

ÖZEL SİGORTACILIK SEKTÖRÜ

1. SİGORTA ŞİRKETLERİNİN YAPISI

Dünya genelinde yaygın olan uygulama, sigorta şirketlerinin anonim şirket ya da kooperatif (mütüel şirket) olarak kurulmasıdır.

Anonim şirket, bir unvana sahip, esas sermayesi belirli ve paylara bölünmüş olan ve kar amaçlı olarak kurulmuş şirket demektir. Sigorta şirketleri genellikle anonim şirket olarak kurulmaktadır.

Mütüel şirket olarak kurulan sigorta şirketlerinde poliçe sahipleri aynı zamanda şirketin ortaklarıdır. Tazminat ödemeleri, genel yönetim giderleri ve benzeri harcamalar yapıldıktan sonra kalan kar ortaklarıdır. Ancak, kar genellikle ortaklara dağıtılmayıp şirketin ileride yüklenmek zorunda kalabileceği hasar ödemeleri için karşılık olarak tutulur.

Sigorta şirketlerinin türleri konusundaki bir diğer ayırım ise faaliyet gösterdikleri sigorta branşları itibariyledir. Genel olarak, sigortacılık sektörünü düzenleyen ve denetleyen kamu otoriteleri sigorta şirketlerinin hayat ve hayat dışı branşlarında aynı şirket vasıtası ile faaliyet göstermesine izin vermezler. Bununla birlikte, aynı gruba ait hem hayat, hem de hayat dışı sigorta şirketlerinin kurulması yönünde bir engel yoktur. Önemli olan, bu iki farklı sigortacılık hizmetinin farklı şirketler bünyesinde sunulmasıdır. Örneğin, Anadolu Sigorta, hayat dışı ürünleri; Anadolu Hayat ve Emeklilik ise hayat ve emeklilik ürünleri satmaktadır.

Sigorta Şirketlerinin Derecelendirilmesi

Dünya genelinde faaliyet gösteren birtakım derecelendirme kuruluşları vardır. Bunlar sadece şirketleri değil, finansal enstrümanları ve hatta ülkeleri de derecelendirmektedir. Standard & Poor's, Moody's ve Fitch Ratings, uluslararası ölçekte faaliyet gösteren bu tür derecelendirme kuruluşlarındandır.

2. SİGORTA ŞİRKETLERİNİN FONKSİYONLARI

2.1 Fiyatlandırma (Rate making)

Bir sigorta şirketinin karlılığını belirleyen en önemli parametrelerden birisi ise sattığı sigorta ürünlerini doğru bir şekilde fiyatlandırabilmesidir.

Bir sigorta şirketi gelecekte yapmak zorunda kalacağı tazminat ödemelerini ve idari masrafları ne denli başarılı bir şekilde tahmin edebilirse, o denli isabetli bir şekilde ürünlerini fiyatlandırabilir.

Bir sigorta ürününün fiyatı, ödenen prim miktarıdır. Bir başka deyişle, sigorta şirketinin sigorta sözleşmesinde belirtilen güvenceye karşılık olarak sigorta ettirenden aldığı parasal karşılıktır. Sigorta primini matematiksel bir denklem olarak şu şekilde ifade edebiliriz:

$$\text{Prim} = \text{Risk primi} + \text{Komisyonlar} + \text{Genel yönetim giderleri} + \text{Kar marjı}$$

Risk primi, belirli bir sigorta türü ve süresi için öngörülen olası hasar masraflarını karşılamak üzere olasılık ve istatistik yöntemleri kullanılarak hesaplanmış prim miktarıdır.

Primin risk primi dışındaki bileşenleri ise yük primi (loading premium) olarak ifade edilir. Yukarıdaki prim formülüne göre yük primi, sigorta aracılara ödenecek komisyonlar, sigorta şirketinin genel yönetim giderleri ile kardan oluşmaktadır. Bu durumda formülü şu şekilde sadeleştirebiliriz:

$$\text{Prim} = \text{Risk primi} + \text{Yük primi}$$

Sigorta ürünlerinin fiyatlandırması ile diğer ürünlerin fiyatlandırması arasındaki temel farklılık, sigortacılıktaki fiyatlandırmanın mevcut maliyet verilerinden ziyade geleceğe yönelik tahminlere dayanıyor olmasıdır. Sigorta primlerinin hesaplanması olası hasarların sıklığının (frequency) ve şiddetinin (severity) tahmin edilmesi esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla, bir sigorta şirketinin prim hesabını doğru bir şekilde yapabilmesi hasar sıklığını ve şiddetini mümkün olduğu kadar gerçek rakamlara yakın bir şekilde tahmin edebilmesi ile ilgilidir.

Örneğin, bir sigorta şirketi kasko sigortası fiyatlandırması yaparken aracın ve sürücünün özelliklerine göre sigorta primini farklılaştırarak iyi ve kötü riskler arasında mümkün olduğunca bir ayırım yapmaya çalışabilir. Hayat sigortalarında ise nüfus yapısı, yaşam ve ölüm olasılıkları ile faiz gibi birtakım değişkenler yardımıyla yapılan teknik hesaplamalar neticesinde fiyatlandırma yapılmaktadır.

Fiyatlandırma yaparken, teknik hesaplamaların yanı sıra etkili olabilecek başka faktörler de olabilir. Makroekonomik dengeler, sigorta piyasasının koşulları, diğer şirketlerle olan rekabet, şirketin stratejik yaklaşımı gibi etkenler kimi durumlarda sigorta şirketlerinin teknik olarak hesapladığı fiyatı uygulamamasına neden olabilmektedir.

Sigorta, finans piyasasının bir bileşeni olduğu için kimi durumlarda şirketler sigorta tekniğinden yola çıkarak yani aktüeryal teorileri gözetererek fiyatlandırma yapmak yerine finansal fiyatlandırma yöntemlerini de tercih edebilir.

Fiyatlandırma Türleri

a. Sınıf Fiyatlandırma (Class rating)

Safi (pure) fiyatlandırma olarak da adlandırılabilen sınıf fiyatlandırma, önceden belirlenmiş olan ve ortak karakteristik özellikler gösteren sınıflar yani gruplar için tek bir fiyat belirlenmesi temeline dayanmaktadır. Örneğin, belirli bir yerdeki belirli konut tipi için konutun sahibi kim olursa olsun aynı fiyatlandırmayı yapmak.

Sınıf fiyatlandırmanın sigorta şirketine sunduğu en büyük avantaj tek bir fiyatlandırma modelinin çok sayıda kişiye uygulanabilir olmasıdır. Bu da sigorta şirketine maliyet ve zaman avantajı sağlar. Ancak, kişisel özelliklerin riski artırıp ya da azaltmasını dikkate almadığı için risk kabul sürecinin verimli bir şekilde yapılmasına engel teşkil edebilir.

b. Bireysel Fiyatlandırma (Individual rating)

Kimi durumlarda, sigorta teminatı sunulacak risklerin yapısı ve durumu oldukça büyük farklılıklar gösterebilir. Böyle durumlarda, olası hasarın hesaplanması için bireysel özelliklere bakılması gerektiğinden sınıf fiyatlandırma yöntemi uygulanamaz.

2.2 Satış/Pazarlama

Bir sigorta şirketi, ürünlerini iki temel yol ile satabilir: doğrudan (kendi satış kanalları vasıtasıyla) veya dolaylı (aracılar vasıtasıyla).

a. Doğrudan:

Sigorta şirketlerinin doğrudan doğruya kendi bünyesi içindeki satış kanallarını kullanarak prim üretmesidir. Sigorta ürünlerinin bu şekilde satılması, şirket satış elemanları veya internet vasıtası ile gerçekleştirilebilmektedir.

b. Dolaylı:

Sigorta şirketleri ürünlerini aracılar vasıtası ile de satabilir. Aracılar, sigorta ve reasürans şirketleri adına bu şirketlerin ürünlerinin satılmasında aracılık eden gerçek ya da tüzel kişilerdir. Acente ve broker olmak üzere iki temel sigorta aracı vardır:

i. Acente: Sigorta yaptırmak isteyen kişilerle ya da kuruluşlarla, sigorta şirketi adına sözleşme düzenleyen, prim tahsil eden, hasar durumunda sigortalıyı tazminat sürecine yönlendiren ve eğer sigorta şirketinden yetki almışsa hasar ödemesi yapan sigorta aracıdır. Acente bu hizmetleri karşılığında sigorta şirketinden belirli bir miktar komisyon alır.

Banka sigortacılığı: Banka şubelerinin birer sigorta acentesi olarak görev yaparak, sigortacılık ürünlerinin bankacılık sistemi içerisinde satılmasıdır.

ii. Broker: Kişilerin ya da kuruluşların sigorta ihtiyaçları çerçevesinde en uygun sigorta çözümünü sunmak adına değişik sigorta şirketleri ile görüşen, yetkili olduğu branşlarda sigorta şirketi adına sigorta sözleşmesi düzenleyip prim tahsil eden ve hasar durumunda sigortalıyı tazminat sürecine yönlendiren sigorta aracıdır.

2.3 Risk Kabulü

Risk kabulü (underwriting), sigorta şirketi tarafından risklerin seçilmesi ve sınıflandırılması sürecidir. Bir diğer deyişle, risk kabulü, bir riskin kabul edilip edilmeyeceğini, kabul edilecekse hangi koşullarda ve hangi prim miktarı ile kabul edileceğinin belirlenmesi sürecidir.

Genel olarak, ortalamadan daha riskli bir duruma sahip olduğunu düşünenlerin sigorta yaptırma eğilimi, ortalamaya göre daha az riskli olduklarını düşünenlere göre daha fazladır. Bu duruma ekonomide ters ya da olumsuz seçim (adverse selection) denmektedir. Buna göre, düşük riskli kişi sigorta sistemine girmezken, göreceli olarak daha yüksek risk sahibi kişi sigorta güvencesine kavuşacak ve bu durumda da sigorta şirketinin olası tazminat ödemeleri artacaktır. Artan tazminat ödemeleri ilerideki dönemde sigorta şirketini primlerini artırmaya itecektir. Bu artış yüzünden düşük riskli olup da sigorta satın almış olan bir başka müşteri belki poliçesini iptal edebilecektir. Böylece, sigorta şirketinin finansal yapısı giderek bozulacaktır.

Olumsuz seçimdeki önemli nokta, kötü riske sahip kişinin bu konuda sigorta şirketini tam olarak ya da hiç bilgilendirmemesidir. Bu duruma asimetrik bilgi denmektedir.

2.4 Hasar Yönetimi

Sigorta şirketi, kendisine gelen hasar ihbarlarını hasar yönetimi fonksiyonu çerçevesinde değerlendirir ve uygun gördüğü hasar ihbarları için sigortalılarına tazminat ödemesi yapar.

Sigorta ürünlerinin yapısı itibarıyla hasar süreçlerindeki iş ve işlemler farklılık gösterebilse de temel bir bakış açısı ile değerlendirilecek olursa hasar yönetimi hemen hemen bütün sigorta ürünleri için temel olan birtakım adımlardan oluşur:

i. Hasar Bildirimi: Sigorta konusu riskin gerçekleşip hasarın meydana gelmesi ve bunu müteakip olarak da sigortalının (ya da hak sahibinin) tazminat ödenmesi talebi ile sigorta şirketine başvurusudur. Sigortalı, hasar konusunda sigorta şirketini zamanında ve eksiksiz olarak bilgilendirerek hasar bildirimini gerçekleştirmiş olur.

ii. Hasar Analizi: Hasar değerlendirmesi de denilen ikinci adımda, sigortalının yaptığı hasar ihbarı çerçevesinde sigorta şirketi hasarı incelemeye başlar. Bunun için, gerekiyorsa sigorta şirketi ya da sigortalı tarafından bir sigorta eksperini görevlendirilebilir. Hasar analizi genellikle şu temel adımların incelenmesini içerir:

- Sigortalının hasar sırasında geçerli bir poliçeye sahip olup olmadığı
- Sigortalının sigorta konusu üzerinde sigortalı olabilir menfaatinin bulunup bulunmadığı
- Gerçekleşen hasarın sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların kapsamına girip girmediği
- Prim ödemelerinin sigorta sözleşmesinde öngörülen şekilde yapılıp yapılmadığı
- Sigorta sözleşmesinde bahsi geçen yükümlülüklerin ya da koşulların sigortalı tarafından yerine getirilip getirilmediği
- Gereken tüm bilgi ve belgelerin (gerekiyorsa ekspertiz raporu) toplanması ve incelenmesi
- Eğer gerekiyorsa daha detaylı soruşturma yapılması, bilirkişi analizi yaptırılması, hukuki süreçlerin başlatılması

iii. Tazminat Ödemesi: Hasar analizi sonucunda sigorta şirketi, sigortalının bildirdiği hasarın poliçede yer alan teminatlar kapsamında yer aldığı kanaat getirirse, yine poliçedeki teminat tutarı kapsamında gerekli hasar ödemesini yapar.

iv. Anlaşmazlık: Hasar yönetim süreci boyunca sigorta şirketi ile sigortalı arasında kimi durumlarda anlaşmazlıklar çıkması kaçınılmazdır. Bir anlaşmazlık halinde ilk yol sigortalı ile sigorta şirketinin konuyu **görüşerek** çözüm bulmaya çalışmalarıdır. Eğer sigortalı ile sigorta şirketi hiçbir şekilde anlaşamaz ise ikinci yol olarak, ülkemizde de yeni Sigortacılık Kanunu ile uygulanmaya başlanmış olan **tahkim** sistemine gidebilirler. Bu şekilde de bir çözüm bulamazlarsa ya da tahkime başvurmak istemezlerse **yargıya** başvurabilirler.

2.5 Reasürans

Sigorta şirketinin risk portföyüne ve reasürans piyasasının mevcut durumuna en uygun reasürans korumalarını bulmak ve en uygun koşullarda satın almak bu fonksiyon aracılığı ile yerine getirilir.

Bir reasürans departmanının ikinci fonksiyonu ise diğer sigorta şirketlerine reasürans teminatı sunmak olabilir. Eğer sigorta şirketinin mali gücü oldukça yeterli ise sigortacılık hizmetinin yanı sıra reasürans hizmeti de sunabilir.

2.6 Diğer Fonksiyonlar

Buraya kadar anlatılanlar, sigortacılık sektörüne özgü olan fonksiyonlardı. Ancak, bir sigorta şirketinde çeşitli başka fonksiyonlar da bulunur ve bunlar sigortacılığın dışındaki sektörlerde de hemen hemen aynı şekilde yapılmakta olan işlemleri içerir.

- Yatırım
- Bilişim Teknolojileri
- Muhasebe
- Hukuk Müşavirliği
- Araştırma Geliştirme
- İnsan Kaynakları
- İç Denetim
- Teftiş