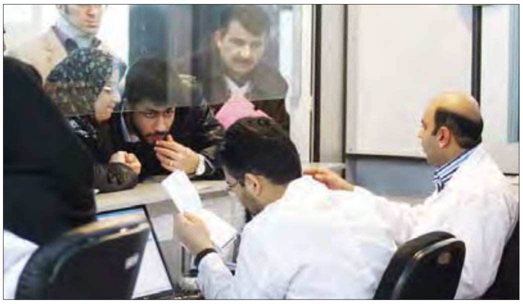
پرونده

گزارش «شهروند» از عملکرد خدمات بیمه‌های تکمیلی

موفقیت طرح تحول سلامت در گرو همکاری بیمه‌ها



عکس: سعید غلامحسینی / شهروند

امیرحسین خواجوی| اگرچه مدت زیادی از انتقاد صریح وزیر بهداشت از عملکرد بیمه‌های تکمیلی نمی‌گذرد که گفته بود بیمه‌های تکمیلی بسیار بد عمل می‌کنند و فقط به سودشان توجه دارند و بیمه مرکزی هم فقط تماشاگر این اوضاع شده است، اما در همچنان روی همان پاشنه می‌چرخد و بیمه‌های تکمیلی حمایت معناداری در هزینه‌های سلامت ندارند. مساله‌ای که باعث شده اعتبار این بیمه‌ها در مراکز درمانی خدشه‌دار شود.

حسن هاشمی گفته بود، طرح تحول نظام سلامت در جهت رفاه و آسایش مردم است و زمانی که مردم حق بیمه‌ای خود را پرداخت کردند، انتظار دارند مراجعه‌شان به بیمارستان‌ها صرفا برای درد و رنج بیماری باشد اما مواجه می‌شوند با مراکزی که بیمه‌های تکمیلی خدمات آن را قبول ندارد. درنتیجه از رضایتمندی بیماران کاسته می‌شود و این مخالف اهداف طرح تحول نظام سلامت است بنابراین فکر می‌کنم مسئولان بیمه مرکزی و اقتصاددانان باید تلاش کنند تا نارضایتی را از بین ببرند. نکته این جاست که پایبند نبودن بیمه‌های تکمیلی به تعرفه‌های جدید ابلاغی از سوی وزارت بهداشت در کنار پرداخت‌نشدن به‌موقع مطالبات بیمارستان‌ها، باعث شده تا بخش خصوصی حوزه درمان کشور به آینده همکاری با بیمه‌های تکمیلی خوشبین نباشد. در چنین وضعیتی، برخی از بیمارستان‌های خصوصی با تمدید نکردن قرارداد با این بیمه‌ها تمامی هزینه‌های درمانی را از بیماران دریافت می‌کنند و بعضی دیگر از این مراکز درمانی که همچنان با این بیمه‌ها قرارداد دارند، ابتدا تمام هزینه‌ها را از بیماران دریافت می‌کنند، سپس بیماران با مراجعه به بیمه‌ها بخش ناچیزی از هزینه‌های درمانی را دریافت می‌کنند. عدم‌پوشش درست خدمات از سوی بیمه‌های تکمیلی و افزایش هزینه‌های درمانی در بخش خصوصی با توجه به تعرفه‌های جدید، نارضایتی بین دارندگان بیمه‌های تکمیلی را افزایش داده است، چراکه بسیاری از افراد تحت‌پوشش این بیمه‌ها به‌دلیل بهره‌مندی از پوشش‌های کامل‌تر، نسبت به بیمه‌های پایه حق بیمه بیشتری پرداخت می‌کنند، ولی در عمل حمایت موثر از سوی این بیمه‌ها برای بیمه‌گذاران انجام نمی‌شود. درنهایت این مشکلات و عدم‌پایبندی به قوانین از سوی بیمه‌های تکمیلی نتیجه‌ای غیر از افزایش سهم مردم در پرداخت هزینه‌های درمانی ندارد. این درحالی است که طرح تحول نظام سلامت با تمرکز بر ساماندهی خدمات سلامت و به‌ویژه کاهش سهم مردم از پرداخت هزینه‌های درمانی، از همان ابتدا بر لزوم همراهی بیمه‌ها تأکید داشت. با گذشت بیش از ۲ ماه از آغاز سال جدید و اعلام تعرفه‌های درمانی در بخش دولتی و خصوصی، بیمه‌های تکمیلی همچنان براساس تعرفه‌های سال ۹۳ عمل می‌کنند، مسأله‌ای که سال گذشته نیز از سوی بیمه‌های تکمیلی به‌بهانه‌های مختلف انجام شد. موضوعی که به‌گفته محمد حاجی‌آقاجانی، معاون درمان وزارت بهداشت، کاهش ۷۰ درصدی پرداخت بیمه‌های تکمیلی را در پی داشته است. این درحالی است که براساس مصوبه هیأت‌وزیران، بیمه‌های پایه و تکمیلی مکلف هستند که با اجرای طرح تحول نظام سلامت، کاهشی در پرداخت تعهدات خود نداشته باشند. اما همین کاهش پرداخت بیمه‌های تکمیلی باعث شده که بیمارستان‌های خصوصی هزینه‌های درمانی را مستقیم از بیماران دریافت کنند. بیمه‌های تکمیلی که به‌نظر می‌رسد به چیزی به جز سود بیشتر توجه ندارند، با تعلل و تاخیر در پرداخت هزینه نه فقط اعتبارشان را پیش مردم از دست می‌دهند، بلکه به طرح تحول نظام سلامت نیز آسیب می‌رسانند. چراکه این طرح در جهت رفاه و آسایش جامعه است و زمانی که بیمه‌گذار حق بیمه خود را پرداخت می‌کند، انتظار دارد در موقع لزوم با مراجعه به مراکز درمانی فقط درد و رنج بیماری را به‌همراه داشته باشد. اما وضعیت این روزهای خدمات این بیمه‌ها و عدم تمکین به تکالیف قانونی، نتیجه‌ای جز کاهش رضایتمندی بیماران در پی ندارد. از طرف دیگر برخی کارشناسان و صاحب‌نظران اقتصادی وضعیت بیمه‌های تجاری که بیمه‌های تکمیلی نیز جزو آن هستند را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و عدم‌پوشش مناسب توسط این بیمه‌ها را معلول شرایط بد اقتصادی می‌دانند و معتقدند در صورت فراهم‌شدن شرایط مناسب مالی و اقتصادی بیمه‌های تکمیلی برای حفظ منافع خودشان هم که شده همکاری و همراهی بیشتری با طرح تحول نظام سلامت خواهند داشت. این درحالی است که آنچه اکنون به اسم بیمه‌های تکمیلی در نظام درمانی کشور درحال اجراست، از نگاه قانون‌گذاران در مجلس شورای اسلامی با برنامه پنجم توسعه انطباق ندارد. به گفته حسین علی شهریاری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، نبود تعریف مشخص از بسته خدماتی و مشخص نبودن بیماری‌هایی که باید تحت‌پوشش بیمه‌های پایه قرار بگیرد، باعث شده تا وضعیت بیمه‌های تکمیلی در تمکین به قانون با ابهاماتی مواجه باشد. در مجموع آنچه حوزه درمان کشور به‌خصوص بیمارستان‌های خصوصی شاهد آن است، عدم ارایه خدمات مناسب بیمه‌های تکمیلی به‌بیمه‌گذاران است. بیمه‌گذارانی که به‌امید حمایت در روزهای درد و بیماری گمان می‌کنند که‌دیگر نباید نگران پرداخت صورتحساب‌های سنگین بیمارستان‌ها باشند. امیدی که این روزها با اما و اگرهای زیادی همراه است.

عضو شورای عالی نظام پزشکی:
اگر بیمه‌های پایه وظایف خود را به‌درستی انجام دهند، مردم مجبور نیستند برای کنترل هزینه‌های پرداختی به‌سراغ بیمه‌های تکمیلی بروند

کم‌کاری در مقابل افزایش هزینه‌ها

بیمه‌های تکمیلی با ادعای بالا رفتن هزینه‌ها سعی دارند کم‌کاری خود را به‌نوعی توجیه کنند. احمد آریایی‌نژاد، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با بیان این مطلب به «شهروند» می‌گوید: «بیمه‌های پایه و تکمیلی نقش محوری در موفقیت طرح تحول نظام سلامت دارند. چراکه بخش قابل توجهی از کاهش هزینه‌های پرداختی از سوی مردم برعهده آنهاست، ولی متاسفانه تاکنون بیمه‌ها به‌خصوص بیمه‌های تکمیلی همکاری خوبی در این زمینه نداشته‌اند.»

او با بیان این که مشکل اصلی در مدیریت بیمه‌ها است، می‌افزاید: «به‌نظر می‌رسد، مدیریت کلان بیمه‌ها به شکلی است که پاسخگوی نیازهای امروز جامعه نیست. بیمه‌ها همواره کمبود اعتبارات و تورم را دلیل مشکلات این حوزه عنوان می‌کنند، درحالی که مدیریت موفق و کارآمد همواره تمامی جوانب را در نظر می‌گیرد.»

نماینده مردم ملایر در مجلس شورای اسلامی با انتقاد از عدم‌شفافیت در عملکرد بیمه‌ها، همکاری و ایجاد تعامل بیشتر بین وزارت بهداشت و وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی را یکی از راهکارهای برون‌رفت از وضعیت فعلی عنوان می‌کند و می‌افزاید: «شفاف‌سازی باعث خواهد شد تا ضعف‌های ساختاری مشخص شود و پس از تشخیص درست مشکلات، قطعا با کار کارشناسی، برنامه‌ریزی دقیق و نظارت بیشتر می‌توان مشکلات این حوزه را برطرف کرد.» عبدالرحمان رستمیان، یکی دیگر از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با اشاره به نقش کلیدی بیمه‌های پایه در چرخه نظام سلامت و درمان کشور، به «شهروند» می‌گوید: «در بسیاری از کشورها، دولت‌ها موفق به ایجاد پوشش صد درصدی بیمه‌های پایه شده‌اند. در کشور ما نیز خوشبختانه ۹۸ درصد تحت‌پوشش بیمه‌های پایه قرار گرفته‌اند. البته براساس قانون برنامه پنجم بیمه‌های پایه باید اجباری شود.» او با بیان این‌که پوشش کامل و افزایش سطح خدمات بیمه‌های پایه می‌تواند عملکرد و کیفیت بیمه‌های تکمیلی را ارتقا دهد، می‌افزاید: «از سال گذشته تاکنون پوشش بیمه‌های پایه بیشتر شده که این موضوع خود کمک خوبی برای بیمه‌های تکمیلی است. به‌همین دلیل بیمه‌های تجاری باید خدماتی را پوشش دهند که بیمه‌های سلامت براساس قانون و محدودیت منابع توانایی ورود به آن را ندارد. به عبارت دیگر، با افزایش کیفیت بیمه‌های پایه، بیمه‌های تکمیلی مجبور خواهند شد، خدمات مناسب‌تری داشته‌باشند.»

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس:
بیمه‌های پایه و تکمیلی نقش محوری در موفقیت طرح تحول نظام سلامت دارند، ولی بیمه‌ها تاکنون به‌خصوص بیمه‌های تکمیلی همکاری خوبی نداشته‌اند

اول بیمه‌های پایه بعد بیمه‌های تکمیلی

ما در ایران بیمه تکمیلی نداریم. داریوش طاهرخانی، عضو شورای عالی نظام پزشکی با بیان این مطلب به «شهروند» می‌گوید: «براساس تعاریف بیمه، بیمه‌های تکمیلی در ازای دریافت حق بیمه باید خدماتی را پوشش دهند که این خدمات تحت‌پوشش بیمه‌های پایه نیست. به عبارت دیگر، بیمه‌های تکمیلی باید از خدماتی که بیمه‌های پایه پوشش نمی‌دهند، حمایت اقتصادی داشته باشند. این درحالی است که در کشور ما این بیمه‌ها از وظایف اصلی و تکالیف قانونی خود فاصله گرفته‌اند و به‌عنوان بیمه مضاعف عمل می‌کنند.»

او می‌افزاید: «بیمه‌های تکمیلی به‌جای پوشش خدمات مازاد، همان خدمات بیمه‌های پایه را پوشش می‌دهند. به عبارت دیگر، در کشور ما، بیمه‌های پایه و تکمیلی هردو یکسری خدمات مشترک را پوشش می‌دهند، درحالی‌که باید بیمه‌های تکمیلی خدماتی مانند برخی اقدامات دندانپزشکی را که در بیمه پایه تعریف نشده‌اند، پوشش دهند.» طاهرخانی، عملکرد ضعیف بیمه‌های پایه را عامل اصلی رجوع مردم برای بهره‌مندی از خدمات بیمه‌های تکمیلی می‌داند و در این‌باره می‌گوید: «اگر بیمه‌های پایه وظایف خود را به‌درستی انجام دهند، مردم مجبور نیستند برای کنترل هزینه‌های پرداختی به سراغ بیمه‌های تکمیلی بروند. یعنی اگر بیمه‌های پایه ۷۰ درصد هزینه‌های درمانی خدمات مورد تعهد خود را در مراکز سرپایی و ۹۰ درصد هزینه‌های خدمات مورد تعهد در بخش بستری بیمارستان‌های خصوصی را براساس تعرفه‌های بخش خصوصی پرداخت کنند، رقم پرداختی مردم به حد معقولی خواهد رسید و این کاهش هزینه باعث خواهد شد، مردم کمتر به سراغ بیمه‌های تکمیلی بروند و درنتیجه بیمه‌های بازرگانی برای حفظ منافع اقتصادی‌شان مجبور خواهند شد تا خدماتی متناسب با وظایف اصلی خود و مازاد بر خدمات بیمه‌های پایه ارایه کنند.» طاهرخانی با تاکید بر اهمیت نقش سازمان‌های بیمه‌گر در ادامه اجرای طرح تحول نظام سلامت و موفقیت این طرح ملی می‌افزاید: «تا مادامی که بیمه‌های پایه به وظایف قانونی خود به‌درستی عمل نکنند، بیمه‌های تکمیلی از کمبودهای موجود در این بخش سوءاستفاده خواهند کرد.»

پیش‌خرید خدمات درمانی از جیب مردم

عضو شورای عالی نظام پزشکی با بیان این‌که حمایت مالی برای سلامت مردم از وظایف دولت‌هاست، چالش‌های موجود در اقتصاد سلامت و عدم حمایت‌های مالی درست از نظام سلامت را یکی از عوامل مهم در تمکین نکردن بیمه‌های تکمیلی به وظایف قانونی‌شان عنوان می‌کند و می‌افزاید: «در برنامه‌ریزی‌ها و محاسبه سهم مردم در هزینه‌های پرداختی، باید هزینه‌های پرداختی مستقیم و غیرمستقیم در حوزه درمان لحاظ شود. یعنی هزینه‌هایی که مردم به‌عنوان حق بیمه به بیمه‌های تکمیلی می‌پردازند نیز بخشی از هزینه‌های درمانی پرداختی از جیب مردم است. درواقع مردم خدمات بیمه‌های تکمیلی را با پرداخت هزینه از جیبشان، پیش‌خرید می‌کنند.» طاهرخانی با تاکید بر این‌که نظام سلامت وقتی به تکالیف خود عمل کرده است که بیمه‌ها وظایف قانونی خود را بی‌هیچ کم‌وکاستی انجام دهند، می‌افزاید: «قانون‌گذار بیمه‌ها را مکلف کرده تا سهم مناسبی از هزینه‌ها را در بخش‌های خصوصی و دولتی، براساس تعرفه‌های قانونی پرداخت کنند. ولی در عمل شاهد هستیم که بیمه‌ها هیچ حمایت معناداری در هزینه‌های سلامت ندارند و در این وضع است که با گذشت بیش از ۲ ماه از سال جدید، بیمه‌های تکمیلی همچنان براساس تعرفه‌های سال ۹۳ عمل می‌کنند.» او می‌افزاید: «البته بیمه‌ها به بهانه این که حق بیمه‌گذاران را براساس تعرفه‌های سال ۹۳ دریافت کرده‌اند، سعی دارند اقدامات خارج از قانون خود را به‌نحوی توجیه کنند. ولی براساس قوانین بیمه در همه‌جای دنیا حق بیمه براساس نرخ هزینه‌ها در زمان عقد قرارداد دریافت می‌شود و پرداخت از طرف بیمه براساس نرخ روز محاسبه می‌شود. این اصل پذیرفته شده برای تمامی بیمه‌هاست.»

مجمع عمومی عادی سالانه شرکت بیمه پارسیان

به عنوان اولین شرکت بیمه بورسی

مجمع عمومی عادی سالانه شرکت بیمه پارسیان برگزار شد

گروه بنگاه‌ها - مجمع عمومی عادی سالانه شرکت بیمه پارسیان صبح روز شنبه ۱۹ اردیبهشت ماه با حضور حدود ۸۰ درصد سهامداران برگزار گردید. به گزارش روابط عمومی شرکت بیمه پارسیان، این شرکت به‌عنوان اولین شرکت بیمه بورسی امسال مجمع عمومی عادی سالانه خود را زودتر از سایر شرکت‌های بیمه برگزار و مفاد دستور جلسه ذکر شده در آگهی دعوت به مجمع را که در جراید به چاپ رسیده بود به تصویب سهامداران رساند.

در این مراسم پس از انتخاب رئیس مجمع، نظار و منشی جلسه و استقرار هیات رئیسه مجمع و نمایندگان بیمه مرکزی و سازمان بورس و اوراق بهادار در قسمت هیات رئیسه، گزارش فعالیت‌های شرکت در سال ۹۳ توسط مدیرعامل ارائه شد. از نکات قابل توجه در این گزارش ترکیب مناسب پرتفو و همچنین ضریب خسارت مناسبی بود که بیمه پارسیان به نسبت صنعت بیمه دارا می‌باشد. همچنین ترکیب دارایی‌ها و سرمایه‌گذاری‌های سودآور نیز از جمله فعالیت‌های درخور توجه سال ۹۳ بیمه پارسیان بود که توسط آقای اویار حسین عضو هیات مدیره و مدیرعامل شرکت به تفصیل شرح داده شد. کسب پرتفوی بیش از ۱۱ هزار میلیارد ریال در سال ۹۳ توسط بیمه پارسیان برای اولین بار در میان شرکت‌های بیمه صددرصد خصوصی کشور یکی از نکات دیگر حائز اهمیت این گزارش بود. در ادامه، گزارش حسابرس و بازرس قانونی شرکت قرائت و پس از ارائه پاسخ‌های لازم در مورد بندهای گزارش حسابرس و بازرس و سوالات مطروحه، صورت‌های مالی عملکرد منتهی به ۹۳/۱۲/۲۹ به تصویب رسید و در زمینه میزان تقسیم سود عملکرد سال مالی مذکور نیز بحث و بررسی لازم به عمل آمد و تقسیم مبلغ ۲۰۰ ریال سود به ازای هر سهم با سرمایه ۲۰۰۰ میلیارد ریال به تصویب حاضرین در مجمع رسید. موسسه حسابرسی دش و همکاران به‌عنوان حسابرس و بازرس قانونی اصلی و موسسه حسابرسی رایمند و همکاران به‌عنوان حسابرس و بازرس علی‌البدل برای سال مالی ۹۴ تعیین و روزنامه‌های اطلاعات و دنیای اقتصاد نیز به‌عنوان روزنامه‌های کثیرالانتشار جهت درج آگهی‌های شرکت انتخاب شدند. رشد مناسب، ترکیب بهینه پرتفوی، ایفای تعهدات قانونی و آیین‌نامه‌ای، همچنین شفافیت صورت‌های مالی از نکات مثبت عملکرد شرکت در سال مالی مورد اشاره بود.

اهم فعالیت‌های انجام گرفته

- بازنگری و تدوین برنامه استراتژیک دوره چهارم
- شروع فعالیت شعبه تخصصی نفت-انرژی
- حلقه‌های نوآوری بیمه پارسیان
- پیاده‌سازی طرح نظام آراستگی محیط کار (5S)
- راه‌اندازی پرتال درمان (بیمه‌گذاران / بیمه‌شدگان)
- فروش اینترنتی بیمه شخص ثالث
- چتر همراه پارسیان
- راه‌اندازی سیستم جدید صدور بیمه‌نامه شخص ثالث و بدنه
- طراحی و پیاده‌سازی سیستم بازدید اولیه اتومبیل از طریق موبایل و تبلت
- راه‌اندازی سیستم صدور الکترونیکی معرفی‌نامه بیمارستانی
- راه‌اندازی سیستم CRM جهت استفاده نمایندگان
- سامانه هوش تجاری و داشبورد مدیران
- امکان‌سنجی راه‌اندازی شعبه فروش اینترنتی
- امکان‌سنجی حضور در مناطق آزاد تجاری
- امکان پرداخت اینترنتی حق بیمه توسط نمایندگان
- پرداخت از طریق USSD
- طرح مشتریان VIP بانک
- بیمه جامع سفر

برنامه‌های آتی

- رئوس کلی برنامه‌های آتی شرکت در سال ۱۳۹۴ به قرار زیر است:
- افزایش سودآوری
- تعدیل ترکیب پرتفو و افزایش سهم بازار رشته‌های مختلف
- توسعه کمی و کیفی شبکه فروش در سراسر کشور
- تقویت زیرساخت‌های ارتباطاتی و اطلاعاتی شرکت
- توسعه بهره‌گیری از دانش مدیریت ریسک در تصمیم‌سازی‌ها و تصمیم‌گیری‌های شرکت
- افزایش سرعت در فرآیند صدور و پرداخت خسارت
- تقویت سیستم آموزش و ارتقای سطح دانش کارکنان ستادی، نمایندگان و کارکنان شعب شرکت
- افزایش میزان وفاداری مشتریان و رضایت از خدمات و محصولات بیمه‌ای شرکت
- تقویت و بهبود سیستم‌های مالی
- طراحی و توسعه طرح‌های جدید بیمه‌ای
- اصلاح و بهبود سیستم‌های منابع انسانی
- بهبود ارائه خدمات الکترونیکی به مشتریان
- افزایش سطح تعلق سازمانی کارکنان

گزیده افتخارات و دستاوردها در سال ۱۳۹۳

- دریافت نشان و استاندارد بین‌المللی عملکرد مطلوب در خدمات بیمه (OPI) و تضمین کیفیت خدمات بیمه (SQA) از شرکت ICS کانادا در سال ۱۳۹۳
- انتخاب به عنوان واحد پیشتاز بازار صنعت بیمه از ششمین، هشتمین، نهمین و دهمین جشنواره قهرمانان صنعت برای چهارمین سال
- کسب گواهینامه رعایت حقوق مصرف‌کنندگان از سازمان حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ و تندیس برنزین سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳
- دریافت لوح تقدیر از اولین جشنواره برندهای برتر محبوب مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۹۲ و دریافت تندیس برند برتر در دومین جشنواره ملی برندهای برتر محبوب مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۹۳
- کسب تقدیرنامه و سپاس‌نامه جشنواره ملی بهره‌وری برای چهارمین سال متوالی
- دریافت تندیس از همایش ملی بهره‌وری ایران ۱۳۹۲ برای دومین سال متوالی
- کسب جایزه مدیریت سلامت اداری در سال ۱۳۹۳ برای سومین سال متوالی
- دریافت تندیس و لوح تقدیر از جشنواره تلاشگران کیفیت کشور ۱۳۹۳ برای سومین سال متوالی
- دریافت لوح تقدیر و تندیس ششمین، هفتمین و هشتمین همایش ملی تجارت و اقتصاد الکترونیکی ۱۳۹۳ برای سومین سال متوالی
- دریافت نشان طلایی توسعه و پیشرفت سازمانی در صنعت بیمه از دهمین اجلاس متخصصین بانکی ۱۳۹۳
- دریافت نشان معتبرترین و خوشنام‌ترین شرکت ایرانی در همایش زنجیره موفقیت سازمانی ۱۳۹۳
- دریافت تندیس تدبیر در مدیریت بهینه از اولین کنفرانس بین‌المللی تحقیق در عملیات در صنایع نفت و گاز ۱۳۹۳
- دریافت تندیس و نشان افتخار یکصد برند برتر ایرانی از سوی انجمن کیفیت ایران در سال ۱۳۹۳
- دریافت تندیس مدیر شایسته ملی از سوی مجمع متخصصان ایران در سال ۱۳۹۳
- دریافت نشان عالی کیفیت از جشنواره پیشتازان کیفیت ایران در سال ۱۳۹۳
- دریافت لوح تقدیر و تندیس زرین از کنفرانس سالانه مدیریت استراتژیک در سال ۱۳۹۳
- دریافت لوح زرین کارآفرین برتر از کنفرانس ملی کارآفرینی و تولید ملی در سال ۱۳۹۳

شرکت بیمه پارسیان (سهامی عام)

ترازنامه
در تاریخ ۲۹ اسفند ماه ۱۳۹۳

دارایی‌ها	۱۳۹۳/۱۲/۲۹ ریال	(تجدید ارائه شده) ۱۳۹۲/۱۲/۲۹ ریال	بدهی‌ها و حقوق صاحبان سهام	۱۳۹۳/۱۲/۲۹ ریال	(تجدید ارائه شده) ۱۳۹۲/۱۲/۲۹ ریال
موجودی نقد	۱۶۴,۸۹۰,۹۰۷,۸۳۰	۱۷۵,۰۲۲,۲۹۳,۸۱۲	بدهی به بیمه‌گذاران، نمایندگان و کارگزاران	۶۹۱,۱۶۱,۸۰۱,۹۷۷	۳۳۷,۶۵۰,۱۹۸,۹۲۴
سرمایه‌گذاری کوتاه‌مدت	۲,۷۱۲,۳۳۵,۷۶۹,۵۵۷	۱,۰۱۱,۱۸۴,۱۵۰,۲۹۴	بدهی به بیمه‌گران اتکایی	۱,۰۰۷,۶۶۴,۴۸۳,۰۸۲	۱,۲۰۵,۱۲۸,۵۱۲,۸۱۱
مطالبات از بیمه‌گذاران، نمایندگان و کارگزاران	۵,۳۳۲,۳۰۹,۰۷۹,۶۱۴	۴,۸۷۸,۰۷۷,۳۹۱,۸۹۳	سایر حساب‌ها و اسناد پرداختنی	۱,۱۸۳,۵۳۱,۱۰۹,۵۶۰	۲,۲۳۹,۴۷۸,۷۶۶,۰۶۳
مطالبات از بیمه‌گران اتکایی	۳۷۹,۳۴۵,۹۹۳,۶۶۷	۳۵۹,۹۱۳,۰۹۷,۶۷۱	ذخیره مالیات	۱۰۱,۷۰۵,۸۹۵,۹۴۵	۸۹,۴۲۵,۰۴۵,۷۶۷
سایر حساب‌ها و اسناد دریافتنی	۱,۶۷۲,۰۰۳,۹۳۴,۸۵۵	۲,۳۳۸,۶۲۴,۷۷۳,۵۲۲	سود سهام پرداختنی	۲۴۸,۱۶۶,۸۳۵,۰۴۰	۱۶۴,۶۷۰,۰۳۴,۶۵۰
سهم بیمه‌گران اتکایی از ذخایر فنی	۲,۷۹۷,۵۳۳,۹۶۴,۳۶۷	۲,۰۸۱,۷۶۰,۸۹۲,۷۳۷	ذخیره حق بیمه	۷,۰۱۵,۴۶۱,۲۲۸,۷۷۸	۵,۱۰۷,۹۶۶,۷۷۴,۷۹۴
دارایی‌های نگهداری شده برای فروش	۳۱۵,۱۵۰,۸۳۵,۲۴۳	-	ذخیره خسارت معوق	۱,۵۹۵,۹۵۹,۸۹۴,۲۲۸	۱,۱۵۵,۰۹۵,۸۱۶,۱۳۷
مطالبات بلندمدت	۱۸۳,۷۱۹,۷۵۴,۴۶۵	۱۳۷,۲۲۸,۸۹۷,۵۵۳	سایر ذخایر فنی	۹۲۷,۱۸۸,۲۴۰,۰۱۶	۶۷۹,۷۰۵,۵۴۴,۲۹۶
سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت	۱,۴۶۷,۱۲۴,۹۰۴,۳۶۰	۱,۹۷۹,۳۱۶,۶۸۶,۵۸۵	حق بیمه عاید نشده - سنوات آتی	۴۱۰,۶۶۴,۳۱۲,۹۲۹	۱۳۲,۱۳۵,۷۴۶,۹۳۳
دارایی‌های ثابت مشهود	۱,۴۴۴,۸۰۹,۳۷۳,۵۸۳	۸۱۵,۳۰۵,۱۹۳,۵۰۵	ذخیره مزایای پایان خدمت کارکنان	۶۸,۶۷۶,۴۸۸,۵۴۸	۴۸,۸۸۷,۵۵۸,۲۶۲
دارایی‌های نامشهود	۲,۸۰۷,۴۶۵,۶۰۹	۴۹۲,۹۸۶,۲۳۳,۸۶۶	سایر بدهی‌های بلندمدت	۲۲۳,۴۱۱,۴۴۷	۳۷۴,۲۲۶,۶۶۳
سایر دارایی‌ها	۱۴۲,۲۰۰,۰۱۲,۸۳۴	۴۲,۵۹۲,۲۹۶,۶۱۸	جمع بدهی‌ها	۱۳,۰۵۰,۴۰۳,۶۲۱,۵۶۰	۱۱,۲۵۹,۵۲۸,۴۳۳,۴۰۰
			حقوق صاحبان سهام		
			سرمایه (۱,۵۶۲ میلیون سهم یکهزار ریالی پرداخت شده)	۱,۵۶۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
			افزایش سرمایه در جریان	۴۳۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۶۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
			اندوخته قانونی	۱۵۶,۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۵۱,۸۴۳,۶۶۶,۷۴۴
			اندوخته سرمایه‌ای	۶۵۷,۹۴۴,۵۰۰,۰۸۴	۵۷۶,۵۲۹,۸۴۳,۳۶۱
			سود انباشته	۷۲۹,۷۱۵,۸۷۴,۳۴۱	۸۰۲,۱۲۰,۰۷۴,۵۷۱
			جمع حقوق صاحبان سهام	۳,۵۴۳,۸۶۸,۳۷۴,۴۲۴	۳,۰۵۲,۴۹۳,۵۷۴,۶۵۴
جمع دارایی‌ها	۱۶,۵۹۴,۲۵۱,۹۹۵,۹۸۴	۱۴,۳۱۲,۰۲۱,۹۰۸,۰۵۴	جمع بدهی‌ها و حقوق صاحبان سهام	۱۶,۵۹۴,۲۵۱,۹۹۵,۹۸۴	۱۴,۳۱۲,۰۲۱,۹۰۸,۰۵۴