "ارزش مورد بیمه" دریافت گردیده و از آنجا که بیمه نباید منبع درآمد برای بیمه گذار باشد، عملا بیمه گذار حق بیمه ای پرداخت نموده که در قبال آن سرمایه ای از او در معرض ریسک نبوده، در نتیجه حق بیمه اضافی پرداخت شده، زائد می- باشد.

**(3) اصل نفع بیمه ای:**

فرض بر این است که؛ بیمه‌گذار نسبت به مورد بیمه دارای نفع است، بطوریکه در اثر بروز خطر بیمه‌شده، دچار زیان خواهد شد. در واقع علاقه و نفع بیمه‌گذار در عدم وقوع حادثه مورد تعهد بیمه‌گر است. بدین ترتیب، مالکین منحصرأ دارای نفع بیمه‌ای نیستند و قانون موارد دیگری را نیز دارای نفع بیمه‌ای شناخته است، مانند راهن و مرتهن، موجر و مستاجر، امین، وصی و قیم، طلبکار، کارفرما و اقوام درجه یک.

#### 4) اصل جانشینی (حق رجوع بیمه‌گر به مسئول خسارت):

در بسیاری از موارد، خسارت وارده بر اثر غفلت، کوتاهی و قصور اشخاص به وجود می‌آید. معمولاً مراجعه بیمه‌گذار به بیمه‌گر برای دریافت خسارت وارده ساده‌تر و سریعتر از مراجعه به مسئول وقوع خسارت می‌باشد. در این موارد بیمه‌گر با پرداخت خسارت به بیمه‌گذار، از حق بیمه‌گذار نسبت به رجوع و پیگیری از مسئول خسارت استفاده نمود. بنابراین بیمه‌گر با دریافت وکالت‌نامه از بیمه‌گذار این امکان را خواهد داشت تا به جانشینی از سوی بیمه‌گذار تمام اقدامات متصوره جهت بازیافت خسارت پرداختی را از مسئول خسارت پیگیری نماید.

#### 5) اصل تعدد بیمه:

تعدد بیمه عبارت است از اینکه برای بیمه یک شیء، چند قرارداد بیمه وجود داشته باشد. از آنجا که این موضوع می‌تواند به این معنی باشد، که در صورت وقوع خسارت، بیمه‌گذار با استفاده از هر یک از بیمه‌نامه‌ها، بصورت جداگانه به هر یک از بیمه‌گران مراجعه نموده و خسارت وارده را دریافت نماید، و بدین ترتیب، بواسطه یک خسارت وارده، چند خسارت دریافت نماید، لذا تعدد بیمه برخلاف اصل غرامت بوده و قابل قبول نخواهد بود.

با این حال تعدد بیمه را نمی‌توان در هر شرایطی رد نمود و بعبارت دیگر، تعدد بیمه، لزوماً موجب بطلان قراردادهای بیمه نیست. در صورتیکه یکی (یا بیشتر) از سه شرط زیر وجود داشته باشد، "تعدد بیمه" دچار اشکال خواهد بود:



- جمع "مبالغ بیمه‌شده" از "ارزش واقعی شیء" بیمه‌شده تجاوز نماید.
- ذینفع همه بیمه‌نامه‌ها یک شخص باشد.
- خطرهای بیمه‌شده در همه بیمه‌نامه‌ها یکسان باشد.

و بدین ترتیب، تعدد بیمه بلاشکال خواهد بود، در صورتیکه:

- جمع "مبالغ بیمه‌شده" از "ارزش واقعی شیء" بیمه‌شده تجاوز ننماید.
- ذینفع بیمه‌نامه‌ها اشخاص متفاوت باشند.
- خطرهای بیمه‌شده در بیمه‌نامه‌ها متفاوت باشند.

### 6 اصل داوری:

هرگونه اختلاف بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار، به ویژه از نظر فنی، ترجیحا در مرحله نخست از طریق توافق و سازش انجام می‌گیرد. طرفین قرارداد به ویژه بیمه‌گر، علاقه به طرح دعوا در دادگاه را ندارند. زیرا اولاً مراحل رسیدگی طولانی است و ثانیاً به اعتبار حرفه‌ای و حسن شهرت او لطمه وارد می‌شود. مزیت داوری در این است که اولاً به دور از تشریفات دست و پاگیر اداری و کم هزینه است و ثانیاً داوران اغلب از میان افراد صاحب‌نظر فنی و مدیران بازنشسته یا شاغل متخصص در امر بیمه و موضوع مورد اختلاف طرفین انتخاب می‌شوند. شرایط داوری در بیمه‌نامه قید می‌شود.

### 7 اصل علت نزدیکی:

بیمه‌گذار برای دریافت خسارت از بیمه‌گر باید نشان دهد، بین وقوع حادثه و خسارت وارد شده رابطه علت و معلولی نزدیک و مستقیم وجود دارد. علت نزدیک خسارت وارده باید حادثه بیمه‌شده باشد، تا بیمه‌گر آن را جبران نماید. برای مثال: در صورتیکه موردبیمه، در مقابل آتش‌سوزی بیمه شده که در اثر وقوع خطر طوفان خسارت می‌بیند و در پی آن، آتش‌سوزی واقع می‌شود که بقایای آن را نیز منهدم می‌سازد. بیمه‌گر آتش‌سوزی تنها خسارت آتش‌سوزی را می‌پردازد چون خطر طوفان در این بیمه‌نامه مورد تعهد بیمه‌گر نیست.

### 8 اصل اتکائی:

از اصول اولیه بیمه در کلیه رشته‌ها این است که ریسک بیمه‌شده تا جائی که ممکن است در سطح وسیعی پخش شود. بیمه اتکائی راه حل این اصل است. بیمه اتکائی نظامی است که بیمه‌گر صادرکننده بیمه‌نامه را قادر می‌سازد، با توجه به سرمایه و ذخایر خود بخشی از ریسک‌های صادره را به حساب خود نگه دارد و مازاد بر توان خود را بین بیمه‌گران اتکائی مختلف تقسیم کند. به بیان دیگر، بیمه اتکائی را می‌توان توزیع جهانی ریسک نامید.

### فسخ و ابطال بیمه‌نامه:

فسخ و ابطال در بیمه دو اصطلاح متفاوت هستند.

در صورت فسخ بیمه‌نامه شرایط زیر برای بیمه‌نامه اجرا می‌گردد:

۱- حق بیمه تا تاریخ فسخ اخذ شده و حق بیمه مدت باقی مانده بنا به شرایط فسخ محاسبه شده و به بیمه‌گذار بر می‌گردد.

۲- کلیه خسارات واقع شده تا تاریخ فسخ در تعهد بیمه‌گر است و بیمه‌گر نسبت به هرگونه خسارت که بعد از تاریخ فسخ رخ دهد هیچگونه مسئولیتی ندارد.

۳- تاریخ پایان بیمه‌نامه به تاریخ فسخ منتقل می‌شود.

در صورت ابطال بیمه‌نامه شرایط زیر برای بیمه‌نامه اعمال می‌شود:

۱- تاریخ پایان بیمه‌نامه به تاریخ شروع منتقل می‌گردد. گویی که از روز اول چنین بیمه‌ای صادر نگردیده است.

۲- بنابراین بند قبلی، هرگونه خسارت که طی مدت قرارداد تا تاریخ ابطال واقع شده باشد در تعهد شرکت بیمه

نیست و اگر خسارتی را هم توسط بیمه پرداخت شده باشد، قابل استرداد می‌باشد.

۳- در خصوص مبلغ حق بیمه بسته به علت ابطال بیمه نامه حق بیمه شرایط زیر را دارد:

الف: علت ابطال بیمه نامه تقلب بیمه گذار باشد: در این حالت کل حق بیمه از بیمه گذار دریافت شده و اگر

بیمه نامه اقساط باشد کلیه اقساط قابل وصول است!

ب: علت ابطال بیمه نامه اشتباه در صدور باشد: در این حالت اساسا کل حق بیمه باید به بیمه گذار عودت

گردد و اگر تمام یا قسمتی از حق بیمه به بیمه گر پرداخت شده باشد، آنرا به بیمه گذار عودت می نماید.

بنابراین در ابطال بیمه نامه اگر علت، قصد تقلب بیمه گذار باشد، تمام حق بیمه از بیمه گذار اخذ خواهد شد و

اگر علت ابطال، اشتباه در صدور باشد، تمام حق بیمه به بیمه گذار عودت خواهد شد، اما در فسخ، مبلغ حق-

بیمه برای مدت باقی مانده به بیمه گذار مسترد می گردد.

### بیمه نامه کوتاه مدت

اصولا مدت زمان استاندارد شده، برای هر بیمه ای یکسال است، مگر آنکه به علتی که معمولا از سوی بیمه گذار درخواست

می شود، مدت زمان دیگری بین بیمه گر و بیمه گذار توافق شود.

برای محاسبه حق بیمه کوتاه مدت دو تعرفه وجود دارد.

**الف) تعرفه حق بیمه روز شمار:** در این تعرفه، حق بیمه روزانه، بیمه نامه (سالانه) محاسبه و بر این اساس حق بیمه،

برای مدت زمان بیمه نامه کوتاه مدت، محاسبه می گردد. مثال: حق بیمه روز شمار برای بیمه نامه یک ماهه،

در صورتیکه حق بیمه سالانه آن ۱۰ میلیون ریال باشد، بدین ترتیب محاسبه خواهد شد؛ ابتدا حق بیمه روزانه بیمه نامه

از تقسیم ۱۰ میلیون ریال به ۳۶۵ روز، به مبلغ ۲۷،۳۹۷ ریال بدست می آید. سپس مبلغ حق بیمه ماهانه، از ضرب

۳۰ روز در حق بیمه روزانه (۲۷،۳۹۷ ریال)، به مبلغ ۸۲۱،۹۱۰ ریال بدست می آید.

ب) تعرفه حق بیمه کوتاه مدت: در این تعرفه که حق بیمه بر اساس نسبت معینی از حق بیمه سالانه می باشد، با مراجعه به جدولی که از پیش برای این منظور تعیین شده، برای هر مقطع زمانی، با ضرب نسبت مربوط به آن مقطع زمانی در حق بیمه سالانه، حق بیمه کوتاه مدت مربوطه محاسبه می شود. در مثال بالا؛ در صورتیکه تعرفه کوتاه مدت (تعیین شده) برای مدت ۳۰ روز، ۲۰٪ باشد، با ضرب ۲۰٪ در حق بیمه یکسال (۱۰ میلیون ریال)، حق بیمه تعرفه کوتاه مدت، مبلغ ۲ میلیون ریال، برای بیمه نامه یکماهه، محاسبه می گردد.

درخواست خرید بیمه نامه کوتاه مدت از سوی بیمه گذار، معمولاً به دلیل ریسکی غیرمتعارف می باشد و به همین دلیل تعرفه کوتاه مدت از تعرفه روزشمار بیشتر است. لازمست بیمه گذار به خرید بیمه نامه یکساله تشویق شود.

### شرایط تشدید خطر (ریسک)

قانون گذار تشدید ریسک را به مواردی اطلاق نموده که کیفیات یا وضعیت موضوع بیمه، طوری تغییر کند که اگر وضعیت مزبور قبل از قرارداد موجود بود بیمه گر حاضر به انعقاد قرارداد با "شرایط ذکر شده در بیمه نامه" و "نرخ حق بیمه" در قرارداد نمی شد.

چنانچه در مورد اطلاعات داده شده تغییری در طول اجرای عقد ایجاد شود، بیمه گذار باید تغییرات را به بیمه گذار اعلام کند. در بین سوالات پرسشنامه تهیه شده توسط بیمه گر نیز، تنها تغییر اوضاع و احوالی مدنظر است که موجب تشدید خطر وقوع حادثه گردد. تغییر در ارزش مالی موضوع بیمه، از مصادیق افزایش ریسک نبوده و موجب افزایش تعهدات و ریسک بیمه گر نخواهد بود.