

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

HAYAT SİGORTALARI
VE EK TEMİNATLARI
İLE HASTALIK SİGORTALARI
REASÜRANSI

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. ŞEVKİ KAYLAV

HAZIRLAYAN
AYŞE ÖZGE TÜRKER

İSTANBUL, 1993

ÖNSÖZ

Bu tez; hayatımızda önemi büyük olan; hayat, ferdi kaza, ürkütücü hastalık ve hastalık sigortalarının anlamı ve ülkemizdeki yeri ile bu sigortaların reasüransını tanıtmak, özellikle bu sigortaların ülkemizdeki reasürans uygulamalarını açıklamak amacıyla yazılmıştır.

Bu tezin hazırlanmasında tüm yardımını ve desteğini vererek beni profesyonelce yönlendiren Sn. Yard. Doç. Dr. Şevki Kaylav'a ve bağlı olduğum Sigorta Murakabe Kurulu Başkan Yardımcısı Sn. Hulusi Dinçer'e en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Tezin yazımında bana büyük destek veren Sn. Hasan Ataol, Sn. Selda Korkmaz ve Sn. Arzu Özbakır'a da ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KISALTMALAR	v
TABLolar	v
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HAYAT SİGORTALARINDA REASÜRANS

1.1. HAYAT SİGORTALARI	3
1.2. ÜLKEMİZDE HAYAT SİGORTALARI	4
1.2.1. Yıllık Vefat Sigortası	5
1.2.2. Muayyen Vadeli Vefat Sigortası	5
1.2.3. Ömür Boyu Vefat Sigortası	5
1.2.4. Muayyen Vadeli Hayat Sigortası	5
1.2.5. Muhtelit Sigorta	5
1.2.6. Mümteziç Sigorta	6
1.2.7. Çocuklar için Cihaz, Tahsil ve Yetiştirme Sigortası	6
1.2.8. Birikimli Sigortalar	6
1.2.9. İratlar	6
1.3. HAYAT SİGORTA REASÜRANSI VE GELİŞİMİ	7
1.3.1. Hayat Reasüransının Genel Reasüransla Mukayesesi	8
1.3.2. Hayat Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları	9
1.3.3. Ülkemizde Hayat Reasürans Tekeli	11
1.3.4. Hayat Reasürans Tekniği	14
1.3.4.1. Saklama Payı (Konservasyon)	14
1.3.4.2. Hayat Reasürans Metodları	17
1.3.4.2.1. İhtiyari Hayat Reasüransı	18
1.3.4.2.2. Bölüşmeli Hayat Reasüransı, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	19

1.3.4.2.2.1. Hayat Kot-par Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	19
1.3.4.2.2.2. Hayat Eksedan Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	21
1.3.4.2.3. Bölüşmesiz Hayat Reasüransı, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	34
1.3.4.2.3.1. Hasar Fazlası Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	34
1.3.4.2.3.2. Hasar Nispeti Fazlası Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri	36
1.3.4.3. Hayat Reasürans Muhasebesi	37

İKİNCİ BÖLÜM

HAYAT SİGORTALARINA EK TEMİNATLARIN REASÜRANSI

2.1. HAYAT SİGORTALARI EK TEMİNATLARI	42
2.1.1. Ferdi Kaza Sigortaları	42
2.1.2. Ülkemizde Ferdi Kaza Sigortaları	42
2.1.2.1. Kaza Sonucu Ölüm Teminatı	43
2.1.2.2. Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık Teminatı	43
2.1.2.3. Gündelik Tazminat Teminatı	45
2.1.2.4. Tedavi Masrafları Teminatı	45
2.1.3. Ürkütücü Hastalık Sigortaları	45
2.1.4. Ülkemizde Ürkütücü Hastalık Sigortaları	46
2.1.4.1. Kanser	50
2.1.4.2. Miyokart Enfarktüs	50
2.1.4.3. Felç (İnme).....	50

2.1.4.4. Ameliyat Gerektiren İstemik Kardiyopati	50
2.1.4.5. Böbrek Yetersizliği	50
2.1.4.6. Beyin Orijinli Kronik Hastalıklar	51
2.1.4.7. Organ Nakli	51
2.1.4.8. Körlük	51
2.2. HAYAT SİGORTALARI EK TEMİNATLARININ REASÜRANSI	51
2.2.1. Ferdi Kaza Sigortaları Reasüransı	51
2.2.1.1. Ferdi Kaza Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları	52
2.2.1.2. Ülkemizde Ferdi Kaza Reasürans Tekeli	52
2.2.1.3. Ferdi Kaza Reasürans Tekniği	53
2.2.2. Ürkütücü Hastalık Sigortaları Reasüransı	54
2.2.2.1. Ürkütücü Hastalık Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları	54
2.2.2.2. Ürkütücü Hastalık Reasürans Tekniği	54

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARI REASÜRANSI

3.1. HASTALIK SİGORTALARI	55
3.2. ÜLKEMİZDE HASTALIK SİGORTALARI	55
3.2.1. Doktor Muayene Giderleri Teminatı	56
3.2.2. İlaç Giderleri Teminatı	56
3.2.3. Röntgen Tahlil ve Protez Giderleri Teminatı	57
3.2.4. Hastane Oda ve Yatak Giderleri Teminatı	57
3.2.5. Hastane Tedavi Giderleri Teminatı	57
3.2.6. Ameliyat ve Anestezi Giderleri Teminatı	57
3.2.7. Doğum Giderleri Teminatı	58
3.2.8. Diş Tedavi Giderleri Teminatı	58
3.2.9. Acil Tıbbi Ulaşım Giderleri Teminatı	58

3.3. HASTALIK SİGORTA REASÜRANSI	59
3.3.1. Hastalık Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları	59
3.3.2. Ülkemizde Hastalık Reasürans Tekeli	59
3.3.3. Hastalık Reasürans Tekniği	60
3.3.3.1. İhtiyari Hastalık Reasüransı	60
3.3.3.2. Bölüşmeli Hastalık Reasüransı	61
3.3.3.2.1. Hastalık Kot-par Tretesi	61
3.3.3.2.2. Hastalık Eksedan Tretesi	61
3.3.3.3. Bölüşmesiz Hastalık Reasüransı	62
3.3.3.3.1. Hasar Fazlası Tretesi	63
3.3.3.3.2. Hasar Nispeti Fazlası Tretesi	63
3.3.3.4. Hastalık Reasürans Muhasebesi	63
SONUÇ	64
KAYNAKÇA	67
İNGİLİZCE ÖZETİ	

KISALTMALAR

H.D.T.M.	: Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı
K.K.T.C	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
S.M.K.	: Sigorta Murakabe Kurulu
S.S.K	: Sosyal Sigortalar Kurumu
T.S.S.	: Türk Sigorta Sektörü

TABLOLAR

	SAYFA NO
TABLO 1 : T.S.S.'DE HAYAT BRANŞININ PRİM PAYI	4
TABLO 2 : T.S.S.'DE HAYAT BRANŞINA AİT KONSERVASYON/DEVİR PRİM ORANLARI	16
TABLO 3 : T.S.S.'DE HAYAT BRANŞINA AİT KONSERVASYON/DEVİR TAZMİNAT ORANLARI	17
TABLO 4 : FİKTİF HAYAT REASÜRANS PRİM TABLOSU	27
TABLO 5 : REASÜRANS POLİÇE TANITIM BORDROSU	38
TABLO 6 : REASÜRANS TEMİNAT DAĞILIM BORDROSU	38
TABLO 7 : REASÜRANS PRİM DAĞILIM BORDROSU	38
TABLO 8 : ÖDENEN TAZMİNATLARIN DAĞILIM BORDROSU	39
TABLO 9 : FİKTİF REASÜRÖR CARİ HESABI	40

GİRİŞ

Her bir sigorta branşında, Sigorta şirketi; hacmi ve tabiatı itibariyle üzerinde tutamayacağı miktarda risk taşımaktadır. Bu tip pek çok sayıda risk vardır. Örneğin Türk Hava Yollarına ait 300 yolcu taşıyan bir jumbo jetin inişe geçerken Ataköy üzerine düştüğünü düşünelim. Birbirine yakın hatta bitişik olan bloklarda çok sayıda insanın öleceği ve bu binaların yerle bir olacağı aşikardır.

Bu uçağı, içindeki insanları, Ataköy'deki blokları ve bu bloklarda yaşayan kişileri (genellikle insanlar evlerini ve arabalarını sigorta ettirdikleri sigorta şirketlerine hayat/ferdi kaza/hastalık sigortası yaptırmakta, yani aynı sigorta şirketiyle çalışmaktadırlar) sigortalayan XYZ Sigorta A.Ş.' nin düşeceği durumu tahayyül etmek bile nerede ise çok zordur.

XYZ Sigorta A.Ş. hem bu milyarlarca liralık uçağın, hem taşıdığı insan ve malların hem de üzerine uçak düşen binaların ve içindeki insan ve malların uğradığı trilyonları bulan hasarı (bu rakam neredeyse bir ülke bütçesine eşittir) ödemekle yükümlüdür.

XYZ Sigorta A.Ş.' nin mali durumunun da uygun olacağını düşünürsek yukarıda belirtilen konuları aynı anda sigortalamasını engelleyecek herhangi bir durum bulunmamaktadır.

İşte reasüransın önemi ve gereği burada ortaya çıkmaktadır. XYZ Sigorta A.Ş.' nin hesapladığı, üzerinde tutabileceği kısım olan, konservasyonundan, arta kalan riskleri diğer sigorta şirketleri (reasürörler) arasında paylaşmasıyla hem bu tip katastrofik durumlardan, şirket olarak zarar görmemiş olur hem de yurtdışı reasürörlerle çalıştığı düşünüldüğünde (genellikle böyledir) ülke ekonomisine büyük darbeler vurulmaz.

Reasürans; reasürans anlaşmasıyla, riskini devreden sigorta şirketi (sedan) ile bu riski devralan sigorta şirketi (reasürör) arasında, sedanın devretmeyi, reasürörün de devralmayı taahhüt ettiği; riskin paylaşılması prensibini sağlayan kontratla ortaya çıkar.

Bu tez; hayat, ferdi kaza ve hastalık sigortalarının, kişiler için taşıdığı önemi ve bunlara duyulan ihtiyacı yansıtmak, sigorta şirketinin profesyonel işlem görme eğilimiyle ortaya çıkan büyük risk birikimlerinin reasürans yoluyla devredilmesi gereğini ve bu devirlerin nasıl yapıldığını ülkemiz gerçekleri doğrultusunda ve pratik anlamda açıklamak amacıyla yazılmıştır.

Üç bölümden oluşan bu tezin, birinci bölümü; hayat sigortalarını, hayat reasüransına duyulan ihtiyacı ve özellikle ülkemiz genelinde hayat reasürans uygulamalarının nasıl yapıldığı hususlarını açıklamaktadır.

İkinci bölüm hayat sigorta teminatlarına ek olarak verilen teminatları tanıtmakta, bu teminatların reasüransı hakkında bilgi vermektedir.

Üçüncü bölümde ise 1990 yılı sonu itibariyle ülkemizde müstakil bir branş olarak tesis edilen hastalık branşında yer alan teminatlar incelenmiş, hastalık reasüransının önemi ve uygulamasından bahsedilmiştir.

Sonuç kısmında, üç bölümde, değinilen ve üzerine eğilme gereği olan konular tekrar vurgulanmakta ve bu konularla ilgili kişisel görüşler belirtilmektedir.

1.1. HAYAT SİGORTALARI

İlk Hayat Sigortası 1583 tarihlidir. Bu ilk poliçeler kısa süreli, primleri yüksek, ölüm tazminat miktarları ise maktu olur veya o sene içinde aidat öder ve ölen üye sayısına bağlı olurdu. Ölüm (Mortality) tablolarının mevcut olmasına rağmen 17. asırda çeşitli mütüel hayat sigorta tatbikatı görülmektedir. Ancak bunların hiçbiri ölüm halinde üyeleri için belirli bir meblağ temin etmiyordu. Bu tatbikat 1807 tarihlerine kadar devam etti ve aktüerya hesaplarının gelişmesi ve vefat tablolarının hazırlanması ile modern manada hayat sigortacılığına başlanması mümkün oldu.

Hayat sigortası yapmak üzere oluşturulan ilk şirket, 1706'da kurulan ve sonradan Norwich Union Group'un üyesi olan Amicable Society idi. Bunu 1720'de London Assurance ve Royal Exchange Assurance adlı iki "chartered" (kiralananmış) şirket ve 1762'de Equitable izlediyse de, muhtemelen ticaret sigortası kabul edenlerce tanzim edilmiş olan daha erken tarihli hayat sigortalarına soyut göndermeler de bulunmaktadır. Bunlar büyük olasılıkla belli teminat süreleri için tanzim ediliyordu ve tüm hayat poliçelerini kapsamıyordu. Tüm hayat poliçelerinin matematiksel temeli, 1762'de Londra Kentindeki Nicholas Caddesinde yer alan St. Nicholas Kilisesi Papazı tarafından tespit edilmiştir. ^①

Ölüm halinde veya muayyen bir sürenin dolması ile bir meblağ ödeyen sigortaları, ancak geçen asrın içinde görmek mümkün olmaktadır. Yavaş yavaş kendisini gösteren gelişmelerle bugünkü hayat sigortaları tatbikatına varılmıştır. Çok değişik şekillerde hayat poliçesi tanzimi mümkündür. Bütün hayat sigortalarının temelini, hayatta kalma veya ölme ihtimalleri teşkil eder. Ve bu ihtimallerin matematiksel olarak hesaplanabilmesi için ölüm tablolarına başvurulur.

Hayat Sigortası, sosyal ve ekonomik bir araç olarak, bir grup insanın bir araya gelip, grup üyelerinden birinin ani ölümünün yükünü hafifletmek için kullandıkları bir metottur.

Kişi açısından, hayat sigortası, mal, miras bırakma yoludur. Ancak yapılış amacına göre değişik türlerde görülür.

İki tür amaca göre hayat poliçesi düzenlenmektedir. Birincisi, ailede, aile reisinin ölmesi halinde geri kalanların borçlarını karşılayabilecekleri ve gelir elde

^① Gerathewohl, Dr. Klaus, Reinsurance Principles and Practice, Karlsruhe, 1982, p. 681.

edecekleri bir malın varlığını garanti etmek amacıdır. İkincisi ise kişinin hali-hazır gelirinin bir bölümünden tasarruf ederek, bunu geliri(faizi) ile birlikte gelecekte gerek duyacağı ihtiyaçlarında kullanmak amacıdır. İlkinde "koruma ihtiyacı" ikincisinde ise "tasarruf ihtiyacı" ağırlık kazanmaktadır.

Uzun vadeli tasarrufa dayalı hayat poliçelerinde olduğu gibi bazı poliçelerde her iki amaç birden vardır. Bazılarında ise sadece korunma ihtiyacıyla ilgili amaç vardır. Bunlar kısa vadeli olup, genellikle tasarruf amacı taşımadığından, yatırılan primlerin geri alınmadığı tür poliçelerdir.

Ekonominin büyümesi için önemli olan, tasarruf amacı taşıyan ve "ömür boyu" diye adlandırılan uzun vadeli poliçe türleri de yaygındır. Bunlarda korunma amacı da vardır. Uzun vadeli olup, belirli aralıklarla düzenli bir nakit akışı ile tasarruf fonlarının oluşmasını sağladıklarından ekonomi için çok önemlidir.

Uzun yıllar boyunca, gelişmiş ülkelerde hayat sigortaları ekonomilerin en büyük finansman kaynağı olmuştur ve halen de olmaktadır.

1.2. ÜLKEMİZDE HAYAT SİGORTALARI

Dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de çok çeşitli hayat sigorta ürünleri bulunmaktadır. Ancak enflasyonun etkisi ve halka tanıtımda kullanılan teknikler sebebiyle şirketler birkaç ürün üzerinde yoğunlaşmışlardır.

T.S.S.'nde direkt prim üretiminde hayat branşının payını inceleyecek olursak:

TABLO 1: T.S.S. DE HAYAT BRANŞININ PRİM PAYI	
Yıllar	TSS'ündeki Direkt Prim Üretiminde Hayat Branşının Payı (%)
1982	2.69
1983	2.33
1984	1.33
1985	2.03
1986	5.50
1987	7.48
1988	8.36
1989	14.62
1990	20.43
1991	21.01

Kaynak: Sigorta Murakebe Kurulu Yıllık Faaliyet Raporları 1982... 1991, İstanbul

hayat branşının sektör içinde direkt prim üretimi açısından son on yıl itibariyle istikrarlı bir artış gösterdiği, bu artışta yeni bir pazara hitap eden birikimli tarifelerin yani emeklilik teminatı veren tarifelerin çok büyük bir yeri olduğu anlaşılmaktadır.

1.2.1. Yıllık Vefat Sigortası

Yıllık vefat sigortaları, belirli yaşta bir kişinin bir yıl içinde ölmesi halinde menfaattarlarına ya da kanuni varislerine poliçede belirlenen kapitali ödemeyi öngörür. 18-70 yaş arasında herkes için geçerlidir. Sigortalı, süreyi uzatmak isterse, yaşına tekabül eden yeni primi ödeyerek sigortasına bir yıl daha devam edebilir. Bu sigortanın riyazi ihtiyat, tenzil, iştirak ve ikraz değeri yoktur.

1.2.2. Muayyen Vadeli Vefat Sigortası

Belirli yaşta bir kişinin belirli bir süre içinde ölmesi halinde ölüm tazminatının ödendiği sigorta türüdür. Prim peşin ödenebileceği gibi aylık, üç aylık, altı aylık olarak da ödenebilir. Riyazi ihtiyat, tenzil uygulamaları bu sigortalarda mevcuttur.

1.2.3. Ömür Boyu Vefat Sigortası

Kişinin hayatının ömür boyu teminat altına alınması amaçlıdır. Riyazi ihtiyat, tenzil uygulaması vardır. Kişi sigortalandıktan sonra ömür boyu geçerli olan bir vefat sigortasına sahip olmaktadır.

1.2.4. Muayyen Vadeli Hayat Sigortası

İki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Ölüm halinde prim iadeli sigorta; kişinin belirli bir süre sonunda hayatta kalması halinde kapital almasıdır. Kişi bu belirli süre içinde ölürse o ana kadar ödenen primler kanuni varislerine ya da menfaattarlarına iade edilir. İkincisinde ise kişinin belirli bir süre sonunda hayatta kalması halinde bir kapital almaya hak kazandığı bu sigortada, belirli süre içinde kişinin ölümü halinde prim iade edilmez.

1.2.5. Muhtelit Sigorta

Belirli bir sigorta süresi içinde hem ölüm halinde hem de süre sonunda hayatta kalma halinde kapital ödeyen sigortalardır. Diğer bir deyişle, muayyen vadeli hayat sigortası ile muayyen vadeli vefat sigortasının aynı poliçede teminat altına alınmasıdır. Bazı muhtelit sigorta tiplerinde primler sabit kalmayıp sigorta süresi içinde oransal olarak azalmaktadır.

1.2.6. Mümteziç Sigorta

Muhtelit sigorta gibi hem ölüm hem de süre sonunda hayatta kalma halini teminat altına alır. Muhtelit sigortadan farkı sigortalının süre sonunda hayatta kaldığı durumda kapitali aldıktan sonra ölünceye kadar da ücret ödemeksizin ölüme karşı sigortalı kalmasıdır.

1.2.7. Çocuklar İçin Cihaz, Tahsil ve Yetiştirme Sigortası

Çocukların menfaati için yapılır. Değişik seçenekleri olan bir sigorta şeklidir. Sigortalının poliçesinde menfaattar olarak gösterdiği 0-18 yaş arasındaki çocuğun yetişme, tahsil masraflarını ödemek üzere düzenlenmiştir. Buna göre sigorta süresi çocuğun, seçilen yaşında başlar ve belirli bir yaşa geldiğinde son bulur. Bu süre ile başlangıçtaki yaşın toplamı 25'i geçemez. Sigorta süresi sonunda sigortalı ve menfaattar hayatta iseler o güne kadar birikmiş tasarruf kapitali toplu olarak ya da maaş şeklinde ödenebilir. Eğer sigortalı süre içinde ölürse vefatı takip eden aydaki poliçe başlangıç tarihinden başlamak üzere poliçe süresi doluncaya kadar kapitalin belli bir yüzdesine eşit yıllık maaşın 1/12 si maaş olarak ödenir ve süre sonunda eğer tercih edilirse toplu ödeme yerine ömür boyu maaş yıllık olarak tazmin edilir.

Çocuk maaş almaktayken, süre içinde ölürse, süre sonuna kadar ödenmesi gereken bakiye maaşlar ile süre sonundaki kapitalin peşin değeri, çocuğun varislerine ödenir.

1.2.8. Birikimli Sigortalar

Son yıllarda yaygınlaşan bu sigorta türü, tasarruf sigortası ile ölüme bağlı hayat sigortasının birleşiminden oluşur. Sigortalının yaşına bağlı olan risk primi ve şarjmanlar, ödenen primden düşülerek riyazi ihtiyat bulunur. Riyazi ihtiyat teknik faizle baliğlendirilerek yatırıma yönlendirilir ve yatırım gelirleriyle birlikte yıl sonu bilanço riyazi ihtiyatı bulunur. Bu şekilde oluşan birikim fonlarının iyi bir yatırım politikası ile takip edilmesi bu sigortaların geleceği açısından çok önemlidir.

1.2.9. İratlar

Bir kişinin ya da bir grubun, hayatta kalmalarına bağlı olarak, eşit aralıklarla yapılan ödemeler dizisine "Hayat İratları" adı verilir. İratlar yıllık veya daha kısa süreli taksitler halinde, veya yıl boyunca aylar itibariyle sürekli olarak ödenebilir.

İrat ödemeleri genellikle devre sonlarında yapılmakla birlikte, devre başlarında ödenen iratlar da vardır. Bunlara peşin irat denir.

İratlar ödeme şekilleri bakımından bazı bölümlere ayrılır. Bunlardan derhal başlayıp yaşam boyu devam edecek iratlarda sigorta şirketi; tahakkuk eden peşin alacakların bir kısmını ya da tamamını tek prim olarak kabul edip, hayatta kalma ihtimalini göz önünde bulundurarak, sigortalının hayatta kaldığı müddetçe irat vermeyi taahhüt eder. İradın ödenme şekli sigorta matematiğindeki formüller kullanılarak, devre sonu yada devre başı olabilir. Riziko; kişinin ölümü değil, yaşaması olduğundan sigorta şirketinin sigorta süresi içinde riziko gerçekleşmeden önce tazminat ödemesi durumu sözkonusu değildir. Kişinin hayatta kalması riziko olduğundan ve sigorta şirketi kişinin yaşadığı sürece ödemedede bulunacağından riziko tek primin ödenmesi ile başlar ve hayat boyu devam eder. Derhal başlayıp belli bir müddet devam edecek iratların özelliği ise yukarıda bahsedilen rizikonun hayat boyu değil belirli bir süre için taşınması, dolayısıyla da sigortalıya bu belirli süre için ödenmesidir.

İrat sigortalarının işleme esası çok basittir. Yaşlı bir adamın elindeki kapitalin faiz tutarı kendi geçimi için kafi gelmediği takdirde, bu yaşlı şahsın kolay kolay esas kapitalinden masraf yapmaya kalkmayacağı tabiidir. Zira bahse mevzu olan şahıs, esas kapitalinin bir kısmını masraf için ayırdığı takdirde, esas kapitali azalacak ve elde ettiği faiz tutarı kadar bir değeri bu kez elde edemeyecek duruma düşecektir.

Bu şahıs öldükten sonra kapital bırakmak niyetinde değildir, öleceği zamanı da bilmediğinden kendi hayatının devamı için ne kadar bir kapital saklaması gerektiğini bilemez. Bu gibi hallerde sigortacı irat sigortasını önerir. Şirkete ödenen toplu bir prim karşılığında hayatının sonuna kadar ya da belirli bir süre için irat ödenir. İrat, borsanın, faiz payının gelecekteki dalgalanmalara bağlı olmadan belirli bir geliri gözönünde bulunduran muamele çeşididir. İrat yukarıda da belirtildiği gibi sigortalının isteği üzerine yıllık, altı aylık, ve üç aylık devreler halinde ödenebilmektedir.

1.3. HAYAT SİGORTA REASÜRANSI VE GELİŞİMİ

Yangın sigortalarında olduğu gibi, hayat sigortaları başladığında reasürans yapılmıyordu. Ticaret sigortasını kabul edenler tarafından verilen ilk teminat örnekleri, alınan koasürans esasındaydı. Reasüransa ilişkin herhangi bir gösterge olmaması, hayat sigorta şirketlerinin kurulmasından yıllarca sonra,

herhangi bir kişi çok yüksek bir sigorta meblağı talep ettiğinde bireylerce poliçelerin çok sayıda hayat bürosunda tanzim edildiği varsayımına yol açmaktadır.

İlk işaretlerine 1840'lı yıllarda rastlanan hayat reasüransı, bu tarihten sonra hızla, tüm hayat sigorta şirketleri organizasyonunun düzenli bir parçası haline gelmiştir. Ne var ki, İngiltere'deki hayat bürolarının ondokuzuncu yüzyıl boyunca ve yirminci yüzyılın ilk yarısında ihtiyari reasüranslarla kendilerini korumaya devam etmiş olmaları şaşırtıcıdır. Avrupa'da hayat treteleri ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında gelişmiştir. Daha 1858'de Frankfurter Reinsurance Company tarafından bir hayat tretesi kabul edildiğine dair bir kayıt bulunmakla birlikte, bunun genel uygulama haline gelmesi çok sonraları gerçekleşti.

Son yıllarda tüm dünyada, tüm hayat reasüranslarının giderek artan bölümü, riziko primi yöntemiyle yapılmaktadır. 1927'ye kadar, tüm hayat reasüransları, "kar-paylı" poliçelerle ilgili sorunlara yol açıyorsa da bölüşmeli esasta yapılmıştır. Ancak 1927'de, Mechante & General Reinsurance Company'nin aktüeri, yeni bir reasürans biçimini ortaya çıkardı. Her poliçe, sigortalı yaşamın sadece sonraki oniki ay içinde ölüm rizikosu için reasüre ediliyordu. Ondan sonraki yıl için, poliçe üzerindeki aktüeryal ihtiyatın arttığı tutar kadar reasüre edilen meblağdan indirim yapılacaktı. Bu arada sigortalı bir yaş ihtiyarlayacak ve azaltılan, reasüre edilmiş meblağ üzerindeki oran da, söz konusu ileri yaşta aktüeryal ölüm rizikosuna uygun biçimde biraz arttırılacaktı. Poliçe üzerindeki aktüeryal ihtiyatın yavaş yavaş birikmesi suretiyle reasüre edilen meblağ tamamen tükeninceye kadar bu işlem devam etmekte idi.

1.3.1. Hayat Reasüransının Genel Reasüransla Mukayesesi

Genel reasüransla karşılaştırıldığında, hayat reasüransının kendine özgü çok sayıda önemli prensipleri olduğu görülür. Bunların başlıcaları şöyle sıralanabilir.

- a) Hayat reasüransı diğer branşların reasüransında olduğu gibi yıllık ya da birkaç yıllık kısa dönem işi olmayıp uzun dönem işidir. Bu da hayat sigortasının uzun dönem işi olmasından kaynaklanmaktadır.
- b) Çoğu hayat treteleri birçok reasürörün tretelyi paylaşmasından ziyade sadece bir reasürörle akdedilir.

- c) Hayat treteleri, formalite iptal tarihi (formal notice of cancellation) yer almadan akdedilir. Reasürans tretelerindeki şartların, trete reasürörlerinin, payların değiştirilmesi vb. değişiklikler için tarafların trete bitim tarihinden (genellikle sene sonunda biter) 1-3 ay önce birbirini haberdar etmeleri gerekir ve bu şekilde trete bitim tarihi itibariyle trete iptal edilir. Değişiklikler yapılır ve yeni haliyle ya da değişiklik yapılmadıysa eski haliyle trete yeniden akdedilir ve bu işlem her yıl tekrarlanır. Bunun sebebi ise hayat sigorta işlemlerinin dolayısı ile de hayat reasüransının yıllık değil, uzun yılları kapsayan iş olmasıdır. Bu 1 ile 3 ay arasında değişen süre, formalite iptal tarihini belirtir.
- d) Basitleştirilmiş reasürans işlemleri daha popüler olmasına rağmen, birçok hayat reasürans işleminde ferdi risklere ait detaylı kayıtlar bulunur, istatistiki çalışmalar yapılır.
- e) Eksedan tretesi, kot-par ve bölüşmesiz reasüransa tercih edilir. Diğer reasürans treteleri çok nadir kullanılır.
- f) Sedan reasürörü kendi bulur ve hayat sigortalarının tekniği ve uzun süreli iş olması dolayısıyla hemen yakın iş ilişkileri geliştirilir. İşlemlerde Broker hemen hemen hiç kullanılmaz.
- g) Hayat reasüransında tazminatlar tam ve bir kerede ödenir ki bu ferdi kaza sigortaları ve hastalık sigortalarında teminatların bir kaç kerede parçalar halinde ödenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.
- h) Genel reasüransa kıyasla hayat reasüransında konservasyonda tutulan meblağ daha büyüktür.

1.3.2. Hayat Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları

Hayat reasüransının ilk amacı, şirketin hayat fonunu, özellikle mortalite (ölüm olasılığı) ve morbiditenin (maluliyet olasılığı) yaratacağı kötü tecrübelerden korumaktır.

Yeni başlayan hayat sigorta işlemlerini izlediğimizde, mortalite tecrübelerinin önemli dalgalanmalar gösterdiği ve bir hayat sigorta şirketi için, üstlendiği risklere ait bir limit belirlemenin ve böylece daha az değişken sonuçlar elde etmenin basiret göstergesi olacağı anlaşılmıştı. Böylece şirketler, saklama payı (retention, konservasyon) olarak adlandırdıkları, üstlenecekleri meblağı belirlemişlerdir.

Saklama payı, hayat fonunun büyüklüğü, serbest rezervlerin miktarı, işlemler arasındaki bağlantılar ve poliçe sahiplerinin yaş dağılımına göre aktüer tarafından hesaplanmaktadır. Şirketler saklama payı limitini geçen kısmı reasüre etmektedirler. Hayat reasürans ihtiyacını doğuran nedenler ve aynı zamanda hayat reasüransının fonksiyonları şöyledir:

a) Büyük Riskler :

Büyük hayat sigorta şirketleri, hayat reasüransına duydukları ihtiyacın başlıca sebebinin büyük meblağlı riskler olduğunun bilincindedirler. Güçlü bir şirketin konservasyon limitini az bir miktarda poliçe sayısı geçebilmekte ancak bu limiti geçen poliçelerin teminatları çok yüksek ise, reasüransa devredilmediği taktirde şirket üzerinde kalma mecburiyetinin doğmasıyla, büyük tehlike oluşturabilme durumu ortaya çıkmaktadır.

Buradan da, reasürans bu gibi durumlarda şirketi büyük kayıplardan koruyan, karı azaltıcı etkenlere karşı bir silah olarak ortaya çıkmaktadır.

b) Katastrofik Ölümler :

Bir hayat sigorta şirketinin, bir uçak kazası ya da sanayi faciası gibi durumlarda (ki bunlar özel durumlar olmasına rağmen), büyük kayıplara uğrayacağı kesindir. Ferdi hayat sigortalarına baktığımızda hayat sigorta şirketinin riskin geniş bir alana yayılabilmesi için çaba gösterdiğini görebiliriz. Bununla birlikte bazı şirketlerin ise özel katastrofik riskleri üstlenerek bir olay esnesında meydana gelebilecek çok sayıda ölümü sigortalama eğiliminde olduğunu görmek de mümkündür.

Grup sigortalarında, sigorta şirketleri konservasyonlarını azaltma ve böylece önemli risk kümüllerinden kurtulmakta, dolayısıyla da üstlenilen risk miktarından fazla zarar görmeme yolunu seçmektedirler.

c) Standart Dışı Rizikolar :

Reasürörler standart dışı rizikoları fiyatlandırma konusuna büyük ilgi ve eğilim göstermektedirler. Az sayıda sigorta şirketi, standart dışı konuları fiyatlandırma girişiminde bulunmuş ve bu işlemi güven içinde yapabilmek amacıyla bu riske ait yeni fiyatlandırma yöntemlerine başvurmuşlardır.

Bunun sonucu olarak sigorta şirketleri standart dışı rizikolara ait fiyatlandırma yönteminin yanında; bu konuda esaslı, gerçek anlamda çeşitlilik gösteren bir portföye sahip olan reasürörler tarafından reasüre edilme yoluyla da işlemlerini daha rahat bir şekilde sürdürmektedirler. Reasürörün standart dışı rizikoları taşıyan portföyündeki profesyonel risk dağılımı sayesinde rekabete açık fiyatlandırma yapmak ta mümkün olmaktadır.

d) Şirketin Finansal Yapısının Yönetimine Destek :

Son yıllarda reasürörler müşterilerine; üstlendikleri yeni işler dolayısıyla yoğunlaşan risklerin yarattığı gerginliği ve baskıyı azaltmak için yardımda bulunmayı teklif etmektedirler. Bu baskı daha çok yeni işlerin üstlenilmesinin sebep olduğu büyük harcamalar, rezerv kombinasyonlarının doğurduğu yükümlülük, acentelere ödenen komisyon, ürün fiyatlandırma-oluşturma ve diğer işlemler sonucu ortaya çıkmaktadır. Tüm bu giderler sigortalıdan alınacak ilk primden hayli yüksek olmakta ve şirketin üstlendiği yüksek hacimli işlerin yarattığı büyük baskı sebebiyle de olay ağırlaşmaktadır.

Bu gibi durumlarda reasürör bu büyük baskıyı paylaşarak olayın sebep olduğu gerilimi azaltmaktadır. Ayrıca reasürör aldığı işler üzerinden komisyon ödemekte ve bazen de sigorta şirketinin idari giderlerine katılmaktadır.

Bu çerçevede reasürörü direkt sigorta işlemlerini finanse eden bir kuruluş olarak da tanımlamak mümkün olmaktadır.

1.3.3. Ülkemizde Hayat Reasürans Tekeli ②

Ülkemizde Hayat Reasürans Tekeli'nin dayanağı 25 Haziran 1927 tarihinde yürürlüğe giren 1160 sayılı "Mükerrer Sigorta İnhisarı" hakkında kanundur.

Hükümetçe bu kanunun verdiği yetkiye dayanılarak, reasürans işlemleri, ilk defa 27.2.1929 tarihli ve 7720 sayılı kararname ile 15 yıl için tekel altına alınmış, bundan sonra, her süre bitiminde uzatılan reasürans tekeli bu günlere ulaşmıştır.

1929-1991 yılları arasında yapılan anlaşma gereği Milli Reasürans T.A.Ş.ne devredilen Tekel İşleticiliği hakkı aşağıda belirtildiği gibi farklı sürelerde uzatmaya tabi tutulmuştur.

② ONAT Selahattin, Türkiye'de Reasürans Tekeli, S.M.K. Yayınları, No. 14, İstanbul,

Birinci Dönem	26.03.1929 - 01.03.1944	15 yıl
İkinci Dönem	01.03.1944 - 01.03.1954	10 yıl
Üçüncü Dönem	01.03.1954 - 31.10.1954	8 ay
Dördüncü Dönem	01.11.1954 - 31.12.1959	5 yıl 1 ay
Beşinci Dönem	01.01.1960 - 31.12.1969	10 yıl
Altıncı Dönem	01.01.1970 - 31.12.1971	2 yıl
Yedinci Dönem	01.01.1972 - 31.12.1974	3 yıl
Sekizinci Dönem	01.01.1975 - 31.12.1975	1 yıl
Dokuzuncu Dönem	01.01.1976 - 31.12.1976	1 yıl
Onuncu Dönem	01.01.1977 - 30.04.1977	4 ay
	30.04.1977 - 31.12.1977	8 ay
Onbirinci Dönem	01.01.1978 - 31.12.1979	2 yıl
Onikinci Dönem	01.01.1980 - 31.12.1981	2 yıl
Onüçüncü Dönem	01.01.1982 - 31.12.1991	10 yıl
Ondördüncü Dönem	01.01.1992 - 31.12.2001	10 yıl

Türk sigortacılığının gelişme yıllarında bir çok gelişmekte olan ülkede de uygulanan Reasürans Tekeli'nin amaçları ise şöyledir :

- Türk Sigortacılığının geliştirilmesine ve millileştirilmesine yardımcı olmak,
- Yurt dışına fazla prim transferini önleyerek döviz tasarrufu sağlamak,
- Tarife uygulamasını ve hasarları denetlemek,
- Sigorta endüstrisine eleman yetiştirmek,
- İstatistiki bilgiler derlemek,
- Hazineye gelir sağlamak.

Reasürans Tekeli'nin ülkemizde uygulanmaya başlamasıyla birlikte diğer branşlarla beraber hayat branşı da % 50 oran ile tekele tabi olmuş, Bakanlık'ça açıklanan 11.10.1954 tarih ve 4/3689 sayılı karar ile yeniden aktedilecek hayat sigortalarının Tekel dışında bırakılması görüşü benimsenmiştir.

Bu branşın bu şekilde Tekel kapsamından çıkartılması ile ilgili olarak teknik ya da resmi herhangi bir kayıda rastlanulamamıştır. Ancak o tarihte hayat branşının Tekel kapsamından çıkarılması ile ilgili görüşlerin çok daha öncelere uzandığı anlaşılmıştır. Bu görüşler şöyledir :

- a) Reasürans Tekeli'nin daha uzun müddet devam edemeyeceği ve hemen kısa sürecek bir geçiş devresine getirilmesinin kararlaştırılmış olması sebebiyle hayat branşının Tekel'den çıkarılması ve Milli Reasürans T.A.Ş. nezdinde tesis edilmiş bulunan riyazi ihtiyatların derhal şirkete iadesi,
- b) Hayat sigortalarının büyük bir kısmının şirketler üzerinde tutulduğu ve ne Tekel'e ne de reasüransa büyük bir ihtiyaç duyulmadığı, böylece hayat branşının Reasürans Tekeli'ne tabi olmasına döviz tasarrufu açısından da gerek duyulmadığı,
- c) Hayat branşında tasdik sisteminin geçerli olması sebebiyle uygulanan tarifelerin şirketlerin kendi tarifeleri olduğu ve Bakanlık'ça tasdik edilmiş bulunan bu tarifelerin Tekel kanalıyla kontrolünün gereksiz olduğu,
- d) Hayat branşında hasar kontrolü yapmanın fiilen imkansız olduğu ve bu bakımdan Reasürans Tekeli'ne dahil olmasının bu konuda herhangi bir fayda temin etmeyeceği.

Reasürans Tekeli'nin ilk 25 yıllık süresinin bitimine doğru, gerekli tedbirlerin alınması sırasında, çeşitli görüşleri tespit etmek amacıyla ilgililer arasında 6-11 Kasım 1950 tarihlerinde Ankara'da toplantılar yapılmış ve hayat sigortalarının Tekel kapsamı dışına çıkarılmasına dair prensip kararı alınmıştır.

Ticaret Bakanlığı'nca 4/3689 sayılı kararnamenin yorumu için Başbakanlığa gönderilen yazıda bu konuda, tarife ve hasar kontrolüne ihtiyaç bulunmayan hayat branşının Tekel kapsamı dışında bırakılmasının uygun olacağı görüşü ifade edilmiş ve başka bir bilgi verilmemiştir.

Diğer taraftan da yukarıda belirtilen kararname ile Reasürans Tekel kapsamından çıkarılmış olan hayat branşı, 27.12.1971 tarih ve 7/3587 sayılı Bakanlar Kurulu kararnamesi ile yeniden Tekel kapsamına alınmış ve bu değişikliğin sebebine ait herhangi bir kayıda tekrar rastlanamamıştır.

Bundan sonra 10 yıl Tekel kapsamında kalan hayat branşı 01.01.1982 tarihinden itibaren yine Bakanlar Kurulu'nun 16.12.1981 tarih ve 8/4008 sayılı kararı ile kapsam dışına çıkarılmıştır. Ve 2001 yılına kadar da kapsam dışında bulunmaktadır.

1.3.4. Hayat Reasürans Tekniği

Reasürans tekniği reasürans teorisinin pratiğe dönüştürülmesiyle, bir sigorta şirketinin üzerinde taşıyabileceği, üstlenebileceği risk meblağını belirten saklama payını (retention, konservasyon), devretmek istediği işin mahiyetine göre seçeceği reasürans metodlarını (bu metodlar bölüşmeli ve bölüşmesiz reasürans başlıkları altında ikiye ayrılmaktadır ve aşağıda açıklanmıştır) belirlemesi ile ortaya çıkmaktadır.

Hayat reasürans tekniği gerek saklama payının hesabı gerek hayat sigorta işlerinin karlı olması sebebiyle seçilen trete çeşitleri ve bu tretelerin kombinasyonu gerek reasürans muhasebesini ilgilendiren hesaplama periodları açısından diğer branşlara nazaran farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar aşağıdaki bölümlerde yeri geldikçe açıklanmaktadır.

1.3.4.1. Saklama Payı (Konservasyon)

Saklama payı sigorta şirketinin, tek bir riziko ya da riziko grubuna teminat verirken, kendi adına ödeyebileceği ya da ödemek istediği, üstlendiği miktardır.

Reasürans anlaşma tiplerine göre değişik adlar alır; retansiyon (retention), konservasyon (conservation), ilk riziko, franchise, sedan şirketin net sorumluluğu, deductible gibi.

Saklama payı (konservasyon, retention) ya her bir riziko veya hasar miktarının ya da sigorta bedelinin bir oranı ile ifade edilir.

A - Saklama Payı Hesabında Dikkate Alınan Faktörler

Hayat sigorta şirketinin, mali araçları ve portföyünün özellikleri bakımından, belirlenmiş bir hacmi vardır. Bu hacmin konservasyon tespitinde rolü büyüktür. Bazen yasal düzenlemeler de maksimum saklama payını belirler. Genellikle şirketin üzerinde tuttuğu kısım olarak değerlendirilen konservasyonun tespiti şirketin karlılığını etkileyen önemli bir faktördür. Konservasyon tespitinde bir takım prensipler geçerli oluyorsa da, gerek branşlar gerek şirketler itibariyle farklı kriterlerin uygulandığı görülür.

Şirketin sermayesi; aktifler toplamı, serbest rezervleri, likidite durumu ekonomik açıdan güçlülüğü ile doğru orantılıdır. Ekonomik güce sahip şirketlerin,

büyük risklerin meydana gelmesi halinde, büyük sarsıntı geçirme olasılıkları aynı durumdan etkilenecek küçük portföylü şirketlere oranla çok daha düşüktür. Böylece şirketler büyük prim getiren büyük riskli işlerde konservasyon oranlarını daha yüksek miktarda tutarak düşük konservasyonun sebep olacağı prim kaybını önlemiş olurlar. Çünkü likit varlıklar ödeme anında şirketin büyük desteğidirler.

Konservasyon tespitinde Sigorta Şirketleri aşağıdaki konular üzerinde yoğunlaşırlar:

- * Portföyün büyüklüğü, prim geliri, portföy karlılığı,
- * Portföyün yapısı, dağılımı,
- * Şirketin stratejisi,
- * Hasar tecrübesi,
- * Genel olarak sigorta endüstrisinin ve ülkenin ekonomik durumu.

Ülkemizde, şirketler, bir sonraki yıl için, belirledikleri konservasyon limitlerini en geç Aralık ayına kadar S.M.K.'na tasdik edilmek üzere üç kopya halinde gönderirler. S.M.K.'nun kontrolünden geçerek H.D.T.M.'na gönderilen üç nüsha H.D.T.M'nun da uygun görüşüyle tasdik edilerek bir kopya H.D.T.M'da kalmak üzere iki nüsha S.M.K.'na gönderilir. S.M.K. da bir nüshayı, bir sonraki yılın uygulamasının teftişi sırasında dikkate alınmak üzere kendi arşivinde saklar. Geriye kalan bir nüshayı ilgili şirkete gönderir ve böylece şirket bir sonraki yıl bu tasdikli limitlere uygun olarak konservasyon tutmak zorundadır.

B - Saklama Payı Hesabında Kullanılan Formüller ^③

Hayat branşı saklama payı (konservasyon) tespitinde şu formüller kullanılmaktadır :

i. Meidell Formülü

N : Portföydeki sigortalı sayısı

K : Bu sigortalılara ait toplam sigorta kapitali

m : Ortalama sigorta kapitali : K / N

M : Plen = Konservasyon (retention)

Konservasyon (M) : $2/3 m (1 + N^{1/5} + N^{-1/5})$

③ Excess of Loss Methods of Reinsurance, Advanced Study Group No. 218, The Chartered Insurance Institute of London, s. 125.

Meidell formülü ülkemizdeki hayat branşı konservasyon belirlemede en çok hatta tek kullanılan formül olması açısından çok önemlidir.

ii. Bernoulli Formülü

r : Portföydeki sigortalı sayısı

Z : Bu sigortalılara ait toplam sigorta kapitali

p : Rizikonun gerçekleşme olasılığı

q : Rizikonun gerçekleşmeme olasılığı

M : Konservasyon (retention)

Konservasyon (M) : $Z \sqrt{2pqr}$

iii. Landre Formülü

N : Portföydeki sigortalı sayısı

K : Bu sigortalılara ait toplam sigorta kapitali

m : Ortalama sigorta kapitali : K / N

M : Konservasyon (retention)

Konservasyon (M) : $\leq 2m$

Ülkemizde, hayat sigortalarında konservasyon uygulamalarını 2 tablo üzerinde inceleyebiliriz.

Yıllar	Alınan Primler		Reasüre Edilen %	Konservasyon	
	(000 TL.)	(000 TL.)		(000TL.)	%
1982	924.513	214.344	23.18	710.169	76.82
1983	1.098.629	296.827	23.19	801.802	76.81
1984	1.154.054	239.663	20.77	914.391	79.23
1985	2.658.613	629.136	23.66	2.029.477	76.34
1986	10.734.362	641.325	5.97	10.093.037	94.03
1987	23.418.382	1.088.254	4.65	22.330.128	95.35
1988	49.830.819	12.942.043	25.97	36.888.776	74.03
1989	152.054.905	5.155.314	3.39	146.899.591	96.61
1990	452.052.920	19.613.741	4.34	432.439.179	95.66
1991	847.907.562	36.455.118	4.30	811.452.444	95.70

Kaynak: Sigorta Murakabe Kurulu Yıllık Faaliyet Raporları, 1982... 1991, İstanbul

Tabloda görüldüğü üzere Hayat branşında konservasyon oranı son on yıl itibariyle % 75'lerin üzerinde dolaşmaktadır. Ancak son 5 yıldır sektöre giren dövize endeksli tarifeler ve emeklilik tarifeleri konservasyon oranında bir artış var gibi görünmesine sebep olmuşlardır. Halbuki emeklilik teminatı içeren bu poliçelerin birikim teminatı reasüre edilmediği için, primin büyük bir kısmını teşkil eden bu teminata ait prim şirket konservasyonunda kalmıştır. Ve de konservasyon priminin artışına sebep olmuştur.

**TABLO 3: T.S.S.DE HAYAT BRANŞINA AİT KONSERVASYON/DEVİR
TAZMİNAT ORANLARI**

Yıllar	Ödenen Tazminat		Reasürörlerin Payı		Şirketlerin Payı	
	(000 TL.)	(000 TL.)	%	(000 TL.)	%	
1982	250.201	52.781	21.10	197.420	78.90	
1983	273.833	63.513	23.19	210.320	76.81	
1984	390.771	168.152	43.03	222.619	56.97	
1985	443.000	130.360	29.43	312.640	70.57	
1986	680.294	255.365	37.54	424.929	62.46	
1987	1.684.091	440.165	26.14	1.243.926	73.86	
1988	3.142.256	666.635	21.22	2.475.621	78.78	
1989	9.010.998	1.650.149	18.31	7.360.849	81.69	
1990	26.355.759	4.360.697	16.55	21.995.062	83.45	
1991	54.682.652	10.110.652	18.49	44.572.050	81.51	

Kaynak: Sigorta Murakabe Kurulu Yıllık Faaliyet Raporları, 1982... 1991, İstanbul

Görüldüğü gibi ödenen tazminatlarda şirketlerin payları da % 75 lerin üzerinde dolaşmaktadır. Son yıllarda da konservasyona düşen prim oranının hasar oranından daha yüksek olduğu tablolarda görülmektedir. Bu da sektörümüzdeki hayat reasürans uygulamasının tutarlı bir uygulama olduğunun göstergesidir.

1.3.4.2. Hayat Reasürans Metodları

1900' lerde yapılan reasürans anlaşmaları teorik olarak ihtiyari (facultative) treteler şeklinde ortaya çıkmış ve reasürör sigorta şirketinin yazdığı direkt primler üzerinden yapılan devirle riski paylaşmışlardır.

Günümüzde reasürörler ihtiyari reasürans anlaşmalarıyla sınırlanmak yerine yeni trete teknikleri doğrultusunda işlem yapmakta, özel ve standart dışı risklerin bir kısmı için ihtiyari anlaşmalara başvurumaktadırlar.

1.3.4.2.1. İhtiyari Hayat Reasüransı

İhtiyari hayat reasüransının konusu normal olarak tek bir rizikodur. İhtiyari Reasürans şu demektir ki, sedan şirket reasüröre gerektiğinde bir riziko teklif edebilir, reasürör de bu rizikoyu hangi şartlar altında kabul edeceğini bildirir.

Hemen hemen her sigorta şirketinin bir veya daha fazla reasürör ile bir surplus tretesi vardır. Bu mecburi veya otomatik reasürans olarak adlandırılır. Bazen aşağıdaki hallerde ihtiyari hayat reasüransına ihtiyaç duyulur:

- (i) Riziko Surplus tretesinin limitini geçiyorsa
- (ii) Riziko Surplus tretesinin konusu değilse (örneğin, normalden farklı bir riziko)

Bazen sigortacı bir durum hakkında tamamlayıcı bir bilgi bekler. Bundan dolayı rizikonun bir kısmını veya tamamını reasüröre teklif eder. İhtiyari hayat reasüransı normal olarak riziko primi esasına dayanır. Reasürör ihtiyari rizikoyu kabullendikten sonra sedan şirket reasüröre kat'i bir sertifika ile reasürans primini gönderir. Reasürörün sorumluluğu orijinal poliçenin yürürlüğe girmeyle aynı anda başlar.

İhtiyari reasüransın avantajı reasüransdaki elastikiyettir. Dezavantajı ise daha yüksek olan idari masraflardır.

Sedan şirket bir ihtiyari riziko için yüksek kapasite istediği zaman reasüröre tıbbi belgeler dahil sigortanın akti ile ilgili bütün bilgiyi sunmalıdır.

Bazı durumlarda reasürör, tıbbi belgeler olmadan da sedan şirketin sigortacılık standartlarına güvenir ve teklif edilen reasürans miktarını, sedan şirketin alıkoymadığı miktarın makul bir misliyle belirleyerek rizikoyu kabul edebilir. Sedan şirket ihtiyari rizikolarla ilgili aşağıdaki bilgileri reasürörün dikkatine sunar:

- Sigorta edilenin adı ve doğum tarihi,
- Temin edilen riziko (ölüm, kaza, sakatlık rizikosu),
- Sigorta bedeli,
- Teklif edilen reasürans teminatı,
- Özel ek rizikolar,
- Sigortalıya ait tıbbi raporlar.

1.3.4.2.2. Bölüşmeli Hayat Reasüransı, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Bölüşmeli-otomatik reasürans sözleşmeleri her iki taraf için de mecburi niteliktedir. Sedan şirket, sesyon vermek; reasürör de anlaşma esasları dahilinde reasüransı yapılan rizikodan hisse kabul etmek zorundadır. Reasürör, rizikoya maruz miktar üzerinden hissesi ne ise, prim ve hasarlara da o oranda iştirak eder. Reasürörün devredilen rizikoyu kabul edip etmeme hakkı ortadan kalkmış, taahhüt edilen işin kalitesini kontrol imkanı kalmamıştır. Otomatik devir otomatik teminat sağlar. Reasürör tatminkar bir denge sağlayabilecek gerekli iş hacmini elde etmelidir. Bu dengenin iyi olması sedan tarafından kabul edilen riziko dengesine ulaşmasına ve ağır rizikolar için prim hacminin sağlanmasına bağlıdır. Reasürör bu ilişkiden ancak uzun süre içinde kar sağlayabilir. İhtiyari reasüransa göre bu yöntem masrafsızdır.

1.3.4.2.2.1. Hayat Kot- Par Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Şirket bütün poliçelerin belli bir yüzdesini (tretede retention kısmında belirtilen yüzdeyi) üzerinde yani konservasyonunda tutar. Reasürör/reasürörler de bu yüzdeden geriye kalan kısmı (%100 - Şirket konservasyon %'si) paylaşır. Böylece kendi hissesine göre reasürans primlerinin bir kısmını alır. Her hasar talebinde de yine hissesine göre ödemelere iştirak eder.

Burada sedanla reasürör arasında tam bir "kader birliğinden" söz edilebilmektedir. Dolayısı ile Kot-Par tretelerinde diğer reasürans tretelerine nazaran daha yüksek komisyonlar ödenebilmektedir. Zamanla Sedan Şirket gelişip büyüdükçe konservasyonunu arttırarak, reasüransa ayırdığı payı azaltma yolunu seçebilir.

Bütün bunlara rağmen Kot-Par tretelerinin önemli dezavantajları da vardır. Bunların başında sedan şirketin mali gücünün yetebildiği poliçelerde bile reasürans yapma mecburiyeti, primi devretme zorunluğu gelmektedir. Sedan Şirketin konservasyonundaki işlerle toplam portföyü arasındaki hasar/prim oranı aynı kalacak, reasüransın büyük hasarların etkisini azaltma fonksiyonundan doğacak yarar böylece elde edilemeyecektir.

Bu nedenlerden dolayı Kot-Par reasüransı genellikle bir branşın tek reasürans metodu olarak kullanılmaz. Küçük ya da yeni bir branşta ilk defa işe başlayan Şirketler için uygundur. Sedan şirket büyüyüp geliştikçe, başka reasürans metodlarına geçer.

Bir hayat Kot-Par tretesinin işleyişini örnekler üzerinde de incelemek konunun daha iyi anlaşılabilmesini sağlayacaktır :

Bir Hayat Sigorta Şirketinin Kot- Par tretesi kullandığı düşünelim.

Kot-Par (quota share) tretimiz hayat teminatları ve ek ferdi kaza teminatlarını kapsamaktadır.

Şirketin konservasyonu ve tretiye bölüşen (paylaşan) reasürörlerin payları aşağıdadır.

PAYLAR	
Konservasyon	% 20
Reasürör A	% 40
Reasürör B	% 30
Reasürör C	% 10
TOPLAM	% 100

TRETE KAPASİTESİ : Kişi başına 500.000.000.- T.L.

DURUM A - Bayan X'e ait 100.000.000.- T.L. vefat ve 50.000.000.-T.L. kazanan vefat teminatı beraber içeren iki adet poliçenin toplam reasürans+konservasyon primi 10.000.000.- T.L. dir. Bayan X vefat eder. Prim ve hasar dağılımı şöyledir :

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	2.000.000.-	60.000.000.-
Reasürör A	4.000.000.-	120.000.000.-
Reasürör B	3.000.000.-	90.000.000.-
Reasürör C	1.000.000.-	30.000.000.-
TOPLAM	10.000.000.-	300.000.000.-

DURUM B - Bay Z'ye ait 750.000.000.- T.L. vefat teminatlı bir poliçenin toplam reasürans+konservasyon primi 6.000.000.-T.L. dir. Bay Z vefat eder. Prim ve hasar dağılımı şöyledir.

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	800.000.-	100.000.000.-
Reasürör A	1.600.000.-	200.000.000.-
Reasürör B	1.200.000.-	150.000.000.-
Reasürör C	400.000.-	50.000.000.-
TOPLAM	4.000.000.-	500.000.000.-

Bay Z' nin 750.000.000 TL'lik teminatın, 500.000.000 TL' lik trete kapasitesini aşan kısmı 250.000.000.-T.L.dir, genellikle trete reasürörlerine bu aşan kısmı da kabul etmeleri için ihtiyari anlaşma teklifi yapılır (facultative offer) ve genellikle reasürörler trete koşullarıyla aynı şartlarda, sanki tretenin hacmini genişletmiş gibi, bu fazla kısmı da kabul ederler. Kot-Par ihtiyari teklifin kabul edilmesiyle ihtiyari dağılım şu şekilde yapılır :

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	0.-*	0.-*
Reasürör A	800.000.-	125.000.000.-
Reasürör B	600.000.-	93.750.000.-
Reasürör C	200.000.-	31.250.000.-
TOPLAM	2.000.000.-	250.000.000.-

* Şirketin konservasyonu baştan belirli olduğu için dağılım reasürörler arasında yapılır.

1.3.4.2.2.2. Hayat Eksedan Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Eksedan ya da Surplus diye adlandırılan reasürans metodu halen kullanılmakta olan en yaygın reasürans metodudur. Kot-Par yönteminde olduğu gibi burada da oransal olarak sorumluluğun, primin ve hasarların sedan ve reasürör arasında bölüşülmesi söz konusudur. Ancak Eksedan tretelerini Kot-Par tretelerinden ayıran en önemli fark reasürörün bu defa her bir poliçeye iştiraki yerine, sedan şirketin üzerinde tuttuğu kısmı aşan miktarlar için devreye girmesidir.

Sedan şirket risklerin cinsine, rizikonun ağırlığına, sigorta branşına göre belli konservasyon limitleri tesbit eder ve bu limitleri aşan miktarları reasüröre devreder. Diğer bir ifade ile konservasyon limitine kadar olan bütün poliçeleri dilerse hiç reasüransa devretmeden üzerinde tutabilir.

Bir eksedan tretesinin azami kapasitesi, yani tretenin azami limiti, daima sedan şirketin kendi üzerinde tutmaya karar verdiği miktarın katları ile ifade edilir. Sedan şirketin üzerinde tutabileceği miktara "Plen" (line) denir. Tretenin azami limiti örneğin 10 plen, 20 plen gibi şirket konservasyonunun katları olarak ifade edilmektedir. Örneğin şirket konservasyonu 30.000.000.-T.L. ve trete 30 plen ise tretenin azami kapasitesi $30 \times 30.000.000 = 900.000.000.-T.L.$ dır.

Sigorta şirketi rizikonun ağırlığına göre değişik konservasyon miktarı tesbit edebilir. Treteye verilecek azami miktarlarda böylece rizikonun ağırlık derecesine göre tesbit edilmiş değişik konservasyon miktarlarının katları olarak farklılık gösterir. Eksedan tretelerinin en olumlu yönü, şirketin konservasyonunda tutabileceği miktarlara karışmayarak gereksiz yere reasüröre prim devrini önleyici bir metod olmasıdır. Böylece Kot-Par tretesinde görülen en önemli dezavantaj ortadan kalkmış olmaktadır. Aynı şekilde sadece konservasyonunu aşan miktarlar için reasüransa başvurmakla üzerinde tuttuğu işlerin farklı büyüklükte hasara uğramasını önlemekte, bu hasarların belli büyüklükler içinde kalmasını sağlayabilmektedir.

Bunların yanı sıra, diğer reasürans metodlarında da olduğu gibi, sedan şirkete özvarlığında bir artışa gitmeden büyük riskleri sigortalayabilme olanağı sağlamakta, tretelerin karlı sonuçlar vermesi ile elde edilebilen olumlu reasürans şartlarının yardımı ile kar marjlarını arttırarak sedan şirketin özvarlığını kuvvetlendirmesine yardımcı olmaktadır.

Bu reasürans metodunun bazı olumsuz yönleri de mevcuttur. Özellikle reasürör açısından söz konusu olan bu olumsuz yönlerin başında, sedanın daha az tehlikeli işlerden fazla, daha çok tehlikeli işlerden düşük miktarda konservasyon tutarak reasürörün tehlikeli işlere katılımının fazla olması gelir. Öte yandan, Kot-Par tretesinin aksine, sedan şirket her bir poliçede kendi konservasyonunu ayrı ayrı belirleyebileceğinden, idari masraflar oldukça yükselecektir. Poliçenin süresi içinde sigorta bedelinde meydana gelebilecek değişiklik, reasürans dağılımını etkileyebilecek, yeniden reasürans çalışması yapılması zorunluğu doğacaktır.

Ülkemizde ve dünyada hayat branşı reasüransında en çok kullanılan yöntem eksedandır. Bu sebepten ötürü neredeyse tek tip olan ve fiktif rakamları içeren bir eksedan tretesini burada incelemek ve örnekler üzerinde durmak yararlı olacaktır.

**HAYAT EKSEDAN
REASÜRANS TRETESİ**

XYZ HAYAT SİGORTA A.Ş.
(bundan böyle "Şirket" olarak anılacaktır)
tarafından biri

ABC REASÜRANS A.Ş.
(bundan böyle "Reasürör" olarak anılacaktır)
tarafından diğeri

MADDE 1 - ANLAŞMANIN KONUSU

Bu anlaşma, bu anlaşmaya ek olarak hazırlanan slipte belirtilen coğrafik alanlarla ve planlarla ilgili olarak Şirket tarafından kabul edilen vefat, kaza sonucu vefat, kaza ve/veya hastalık sonucu maluliyet gibi ek teminatları da içeren bütün Hayat Sigortalarını kapsar.

MADDE 2 - POLİÇE ŞARTLARI VE ORANLARI

Bu anlaşmanın kapsadığı yürürlükteki genel ve özel poliçe şartları ve prim şemaları, bu anlaşmanın temelini içerir. Bu şartlara yapılacak belirli eklemeler Reasüröre bildirilecektir.

MADDE 3 - KONSERVASYON

Ferdi ve grup hayat sigortaları ile senelik vefat sigortalarında Şirket'in konservasyonu, bu anlaşmaya eklenen slipte belirtilmiştir.

MADDE 4 - REASÜRÖR PAYI

Şirket akdedilen bütün hayat işlerinden konservasyonunu aşan kısmı, ekteki slipte belirtilen hissesi oranında Reasürör'e devreder. Reasürör'e devredilecek miktar, toplam ölüm kapitali ile konservasyon arasındaki fark kadardır. Ayrıca ek teminatlar verilmesi durumunda, toplam teminat ile konservasyon arasındaki fark reasüre edilecektir.

MADDE 5 - REASÜRÖR LİMİTİ

Şirket, Reasürör'ün, ekteki slipte belirtilen otomatik kabul limitini (trete limitini) aşacak teminatlarda Reasürör'ün onayını alır. Ancak Reasürör bunu kabul etmezse, Şirket bu aşan teminatı kendinde tutmakta veya başka bir reasürans şirketine devretmekte serbesttir. Reasürör, sözleşmede belirtilen otomatik kabul limitini aşan teminatlardan kabulü için, poliçe kesilmeden önce, Şirket'ten teklifname fotokopisi veya muayene raporu ile sigortalıyla ilgili bir takım ek belgeler de isteyebilir.

MADDE 6 - REASÜRANS PRİMİ

Şirket tarafından Reasürör'e devredilecek primler aşağıdaki şekilde olacaktır.

Grup Poliçeleri: Ekteki Reasürans Prim Tablosu'na bağlı kalarak grubun orijinal ortalama yaşına ait prim.

Ferdi Poliçeler: Ekteki Reasürans Prim Tablosu'na bağlı kalarak her bir sigortalı yaşına ait prim

Reasürans primi, Reasürör cari hesabına, tahakkuk eden vade primleri şeklinde peşinen kaydedilecektir.

MADDE 7 - REASÜRANS KOMİSYONU

Ekteki slipte belirtilen komisyonlar, Reasürör cari hesabına borç olarak kaydedilir.

MADDE 8 - KAR KOMİSYONU

Ekteki slipte belirtilen kâr komisyonu, Reasürör'ün hissesi oranında cari hesabına borç olarak kaydedilir.

MADDE 9 - TAZMİNATLAR

Bir tazminat ödemesi durumunda, hissesine düşen meblağ Reasürör'ün cari hesabına borç olarak kaydedilir. Tazminat ödemeleri durumunda, meydana gelebilecek fazla harcamalardan (mahkeme masrafları, özel araştırma v.s.) dolayı, Reasürör'ün hissesine düşen meblağ da, cari hesabına borç olarak kaydedilecektir. Ancak Reasürör, Şirket personel giderleri, seyahat masrafları, idari masraflar gibi harcamalardan sorumlu olmayacaktır.

MADDE 10 - HESAPLAR

Şirket, Reasürörle hesaplarını ekteki slipte belirtilen dönemlerde yapar. Hesaplar orijinal para birimi T.L. olarak takip edilecektir.

MADDE 11 - MESULİYET

Reasürörün mesuliyeti, her iş için Sigorta şirketinin mesuliyeti ve taahhüdü ile birlikte meriyete girecektir. Hesap hataları, fiş ve hesap hülasalarının gecikmesi Reasürör'ü mesuliyetten kurtarmaz.

MADDE 12 - İHTİLAF

Bu anlaşma maddelerine dair işlerin uygulanmasından dolayı anlaşma ile halledilemeyen herhangi bir ihtilafın çözümü için biri Şirket diğeri Reasürör tarafından seçilecek iki hakem tayin olunur. İlgili ihtilafın çözümüne hakemler dört hafta içinde yine imkan bulamazsa, ilgili hakemler tarafından seçilecek üçüncü bir hakemin seçimi ile, üç hakemden oluşacak heyetin çoğunluğuyla dört ay içinde alacağı karar geçerli olacak ve taraflar buna uymaya mecbur kalacaklardır.

MADDE 13 - ANLAŞMA SÜRESİ

--/--/1992 tarihinde Şirket tarafından ve --/--/1992 tarihinde Reasürör tarafından imzalanan on üç maddeden ibaret olan bu Reasürans Anlaşması, bu anlaşmaya ilişik sözleşmede belirtilen tarihten itibaren geçerli olmak üzere imza ve teati edilmiştir. Taraflar her takvim yılı sonundan üç ay evvel yazılı ihbar etmeleri şartıyla, bu anlaşmayı yürürlükten kaldırabilirler.

HAYAT EKSEDAN TRETE SLİPİ

SEDAN:	XYZ Hayat Sigorta A.Ş.
SÜRE:	1.1.1993 tarihinde başlar. 3 aylık iptal bildirimini verilmedikçe, her yıl sonunda otomatik olarak yenilenir.
TRETE TİPİ:	Risk kapitali üzerinden eksedan.
TEMİNAT KAPSAMI:	XYZ A.Ş. Konservasyonunu geçen hayat ve ek teminatları.

GEÇERLİLİK SAHASI: Tüm dünyada geçerlidir. Ancak poliçelerin Türkiye ve K.K.T.C.'de akdedilmiş olması gereklidir.

MAKSİMUM

KONSERVASYON: Hayat (Ölüm) 30.000.000.-TL.
Kazaen Ölüm 30.000.000.-TL.
Maluliyet 30.000.000.-TL.

TRETE KAPASİTESİ: 40 plen maksimum 1.200.000.000.-TL.

REASÜRANS PRİMİ: Ek'deki reasürans prim tablosundadır.

REASÜRANS KOMİSYONU: Hayat (Ölüm) 1. yıl priminin % 45'i
2. yıl priminin % 15'i
3. yıl priminin % 10'u
Kaza yıllık primin % 30'u

HESAPLAŞMA: Yıllık, bakiyeyi borçlu taraf altı ay içinde ödemek durumundadır.

MEVZUAT: Ek'deki gibidir.

PRİM DEPO: Net primlerin % 35'i.

PRİM DEPO FAİZİ: Net % 7.

KAR KOMİSYONU: % 40 x (ALACAK-BORÇ)
Kar komisyon hesabı ektedir.

S.M.K. AİDATI: % 0.3

PEŞİN HASAR: 25.000.000.-T.L.

REASÜRÖR PAYI: % 100

**TRETEYE DÜŞEN
TAHMİNİ PRİM:** 2.000.000.000.T.L.

XYZ HAYAT SİGORTA A.Ş.

ABC REASÜRANS A.Ş.

TABLO 4: FİKTİF HAYAT REASÜRANS PRİM TABLOSU

<u>Yaş</u>	<u>Prim (%)</u>	<u>Yaş</u>	<u>Prim (%)</u>
18	1.8	41	4.1
19	1.9	42	4.2
20	2.0	43	4.3
21	2.1	44	4.4
22	2.2	45	4.5
23	2.3	46	4.6
24	2.4	47	4.7
25	2.5	48	4.8
26	2.6	49	4.9
27	2.7	50	5.0
28	2.8	51	5.1
29	2.9	52	5.2
30	3.0	53	5.3
31	3.1	54	5.4
32	3.2	55	5.5
33	3.3	56	5.6
34	3.4	57	5.7
35	3.5	58	5.8
36	3.6	59	5.9
37	3.7	60	6.0
38	3.8	61	6.1
39	3.9	62	6.2
40	4.0	63	6.3

KAR KOMİSYON HESABI

- ALACAK :**
- Yıl içinde Reasüröre devredilen primler eksi iptaller,
 - Bir önceki yılın muallak tazminatları,
 - Bir önceki yılda ayrılan prim rezervleri.

- BORÇ:**
- Yıl içinde şirkete ödenen komisyonlar,
 - Yıl içindeki tazminatlarda reasürör payı, sovtajlar ve tazminat masrafları,
 - Yıl sonu itibariyle ayrılan muallak tazminatlar,
 - Reasüröre devredilen net primler üzerinden % 5 reasürör masrafları payı,
 - Varsa, bir önceki yıldan taşınan zarar (tükeninceye kadar),
 - Yıl içinde ayrılan prim rezervleri.

Şirket tarafından -- / -- /1992 tarihinde, Reasürör tarafından --/--/1992 tarihinde imzalanan bu anlaşma 01/01/1993 tarihinde yürürlüğe girer ve herhangi bir yılın 31 Aralık tarihinde sona erer.

Görüldüğü üzere bir hayat tretesi hukuki koşulların yer aldığı bir sözleşme ile bu sözleşmede bulunan maddelerdeki hususların özetlendiği teknik esasların yer aldığı bir slip ve reasürans prim tablosu ve kar komisyonu hesabından meydana gelmektedir.

Sözleşmedeki unsurlar sözleşmenin maddelerinden de kolayca anlaşılabilirle beraber tretenin beynini teşkil eden slip'te yer alan hususları açıklamakta yarar vardır.

Sedan: Reasüre edilen şirkettir. Bu şirket, sigorta şirketi de, reasürans şirketi de olabilir. Eğer sedan reasürans şirketi ise, yapılan işlem bir reasürans işlemi değil retrosesyon işlemi olarak adlandırılır.

Süre: Reasürans anlaşmaları 1 yılı kapsar. Ancak yeni kurulan şirketler ya da yeni tesis edilen branşların işlemlere başlama tarihi yıl içinde olabilir. Bu durumda başlangıç için, anlaşma, 31 Aralık tarihine kadar geçerli olup, takip eden yıllarda 1 Ocak-31 Aralık tarihi arasında yıllık olarak akdedilir.

Teminat Kapsamı: Tretenin, dolayısıyla da treteyi paylaşan reasürörlerin kabul ettiği teminatlardır. Tretelerde bir branşa ait teminatlar kapsandığı gibi hayata ek ferdi kaza, ürkütücü hastalık teminatlarında olduğu gibi ek teminatlarda aynı trete ile kapsanmaktadır.

Geçerlilik Sahası: Hayat sigorta şirketleri tretelerinde kendi ülkelerinde ke-secekleri poliçeleri kapsamaktadırlar. Bununla birlikte diğer ülkelerde, kanunlarla, kestikleri poliçeleri de kapsama dahil edebilirler. Ülkemizde Hayat sigorta teminatları Türkiye'de ve K.K.T.C. de akdolunan sigortalar olmak üzere tüm dünyada geçerliliğini korumaktadırlar.

Maksimum Konservasyon: Şirketin hesapladığı maksimum saklama payı limiti tretenin geçerli olduğu yıl içinde şirketin tutabileceği en yüksek miktarı göstermekte, şirket yıl içinde bu maksimum limiti geçmeyecek şekilde istediği konservasyonu tutabilmektedir. Ülkemizde hayat sigortalarında maksimum konservasyon yukarıda geçen Meidell formülüyle hesaplanmaktadır.

Trete Kapasitesi: Treteler kişi bazındaki riskler toplamı üzerine akdedilir. Her tretenin; bir kapasitesi yani baz aldığı riske göre teminat üst limiti vardır. Eğer kişiye ait, treteye düşen toplam risk, trete kapasitesini aşarsa şirket ihtiyari reasürans yoluna başvurur.

Reasürans Primi: Hayat dışı sigorta işlemlerinde reasürans primi, sigorta şirketinin sigortalıdan aldığı prim üzerinden devredilmektedir. Bu prim; risk primi ile üzerine eklenen idari ve tahsil masrafları vb. masraf şarjmanı ile acen-te komisyonundan oluşmaktadır. Bu şekilde yapılan reasürans prim devri söz konusu olduğunda yapılan reasürans işlemleri "Orijinal Prim Bazında" re-asürans olarak adlandırılır. Hayat reasüransında ise; son yıllarda, risk primi üzerinden, sadece vefat ve hayat kapitallerinin reasürans devri amacıyla re-asürans primleri devredilmektedir. Bu şekilde yapılan reasürans prim devri söz konusu olduğunda yapılan reasürans işlemleri "Risk Primi Bazında" reasürans olarak adlandırılmaktadır. Hayat reasüransında risk primi bazında reasürans yapılmasının ana nedeni şöyledir; hayat sigortalarında orijinal poliçe primini dikkate aldığımızda risk primi, şarjmanlar ve yatırım amacıyla alınan ek bir pri-min birleşimini görürüz. Bu ek primle yatırımdan elde edilen gelirler sigor-talının riyazi ihtiyatını oluşturur ya da riyazi ihtiyatına eklenir. Buradan da an-laşılacağı gibi hayat sigorta işlemleri yatırım olayını da içermekte ve şirketin yaptığı yatırımlar sonucu elde edilen gelir sigortalıların kapitallerine eklenebil-mektedir. Reasürörler kendi insiyatifleri dışında gelişen bu yatırım işlemlerinin direkt sigorta şirketi tarafından yürütülmesinin daha mantıklı olacağı ve de si-gortalıların riyazi ihtiyatlarının reasürans işlemlerini yoğunlaştıracağı düşüncesiyle sadece vefat ve hayat kapitallerini ilgilendiren, risk primi üzerinden devir olayını benimsemişlerdir.

Hayat reasüransında risk primi üzerinden yapılan devirde reasürans primi-nin poliçedeki risk primi ile aynı olma gereği yoktur. Risk primleri mortalite tablolarının kullanımıyla hesaplanır. Sigorta şirketinin mortaliteden de kar et-me şansını kullanma imkanı düşünüldüğünde, reasüröre devredilecek ve daha düşük risk primi hesabını sağlayacak mortalite tablolarını tretéde kullanarak sigortalıdan alınan risk priminden daha düşük risk prim devri mümkün olabil-mektedir. Tretenin slipine ek olarak yer alan risk prim tablosu sigorta şirketi ile reasürör arasındaki anlaşmaya bağlı olarak kullanılmaktadır. Yalnız reasürans prim devrinde dikkate alınması gereken en önemli husus vadeli prim uygulama-sıdır.

Ülkemizde vadesi tahakkuk eden primler muhasebe kayıtlarında yer aldığı için, reasürans primleri de yıllık prim üzerinden değil, vadesi tahakkuk eden prim üzerinden devredilmelidir.

Reasürans Komisyonu: Reasürans şirketinin aldığı prim üzerinden sedana ödediği (% 20-50 arası) meblağdır. Reasürans komisyonunun sedanın acentelerine ödediği komisyona eşit olması eğilimi vardır. Bunun nedeni ise sigorta işlemlerinin büyük bölümünü oluşturan hayat dışı branşların reasüransında acente komisyonunu da içeren orijinal poliçe priminin devredilmesidir. Ancak hayat reasüransında orijinal poliçe primi yerine acente komisyonlarını ve şarjmanlarını içermeyen safi risk primi devredilmektedir. Bu durumda reasürörün komisyon ödeme şartı ortadan kalkmaktadır. Ancak kullandığımız mortalite tabloları sebebiyle risk primleri dünya geneline göre yüksek olmakta ve bu nedenle risk primi üzerinden de reasürörler komisyon ödemektedirler.

Hesaplaşma: Hayat reasüransında, sedan ve reasürör arasındaki hesaplaşma genellikle yıllık ya da 6 aylık hesaplar şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Sedan, aşağıda reasürans muhasebesi bölümünde de açıklanacak olan, kendi nezdinde takip ettiği reasürör cari hesap cetvellerini hazırlayarak hesapların kapatıldığı tarihten itibaren en geç 3 ay içinde kontrol edilmek üzere reasüröre gönderir ve bu hesabın sonucuna göre para transferi de hesapların kapanış tarihinden itibaren en geç 4-6 ay içinde yapılır.

Mevzuat: Reasürans tretesinin kapsadığı hukuki koşulların ve bazı tanımların yer aldığı hukuki bölümdür.

Prim Depo: Sedan reasüröre devrettiği primler üzerinden bir oranla (genellikle % 30-40 arası) prim rezervi tutar. Bunun amacı reasürörün ileride doğacak yükümlülüklerine karşı sedan nezdinde reasürör adına karşılık ayrılmasıdır. 1 yıl boyunca sedan nezdinde tutulan prim deposu takip eden yıl reasüröre iade edilir ve yeni prim deposu, hesaplanarak tutulur.

Prim Depo Faizi: 1 yıl boyunca sedan nezdinde alıkonan prim deposu reasüröre iade edilirken bir yıllık faizi ile birlikte verilir. % 7-10 arası olan bu faiz ülkemizdeki enflasyonist ortam düşünüldüğünde sedan şirket için teknik karlılık açısından büyük avantaj sağlamaktadır.

Kar Komisyonu: Trete ekinde belirtilen ve "Kar Komisyonu Hesabı" olarak geçen hesapta reasürör lehine kar çıkarsa sedana anlaşılan oran üzerinden bir kar komisyonu öder. Eğer zarar çıkarsa bir sonraki sene hesap edilecek kar komisyonunda gider olarak yer alır ve tükeninceye kadar devam eder.

S.M.K. Aidatı: Ülkemizde sigorta şirketleri, yıllık ürettikleri prim üzerinden % 0.3 oranında Sigorta Murakabe Kurulu aidatı adı altında bir meblağı, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı'na öderler. Sedan şirket almış olduğu primlerin bir oranını reasüröre devrettiği için, devrettiği oranda prim üzerinden % 0.3 oranında aidatı alıyorker. Çünkü sedan tüm prim üzerinden aidat ödeyerek reasürör adına da ödemiş bulunmaktadır.

Peşin Hasar: Bir tazminat ödemesi gerektiğinde bu tazminatın konservasyondan arta kalan ve treteye düşen kısmı slipte yer alan peşin hasar meblağına eşit ya da büyükse trete reasürörü/reasürörleri hesaplaşma dönemini beklemeden derhal ödeme yapmak durumundadır. Şirketin büyük tazminat ödemeleri dolayısıyla, likiditesinin azalmasını önlemek amacıyla uygulanır.

Reasürör Payı: Sedanın konservasyonunu aşan kısımlar treteye devredilir. Trete bir ya da birkaç reasürör tarafından paylaşılabilir. Ve bu paylaşımı belirleyen oran bir % olarak belirtilir.

Treteye Düşen Tahmini Prim (Treaty EPI): Her reasürans şirketi üstleneceği risklere ait yıllık tahmini prim gelirini tretede görmek ister. Sedan yıllık hedeflerinden hesap ettiği trete primini slipte belirtir.

Bir hayat sigorta şirketimiz olduğunu ve bir Eksedan tretesini kullandığımızı düşünelim.

Eksedan (surplus) tretemiz yukarıda da yer aldığı gibi hayat teminatları ve ek ferdi kaza teminatları kapsamaktadır, 40 plenlik kapasiteye sahiptir.

Şirketin konservasyonu ve treteyi bölüşen (paylaşan) reasürörlerin payları aşağıdadır:

Konservasyon 30.000.000.-T.L. (trete kapasitesi 1.200.000.000.- T.L.)

REASÜRÖRLER PAYLARI

Reasürör A % 45

Reasürör B % 35

Reasürör C % 20

TOPLAM %100

DURUM A - Bayan X' e ait 100.000.000.-T.L. vefat ve 50.000.000.-T.L. kazan vefat teminatı beraber içeren 2 adet poliçenin toplam reasürans+konservasyon primi 10.000.000.-T.L. dir. Bayan X vefat eder. Prim ve hasar dağılımı şöyledir:

1 - EĞER TRETE POLİÇE BAZINDA (per policy basis) İSE :

Şirket her bir poliçeyi ayrı ayrı reasürans işlemine tabi tutacaktır.

Böylece

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	4.000.000.-	120.000.000.-
Reasürör A	2.700.000.-	81.000.000.-
Reasürör B	2.100.000.-	63.000.000.-
Reasürör C	1.200.000.-	36.000.000.-
TOPLAM	10.000.000.-	300.000.000.-

olacaktır.

2 - EĞER TRETE KİŞİ BAZINDA (per person basis) İSE :

Şirket bir sigortalıya ait birden fazla poliçe de olsa o poliçelerin teminatlarının toplamını bir poliçe gibi işleme tabi tutacaktır.

Böylece prim hasar dağılımı

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	2.000.000.-	60.000.000.-
Reasürör A	3.600.000.-	108.000.000.-
Reasürör B	2.800.000.-	84.000.000.-
Reasürör C	1.600.000.-	48.000.000.-
TOPLAM	10.000.000.-	300.000.000.-

DURUM B - Bay Z'ye ait poliçenin vefat teminatı 1.500.000.000.-T.L., toplam reasürans + konservasyon primi 12.000.000.- TL'dir. Bay Z vefat eder. Prim ve hasar dağılımı şöyledir:

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	300.000.-	30.000.000.-
Reasürör A	5.265.000.-	526.500.000.-
Reasürör B	4.095.000.-	409.500.000.-
Reasürör C	2.340.000.-	234.000.000.-
TOPLAM	12.000.000.-	1.200.000.000.-

(trete kapasitesi 30.000.000.- x 40 =1.200.000.000.T.L dir).

Trete kapasitesini aşan kısım 300.000.000.-T.L.dir. Genellikle trete reasürörlerine bu aşan kısmı da kabul etmeleri için ihtiyari anlaşma teklifi yapılır (facultative offer) ve genellikle reasürörler trete koşullarıyla aynı şartlarda sanki tretenin hacmini genişletmiş gibi bu fazla kısmı da kabul ederler.

Eksedan ihtiyari teklifin kabul edilmesiyle ihtiyari dağılım şu şekilde yapılır:

	PRİM (T.L.)	HASAR (T.L.)
Konservasyon	0*.-	0*.-
Reasürör A	1.350.000.-	135.000.000.-
Reasürör B	1.050.000.-	105.000.000.-
Reasürör C	600.000.-	60.000.000.-
TOPLAM	3.000.000.-	300.000.000.-

* Şirket Bay Z'nin poliçesinde yer alan tek teminat olan vefat teminatı üzerinden konservasyonu başta tuttuğu için artık teminata yani hasara karışmamakta ve primden yararlanamamaktadır.

1.3.4.2.3. Bölüşmesiz Hayat Reasüransı, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Bölüşmesiz reasüransda, adından da anlaşılacağı üzere prim-hasar bölüşmesi yoktur. Peşinen ödenmek üzere belirlenen fiyat reasürans primini oluşturur. Reasürör sedanın belli bir limiti aşan hasarlarını karşılar. Bu limit bir meblağ (Hasar Fazlasında olduğu gibi) ya da bir oran (Hasar Nispeti Fazlasında olduğu gibi) olabilir.

1.3.4.2.3.1. Hasar Fazlası Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Hasar fazlası (excess of loss) olarak isimlendirilen reasürans şekli, bilinen ve geniş tatbikat görmüş klasik reasürans sistemlerinden tamamen farklıdır ve sahip olduğu birtakım üstünlükler sebebiyle bilhassa 1920'lerden itibaren büyük gelişme göstermiştir. Sistemin esasını ortaya koyan, 1880 yılında, Londra'da Lloyd da Mr. Cuthbert Heath'dir.

Klasik reasürans anlaşma şekillerinin (Kot-Par ve eksedan) ihtiyaca tam cevap veremediği birtakım portföylerde hasar fazlası reasüransı ihtiyaca değişik açılardan cevap verebilir. Son derece az personel gerektirir ve işleyişi şirket için son derecede basit ve iktisadidir. Şirketin ilgili portföyü için değişik mahiyette bir teminat nev'i sağlar.

Genellikle bir branşın tamamına tatbik edilir ve bir reasürans anlaşması şeklinde ortaya çıkar. Az olmakla beraber tek bir riziko için Hasar Fazlası anlaşması yapılması da mümkündür. Hasar Fazlası reasüransında reasürör, sedan şirketin priminin muayyen bir miktarı karşılığında, meydana gelen hasarların önceden tespit edilmiş limiti geçen kısımlarını tamamen karşılamayı taahhüt eder. Reasürörün ilgisi ancak belli bir sınırı, yani net retansiyonu (Underlying Retention veya Priority) aşması halinde başlar ve aşan kısmı, mesuliyet üst limitine kadar karşılar. Bu sistem, rizikodan treteye yapılan devir miktarının nisbeti dahilinde reasürörün her hasara iştiraki esasına dayanan Bölüşmeli Otomatik Reasürans anlaşmalarından (Kot-Par ve Eksedan) tamamen farklıdır.

Örnek vermek gerekirse, Sedan şirketin net retansiyonu (yani bir hasar halinde kendi bünyesinden karşılamaya hazır olduğu net miktar) 500.000 olsa,

Hasar Fazlası teminatı da müteakip 1.000.000 için verilmişse, meydana gelen 900.000'lük bir hasarda, sedan ilk 500.000'i ödeyecek ve reasürör de geriye kalan 400.000'i karşılayacaktır. Aynı esaslar dahilinde eğer hasar 1.700.000 olursa, sedan 500.000'i ödeyecek, reasürör geriye kalan 1.000.000'u karşılayacak ve kalan 200.000 eğer başkaca bir teminat mevcut değilse, tekrar sedana kalacaktır. Bölüşmeli sistemde reasüröre ödenen prim, sigortalının ödediği primin bir yüzdesidir ve bu yüzde, poliçenin üzerindeki mesuliyetten reasüröre devredilen miktarın yüzdesinin aynıdır. Hasar Fazlası reasüransında reasüröre ödenen prim ise, reasürör tarafından hesaplanır ve sigortalıdan alınan primden tamamen bağımsızdır. Bölüşmeli trete reasüransında reasürör sedana komisyon verir, Hasar Fazlası reasüransında ise böyle birşey yoktur. Çünkü sigorta edilen sedan şirkettir.

Hasar fazlası anlaşmaları 2 şekilde karşımıza çıkmaktadır.

(i) Riziko başına hasar fazlası anlaşması:

Hayat sigortalarında riziko kişidir. Bir kişinin birden fazla hayat sigorta poliçesi bulunabilir. Bu kişi vefat ettiğinde sahip olduğu tüm poliçeler için tazminat ödeme gereği vardır. Riziko başına hasar fazlası anlaşmasında teminat dilimi ile reasürörün sorumluluğu belirlenir. Ancak bu uygulama eksedan anlaşmasındaki uygulamaya çok benzemektedir. Sedanın eksedan anlaşması var ise ki hayat branşında en çok hatta tek kullanılan reasürans metodu ekse-dandır, hasar fazlası anlaşması gereksiz olmaktadır. Riziko başına hasar fazlası anlaşmaları ömür boyu süren irat sigortalarına uygulanabilir. Çünkü kişinin yaşayacağı süre boyunca alacağı iratların toplamı kişinin yaşama süresiyle doğru orantılı olarak artan ve bu nedenle de bilinmeyen bir meblağdır.

(ii) Olay başına hasar fazlası anlaşması:

Bir olay sonucu meydana gelebilecek büyük kayıpları önlemek amacıyla yapılır. Hayat sigorta şirketlerinin konservasyonlarını korumak amacıyla akdettikleri bu trete türü eksedan anlaşmasıyla birlikte hayat reasüransında çok sık görülür.

Bölüşmeli otomatik reasürans anlaşması, herbir poliçe veya rizikodan yapılan devir bölümlerini teminat altına alır ve reasürör, sigortalı beher rizikonun mesuliyetine doğrudan doğruya muhataptır. Hasar Fazlası reasüransında ise uygulanış şekli itibariyle, herhangi belirli bir rizikoya atıf yapılmaksızın bir

branşın tamamı teminat altına alınır, ancak hasarın belli bir miktarı (net retansiyon) aşması halinde teminat işlemeye başlar. Yukarıda da belirtildiği gibi hayat hasar fazlası anlaşmaları katastrofik olaylar için kullanılmaktadır. Genel uygulama da şöyle olmaktadır: Aynı olayda iki-üç kişinin (ya da daha fazla) vefatı ve de toplam tazminatın bir meblağı geçmesi halinde reasürör teminatı işlemeye başlar.

Bölüşmeli reasüransta periyodik hesaplaşma sistemi (3 aylık-trimester, 6 aylık-half yearly, yıllık-yearly) işlerken hasar fazlasında peşin ödeme esası vardır.

1.3.4.2.3.2. Hasar Nispeti Fazlası Tretesi, İşleyişi, Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Bu trete türü, sedanın anlaşma konusu yapılan branşının, bir yıllık dönem sonuçlarının yaratacağı dezavantajları oransal olarak azaltmaya yöneliktir.

Sedanın yıllık prim geliri baz alınarak, yıl sonunda hayat branşında toplam ödenen tazminatların toplam prime oranı, baz alınan yüzdeyi geçtiğinde, reasürör teminatı başlar ve bu teminat yine belli bir yüzdeye kadar geçerli olur.

Hasar nispeti fazlası (stop loss) treteleri çok nadir olarak kullanılan bir reasürans anlaşma türüdür. Katastrofik nitelikte olması sebebiyle teminat, hasar prim oranının genellikle %85-%95 oranlarını geçtiği durumlarda işlemeye başlar ve yine genellikle %105-%115 oranlarına kadar işler. Örneğin; %90-%100 limitli bir stop loss anlaşmamız olduğunu düşünelim. Yıl sonunda hayat branşı toplam primi 100.000.000.-T.L. ve toplam tazminat 95.000.000.- T.L. olsun. Bu durumda, tazminat prim oranı %95 olduğu için reasürör %5 (%95-%90) 'lık kısma katılır, yani 5.000.000.-T.L. öder. Eğer ödenen toplam tazminat 108.000.000.- T.L. ise, reasürörün sorumluluğu 10.000.000.-T.L. olacaktır. Sedan ise 90.000.000.- T.L. ile reasürörün katılımından sonra arta kalan 8.000.000.- T.L. yi ödemek durumundadır.

Hayat stop loss anlaşmaları reasürörler açısından çok ağır bir yük getireceği için fiyatı da çok yüksektir. Bu nedenle sedan açısından pek cazip olmayan bir anlaşma türüdür. Bununla birlikte sigorta şirketleri başka reasürans metodlarının kolaylıkla uygulanamadığı "tek bir riskin", "tek bir hasarın" tayininin güç olduğu durumlarda (örneğin dolu ve ülkemizdeki sağlık sigorta branşında) bu metodu kullanırlar. Ayrıca yeni bir branşın korunmasında da bu metod kullanılmaktadır.

1.3.4.3. Hayat Reasürans Muhasebesi

Reasürans muhasebesi; şirketin, reasürörleriyle olan hesaplarını sağlıklı bir şekilde takip edebilmesi için kendi nezdinde (reasürans ya da muhasebe departmanında) sürdürdüğü muhasebe işlemidir. Bu işlem için belli dokümanların oluşturulması gereklidir. Bunlar aşağıda açıklanmaktadır.

(i) Reasürans Bordroları

Sedan tarafından hazırlanıp hesaplaşma döneminde/dönemlerinde reasüröre/reasürörlere gönderilen bordrolar, gerek sedanın gerek reasürörün üstlendiği risklere ait detaylı bilgilerin reasürans tekniği ışığında dağılımını gösteren dokümanlardır. Reasürans muhasebesinin kalbi olan Reasürör Cari Hesabı bu bordrolar sonucunda oluşturulur.

Bu bordroların çeşitliliği şirketten şirkete değişir, ancak bu çeşitliliği 4 gruba indirgeyebiliriz:

- A- Reasüransa dahil olan poliçelerle ilgili detayları; poliçe no, isim, soyisim, yaş, başlangıç tarihi, prim, ödeme şekli ve teminatları içeren bordro.
- B- Reasürans teminat dağılımıyla ilgili detayları; poliçe no, teminatlar, konservasyona düşen teminatlar ve reasürörlere devredilen teminatları içeren bordro.
- C- Reasürans prim dağılımıyla ilgili detayları; poliçe no, yaş, prim, ödeme şekli ve reasürörlere devredilen primleri içeren bordro.
- D -Tazminat dağılımı ile ilgili detayları; poliçe no, teminatlar, konservasyona düşen tazminat ve reasüröre devredilen tazminatları içeren bordro.

Bunlara rakamlarla fiktif örnekler verecek olursak;

A - Reasüransa dahil olan poliçelerle ilgili detayları içeren bordro:

TABLO 5: REASÜRANS POLİÇE TANITIM BORDROSU

Poliçe No	İsim Soyisim	Yaş	Başlangıç Tarihi	(000 TL.)	Ödeme Şekli	(000.000 TL.)	
				Yıllık Prim		Vefat	Teminatlar Ferdi Kaza
00001	Ali Baş	50	01/02/93	1.160	3 aylık (1/4)	200	200
00002	Mehmet Tok	35	20/05/93	1.290	Aylık (1/12)	300	300
00003	Ayşe Çelik	43	01/07/93	2.200	6 Aylık (1/2)	400	600
00004	Fatma Örs	56	03/04/93	1.800	Yıllık (1)	250	500

B - Reasürans teminat dağılımıyla ilgili detayları içeren bordro:

TABLO 6: REASÜRANS TEMİNAT DAĞILIM BORDROSU

Poliçe No	(000.000 TL.)		(000.000 TL.)		(000.000 TL.)	
	Vefat	Ferdi Kaza	Vefat	Ferdi Kaza	Vefat	Ferdi Kaza
00001	200	200	30	30	170	170
00002	300	300	30	30	270	270
00003	400	600	30	30	370	570
00004	250	500	30	30	220	470

C - Reasürans prim dağılımıyla ilgili detayları içeren bordro:

TABLO 7: REASÜRANS PRİM DAĞILIM BORDROSU

Poliçe No	Yaş	(000 TL.)			Ödeme Şekli	(000 TL.)		
		Vefat	Ferdi Kaza	Yıllık Prim Toplam		Reasürörlere Vefat	Devredilen Ferdi Kaza	Primler Toplam
00001	50	1.000	160	1.160	1/4	1.000	160	1.160
00002	35	1.050	240	1.290	1/12	700	160	860
00003	43	1.720	480	2.200	1/2	860	240	1.100
00004	56	1.400	400	1.800	1	1.400	400	1.800
TOPLAM		5.170	1.280	6.450		3.960	960	4.920

Reasürörlere devredilen primler, vadesi tahakkuk eden primler üzerinden hesaplanmıştır.

(Vefat primlerinin hesaplarında yukarıda 1.3.4.2.2.2. de yer alan reasürans prim tablosundaki primler, ferdi kaza primlerinin hesabında ise 0.0008 fiyatı kullanılmıştır).

D - Tazminat dağılımıyla ilgili detayları içeren bordro:

TABLO 8: ÖDENEN TAZMİNATLARIN DAĞILIM BORDROSU

Poliçe No	(000.000 TL.)		(000.000 TL.)		(000.000 TL.)		
	Ödenen Tazminat Vefat	Ferdi Kaza	Konservasyon Vefat	Ferdi Kaza	Devredilen Tazminat Vefat	Ferdi Kaza	Toplam
00001	0	200	0	30	0	170	170
00002	300	300	30	30	270	270	540
00003	400	0	30	0	370	0	370
00004	250	500	30	30	220	470	690
TOPLAM	950	1.000	90	90	860	910	1.770

(ii) Reasürör Cari Hesabı

Reasürör cari hesabı; sigorta şirketi nezdinde, reasürans ya da muhasebe departmanınca takip edilir ve bu hesabın sonucu eğer zarar çıkıyorsa, zarar kadar miktarı, reasürör, sedana; eğer kar çıkıyorsa, kar kadar miktarı, sedan reasüröre, tretede belirtilen hesaplaşma tarihinde (hayat reasüransında çoğunlukla yıllık hesaplaşma sistemi tercih edilir ve 31.12 tarihinden itibaren en geç 3 ay içinde hesaplar, en geç 4 ay içinde de bakiye taraflar arasında tediye olunur) genellikle banka kanalıyla öder.

Reasürör cari hesabını etkileyen öncelikli bir hesap vardır ki bu da kar komisyonu hesabıdır. Kar komisyonu hesabı, yukarıda 1.3.4.2.2.2. de yer aldığı gibi, taraflar arasında, reasüröre ait belli giderlerin ve belli gelirlerin toplanıp arasındaki fark alındığında kar çıkıyorsa bunun belli bir yüzdesinin (çoğunlukla %40-%50 arası) reasürörün borcu, dolayısıyla sedanın alacağı olarak hesaplara geçmesi, eğer zarar çıkıyorsa hesaplara sokulmaması, sadece gelecek sene sonunda kar komisyonu hesabında gider olarak yer alması şeklinde ortaya çıkar.

Reasürör cari hesabında yer alan maddelerin tazminatlar dışında hepsi reasürans primine bağlıdır. Sektörümüzde reasürör cari hesapları aşağıdaki gibidir.

TABLO 9: FİKTİF REASÜRÖR CARİ HESABI

1992 ABC REASÜRANS A.Ş.

CARİ HESABI

TRETE TİPİ : HAYAT EKSEDAN Hazırlandığı Tarih: 01.02.1993
 PARA BİRİMİ : T.L.

BORÇ		ALACAK
Net Prim		Reasürans Prim Bordrosunda-ki Devredilen Toplam Prim
Komisyon	Devredilen primler üzerin-den ödenen ve trette de belir-tilen komisyon oranı.	
Tazminat	Tazminat bordrosundaki devredilen toplam tazminat	
Prim Depo	Devredilen primler üzerin-den sedanın tuttuğu ve ora-nı trette de belirtilen rezerv.	
Devreden Prim Depo		Geçen yıl tutulup bu yıl ser-best bırakılan prim depo.
Prim Depo Faizi		Geçen yıl tutulan prim depo-nun geçen yılki trette de oranı belirtilen faizi.
S.M.K. Aidatı	Devredilen primlerin %0.3'ü	
Kar Komisyonu	Kar komisyon hesabında çıkan kar.*	
* Kar komisyonu hesabında zarar çıkarsa reasürör cari hesabında Kar Komisyonu mad desinde herhangi bir rakam yer almaz.		

Bu reasürör cari hesabında yer alan reasürans primi, poliçelerin risk kapita-li (vefat, kaza, hastalık) üzerinden hesaplanmaktadır. Bundan 5-10 yıl öncesine kadar orijinal poliçe primi olarak adlandırılan tarife primi üzerinden yapılan re-asürans prim devirleriyle riyazi ihtiyat, kar payı, iştirak, tenzil v.b. işlemler de reasürörle paylaşılmakta ancak bu detaylı işlemlerin paylaşılması pek çok karışıklığa sebep olmaktadır. Bu sebeple reasürans işlemleri sadece risk kapitali üzerinden yapılmaya başlandı.

Dolayısıyla reasürans primi de risk kapitali üzerinden hesaplanan risk primi oldu.

Ancak ülkemizde hayat sigorta işlemleri; gerek alınan prim gerek riyazi ihtiyat ve ilgili hesaplar açısından vadesi tahakkuk eden primler üzerinden yapılmaktadır. Reasürans primlerinin yıllık prim üzerinden devredilmesi sisteme aykırılık teşkil etmektedir.

Yıllık reasürans prim devri ile vadesi tahakkuk eden reasürans prim devri arasındaki farkı görmek için yukarıda tablo 7'deki fiktif olarak hazırlanan reasürans prim dağılım bordrosu dikkate alındığında, 4 poliçenin yıllık toplam primi 6.450.000.- TL. iken vadesi tahakkuk etmiş primlerin toplamı 4.920.000.- TL. dir. Eğer sedan yıllık prim devri yaparsa bu 4 poliçeden

$6.450.000 - 4.920.000 = 1.530.000.-\text{TL.}$ lık fazla bir prim devri yapmış olacaktır.

Sektörümüzde bazı şirketlerin bu şekilde, yıllık prim devri yaptığı görülmektedir.

(iii) Hayat Teknik Kar/Zarar Hesabı ve Reasürans Primleriyle İlgisi

Sigorta Şirketlerinin Hayat Teknik Kar/Zarar hesabında yer alan ve prime bağlı olan çoğu alt hesap, yukarıda da belirtildiği gibi, vadesi tahakkuk eden primler üzerinden hesap edilmektedir. Ülkemizde rastlanılan yıllık reasürans prim devri ile vadesi tahakkuk eden reasürans prim devrinin teknik kar/zarar'ı nasıl etkilediğini görmek için, teknik kar/zarardaki kalemleri sabit tutup, sadece reasüransla ilgili kalemleri değiştirirsek şu sonuçlara varmaktayız: Yıllık prim üzerinden yapılan reasürans devri, şirketin henüz hesaplara geçmemiş primler üzerinden de bir prim devri yapmasına dolayısıyla teknik karın ve likiditenin azalmasına sebep olmaktadır. Enflasyonist bir ülkede de yaşadığımız düşünüldüğünde, hesaplara geçen vadesi tahakkuk eden primler üzerinden prim devri yapılması gereği aşikardır.

Ancak yapılan incelemelerde, bazı sigorta şirketlerinin, hayat reasürans primlerini, tahakkuk eden vade primleri yerine, sanki hayat dışı reasüransı gibi yıllık prim olarak devrettikleri görülmüştür. Bu da sigorta şirketinin, devretmesi gerekenden daha fazla prim devretmesine, yani başka bir deyişle mali bünyesini sarsmasına, Teknik K/Z da devredilmesi gerekenden daha fazla bir reasürans primi bulunması sebebiyle de teknik karın düşük olmasına ve devlete ödenmesi gerekenden daha az vergi ödenmesine sebep olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

HAYAT SİGORTALARINA EK TEMİNATLARIN REASÜRANSI

2.1. HAYAT SİGORTALARI EK TEMİNATLARI

Hayat Sigortalarıyla birlikte verilen dolayısıyla hayat sigorta teminatlarına eklenerek satılan birçok sigorta teminatı vardır. Bu teminatları 3 ana grup altında toplayabiliriz. Bunlar ferdi kaza, sürekli sakatlık ve ürkütücü hastalık sigorta teminat gruplarıdır.

Ancak bu tezde daha çok Türkiye'deki uygulama üzerinde durulduğundan, sürekli sakatlık teminat grubunda yer alan kaza sonucu sürekli sakatlık teminatı ülkemizde ferdi kaza teminatları arasında yer almakta, hastalık sonucu sürekli sakatlık teminatı ise bağımsız bir uygulama ile sunulmakta ve bu nedenle de sürekli sakatlık teminat grubu diye bir grup, ülkemizde kullanılmamaktadır. Bunun yanında ürkütücü hastalık sigortaları için, yurt dışında, hayat branşında olduğu gibi ayrı bir branş tesis edilmiş, ülkemiz için çok çok yeni olan ve ilk olarak American Life Sigorta A.Ş. tarafından uygulanan bu sigorta teminatları ferdi kaza branşı teminatları gibi işlem görmektedir. Bu nedenle hayat sigortalarına ek teminatlar, aşağıda ferdi kaza sigortaları ve ürkütücü hastalık sigortaları başlıkları altında incelenmektedir.

2.1.1. Ferdi Kaza Sigortaları

Ferdi kaza sigortaları kişileri kaza sonucu meydana gelebilecek ölüm, sürekli sakatlık, çalışamayacak durumda ise gündelik tazminat ve tedavi masraflarını tazmin etmek amacını güden sigortalardır.

Sigorta tarihine baktığımızda 1849'da Railway Passengers' Assurance Company ferdi kaza sigortası sunmak üzere kurulan ilk şirket olduğu ve Commercial Union Group'un üyesi olarak halen varlığını sürdürdüğü görülmektedir.

2.1.2. Ülkemizde Ferdi Kaza Sigortaları

Ülkemizde ferdi kaza sigortalarına baktığımızda şu hususları görmekteyiz; bir kaza, vefat ve sürekli sakatlık tazminatına aynı zamanda hak kazandırmaz. Ancak sürekli sakatlık tazminatı almış bulunan sigortalı, kazanın vukuu tarihinden itibaren bir sene zarfında ve bu kaza neticesinde vefat ettiği takdirde

hak sahiplerine, sigortalıya ödenmiş bulunan sürekli sakatlık tazminatı ile vefat tazminatı arasındaki fark ödenir. Gündelik tazminat ve tedavi masrafları vefat veya sürekli sakatlık tazminatından indirilmez.

2.1.2.1. Kaza Sonucu Ölüm Teminatı

Bu poliçe ile temin edilen bir kaza sonucu, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren bir sene zarfında vefat ettiği takdirde, sigorta bedeli poliçede gösterilen menfaattarlara, yoksa kanuni hak sahiplerine ödenir.

2.1.2.2. Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık Teminatı

Bu poliçe ile temin edilen bir kaza sonucu, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene zarfında daimi surette sürekli sakatlandığı takdirde tıbbi tedavinin sona ermesini ve sürekli sakatlığın kat'i surette tesbitini takiben, sürekli sakatlık sigorta bedeli aşağıdaki nisbetler dahilinde ödenir.

Sigorta Bedelinin	%	
İki gözün tamamen kaybı	100	
İki kolun veya elin tamamen kaybı	100	
İki bacağın veya iki ayağın tamamen kaybı	100	
Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağın veya bir ayağın tamamen kaybı	100	
Umumi felç	100	
Şifa bulmaz akıl hastalığı	100	
	Sağ	Sol
	%	%
Kolun veya elin tamamen kaybı	60	50
Omuz hareketinin tamamen kaybı	25	20
Dirsek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Bilek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Baş parmak ile şahadet parmağının tamamen kaybı	30	25
Baş parmak ile beraber şahadet parmağı dışındaki bir parmağın tamamen kaybı	25	20
Şahadet parmağı ile beraber baş parmağın dışındaki bir parmağın tamamen kaybı	20	15
Baş ve şahadet parmakları dışında uç parmağın tamamen kaybı	25	20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı	20	15
Yalnız şahadet parmağının tamamen kaybı	15	10

Yalnız orta parmağın tamamen kaybı	10	8
Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı	8	7
Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı	7	6
Bir bacağın dizden yukarisından tamamen kaybı		50
Bir bacağın dizden aşağısından tamamen kaybı		40
Bir ayağın tamamen kaybı		40
Bir ayağın-bütün parmaklar dahil-kismen kesilmesi		30
Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı		30
Bir dizin hareketinin tamamen kaybı		20
Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı		15
Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı		8
Kırılan bir bacağın iyi kaynamaması		30
Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması		20
Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması		20
Bir bacağın 5 santimetre veya daha fazla kısılması		15
Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün ruyet kudretinin yarı yarıya kaybı		25
Her iki kulağın tamamen sağırlığı		40
Bir kulağın tamamen sağırlığı		10
Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması		25
Amudi fikarının bariz inhina ile mütefarik hareketsizliği		30
Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı		10

Yukarıdaki cetvelde belirtilmemiş olan sakatlıklar oranı bu sakatlıkların önemine göre ve cetvelde yazılı oranlara kıyasen belirlenir. Sürekli sakatlık oranlarının belirlenmesinde sigortalının mesleği dikkate alınmamaktadır. Bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tabiri, o uzvun veya uzuv kısmının kat'i ve mutlak suretle vazife görememesini ve kullanılamamasını ifade eder. Bir kazadan evvel, hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılamayan bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tazmin olunmaz. Bu kazadan evvel kısmen malul bulunan bir uzvun veya bir uzuv kısmının maluliyet oranı kaza sebebiyle arttığı takdirde tazminat, kazadan evvelki oran ile sonraki oran arasındaki farka göre hesaplanır. Aynı kazadan dolayı muhtelif uzuvlarda veya uzuv kısımlarında meydana gelen sakatlıklar için ayrı ayrı hesap edilecek tazminatın toplamı poliçede gösterilen meblağı geçemez. Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan oranlar ters uygulanır.

2.1.2.3 Gündelik Tazminat Teminatı

Sigortalı, kaza neticesinde çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı miktarda gündelik tazminat ödenir. Sigortalı, kısmen çalışabilecek durumda bulunduğu veya bilahare kısmen çalışabilecek duruma geldiği takdirde, o tarihten itibaren gündelik tazminat yarıya indirilir. Bu tazminat, tıbbi tedavinin başladığı günden, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir. Ancak bu müddet 200 günü geçemez.

2.1.2.4 Tedavi Masrafları Teminatı

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca belirtilmiş olması şartı ile sigortacı, kaza gününden itibaren bir sene zarfında doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tesbit olunan meblağ kadar öder. Tedavi masrafları için, sigortalının çalıştığı müessese veya kanunen mecburi sigortalar tarafından yapılan ödemeler sigortacının ödeyeceği tazminattan indirilir. Tedavi masraflarının başka sigortacılar tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında, teminatları oranında paylaşılır. Sigortacı ödediği tedavi masraflarından sorumlu üçüncü şahıslara karşı ödediği meblağ kadar sigortalının yerine geçer.

2.1.3 Ürkütücü Hastalık Sigortaları

Ürkütücü hastalıklar temelde kişinin yaşama ümidini yitirdiği, tedavi şansının çok az ya da hiç olmadığı, neticede tıbbi bir müşahadenin kaçınılmaz olduğu ve bununla beraber kişinin fiziksel kapasitesinde sürekli bir düşüşe neden olan hastalıklardır.

1983 yılında ilk olarak Güney Afrika'da uygulanan bu sigorta ile kişinin hayat sigortasında belirlenen ve vefatı halinde alacağı teminatın belli bir oranı, poliçede evvelce belirtilen hastalıklardan birine yakalandığı takdirde tazminat olarak ödenir. Anglo-Sakson sigorta dünyasınca Ürkütücü Hastalıklar adı verilmesine rağmen bu kapsamıyla oldukça ilgi çeken bu poliçe, aralarında Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Belçika, Fransa ve İspanya gibi ülkelerin de bulunduğu bir çok yerde ilgiyle karşılanmış ve bu ilginin devam edeceği anlaşılmıştır.

2.1.4. Ülkemizde Ürkütücü Hastalık Sigortaları

Ürkütücü Hastalık teminatları iki yada bazen üç değişik formda verilebilir :

- 1) Vefat teminatına bağlı olarak (önceden kendini bu tür hastalıklara karşı sigortalamak isteyenler için)
- 2) Bağımsız bir teminat olarak (bir paketin parçası olsa bile)
- 3) Bütünleyici teminat olarak (yukarıdaki her iki durum birlikte)

Bunlardan birincisi hayat sigortası yaptran ancak daha sonra seçiminde hata yapıldığı anlaşılan kişilere ait riskleri azaltması ve vefat teminatının belli bir kısmının daha vefat gerçekleşmeden veriliyor olmasından kaynaklanan ticari cazibesi nedeniyle sigortacı için daha ilgi çekici ve daha az tehlikeli görünmektedir. Bu arada şunu belirtmek gerekir ki Fransa gibi bir ülkede, bir kaç istisna hariç, bahsedilen türde hastalıkların çoğu tedavi edilebilir niteliktedir. Kişilerin bireysel olarak tedavilerini üstlenme alışkanlığı olan ve sosyal sağlık kurumlarının yeterli ve ileri düzeyde olduğu ülkelerde bu durum adı geçen poliçenin (özellikle kişisel poliçeler) başarıya ulaşmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

Poliçe, bu kapsamıyla belirtilen hastalıklardan herhangi birine yakalanan kişinin bundan sonraki prim ödemelerini yapmasına gerek bırakmadığı gibi hastalığı nedeniyle normal bir hayat sigortasından yararlanamayan kişiye de bu imkanı tanımış olmaktadır.

İkinci çeşit form, sadece önceden belirlenmiş hastalıklardan birine yakalanan sigortalıya tazminat ödemesini garanti ettiği için ve poliçedeki tüm hesaplar istatistiki bilgilere dayandığından kötü niyetli kişilerin bu dengeyi bozacak çoklukta olmalarını engelleyecek şekilde düzenlenmiş bir ön bilgi formuna ihtiyaç vardır.

Üçüncü çeşit form ise yine poliçede belirtilmiş hastalıklardan birine yakalanan kişiye tazminat ödemesi yapılmasını gerektirir. Ve ilkindeki gibi bu değerler vefat tazminatı ödemesi üzerinden hesaplanır; uygulama olarak ise ölüm riski yerine sadece hastalığa yakalanınca alınacak tazminat miktarları düşünüldüğünden ikinci poliçeye benzemektedir. Avrupadaki ilk Ürkütücü Hastalıklar teminatı ölüm teminatı ile birlikte veriliyordu. Şimdi ise aşağıdaki ödeme şekillerinden herhangi biri uygulanmaktadır.

- Ciddi bir hastalık teşhisi anında vefat tazminatının belli bir miktarı, kalan kısım ise vefat gerçekleştiğinde ödenir (uygulama açısından basit oluşu avantaj sağlamaktadır)

- Vefat tazminatının %25 ile %50 oranındaki bir kısmı, sigortalı, sözkonusu hastalıklardan birine yakalandığı teşhis edildikten 3 ay sonra hala hayatta ise ödenir. Ödeme yapıldığı anda ise bu ilave teminat için alınan vefat primine ilave prim ödemeleri de son bulur. Vefat tazminatı değişmeden devam eder.

- Sigortalının tazminat talebinin haklı bulunduğu andan itibaren 3 ay boyunca, yaşadığı her ay sonunda ilave kapitalin %10'u, 3 ayın sonunda hala yaşıyorsa geriye kalan %70'i ödenir. Bekleme süresi içerisinde kişi vefat ederse, vefat tazminatına ilave olarak kalan hastalık tazminatları da artan kısım oranında ödenir.

Bu son iki metod kesinlikle sağduyulu davranılacağı varsayılarak hazırlanan poliçelere ait olduğundan, özellikle gruba uygulanacak poliçelerde, sınırları kesin olarak belirlenmiş bir Ürkütücü Hastalık'lar teminatı verilmesini gerektirir.

Yanlış sigortalı seçimi bu poliçelerde çok daha fazla rastlanır türden bir sorun olduğundan sigortacı açısından kendini bir garanti çatısı altına almak daha da önem kazanmıştır.

Pazarlama açısından ne kadar cazip olursa olsun, sigortacı öncelikle bu konudaki risklerini azaltmak istiyorsa vefat tazminatının belli bir oranında ödeyeceği Ürkütücü Hastalık'lar tazminatı oranını çok yüksek tutmamalıdır. Sigortacı giriş ve teminatın geçerlilik yaşlarını sınırlayacağı gibi, aynı amaçla, garanti edilecek teminat miktarını da sınırlamalıdır.

Bu kriterler sigortacının stratejik düşüncesi ve göze alabileceği portföy riskine göre değişiklikler gösterebileceği gibi makul ölçüler içerisinde kalmak kaydıyla verilen teminatlarda yenilikler ve değişiklikler de yapılabilir. Örneğin 65-70 yaşlarında böyle bir poliçe için yapılacak sigortalı seçimindeki hata oranının yüksek olması kaçınılmazdır ancak her sigortacı zamanla nereye kadar bu limitleri zorlayabileceği konusunda tecrübelenecektir. Sigortacı tazminat ödemesi için, sigortalının hastalığının teşhisinden sonra 2 ile 6 ay arasında bir süre kadar bekleme zorunluluğu mutlaka getirmelidir (büyük bir olasılıkla bu tür hastalıklardan birine yakalandığını hisseden ve teşhis için doktora gitmeden

önce sigortalandıktan sonra muayene sonucunda tahmininde haklı olan kişilerin bu sayede sigortacıyı yanıltmasını önlemek için bu uygulama şarttır).

Fransa ve diğer tüm ülkelerde uygulanan bu bekleme süresinin çok önemli olduğu görülmüştür. Bu poliçelerde diğer önemli hususlardan biri de teminat garantilerinin geçerlilik süreleridir. Bu güne kadar , poliçeler hep yıldan yıla yenilenen geçici teminatlı poliçelerdir. Halen daha uzun süreli hatta tüm yaşam boyu verilebilecek teminatlı poliçelerin çalışması yapılmaktadır.

Ürkütücü hastalıklar poliçesi hem sigortalı hem de sigortacı açısından oldukça ilgi çekicidir.

Poliçe, yaşama ya da ölüme bağlı olan hayat sigortaları ile her ikisinin birlikte verildiği poliçelerde bile yer almayan ciddi hastalıklar sonucundaki durumları da içerdiğinden tam manası ile kapsamlı bir poliçedir.

Hastalanacak kişi, ödenecek tazminat tutarının büyüklüğü sayesinde, bundan sonraki yaşamında parasal problemini düşünmeyecek ve yaşam standardını arttırabilecek olması nedeniyle, potansiyel sigortalı sayısında artış olacaktır.

Gerçekten de, hasta kişi (özellikle sağlık sektöründe giderek artan ilgisizlik ve hastalanan kişinin kendi seçeceği şekilde tedavi olmak istemesi olayının geliştiği yerlerde) ödenen tazminat sayesinde sosyal sigortalar ya da hayat sigortalarınınca sağlanmayan terapi ve servisleri alabilmekte; özel klinik tedavileri, başka ülkelerdeki tedaviler, o ülkede bilinmeyen ve uygulanmayan tedavi yöntemlerine ait ödemelerin bu nedenle o ülke kurumlarınca ödenmemesi, evde bakım, gece refakatçi bulunması ya da hayatının geri kalan kısmını daha huzurlu geçirmesini sağlayacak ortamların hazırlanması gibi durumlarda kullanılabilir.

Bu durumdaki bir insan, işin parasal yönünü düşünmediğinden olası bir hastalığı psikolojik olarak daha hazırlıklı ve huzurlu karşılamakta, enerjisinin tümünü iyileşmek için harcayabilmektedir. Ürkütücü Hastalık'lar poliçesi kapsamı ile, maluliyet ya da kronik maluliyet durumları arasında bir ayırım yapmamız gerekir. Bunlar birbirinin yerine geçebilecek cinsten değil fakat biri birini tamamlayacak cinsten olabilir. Ürkütücü Hastalık'lar poliçesi kişiye poliçede belirtilmiş sınırlı hastalıklar halinde ilave bir gelir sağlamaktadır.

Öte yandan, sigortalı hastalığının son safhalarında bile olsa böylesine zor bir durumda aldığı tazminat ile son günlerini dilediği gibi geçirecek ve geride kalanlar için yapmak istediklerinin önemli bir kısmını belki de daha yaşıyorken gerçekleştirebilecektir.

Bu tür hastalıklara yakalanan sigortalının ailesi ise, hastalık teşhis anında alacakları tazminat ile hazırlıksız olabilecek bir anda vefat eden sigortalının vefatı neticesinde gündeme gelecek çeşitli ödeme ve masrafları karşılayabilirler.

Tedavi ve iyileşme süresinde, sigortalı daha evvel yapmak istediği ama gerçekleştiremediği her türlü isteğini gerçekleştirme fırsatı ve hayatını değiştirme imkanı bulabilir.

Sonuç olarak, biraz da işin mali yönüne eğilmek gerekir. Bu tür policeler için ödenen primler bir gelir olarak vergilendirilemediği gibi veraset ve intikal vergisinden de muaftır.

Teminat süresince sigortacının aşamalı olarak dikkat etmesi gereken hususlar şu 3 temel noktada özetlenebilir:

- Poliçe taslağı oluşurken : hastalıkların tarifi ve açıklanması
- Poliçe kabulünde : tıbbi seçim
- Hastalık sözkonusu olunca : kontroller

Poliçe kesilirken hastalıkların kesin bir şekilde tarif edilmesi, ve yine tazminat ödemeleri öncesinde yapılmış olması gereken teşhis şartlarının da detaylı bir şekilde belirtilmesi öncelikle gerekli ve şart unsurlardır. Net ve kesin açıklamalar ileride karşılaşılabilecek hayal kırıklıkları ve her türlü hile veya suistimalin önlenmesini sağlayacaktır.

Kişi ilgili hastalıklara ait açıklamalara bakmadan evvel Ürkütücü Hastalıkların ciddi ve geri dönüşü olmayan hastalıklar olduğu hakkında bilinçli olmalıdır. Her hastalığın tanımında yer alan açıklamalar sayesinde sigortacı kendini suistimale ya da kötü niyetli kişilere karşı korumalıdır.

Daha sonra gündeme gelebilecek kaçamak veya ihtilafları önlemek açısından mukavelede hastalıklar ile ilgili tariflerin kesin ve detaylı bir şekilde anlatılması gerekir.

Aşağıda bu hastalıklarla ilgili açıklama ve tanımlarla bunlara bağlı olarak verilen teminatlar yer almaktadır.

2.1.4.1. Kanser

Vücutça reddedilmeyen türleri hariç, kanser türüne bağlı tüm hastalıklar, bölgesel hücre kanserleri ve A.I.D.S.' in sebep olduğu tümörler bu teminata dahildir.

2.1.4.2. Miyokart Enfarktüs

Bu hastalıkla ilgili açıklamalar şöyle sıralanabilir:

Önceden süregelen kalp ağrı ya da sızıları, klasik enfarktüs tipli elektrokardiyografik anormallikler.

Miyokart enfarktüs vakalarının önemli bir bölümünde (%20'ye yakın) hasta kişi, hiçbir acı ya da rahatsızlık duymadığı gibi çoğu kez bu durumundan bile habersizdir. Sadece detaylı ve kapsamlı bir araştırma bu hastalığın varlığını ortaya koyabilir. Bu nedenledir ki bu tip enfarktüs vakaları ürkütücü hastalıklar kategorisine giremez. Aksi takdirde, herkes bu durumu suistimal etmeye yönelir (ben enfarktüs geçirdim diyerek tazminat talep edebilir). Üstelik bu tip şikayetleri bile ciddiye alarak hazırlanmış bir istatistik olmadığından teknik hesaplarda hata yapılması kaçınılmaz görülmektedir.

2.1.4.3. Felç (İnme)

Aşağıdaki durumlar teminat kapsamındadır:

Beyin enfarktüsü, beyin kanaması, etkisi 24 saatten fazla süren ve kalıcı nörolojik etkiler bırakan her türlü beyin damarı tıkanıklıkları.

2.1.4.4. Ameliyat Gerektiren İstemik Kardiyopati

Her türlü arter tıkanma ve daralması sonucuna bağlı bir ya da daha fazla artel by-pass ameliyatları teminat kapsamındadır. Transluminal anjiyoplasti ve tıkanıklığın lazerle giderilmesi gibi ameliyatsız tedaviler kapsamamaktadır.

2.1.4.5. Böbrek Yetersizliği

Sebebi ne olursa olsun, periton diyalizi, hemodiyaliz ya da böbrek nakli gerektiren her türlü böbrek yetersizliği teminat kapsamındadır.

2.1.4.6. Beyin Orijinli Kronik Hastalıklar

Aşağıdaki durumlar kapsam dahilindedir:

Multiple sclerosis ve Parkinson hastalıklarının yol açtığı maluliyetler, uzun süren felç durumları (paralaji, hemipleji, tetrapleji).

2.1.4.7. Organ Nakli

Belgelenmek kaydıyla aşağıdaki organ nakli durumları kapsam dahilindedir:

Kalp, akciğer, karaciğer, pankreas, böbrek, ilik.

2.1.4.8. Körlük

İki gözün tam ve kalıcı görüş kaybı teminatı oranında tazmin edilir.

2.2. HAYAT SİGORTALARI EK TEMİNATLARININ REASÜRANSI

Hayat sigorta teminatları ile birlikte verildikleri için ve poliçede hayat teminatlarıyla beraber belirtmeleri dolayısıyla hayat sigortalarına ek teminatların reasüransı da hayat branşı reasüransına dahil edilmiştir.

2.2.1. Ferdi Kaza Sigortaları Reasüransı

Ferdi Kaza Sigortaları dendiğinde bu sigortaların bir branş olarak ayrılmadığı, kaza branşının bir alt branşı olduğu hususuna dikkat etmek gerekir. Ferdi kaza sigortaları hayat branşına ek teminat olarak verilmese dahi kaza branşına ait bir reasürans tetesi altında reasüre edilmekte, müstakil bir reasürans tetesi yapılmamaktadır. Ancak burada ferdi kaza sigortaları hayat sigortalarına ek teminatlar olarak incelendiğinden hayat teminatlarıyla birlikte reasüransına eğilmek daha daha doğru olacaktır. Bununla birlikte, sigorta şirketleri aynı poliçede yer aldığı için ferdi kaza teminatlarına ait primleri de hayat primlerine dahil etmekte ve hayat reasürans tetesi altında reasüre edildikleri için aslen reasürans tekeline konu olan ferdi kaza sigortalarını reasürans tekeli kapsamına sokmamaktadır. Bu işlemler teknik olarak da hukuki olarak da doğru uygulamalar olmamakta ve en kısa zamanda şirketlerin ve ilgili otoritelerin bu uygulamalarla ilgili uygun kararlar almaları gerekmektedir.

2.2.1.1. Ferdi Kaza Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları

Genel olarak reasüransa duyulan ihtiyaç ve reasüransın fonksiyonları diğer branşlarda olduğu gibi ferdi kaza alt branşı için de geçerli olmakla beraber buradaki teminatların reasürans ihtiyacına ait özel durumlardan bahsetmek gerekir. Bu özel durumların başında da katastrofik olaylar gelir. Bu alt branşın adından da anlaşıldığı gibi teminatlar bir kaza sonucu ortaya çıkmaktadır. Kaza ise genelde birden fazla insanı aynı anda zarara uğratan olaylar olarak akla gelmektedir. Bunlara örnek verecek olursak bir uçak kazası, otobüs kazası ya da fabrikalar ve buralarda çalışan işçiler düşünüldüğünde meydana gelebilecek iş kazaları, büyük riskleri akla getirmektedir. Kaza; gerçekleşme olasılığı yüksek, ve gerçekleştiğinde de, zarar miktarı yüksek bir olay olduğu için sigortaya ihtiyaç duyulan başlıca konulardan biridir. Ancak sigortalandığı taktirde de katastrofik özelliği taşıması nedeniyle sigorta şirketi için büyük risk teşkil etmekte ve işte bu anda da reasüransa duyulan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Reasürans sayesinde özellikle de katastrofik hasar fazlası anlaşmaları ile sigorta şirketinin büyük kayıplardan korunması mümkün olabilmektedir. Ayrıca yeni müşteriler ve dolayısıyla yeni pazarlar ferdi kaza reasüransı sayesinde daha rahat fethedilebilir. Ferdi kaza sigortalarına ihtiyaç duyan fabrikaların, genelleme yapacak olursak sanayi kesiminin, ulaşım sektörünün bu ihtiyacını karşılamak için harekete geçen sigorta şirketi, bu teminatların yanında hayat sigorta teminatlarını da sunarak iş hacmini arttırır, karlı bir iş olan hayat sigorta satışını gerçekleştirerek şirket karını da arttırabilir.

2.2.1.2. Ülkemizde Ferdi Kaza Reasürans Tekeli

Ferdi Kaza Reasürans tekeli, ülkemizde, bağımsız olarak satılan ferdi kaza teminatları için uygulanmakta olan hayat teminatlarına ek olarak verilen ferdi kaza teminatlarının üzerinden tekele devri yapılmamakta ve bu konuya gereken önem gösterilmemektedir

Şimdiye kadar bağımsız satılan ferdi kaza teminatlarının reasürans tekel uygulaması %30 mecburi devir ve bu devir üzerinden %30 reasürans komisyonu şeklinde idi.

1991 yılı sonu itibariyle geçerlilik kazanmak üzere, Bakanlar Kurulu'nun 15.9.1991 tarihli kararıyla 1.1.1992-31.12.2001 dönemi için reasürans tekeli ile ilgili yeni bir kararname oluşturulmuş ve burada yer alan kararlar aşağıda belirtilmiştir. ④

④ T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 1991, Sayı: 21023.

1.1.1992 tarihinden itibaren tekele konu olan reasürans sesyon miktarları 3 döneme ayrılarak farklı oranlarla (azalan) belirlenmiştir. Buna göre 1.1.1992-31.12.1994 dönemi içinde tekele devredilecek teminat miktarı şirketin ferdi kaza teminatlarında üzerinde tuttuğu saklama payından geriye kalan teminatların %25'idir. Bu oran 1.1.1995-31.12.1997 dönemi için %20, 1.1.1998-31.12.2001 dönemi için de %15 olarak belirlenmiştir. Bu devirler üzerinden sigorta şirketinin alacağı reasürans komisyonu ise %35'dir. Ayrıca şirketlerin konser-vasyondan ve tekele devirden sonra kalan teminatların treteye düşen kısmından 1.1.1992 - 31.12.1997 tarihleri arasında %15, 1.1.1998 - 31.12.2001 yılları arasında ise %20 oranında Kararname Pool'una (eski adıyla Pool 17) devir yapma mecburiyetleri bulunmaktadır.

Daha önce de belirtildiği gibi bu reasürans tekel devri hayat teminatlarından ayrı olarak, bağımsız satılan ferdi kaza teminatlarına şirketlerce uygulanmakta, hayat teminatlarına ek olarak verilen ferdi kaza teminatlarının bu kapsamda bulunup bulunmadığı hususu açıklık kazanmamaktadır. Ancak işlemlerin daha sağlıklı takibi için ve uygulamanın kendi branşına bağlı olarak gerçekleşmesi doğru olanıdır.

2.2.1.3. Ferdi Kaza Reasürans Tekniği

Birinci bölümde, hayat sigortalarının reasüransında bahsedilen reasürans tekniğinden de anlaşılacağı gibi eksedan anlaşmaları, en çok kullanılan yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hayat reasürans treteleri altında kapsandıkları için de, hayata ek ferdi kaza teminatlarının en çok eksedan anlaşması ile reasüre edildiğini söylemek yerinde olacaktır.

Ancak ferdi kaza teminatlarına baktığımızda, kazaen ölüm teminatı hayat sigorta teminatlarıyla büyük benzerlik içinde olmasına rağmen, kazaen sürekli sakatlık ki, bu teminat vücutta meydana gelebilecek küçük kayıpları dolayısıyla da küçük teminatları içermekte, gündelik tazminat ve tedavi masrafları teminatları da daha çok hastalık sigorta teminatlarına benzemektedirler.

Hayat eksedan tretesine baktığımızda burada yer alan saklama payının genellikle, gündelik tazminat ve tedavi giderlerine ait teminatların çok üstünde olduğundan bu teminatların trete kapsamında olmasına rağmen tretenin özelliği nedeniyle reasürans devrinin yapılamadığı görülmektedir. Sürekli sakatlık teminatının küçük kayıpları içerdiği düşünüldüğünden bu teminat için de aynı hususun geçerli olduğu anlaşılmaktadır.

Bağımsız olarak uygulanan ferdi kaza teminatlarının Kot-Par tretesiyle reasüre edildiği ve böylece %'lerle paylaşılan teminatların hepsinin reasürans devri gerçekleşebilmektedir.

Hayat teminatlarına ek olarak verilen ferdi kaza teminatlarının eksedan reasürans prim hasar dağılımı yukarıda "1.3.4.2.2.2.'de açıklandığı gibidir. Reasürans primi orijinal poliçe primidir.

2.2.2. Ürkütücü Hastalık Sigortaları Reasüransı

Ürkütücü hastalık teminatlarını, burada, hayat teminatlarına ek olarak ele aldığımız için ferdi kaza teminatlarında da olduğu gibi, hayat reasüransı ile paralel olarak reasüransı yapılmaktadır. Çok yeni bir branş olduğu için ve ülkemizde de böyle bir branş olmadığı için bu teminatlara ait reasürans tekel uygulaması yoktur.

2.2.2.1. Ürkütücü Hastalık Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları

Ferdi kaza teminatlarına kıyasen, hayat sigorta teminatlarına daha fazla benzerlik gösteren, ürkütücü hastalık teminatları, aynı anda birbirini etkileyerek meydana gelebilecek ve üstüste binebilecek teminat meblağları riskini taşımakta olan bir sigorta türüdür. Bu nedenle, sigorta şirketinin fon kaybını, likiditesini azaltma ihtimali yüksek olan bu teminatların reasüransı kaçınılmazdır.

Ürkütücü hastalık reasüransı sayesinde sigorta şirketi kişileri bu hastalıklara karşı çekinmeden sigortalayabilecek ve yeni olan bu teminatların tanınmasında büyük rol oynayacaktır.

2.2.2.2. Ürkütücü Hastalık Reasürans Tekniği

Çok sayıda ürkütücü hastalık teminatı olması, bunlara ait teminat meblağlarının da farklılık göstermesi, ve ferdi kaza sigortalarında olduğu gibi, eksedan tretesinde bazılarının reasüre edilirken bir kısmının da daima konservasyonda kalmasına sebep olmaktadır.

Bağımsız olarak uygulandığında, Kot-Par tretesiyle reasüre edilmesi en uygun olan bu teminatlara ait müstakil bir branş tesis edilmemiş olması, bu teminatların hayat teminatlarına ek olarak verilme gereğini bu nedenle de reasüransının ferdi kaza ek teminatlarında olduğu gibi hayat eksedan tretesi ile yapılmasını getirmektedir. Bu teminatlara ait reasürans işlemleri de ferdi kaza teminatlarına ait reasürans işlemleri gibi yapılmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARI REASÜRANSI

3.1. HASTALIK SİGORTALARI

Hastalık Sigortaları kişiyi bir yıl boyunca, dünyanın her yerinde her türlü sağlık masraflarına karşı sigortalar. Böylece sigortalı yaşam standardını bozabilecek sağlık sorunlarına karşı güvence altına alınmış olur. Grup Hastalık Sigortası da işyerinde verimi, motivasyonu arttırması açısından oldukça etkilidir.

İnsanlarla ilgili sigortaları düşündüğümüzde, en çok ihtiyaç duyulan sigorta olduğu aşikardır. Günlük yaşamda her türlü mikrop ve kaza olasılığına maruz kalarak, giderek sağlıklılaşan atmosfer içinde yaşamak zorunda olan insanların hastalık sigortalarına duydukları ihtiyaç büyüktür. Sağlık harcamalarını tazmin etme amacı güden hastalık sigortaları, duyulan ihtiyaç da göz önüne alındığında, bir şirket için kasko sigortaları kadar risk taşıyan bir branş olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2. ÜLKEMİZDE HASTALIK SİGORTALARI

Hastalık sigortaları ülkemizde 5-6 yıl önce başlamakla birlikte son 3 yıldır yoğun bir şekilde işlem ve talep görmeye başlamıştır. İçerdiği teminatlara duyulan bu yoğun talep nedeniyle, 1990 yılı sonuna kadar hayat sigortalarına ek teminat olarak satılabilen hastalık sigorta teminatları için ayrı bir branş tesis etme gereği hissedilerek, 1990 yılı sonuna doğru yayınlanan genelgeyle; şirketlerin hastalık sigortaları için ayrı bir branş tesis etmesi, dolayısıyla branş ruhsat işlemlerini gerçekleştirmesi ve hastalık teminatları için ayrı poliçe kesmesi gereği duyurulmuştur.

Müstakil bir branş olarak tesis edilen hastalık sigorta branşı hayat dışı branşlar arasında yer alması sebebiyle 1 Mayıs 1990 yılından itibaren serbest tarife sistemine dahil olan hayat dışı branşlar arasına da girmiş ve bu teminatlara ait primler serbestçe belirlenmeye başlamıştır.

Bu branşın teminatlarını satan acentelere ödenecek azami komisyon haddi ise %20 olarak belirlenmiş, sigorta şirketleri ise genelde şirket açısından teknik karı çok düşük olan bu branş için %10-15 dolaylarında acente komisyonu ödemeyi tercih etmişlerdir.

İstatistiki birikimi açısından ülkemizin yetersiz kalması dolayısıyla, hastalık sigortalarına ait primler S.S.K. istatistikleri kullanılarak hesaplanmaktadır. Ancak S.S.K. istatistikleri yıl içinde teminatların kaç kez kullanıldığını gösterebilirken, toplam yıllık harcamalarla ilgili bilgileri içermemektedir. Yurtdışında yıllık harcamalar dikkate alınarak bulunan hastalık teminatlarına ait primler, özellikle doktor muayene, ilaç, tahlil, röntgen, ameliyat gibi teminatlarda, büyük risk taşımaktadırlar.

Son birkaç yılda şirketler kendi istatistiklerinden yararlanarak prim hesaplamaları yaparken, bazı şirketler yurtdışı reasürans şirketlerine prim hesabı yaptırmakta ve serbest tarife sayesinde bu primleri kullanabilmektedir.

Sigorta Şirketi; doktor muayene, ilaç, protez, röntgen, tahlil, hastane oda ve yatak, hastane tedavi, ameliyat ve anestezi, acil ulaşım, refakatçi, diş tedavi ve doğum giderlerini sigortalının seçtiği limitler dahilinde sigortalayabilir. Sigorta Şirketi sigortalının bir hastalık veya kaza halinde muayene, teşhis ve tedavisinde gerekli bu giderleri aşağıdaki şartlarla temin etmektedir.

3.2.1. Doktor Muayene Giderleri Teminatı

Çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehane açmaya yetkili doktorlarca yapılacak muayene giderleri her seferinde poliçede yazılı limitlere kadar ödenir. Diş doktorları, psikiyatristler ve hamilelik halinin gerektirdiği rutin doktor kontrolleri, özel doktor muayene teminatı kapsamı dışında kalmaktadır. Sigortalı, geçerli sebebi olduğu sürece, istediği kadar, doktor muayenesi olabilmekte ve bu da şirket açısından büyük risk oluşturmaktadır. Başta reasüransı kolay yapılamayan hastalık sigortalarının, bu teminatı için, reasürörler yılda en çok "7-8 kez doktor muayenesi" şeklinde üst limitler talep etmişler ancak Türkiye'deki genel uygulamada limit olmadığı için bu yaptırımını gerçekleştirilememişlerdir.

3.2.2. İlaç Giderleri Teminatı

Tedavi için gerekli olduğu doktor tarafından reçete ile belgelenmiş ilaç be- delleri, her seferinde, fatura ve ilaç kupürü ile bildirilerek, poliçede yazılı limit çerçevesinde ödenir. Bazı şirketler bu teminatı ancak doktor muayene teminatı ile birlikte vermektedir. Bunun amacı, reçeteli ilacın, doktor muayenesi sonunda verilmesi gereğidir. Bazı şirketler ise böyle bir zorunluluk getirmemişlerdir. Bu teminat, insanların ilaca olan düşkünlüğü göz önüne alındığında sigorta şirketi için büyük risk taşımaktadır.

3.2.3. Röntgen, Tahlil ve Protez Giderleri Teminatı

Hastalığın teşhis edilebilmesi için doktor tarafından istenildiği belgelenen her türlü tahlil ve röntgen veya şua tedavilerinde, her seferinde, poliçede belirtilen azami limitler çerçevesinde, fatura vermek kaydıyla tazminat ödenir. Genellikle diş protezleri ve check-up giderleri bu teminatın dışında kalmakla birlikte bazı şirketler özel müşterilerine bu teminatları da verebilmektedir. Bu teminatta da ilaç giderleri teminatında olduğu gibi, doktor muayene teminatı ile birlikte alınma mecburiyeti konulabilmektedir.

3.2.4. Hastane Oda ve Yatak Giderleri Teminatı

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda yattığı her tam gün için, poliçede belirtilen limitlere kadar oda ve yemek giderleri ile hemşirelik giderleri ödenmektedir. Teminatı istendiği takdirde, refakatçi giderleri, ek primle sigorta teminatı kapsamına dahil edilebilmektedir.

3.2.5. Hastane Tedavi Giderleri Teminatı

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunca gerekli görüldüğü takdirde;

- Kan ve kan plazması dahil olmak üzere tüm gerekli hizmet ve malzemeler,
- Oksijen, anestezi ücretleri,
- Alçı, plaster bandaj, sargı, pansuman, v.s.
- Hastane doktorunca verilen ilaç ve ağrı kesiciler,
- Elektrokardiyografiler, fizik tedavi, röntgen ve laboratuvar testleri gibi durumların gerektirdiği masraflar, poliçede yazılı limitler dahilinde ödenmektedir. Başta da belirtildiği gibi bu teminatın geçerliliği için sigortalının hastanede yattığının fatura ile belgelenmesi gerekmektedir.

3.2.6. Ameliyat ve Anestezi Giderleri Teminatı

Sigortalının tedavisinin cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği hallerde ameliyat ve anestezi masrafları poliçede yazılı azami limitlere kadar ödenir. Poliçe yılı içinde sigortalı değişik nedenlerle limitsiz sayıda ameliyat olabilir.

Ülkemizdeki genel uygulama daha önce de değinildiği gibi hastalık sigorta branşı teminatlarının her biri için poliçede bir limit belirtmek ve o teminat kapsamına giren her olayı o limite kadar tazmin etmektir. Ancak, özellikle ameliyat giderleri teminatı için böyle bir uygulama, henüz ülkemiz için yeni olan ve hukuk sistemimiz de dikkate alındığında, her türlü suistimale açık olan hastalık sigortaları kapsamında şirketi büyük zarara uğratacak bir risk taşımaktadır. Bu nedenle bir kaç sigorta şirketi bu teminatın alt teminatlarını (organ nakli, bypass, apandisit vb.) oluşturarak her biri için poliçede limitler belirtmişlerdir. Ameliyatın küçük bir operasyon olması durumunda, bu tip ameliyatlar için belirlenen limite kadar teminat geçerli olacaktır.

3.2.7. Doğum Giderleri Teminatı

Gebelik halinin gerektirdiği doğum, erken doğum, düşük hallerinin gerektirdiği giderler poliçede yazılan azami limitlere kadar ödenmektedir. Bu teminat sigortalının hamileliğinin başlangıcının, sigorta teminatının başlangıcından itibaren en az 1-6 ay (bu süre şirketçe belirlenmektedir) arasında değişen bir bekleme süresinden sonra olmasıyla başlamaktadır. Yurtdışında bu süre 3 ay ya da daha fazla olarak belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak da sigortalının suistimalinin önlenmesinin amaç edildiği belirtilmektedir.

3.2.8. Diş Tedavi Giderleri Teminatı

Çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve özel muayenehane açmaya yetkili diş doktorlarınca yapılacak diş tedavi masrafları poliçede yazılı limitler dahilinde ödenir. Diş tedavi masraflarında yıllık ödemeler toplamı poliçede yazılı teminat limitini aşmamaktadır. Diğer teminatlardan farklı olarak bu teminat için bir de yıllık toplam limit konulmuştur. Yıl içinde yapılan diş tedavi giderleri toplamı bu limiti aştığında teminat sona erer. Yurtdışında tüm teminatlar için uygulama böyledir.

3.2.9. Acil Tıbbi Ulaşım Giderleri Teminatı

Sigortalının şirket doktorunca da kabul edilebilecek acil hallerde, hastaneye ulaşımı sırasında kullanılabilir her türlü kara, deniz ve hava ulaşım araçlarının giderleri poliçede yazılı teminat limitine kadar ödenir.

3.3. HASTALIK SİGORTA REASÜRANSI

Hastalık sigortaları 1960'lı yıllarda dünyada, yeni yeni uygulanmaya başlanmış ve diğer branşlarda olduğu gibi reasüransını da birlikte getirmiştir.

Hastalık sigortaları reasüransı bu sigortaların teminatları göz önüne alındığında, çok detaylı, idari giderleri yüksek olan, hem sigorta şirketini hem de reasürörü zarara uğratma ihtimali yüksek olan bir branş olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu sigortaların suistimale açık olması, gerek poliçede gerek reasüre edildiği tetedede yer alan istisnaların çokluğu ile engellenmeye çalışılmış olsa da yeterli olmamış, zararın azaltılması için, yıllık toplam harcama limitlerine, teminatı kullanma sayısı limitlerine, kadın-erkek, sigara içen-içmeyen gibi sınıflara ait primler belirleme yollarına başvurulmuştur. Reasürörler bu yolları takip eden sigorta şirketlerini reasüre etmekte, aksi taktirde şirketi bu uygulamalara davet etmektedirler.

Ülkemizde ilk 3 yıl reasüransı yapılamayan, reasürörlerce kabul edilmeyen hastalık sigortaları, şirketlerin karlı olan hayat sigorta reasüransı ile birlikte yapılması ısrarı sonucunda yapılmaya başlanmış ve halen devam etmektedir.

3.3.1. Hastalık Reasürans İhtiyacı ve Fonksiyonları

Kişilerin en çok ihtiyaç duyduğu hastalık sigortaları büyük risk taşıması nedeniyle, satışı konusunda şirketlerin çekingen davrandığı bir sigorta dalıdır. Hastalık reasüransı sayesinde sigorta şirketleri, üzerlerinde düşük oranda konservasyon tutarak, dolayısıyla zararı azaltarak, geriye kalan kısmı reasürörler arasında paylaştırabilmekte, şirket için prestiji büyük olan bu teminatları sigortalılarına sunabilmektedirler.

Hastalık teminatlarıyla birlikte sunulan hayat teminatları da sektörde hayat sigortalarının payını, önemini ve anlamını arttırmakta, en büyük beklenti olan hayat fonlarını desteklemektedir.

3.3.2. Ülkemizde Hastalık Reasürans Tekeli

1990 yılı sonuna doğru ayrı bir branş olarak tesis edilen hastalık sigortaları da tekel kapsamına alınmış ve konservasyondan sonra kalan teminatlar üzerinden mecburi sesyon oranı % 30 olarak belirlenmiştir. Ancak yukarıda

ferdi kaza reasürans tekelinde de belirtildiği gibi 1991 yılı sonunda geçerlik kazanmak suretiyle Bakanlar Kurulu'nun 15.9.1991 tarihli kararıyla, 1.1.1992-31.12.1994 dönemi içinde konservasyondan arta kalan teminatlar üzerinden % 25, 1.1.1995-31.12.1997 dönemi içinde % 20, 1.1.1998-31.12.2001 dönemi içinde % 15 oranında tekel devirleri belirlenmiştir. Ayrıca kararname Pool'una da (Pool 17) konservasyon ve tekele devirden sonra kalan teminatların treteye düşen kısmı üzerinden 1.1.1992 - 31.12.1997 yılları arasında %15, 1.1.1998 - 31.12.2001 yılları arasında %20 oranında mecburi devir vardır.

Bu devirlerden hastalık branşı için sigorta şirketine ödenecek reasürans komisyonu % 30' dur.

3.3.3. Hastalık Reasürans Tekniği

Saklama payını dikkate aldığımızda; hastalık sigortalarında, sigorta şirketlerinin teminat çeşitleri sebebiyle belirli bir yüzde (%) ile konservasyon tutmayı yeğledikleri görülmektedir. Bunun nedeni de henüz yeni olan bu branşın nasıl sonuçlar vereceğinin bilinmemesi, dolayısıyla, sigorta şirketinin reasürörle, tam anlamıyla bir kader birliği içinde olma eğilimidir.

Hastalık reasürans metodlarına geldiğimizde, metodların ortak özellikleri sebebiyle tüm branşlar için aynı koşulları gerektirdiği, ancak burada, sigorta branşının yapısına uygun olan metodun seçildiği anlaşılmaktadır.

Hastalık reasüransında en önemli hususu, reasürans primlerinin orijinal risk primi üzerinden devredilmesidir.

3.3.3.1. İhtiyari Hastalık Reasüransı

Bu branşın kardan ziyade mümkün olduğunca az zarara sebep olması istendiği için, kişi bazında yapılan reasürans anlaşmalarında reasürörler kişiye ait yıllık toplam harcamalara bir limit koymaktadırlar. Ancak bir ameliyat geçirmesi, ilgili tıbbi harcamalar vb. durumlarda yıl içinde sigortalının yapacağı harcamaların bu limiti aşma ihtimali bulunmakta ve dolayısıyla aşan kısım için sigorta şirketinin ihtiyari bir anlaşma yapma ihtiyacı belirmektedir.

Yapılan ihtiyari reasürans anlaşması da hastalık reasürans tretesine paralellik göstermekte, diğer özellikler açısından yukarıda bahsedilen hayat ihtiyari reasürans anlaşmalarıyla aynı durum içerisinde bulunmaktadır.

3.3.3.2. Bölüşmeli Hastalık Reasüransı

Hastalık sigortaları, teminat nev'ileri itibariyle tam anlamıyla bölüşmeli reasürans ihtiyacının duyulduğu sigortalardır.

Bölüşmeli reasüransta yer alan Kot-Par ve eksedan tretelerinden, eksedan tretesi, bu brans için uygulanması çok zor olan bir metod olmakta ve bunun sebebi de aşağıda açıklanmaktadır.

3.3.3.2.1. Hastalık Kot-Par Tretesi

Hastalık sigortaları reasüransında en çok, hatta tek kullanılan reasürans metodu olan Kot-Par tretesi, sigorta şirketine konservasyonunu bir % ile tutabilme imkanı sağlamakta, böylece her teminatın reasürans devri yapılabilmekte, kader birliği tam anlamıyla karşımıza çıkmaktadır.

Teminatların çokluğu sebebiyle ve dağılımın çok basit olması sayesinde burada teminat prim hasar dağılımına örnekten ziyade, bir hastalık Kot-Par tretesine örnek vermek uygun olacaktır.

Tüm bölüşmeli reasürans treteleri mevzuat-hukuk açısından aynı içeriğe sahip olmakla beraber, teknik kısmını gösteren trete slipi farkı yansıtmaktadır. Bu nedenle hastalık sigortalarında en çok kullanılan Kot-Par trete slip örneği aşağıdadır.

HASTALIK KOT-PAR TRETİ SLİPİ

ANLAŞMANIN TÜRÜ: Kot - Par

ANLAŞMANIN KONUSU: Ferdi ve Grup Hastalık Sigortaları

SÜRESİ: 01/01/1992 tarihinden geçerli olmak üzere her ha gi bir yılın 31 Aralık tarihine kadar (iptal edilmeden 3 ay önce bildirilebilmesi koşuluyla)

SAHASI: Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

SINIRI: Tüm Dünya

REASÜRANS PRİMİ: Orijinal prim üzerinden

KONSERVASYON: % 20

REASÜRÖR PAYI: %80'in %25'i TEKEL
 %80'in %55'i ABC REASÜRANS ŞİRKETİ
 %80'in %12.5'i DEF REASÜRANS ŞİRKETİ
 %80'in %7.5'i HIJ REASÜRANS ŞİRKETİ

KOMİSYON: %30

KAR KOMİSYONU: %25

S.M.K. AİDATI: %0.3

Slipte yer alan rakamlar ülkemizdeki genel uygulamayı yansıtmaktadır.

3.3.3.2.2. Hastalık Eksedan Tretesi

En az 6-7 teminat içeren hastalık sigortalarının eksedan tretesiyle reasüransı şirket açısından zaten ağır yük teşkil eden hastalık sigorta işlemlerinin bu yükü çok çok arttırmasına sebep olacaktır.

Eksedan metodunun gereği, her teminat için bir konservasyon meblağı belirlenmesi, bu meblağı aşan kısımların reasüre edilmesidir.

Hayat ve ek teminatları sigortalarında teminatların meblağları birbirine çok yakın hatta aynı miktarda olmakta ve ortak belirlenen konservasyon meblağı hepsi için geçerli olmaktadır.

Hastalık sigortalarında ise büyük meblağ olan ameliyat teminatıyla, çok küçük meblağlarda olan doktor muayene, ilaç teminatları düşünüldüğünde ortak bir konservasyon meblağı belirlenmesi imkansızdır. Bu durumda her teminat için ayrı bir konservasyon belirlenecek bu da büyük karışıklıklara sebep olacak dolayısıyla bu metod pek kullanılmayacaktır.

3.3.3.3. Bölüşmesiz Hastalık Reasüransı

Branşa ait ödenen tazminatların yıl sonu itibariyle ya da toplam olarak, başta belirlenen limiti geçmesi halinde işlemeye başladığı için, hasar miktarı tam olarak bilinmeyen hastalık sigortaları için çok gerekli bir reasürans metodudur. Ancak bu belirsizlik fiyatı yükseltmektedir.

3.3.3.3.1. Hasar Fazlası Tretesi

Kişi bazında yıllık toplam tazminat başta belirlenen meblağı aşarsa ve eğer bir üst meblağ daha belirlenmişse aradaki dilim kadar eğer belirlenmemişse artan kısım kadar miktarı reasürör sigorta şirketine öder.

Ancak hastalık harcamalarındaki belirsizlik ve tıbbi aletlerle ilgili enflasyonun büyüklüğü göz önüne alındığında bu metod çok pahalı hale gelmektedir.

Bunun yerine sigorta şirketi de sigortalının yıllık toplam tazminatı için policede bir limit belirleme yolunu seçmektedir.

3.3.3.3.2. Hasar Nispeti Fazlası Tretesi

Müstakil bir branş olarak tesis edildiğinde nasıl sonuçlar doğuracağı bilinmeyen, ülkemiz gerçekleri göz önüne alındığında; suistimal, gereksiz teminat kullanımı, bilinçsiz tıbbi hesaplamaları vb. gibi durumlar sebebiyle bu branşın şirket açısından zararlı bir branş olacağı beklentisi vardı.

Bu nedenlerle bir branşın toplam hasar/prim oranı dikkate alınarak yapılan hasar nispeti fazlası tretesinin uygulanması düşünüldüyse de, reasürörlerin bu metod için büyük paralar istemeleri sebebiyle vaz geçilmiş, Kot-Par treteleriyle yetinilmiş ve halen yetinilmektedir.

3.3.3.4. Hastalık Reasürans Muhasebesi

Reasürans muhasebesi burada da hayat reasürans muhasebesinde olduğu gibi aynı özellikleri göstermektedir.

Ancak hazırlanan bordrolar farklıdır. Bu farklılığa, bir kişiye ait teminatların en az 5-6 teminat olması sebebiyet vermektedir.

Bu nedenle, bu branşa ait bordrolar, kişilere ait dosyalar doğrultusunda özetlenen ama yine de diğer branşlara göre çok daha detaylı olan dokümanlardır.

Bu bordrolar doğrultusunda, yukarıda hayat reasürans muhasebesinde de belirtildiği üzere işlemler takip edilir.

Hastalık reasüransında muhasebe hesaplarında yer alan reasürans primleri yıllık primlerdir. Çünkü tüm muhasebe işlemlerinde yıllık prim kullanılmaktadır. Burada hayat branşında olduğu gibi vadesi tahakkuk eden primler uygulaması yoktur.

SONUÇ

Hayat, ferdi kaza, ürkütücü hastalık ve hastalık sigortaları günlük yaşantımızda, bir temel ihtiyacımızı karşılamaktadırlar. Bu temel ihtiyaç da, öncelikle, kişilerin yaşam standardının; meydana gelme ihtimali olan ve insan hayatını tehdit eden olayların ortaya çıkması halinde, düşmesini engelleyecek destek şeklinde karşımıza çıkar.

Bir kişi; güvenli bir, hayat, ferdi kaza, ürkütücü hastalık ve ülkemizde kullanıldığı adıyla sağlık sigorta poliçesi satın aldığı anda, sadece hayatını değil, hayat biçimini de garanti eder.

Hayat, ferdi kaza ve hastalık sigortaları, ülkemizde yaygın şekilde işlem gördüğü halde, ürkütücü hastalık sigortası ve bu sigortanın anlamı, bu sigortaya duyulan ihtiyaç ve ayrı bir branş olarak tesis edilip sigorta uygulamaları içine dahil edilme gereği, henüz tam manasıyla anlaşılammıştır.

Yukarıda geçtiği gibi, güvenli bir poliçe; bu poliçede teminat altına alınan risk ya da risklerin gerçekleşmesi halinde, garanti edilen tazminatın ödenmesinde, herhangi bir şüpheye izin vermeyen poliçe olarak açıklanabilir. Burada, tazminat ödemesiyle ilgili bir şüphe ihtimalini ortadan kaldıran en önemli konu ise reasürans işlemleridir. Reasürans sayesinde sigorta şirketleri, tazminat ödemelerinde güçlük çekmemekte çünkü bu tazminat ödemelerini reasürans şirketleriyle paylaşmaktadırlar. 1982-1991 yılları ülkemiz hayat sigorta primlerine baktığımızda, özellikle 1989, 90 ve 91 yıllarında hayat branşının sektör payında hissedilir bir artış görülmekte, bu artış dolayısıyla da hayat sigorta teminatlarına duyulan talebin arttığı anlaşılmakta, buradan da hacminde böyle bir artış kaydedilen bu branşın reasürans ihtiyacının ve reasürans işlemlerinde sektörümüze uygun teknikler kullanılarak arttırılacak karlılığın önemi, büyük anlam taşımaktadır.

ülkemizde hayat reasürans işlemlerini incelediğimizde teknik açıdan bazı hataların yapıldığı ve bu nedenle de şirketlerin teknik karlılığının azaldığı görülmektedir. Sigorta branşlarının teknik kar/zarar hesaplarında yer alan primler, hayat branşı hariç, tüm branşlarda yıllık-tahakkuk primleridir. Hayat branşı teknik kar/zarar hesabında yer alan işlemler, yıl içinde vadesi tahakkuk eden primlerin vadelerinin toplamı ile paralellik içinde gerçekleşirler. Ancak

tüm reasürans işlemlerinin (tazminat ödemeleri dışında) kaynağı olan reasürans primlerinin, hayat branşında da, hayat dışı branşlarda olduğu gibi yıllık primler üzerinden devredildiği görülmektedir. Bu da sigorta şirketinin hayat branşı teknik giderini arttırmakta, ülkemiz hayat sigorta muhasebe uygulamasına aykırılık teşkil etmektedir. Muhasebede, hesapların doğru rakamları ve hususları, dolayısıyla da doğru sonuçları yansıtabilmesi için tüm işlemlerin birbiriyle dönemsel uyum içinde olması gerekir.

Sigorta şirketinin sigortası olan reasürans işlemi, bir sigorta olması nedeniyle, sigortanın genel prensipleri içinde yer alan ve bu yolla ortaya çıkan, kazanç amacı güdülmemesi hususu, direkt olarak gerçekleşme de, hastalık reasüransı düşünüldüğünde, dolaylı olarak sigorta şirketine kazanç sağlamaktadır. Can sigortaları adı ile anılan kişisel sigortalardan hastalık sigortaları, insanların en çok ihtiyaç duyduğu ve talebin çok büyük olduğu sigortalardır. İhtiyaç ve talep yoğunluğu, bu branşın karlı bir branş olmayacağını daha baştan vurgulamaktadır. Karlı olmayan bu branşa sigorta şirketlerinin sıcak bakmalarını sağlayan tek şey bu branşın reasüransı yani tekrar sigortalanmasıdır. Sigorta şirketleri, hastalık reasüransı sayesinde hastalık teminatlarını çekinmeden satabilmekte, bu rahatça satış işlemi diğer branşlar için, özellikle de hayat branşı için şirkete yeni müşteriler kazandırmaktadır. Karlılığı yüksek olan hayat teminatlarının satışı ile de sigorta şirketleri karlarını arttırarak kazanç sağlamaktadırlar.

Ülkemizde, her alanda, istatistiki yetersizliğimiz, hastalık sigorta teminatlarına ait primlerin gerektiği şekilde hesap edilememesi, bu branşın reasüransını başta imkansız kılmıştır.

Reasürörler; güvenilir bulmadıkları ve bu branşa ait primlerin hesabında kullanılması uygun olmayan istatistiklerle hesaplanan sağlık sigorta primlerini; bu branş için yetersiz hatta tehlikeli bulmuşlar, şirketlerin hastalık teminatlarını reasüre etmeyi reddetmişlerdir.

Bunun başlıca nedeni, sağlık sigorta poliçesi bulunan sigortalının, yıllık teminat limitinin olmaması, sigortalının istediği kadar (şirket tarafından onaylandığı sürece) hastalık sigortası teminatlarından yararlanması hususudur. Bu durumda sigortalının poliçe yılı sonunda anlaşılacak toplam tıbbi giderleri başlangıçta tam anlamıyla belirsiz olmaktadır. Bu belirsizlik, ülkemizde sağlık sigortaları için kullanılabilen tek istatistiki kaynak olan Sosyal Sigortalar istatistiklerinin frekans bazında olmasından ileri gelmektedir.

Yurt dışında hem frekans hem de yıllık toplam harcamalar bazında takip edilen sağlık sigorta istatistikleri sayesinde sigortalının yıl içinde talep edebileceği maksimum tazminat baştan kesinlik kazanmaktadır.

Hastalık branşının reasüransı, karlı olması nedeniyle, hayat branşını reasüre etmek isteyen reasürörlere, hastalık ve hayatın aynı oranlarla verilebileceği hususu öne sürülerek yapılabilmektedir.

Hastalık sigortalarının, ülkemizde daha profesyonelce uygulanabilmesi için, ilgili istatistiklerin hem frekans hem de toplam tazminat bazında takip edilmesi ve bu istatistikler doğrultusunda hesaplanan primler kullanılması gerekmektedir. Böylece, reasürörler, bu branşın reasüransında, herhangi bir problem çıkarmayacaklar, sigorta şirketinin aleyhine olabilecek bir takım uygulamalar üzerinde ısrar etmeyeceklerdir.

KAYNAKÇA

- ALANYA, Çetin Reasürans Notları, İstanbul, 1989.
- ATABEK, Reşat Reasürans Hukuku, Sevinç Matbaası, Ankara, 1974.
- BOZER, Ali Sigorta Hukuku, Olgaç Matbaası, Ankara, 1986.
- FISHER/YOUNG, H.F./J. Actuarial Practice of Life Assurance, Cambridge University Press, London, 1965.
- GERATHEWOHL, K. Reinsurance Principles and Practice Volume I,II, Verlag Versicherungswirtschaft, 1980.
- KILN, Robert Reinsurance in Practice, Witherby & Co.Ltd., London, 3.baskı, 1991.
- KURTZ, Edwin B. The Science of Valuation and Depreciation, The Ronald Press Co., New York, U.S.A., 1937.
- LANGLER, William J. The Business of Reinsurance, Northeastern Insurance Company of Hartford, Connecticut, U.S.A., 1954.
- MAGEE, John H.Richard D. Life Insurance, Richard D. Irwin Inc., Chicago, U.S.A., 1942.
- ONAT, Selahattin Türkiye'de Reasürans Tekeli, S.M.K. Yayınları No:14, İstanbul, 1974.
- PFEIFFER, Christoph Reasüransa Giriş, Destek Reasürans, İstanbul, 1992.
- WEBB/LAUNIE/ROKES/BAGLINI, Bernard L./J.J./Willis Park/Norman A. Insurance Company Operations Volume I,II, American Institute for Property and Liability Underwriters, Inc., Pennsylvania, U.S.A., 3.baskı, 1984.
- SİGORTA MURAKABE KURULU, Yıllık Faaliyet Raporları, 1983... 1991 İstanbul,
- T.C. Resmi Gazete, 16 Ekim 1991, Sayı: 21023

CONTENTS

	page
ABBREVIATIONS	v
INTRODUCTION	1

CHAPTER I
LIFE REASSURANCE

1.1. LIFE INSURANCE	2
1.2. LIFE INSURANCE IN TURKEY	2
1.2.1. Annual Death Insurance	2
1.2.2. Term Death Insurance	2
1.2.3. Wholelife Insurance Against Death	2
1.2.4. Term Life Insurance	3
1.2.5. Mixed Insurance	3
1.2.6. Endowment Insurance	3
1.2.7. Child Insurance	3
1.2.8. Saving Insurance	3
1.2.9. Annuities	3
1.3. LIFE REASSURANCE, ITS HISTORY AND DEVELOPMENT	3
1.3.1. Comparison of Life Reassurance with General Reinsurance	4
1.3.2. The Need for Life Reassurance and its Functions	4
1.3.3. Life Reassurance Monopoly in Turkey	6
1.3.4. Technical Side of Life Reassurance	7
1.3.4.1. Retention	7
1.3.4.2. Methods for Life Reassurance	8
1.3.4.2.1. Facultative Life Reassurance	8
1.3.4.2.2. Proportional Life Reassurance, its Implementation, Advantages and Disadvantages	8

1.3.4.2.2.1. Life Quota Share Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages	8
1.3.4.2.2.2. Life Surplus Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages	9
1.3.4.2.3. Non-proportional Life Reassurance, its Implementation, Advantages and Disadvantages	14
1.3.4.2.3.1. Excess of Loss (XL) Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages	14
1.3.4.2.3.2. Stop Loss (SL) Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages	14
1.3.4.3. Life Reassurance Accounting	14

CHAPTER II

REINSURANCE OF RIDERS OF THE LIFE INSURANCE

2.1. RIDERS OF LIFE INSURANCE	16
2.1.1. Personal Accident Insurance	16
2.1.2. Personal Accident Insurance in Turkey	16
2.1.2.1. Benefit of Death Caused by Accident	16
2.1.2.2. Benefit of Permanent Disability Caused by Accident	16
2.1.2.3. Daily Cash Benefit	18
2.1.2.4. Treatment Expenses Benefit	18
2.1.3. Dread Disease Insurance	19
2.1.4. Dread Disease Insurance in Turkey	19
2.1.4.1. Cancer	19
2.1.4.2. Myocardial Infarction	19
2.1.4.3. Stroke	20
2.1.4.4. Ischaemic Cardiopathy Treated Surgically	20
2.1.4.5. Kidney Failure	20

2.1.4.6. Chronic Invalidity of Neurological Origin	20
2.1.4.7. Organ Transplantation	20
2.1.4.8. Blindness	21
2.2. REINSURANCE OF RIDERS OF THE LIFE INSURANCE	21
2.2.1. Reinsurance of Personal Accident (P.A) Insurance	21
2.2.1.1. The Need of Personal Accident Reinsurance and its Functions	21
2.2.1.2. Personal Accident Reinsurance Monopoly in Turkey	21
2.2.1.3. Personal Accident Reinsurance Techniques	22
2.2.2. Reinsurance of Dread Disease Insurance	22
2.2.2.1. The Need of Dread Disease Reinsurance and its Functions	22
2.2.2.2. Dread Disease Reinsurance Techniques	23

CHAPTER III HEALTH REINSURANCE

3.1. HEALTH INSURANCE	24
3.2. HEALTH INSURANCE IN TURKEY	24
3.2.1. Doctor Examination Benefit	24
3.2.2. Prescribed Drugs Benefit	24
3.2.3. Laboratory, X-Ray Services and Protheses Benefit	25
3.2.4. Hospital Room and Board Services	25
3.2.5. Hospital Treatment Expenses Benefit	25
3.2.6. Surgery and Anesthesia Expenses Benefit	26
3.2.7. Maternity Care Benefit	26
3.2.8. Dental Expenses Benefit	26
3.2.9. Emergency Medical Transportation Benefit	26
3.3. HEALTH REINSURANCE, ITS HISTORY AND DEVELOPMENT	26
3.3.1. The Need of Health Reinsurance and its Functions	26
3.3.2. Health Reinsurance Monopoly in Turkey	27
3.3.3. Technical Side of Health Reinsurance	27

3.3.3.1. Facultative Health Reinsurance	27
3.3.3.2. Proportional Health Reinsurance	28
3.3.3.2.1. Health Quota Share Treaty	28
3.3.3.2.2. Health Surplus Treaty	29
3.3.3.3. Non-proportional Health Reinsurance	30
3.3.3.3.1. Excess of Loss Treaty	30
3.3.3.3.2. Stop Loss Treaty	30
3.3.3.4. Health Reinsurance Accounting	30
CONCLUSION	31

ABBREVIATIONS

A.I.D.S.	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
CO	: Company
C.O.C.	: Control Office Commission
CXL	: Catastrophic Excess of Loss
E.C.G.	: Electro Cardio Graphy
EPI	: Estimated Premium Income
P.A.	: Personal Accident
SL	: Stop Loss
WXL	: Working Excess of Loss
XL	: Excess of Loss

INTRODUCTION

Insurance companies are exposed to high and various risks and those risks cannot be carried forward totally by the insurance company.

Regarding life insurance, riders of life insurance and health insurance which are called as the personal insurances where probability of occurrence of related events seem to be not so much high but the amount of coverages is big enough for the company to feel the exact strain and need to cede the business exceeding its retention which is calculated as the limit of risk exposure of the company can be undertaken by the company herself.

Reinsurance of the various branches differs from each other by the characteristics of their nature. Hence we face with the importance of detailed information of above mentioned branches, since the reinsurance of these branches is linked to the features of related sub-benefits.

This paper consists of three chapters. First chapter is reflecting the life insurance benefits, the need, functions and techniques of life reinsurance. In the second chapter, riders of life insurance benefits are introduced and the reinsurance of those riders is explained.

Finally, in the third chapter health insurance benefits are pointed out and the reinsurance side of these benefits is enlightened.

In the conclusion section, subjects which have to be considered and discussed are summarized with some proposals and recommendations.

1.1. LIFE INSURANCE

The first contract about life insurance was entered into in 1583. These insurance policies had short period and high premium. Death benefit was related with the number of dead or lived insureds in 17th century some mutual life insurance application was seen, despite the lack of some mortality tables.

But no one of them included death benefit. These applications were continued up to 1807. The development at actuarial calculation and preparation of mortality tables caused to start modern life insurance. The premium could be establish by the entering age of the insured and to the mortality table.

It is possible to see some insurance which gives a capital. It is possible to prepare life policy in different types. All types of life insurances depend on probability live or death.

Purpose of life insurance depends on two main demands of people. First one is for the death benefit appears by the death of the person and used for inheritance and the loss caused by the death of the person. The second demand is caused by the future expectations of people for savings and hence retirement benefit.

Life insurances were the largest financial source of economy in developed countries for long years. It still works today.

1.2. LIFE INSURANCE IN TURKEY

1.2.1. Annual Death Insurance

In the event that a person with a specific age dies within one year, a fixed capital sum payment occurs. No mathematical reserve, paid up capital, surrender and loan applications can be observed.

1.2.2. Term Death Insurance

During a predetermined period, if the person dies the sum-insured is paid to the insured. There is mathematical reserve and paid-up capital are applied.

1.2.3. Whole Life Insurance Against Death

It covers the death benefit of a person during his/her whole life. Here the mathematicil reserve and paid-up capital are applied.

1.2.4. Term Life Insurance

If the person is alive at the end of the fixed term, the capital is paid to the beneficiaries. Here the risk is the probability of life as contrary probability of death in the fixed term death insurance.

1.2.5. Mixed Insurance

This type compensates the capital in case of death during the predetermined period and in case of survival at the end of the period and is like the mix of fixed term life and death insurance.

1.2.6. Endowment Insurance

It gives the guaranty in the event of death or survival during the period like in mixed insurance with an addition of the benefit of whole life cover.

1.2.7. Child Insurance

This is constructed basically for the educational expenses of the child, whose age is between 0-18, and works up to the age 25 at most. Child is the beneficiary of the policy where the insured is the one of the parents.

1.2.8. Saving Insurance

This is a combination of savings with mortality. Accumulations are obtained by the deduction of risk premium and the loadings from the tariff premium and their profit by the investment of this amount.

1.2.9. Annuities

Depending on the mortality of a person, insurance companies compensate instalments, monthly, half yearly, yearly payments which are called as annuities.

They can be paid at the beginning of each period or at the end of the determined period. There are some popular types of annuities as immediate and whole life annuity and immediate term annuity.

1.3. LIFE REASSURANCE, ITS HISTORY AND DEVELOPMENT

Like in the fire branch, there was no reinsurance transaction in life branch at the beginning of the insurance history. First life reinsurance business had been observed in 1840s. It was also seen that by the end of 19th century and at the beginning of the 20th century, in the United Kingdom, just facultative treaties. In Europe, by the end of 19th century first reinsurance contracts appeared.

Till 1927, all life reinsurance transactions based on original premium cessions which caused many complicated implementation regarding mathematical reserves and profit share combinations. Nowadays, most of the life reinsurance transactions based on risk premium which effects only the sum-insured.

1.3.1. Comparison of Life Reinsurance with General Reinsurance

There are a number of fundamental principles which apply uniquely to life reinsurance business as opposed to general reinsurance :

- Life reinsurance business is long term.
- Most treaties are agreed with only one reinsurer.
- Life treaties are set up without a formal cancellation date.
- In a number of cases some records of individual risks are kept, although 'simplified' administration is becoming more popular.
- Cover is given on a surplus or less commonly a quota share basis. Non-proportional and catastrophe treaties are relatively rare.
- The ceding office chooses its reinsurer and the subsequent relationship between the offices is quite close. Little business is placed through brokers.
- Losses in life business are always total, although PHI or other disability benefits may produce partial losses.
- Smaller sums reassured are more common in life business than in general reinsurance.

1.3.2. The Need for Life Reinsurance and its Functions

The primary purpose of life reinsurance is to protect an office's life fund against particularly adverse mortality/morbidity fluctuations. We can explain the need and the functions of life reinsurance as follows:

a) Large Risks

More established offices are likely to find that their main need for reinsurance arises in connection with large risks.

Although only a few cases may exceed the retention level of an established office, the effect of a particularly large claim may be injurious to the emergence of surplus from the life fund. Therefore reinsurance is required to prevent this happening.

b) Multiple Deaths

A life office may suffer particularly adverse experience from one event, such as an air crash or an industrial accident. In terms of individual business, an office usually tries to ensure that it develops as wide as a spread of risk as possible. Nevertheless, some offices choose to effect a special catastrophe cover which protects the office against a number of deaths occurring in one accident.

In group business, companies tend to reduce their retention on schemes where there is a significant concentration of risk, thereby reducing their overall exposure.

c) Sub-standard lives

Reassurers tend to specialise in the underwriting of impaired lives. Very few offices see a high enough proportion of sub-standard cases to enable them to proceed with particular confidence in relation to the rating of these cases for their own account.

Therefore, they are happy to take the second opinion of reinsurer who has developed a substantial and diverse portfolio of this business. The spread of risk which a reinsurer can obtain on its sub-standard portfolio enables it usually to offer competitive terms on impaired lives.

d) Helping to manage an office's financial position

In recent years reinsurers have increasingly asked to help their clients to alleviate the effects of 'new business strain'. This arises because of the high cost of writing new business, primarily caused by a combination of reserves, the initial commission payable to the intermediary and other office expenses such as underwriting and processing. The cost of these outgoings is usually significantly greater than the first premium and the problem is compounded if the office writes a high volume of business with a heavy strain.

In situations like this the reinsurer can often be used to share new business strain. The reinsurer will pay its share of commission and sometimes a part of the ceding office's management expenses.

In these circumstances the reinsurer is said to be 'financing' the direct office's business and as a reward for its help the reinsurer takes an agreed quota share of the policies written by the cedant.

1.3.3. Life Reassurance Monopoly in Turkey

In Turkey, Reassurance Monopoly had been put in order on 25th June 1927 by the Article 1160 under the title "Mükerrer Sigorta İnhisarı".

As of 27th February 1929, all reinsurance business in Turkey was subject to the Monopoly for the following 15 years. And after the commencement of each Monopoly period, the new period had been determined.

Regarding the Reassurance Monopoly for life branch in Turkey, with the other branches, also life branch was subject to 50% cession to the Reassurance Monopoly. However, in the decree no. 4/3689 dated 11th October 1954 it was declared that the new life contracts were excluded from the Reassurance Monopoly. Reasons had been explained as at below:

a) Since the Reassurance Monopoly would not last so long but would end, and was in the transition period, life reinsurance had to be excluded and all mathematical reserves held by Milli Reasürans T.A.Ş. had to be given back to the companies,

b) Considering the currency saving and retaining problem, since all insurance companies had determined their life reinsurance retention with a very large proportion, there was no need for reinsurance,

c) Life insurance business was subject to (is still subject to) approval by Ministry of Trade and hence the necessity of supervision by Monopoly, of the life insurance tariffs was invalid.

d) Loss control and risk management of life insurance business was impossible and therefore Monopoly had no benefit for the control of the life insurance loss.

For the abovementioned subject, the Ministry of Trade had sent a letter to the Prime Ministry for their opinion and advice on Life Reassurance Monopoly as the tariffs and claim control of life insurance is unnecessary therefore it had to be excluded from Monopoly.

But in 27th December 1971 with the decree 7/3587 of the Ministry of Trade, life reinsurance had been included again in Monopoly and for the next 10 years till 1st January 1982 had been subject to Monopoly. In 1st January 1982 by the decree 8/4008 of the Ministry, it was excluded again till the year 2001.

1.3.4. Technical Side of Life Reassurance

Reassurance techniques appear by the transition from theoretical side of reinsurance to practical side by fixing retentions, determination of the reinsurance implementations of proportional and non-proportional ways which are explained below.

Life reassurance techniques differ from the other branches reinsurance by fixing retentions, determination of treaty techniques since the life insurance is more profitable than the other branches and also regarding the accounting side including transactions. Such differences are stated below and will be discussed under their titles.

1.3.4.1. Retention

Risk exposure of a company is fixed with a limit in order to prevent company from big losses where this limit called as the retention. Retention is determined for each risk or claim limit or a portion of sum-insured. Life insurance company has got a volume of particular investment instruments and a particular portfolio.

Sometimes retention can be determined by laws and it effects the profitability of the company.

A - Subjects Effecting Retention :

All subjects effecting the determination of retention can be discussed in below mentioned statements :

- Size of the portfolio, premium income, profitability of the portfolio,
- Structure of the portfolio and distribution,
- Strategy of the company,
- Claim experience,
- Conditions in insurance market and the economy of the country in general.

B - Formulaes for Fixing the Life Retention are suggested as : Meidell Formulae, Bernoulli Formulae and Landre Formulae.

1.3.4.2. Methods of Life Reassurance

The Reassurance Agreement of 1900 theoretically regulates facultative business passed between direct offices on original terms (in other words, the reinsuring office follows the fortunes of the direct writing company).

The vast majority of business reassured in the United Kingdom is placed with specialist reinsurance companies who are not bound by this reinsurance agreement. Most business is placed under reinsurance treaties, although special or sub-standard risks may be wholly or partly reassured on a facultative basis.

1.3.4.2.1. Facultative Life Reassurance

Facultative reinsurance is the most primitive implementation of reinsurance where ceding company offers a risk and acceptance of this risk is at the discretion of the reinsurer.

Nowadays, by the application of new techniques facultative life reinsurance appear by the over coverage of the life treaty capacity.

The need for facultative reinsurance comes from the lack of coverage of the treaty. This method is very elastic but expensive regarding administrative expenses comparing with the other techniques.

1.3.4.2.2. Proportional Life Reassurance, its Implementation, Advantages and Disadvantages

There is mutual obligatory cession between the insurance and the reinsurance company in the proportional reinsurance business. Ceding company which is the insurer, cedes the share of he reinsurer to its accounts and the reinsurer has to accept those shares and cannot refuse the risks. It is important for the reinsurer to reach a balance considering premiums and sums insured. This type of reinsurance is cheaper than the facultative reinsurance.

1.3.4.2.2.1. Life Quota Share Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages

Quota Share Treaties are based on proportional shares by percentages. Ceding company fixes its retention as a percentage and the surplus of this percentage is ceded to the treaty with a percentage again.

Here, it is very strong to mention "the following the fortune" clause for the reinsurer since the system of sharing depends on percentages. Therefore, it is possible always to have a share from each policy underwritten by the ceding company.

But there are some disadvantages in Quota Share method because of the obligatory cession by a fixed percentage causes the cession of profitable risks.

Hence Quota Share treaties are considered for the new and unknown business and are not usual in life reinsurance business.

1.3.4.2.2. Life Surplus Treaty, its Implementation, Advantages and Disadvantages

This is the most common life reinsurance implementation in the reinsurance market.

Ceding company fixes its retention with an amount, not with a percentage like in Quota Share method. Hence the reinsurers can share the surplus of the sum insured following the retention of the ceding company.

It is possible to retain all the policies with sums insured less than the retention amount. Profitability of the business can be protected under this treaty.

However, if the portfolio of the ceding company is not consistent, if there are policies with small risks with small sums insured and with large risks with big sums insured the retention amount does not protect the profitability, instead, causes a loss.

Since the most usual life reinsurance method is by surplus treaty, it will be beneficial to contract a life surplus treaty as below :

LIFE SURPLUS REINSURANCE TREATY

XYZ LIFE INSURANCE CO.
(hereinafter called the "Company")
of the one part

ABC REINSURANCE CO.
(hereinafter called the "Reinsurer")
of the other part

ARTICLE 1 - SCOPE OF THE AGREEMENT

This Agreement shall cover all insurances, including supplementary benefits, accepted by the company in accordance with the plans and in the geographical areas set forth in the annexes to this Agreement.

ARTICLE 2 - POLICY CONDITIONS, RATES

The current general and special policy conditions and premium schedules of the company applying to the business covered by this Agreement shall form an integral part of this Agreement. Significant additions or alterations to any of these conditions or schedules shall be reported to the Reinsurer without delay.

ARTICLE 3 - RETENTION

The type and amount of the Company's retention on any life are set forth in the annexes to this Agreement. The Company may be subject to three months notice to the Reinsurer, alter its retention in respect of future new business at the end of any calendar year.

ARTICLE 4 - REINSURER'S SHARE

The Company agrees to cede to the Reinsurer such shares of all insurance covered by this Agreement as are set forth in the annexes to this Agreement. The amount to be reinsured in each case shall be the difference between the retention and the total death benefits insured at the commencement of the policy, or the commuted value of such death benefits if these are not payable immediately upon the death of the insured. In case of additional benefits, the amount to be reinsured shall be the difference between the total additional benefit insured and the retention of the Company for such additional benefits.

ARTICLE 5 - REINSURER'S LIMIT

The Reinsurer agrees to accept automatically all reinsurance up to the limits shown in the annexes to this Agreement. Any amounts exceeding the limits of automatic cover shall be offered to the Reinsurer for facultative acceptance. If any such amounts are declined by the Reinsurer, the Company shall be free to reinsure these elsewhere or to retain them for its own account. Once accepted by the Reinsurer hereunder, facultative business shall be subject to the terms and conditions of this Agreement. In the case of all facultative and substandard risks submitted to

the Reinsurer, the Company shall, before issuing the policy, provide the Reinsurer with the complete insurance papers. In certain circumstances, the Reinsurer may request additional information.

ARTICLE 6 - REINSURANCE PREMIUMS

The Company shall pay to the Reinsurer the premiums as the following manner.

Group Policies: Original average premium depending on the enclosed Reinsurance Premium Schedule.

Individual Policies: According to each insured age depending on the enclosed Reinsurance Premium Schedule.

Original policy premium. The reinsurance premium shall be credited in advance to the current account of the Reinsurer, for the whole policy year considering the premium instalments.

ARTICLE 7 - REINSURANCE COMMISSION

The Reinsurer shall be debited by the commissions set forth in the annexes to this Agreement.

ARTICLE 8 - PROFIT COMMISSION

The Reinsurer current account shall be debited by the amount of its share of the profit commission set forth in the annexes to this Agreement.

ARTICLE 9 - CLAIMS

The current account of the Reinsurer shall be debited in advance by its share of any benefits payable in accordance with the conditions of the policy. The Reinsurer shall be debited also with the share of its extraordinary expenses which may arise in connection with the handling of individual claims (court or arbitration court costs, special investigations), but shall not be charged for other emoluments of employees of the Company or for any other internal loss adjustment or traveling expenses, including the Company's administrative costs.

ARTICLE 10 - ACCOUNTS

The Company shall submit accounts to the Reinsurer in the manner described and in the time limit allowed in the annexes to this Agreement. The accounts shall be rendered in the original currency.

ARTICLE 11- REINSURER'S LIABILITY

The Reinsurer's liability during the period of this Agreement shall commence and terminate simultaneously with the Liability of the Company. In case of the facultative acceptance, however, it shall not commence until the Reinsurer has notified the Company of its acceptance of the risk but shall then take effect retroactively as from the commencement of the Company's liability. Errors and inadvertent omissions shall not prejudice the rights or obligations of either party under this Agreement but shall be rectified as soon as possible.

ARTICLE 12 - ARBITRATION

Disputes arising out of this Agreement or concerning its validity shall be submitted to the decision of a court of arbitration, consisting of two members, each shall be chosen by one party. In the event of unagreement within four weeks, two arbitrators shall choose another arbitrator. The arbitrators shall reach their decision of majority in accordance with the usages and customs of reinsurance practice and shall be relieved of all legal formalites. They shall reach their decision within four months of the appointment.

ARTICLE 13 - COMMENCEMENT AND TERMINATION OF THE AGREEMENT

This agreement shall take effect on the date and at the time set forth in the annexes and shall be concluded for an indefinite period. Either party shall be free to terminate this agreement in respect of new reinsurances by giving at least three months notice, such notice to expire on date indicated in the annexes to this Agreement. Notice of termination shall be given in writing (by registered letter, telex, telefax or telegram) and addressed to the head office of the other party or to any other address which has been supplied for this purpose.

XYZ LIFE INSURANCE CO.

ABC REINSURANCE CO.

MADE IN DUPLICATE,

**AGREED TO SIGN AND EXCHANGED BY THE PARTIES SIGNED IN IS
TANBUL, THIS 25th DAY OF DECEMBER 1992**

LIFE SURPLUS TREATY SLIP

REASSURED: XYZ Life Insurance Company
PERIOD: In force as of 1.1.1992, renew automatically on the anniversary date unless cancelled by either party, subject to 3 month notice from anniversary date.
TYPE: Surplus on sum at risk basis.
BUSINESS COVERED: Life business and/or riders per person exceeding xyz retention.
TERRITORIAL LIMIT: Worldwide. All business underwritten in Turkey and Turkish Republic of Northern Cyprus.
MAX RETENTION:

Life (Death)	TL 30.000.000.-
Accidental Death	TL 30.000.000.-
Disability	TL 30.000.000.-

CAPACITY: 40 lines at most TL 1.200.000.000.-
REINSURANCE PREMIUM: As Enclosed.
COMMISSION:

Life (Death)	45% of 1 st year premium
	15% of 2 nd year premium
	10% of 3 rd year premium
Accident	30% of each year premium

ACCOUNTING: Annually Balances to be settled half yearly by the debtor party.
WORDING: As existing.
PREMIUM RESERVE: 35% of net premiums
INTEREST ON PREMIUM RESERVE : 7% NET
PROFIT COMMISSION: 40% CREDIT - DEBIT
C.O.C: 0.3%
CASH LOSS: TL 25.000.000.-
REINSURER SHARE : 100%
TREATY E.P.I. : TL 1.000.000.000,-

1.3.4.2.3. Non-proportional Life Reassurance, its Implementation, Advantages and Disadvantages

Since the proportional application is out of subject, no obligatory cessions and no shares had been stated in non-proportional life of premiums also. There is no proportional cessions can be called as Price is determined and paid in advance by the insurance company. Hence reinsurer pays for the amount exceeding priority (retention) of the company up to a certain amount.

1.3.4.2.3.1. Excess of Loss (XL) Treaty, Its Implementation, Advantages and Disadvantages

Excess of Loss (XL) treaties are quite different than the other classical reinsurance treaties since there is no proportional cessions of risk premiums and sums insured. Two types of XL treaties are in implementation as working excess of loss (WXL) per risk basis and catastrophic excess of loss (CXL) per event basis. In life reinsurance, excess of loss treaties are used for catastrophic cases. In the same event more than 2 persons die with a total fixed amount, reinsurer pays for the exceeding part of the total fixed amount (priority) up to the second priority. Ceding company pays in advance a premium calculated by the reinsurer at the beginning of the contract.

In this method, not like in the other methods where the other methods always include all policies etc., treaty works for overall loss regarding the branch but not regarding the insured.

1.3.4.2.3.2. Stop Loss (SL) Treaty, Its Implementation, Advantages and Disadvantages

Like excess of loss method, this method is also quite different than the other methods. There is a fixed premium shall be paid in advance by the insurance company. Reassurance company will reimburse the loss of excess of predetermined percentage of the loss/premium ratio up to a certain ratio. This is the most expensive method of reinsurance which is implemented for the branches whose expected claims are high.

1.3.4.3. Life Reassurance Accounting

Life reinsurance accounting is an operation carried on by the reinsurance or the accounting department of the company. Some documentation have to be constructed in order the accounts. These are as follows:

(i) Reassurance Borderaux: We can divide into 4 types of borderaux of the reinsurance transactions as

A- Borderaux consist of policy number, name, age, date of issue, premium, instalment type, coverages

B- Borderaux consist of policy number, coverages, retention and cession on coverages

C- Borderaux consist of policy number, age, premium, instalment type, ceded premium

D- Borderaux consist of policy number, claims, retained claims, ceded claims

(ii) Reinsurer account kept by the ceding company which including profit commission calculations and amounts of any transaction held.

(iii) Relation of income statement with the reinsurance premium is very important regarding the cession of the amounts of premium which differs from each other where the first type is over cession of annual premium, the second is over accumulated accrued premium which is the right application.

CHAPTER II

REINSURANCE OF RIDERS OF THE LIFE INSURANCES

2.1. RIDERS OF LIFE INSURANCE

There are many benefits used as rider to the life insurance. We can gather them into three main groups. These are personal accident, disability and dread disease insurance groups. Since we are mostly interested in implementation in Turkey, it has to be stated here that, one of the above mentioned groups, called as disability groups include disabilities arising from accident and/or illness where the disability arising from accident is considered in personal accident branch and disability by illness is not included in any branch and therefore, this, disability group is not usual in Turkey.

2.1.1. Personal Accident (P.A.) Insurance

Personal Accident Insurances insure persons against death, permanent disability, daily cash benefit for the days in those the insured cannot work, and treatment expenses caused by an accident.

2.1.2. Personal Accident Insurance in Turkey

In Turkey like in the other countries, an accident cannot cause a death and disability at the same time. If the insured had received the coverage for the permanent disability, and dies because of the same accident in the year as from the date of accident, insurance company compensates the beneficiaries by an amount to be obtained after the deduction of disability benefit from death benefit. But daily cash benefit and treatment expenses are not deducted from death benefit or disability benefit.

2.1.2.1. Benefit of Death Caused by Accident

Coverage of insurance is compensated to the beneficiaries stated in the policy if the insured dies immediately or in a year as from the date of an accident.

2.1.2.2. Benefit of Permanent Disability Caused by Accident

Under this benefit the insured is compensated with the disability coverage stated in the policy if the insured becomes permanently disabled immediately or in two years as from the date of an accident. Date of compensation is after the

medical treatment and diagnosis of the permanent disability where the percentage are stated below:

1- Indemnities for total and partial disability are determined and adjusted as per the following schedule:

Full loss of both eyes	100%	
Full loss of both arms and both hands	100%	
Full loss of both legs or both feet	100%	
Full loss of one arm or one hand together with one leg or one foot	100%	
Complete paralysis	100%	
Incurable mental disease preventing work or employment	100%	
	Right	Left
Full loss of the arm or the hand	60%	50%
Full loss of shoulder mobility	25%	20%
Full loss of elbow mobility	20%	15%
Full loss of wrist mobility	20%	15%
Full loss of the thumb and the index finger	30%	25%
Full loss of three fingers including thumb and index finger	30%	25%
Full loss of the thumb and one finger other than the index finger	25%	20%
Full loss of the index finger and one finger other than the thumb	20%	15%
Full loss of the thumb only	20%	15%
Full loss of the index finger only	15%	10%
Full loss of the middle, ring or little finger	10%	8%
Full loss of ring finger and little finger	15%	12%
Full loss of one leg or one foot	50%	
Amputation of one foot with all toes	30%	
Loss of lower jaw	30%	
Full loss of one eye or loss of half the vision capacity of both eyes	25%	
Full deafness of both ears	40%	

Full deafness of one ear	10%
Mishealing of a broken leg or foot	25%
Mishealing of a broken knee-cap	20%
Loss of mobility in hip or knee	20%
Shortening of a leg by 5 cm or more	15%
Full loss of one big toe	10%

For the purpose of this schedule, (full loss) of an organ or part of an organ means that the organ or part thereof absolutely and definitely does not function and is therefore considered non-existent.

Even if disabilities not listed in the above schedule are less important, their importance is established in comparison with the percentages given hereinabove without consideration of the extent they affect the craft or occupation of the Insured.

The loss of an organ or part of it which already could not be used before an accident shall not be indemnified.

The total of indemnities payable for various infirmities arising from accidents occurring during the term of the insurance may not exceed the insured amount. If an indemnity lower than 50 % is paid, the coverage for disablement continues excluding the organ loss in the accident, provided that the insurance premium is thereafter paid. For accidents which require 50 % or more indemnity, the full or partial disability coverage becomes void.

2.1.2.3 . Daily Cash Benefit

The insured is compensated with the amount stated in the policy when he/she becomes unable to work. If he/she becomes able to work partly, daily cash benefit is reduced by 50%.

2.1.2.4. Treatment Expenses Benefit

The insured is reimbursed by the amount of medical expenses including doctor examination, drugs, radiography, hospital room and board and related expenses arising from an accident, through one year as from the date of the accident.

2.1.3. Dread Disease Insurance

Dread diseases are the sicknesses cause a person to loose the life hope, are impossible to cure and reducing the physical capacity of the person. First in 1983 in South Africa this insurance appeared and became popular in many countries.

2.1.4. Dread Disease Insurance in Turkey

There are 2 or 3 forms of the benefit:

- 1) Depending on death capital
- 2) Independently (like in personal accident branch)
- 3) (1) and (2) together.

The first implementation requires that, before death of the person if a dread disease appears, a portion of the death benefit is deducted and paid. The second implementation is directly for the disease probability.

It has to be taken into consideration to keep the amount of coverage of dread disease benefit less than death benefit because of proportional payment possibility.

This policy provides with the capital when a dread disease appears and support the survival of the person. Treatment expenses can be reimbursed by this coverage. If the death seems to be possible in the near future for the insured, by the coverage, person can spend his (her) own life in a good manner.

Since the premium of this insurance is excluded from the tax payment, it is profitable.

2.1.4.1. Cancer

All ailments of a cancerous nature, with the exception of "in situ" cancers or basal cell cancers, or tumours arising from an acquired immune deficiency syndrome (A.I.D.S.), may be considered as part of this category and eligible for the guarantee.

2.1.4.2. Myocardial Infarction

Our definition relies on the three elements which follow:

- 1) Preceding characteristic precordial pain,
- 2) Specific infarction-type electrocardiographic anomalies,
- 3) Elevated transaminases

2.1.4.3. Stroke

It can be considered as cerebro - vascular accident and the following would be covered by the guarantee: cerebral infarction, cerebral haemorrhage, cerebral embolism giving rise to symptoms of more than 24 hours in duration and resulting in permanent neurological damage.

2.1.4.4. Ischaemic Cardiopathy Treated Surgically

The guarantee would cover by-pass surgery to one or several coronary arteries for the relief of blockage or narrowing of such arteries. Non-surgical techniques such as transluminal angioplasty or removal of obstruction by laser would not be covered.

2.1.4.5. Kidney Failure

It is regarded as terminal Renal Insufficiency all forms of terminal renal insufficiency, arising from whatever cause and giving rise to peritoneal dialysis, haemodialysis, or leading to a kidney transplant, would fall within the scope of the guarantee.

2.1.4.6. Chronic Invalidity of Neurological Origin

The following conditions would be covered by the guarantee: completely disabling forms of multiple (disseminated) sclerosis and Parkinson's disease, long-term paralytic conditions (paraplegia, hemiplegia, tetraplegia); the diagnosis must be made and expressed without equivocation by a hospital neurologist, and the incapacitating nature the illness defined by its effect on the motor ability of the invalid in daily life and activities.

2.1.4.7. Organ Transplant

This benefit is concentrated on main organ graft and defined as receipt by transplant of one of the following organs: heart, heart/lungs, liver, pancreas, kidney, bone marrow.

2.1.4.8 Blindness

The loss of ability to see through both eyes is covered under the policy by the coverage amount.

2.2. REINSURANCE OF RIDERS OF THE LIFE INSURANCE

By the reason of marketing of riders with life benefits, they are stated in the same policy. Hence the reinsurance of those riders is covered under the treaty which is acted for life branch.

2.2.1. Reinsurance of Personal Accident (P.A.) Insurance

Personal Accident insurance benefits are like the life benefits especially when we consider the death benefit arising from an accident. Regarding permanent disability, daily cash and medical treatment expenses benefits are more likely to the health insurance benefits. But those are cannot be separated from the personal accident sub-branch and since the personal accident sub-branch is reinsured under the life reinsurance treaty, they are also included in this treaty. Therefore reinsurance transactions are held like in life reinsurance.

2.2.1.1. The Need of Personal Accident Reinsurance and its Functions

The need of personal accident insurance is very important if we think of the workers in a factory, passengers in a bus etc. This need is provided and satisfied by the insurance company where this insurance company has to be covered also by the way of reinsurance.

When we take into consideration this branch, it seems to be obvious the occurrence of catastrophic risks since accidents effect usually more than one person at the same time. And such catastrophic cases cause insurance company to loose a big part of its fund because of compensation for such catastrophic events. If such events are not covered with a reinsurance treaty insurance company goes into bankruptcy probably. Hence the need of reinsurance seems to be very important.

2.2.1.2. Personal Accident Reinsurance Monopoly in Turkey

Since the personal accident benefits are reinsured under the life reinsurance treaty, this sub-branch is not subject to reinsurance monopoly. But this seems to be a conflict in the monopoly implementation and should be discussed by the

authorities as soon as possible. Until the year 1991, the personal accident benefits are subject to monopoly cession as 30% where the reinsurance commission was 30% regarding those benefits separately.

By the end of the year 1991, the new monopoly program is determined as below:

1) For the period between 1.1.1992-31.12.1994, 25% of the insured amount exceeding the retention of the company shall be ceded to the monopoly.

2) For the period between 1.1.1995-31.12.1997, 20% of the insured amount exceeding the retention of the company shall be ceded to the monopoly.

3) For the period between 1.1.1998-31.12.2001, 15% of the insured amount exceeding the retention of the company shall be ceded to the monopoly. For this reinsurance cession, reinsurance commission is determined as %35.

Besides, all business after retained and ceded to the monopoly, shall be ceded to Pool 17 by 15% between 1.1.1992 - 31.12.1992 and by 20% between 1.1.1998 - 31.12.2001.

2.2.1.3. Personal Accident Reinsurance Techniques

As mentioned in the above section "1.3.4.2. Methods of Life Reassurance" and since personal accident sub-branch is reinsured under life reinsurance treaty, the most commonly used reinsurance method is Surplus method

2.2.2. Reinsurance of Dread Disease Insurance

The benefits as specified in this branch feature similarity with the benefits of life insurance. They are reinsured under the life treaty if they are riders to the life benefits hence the surplus treaty is applicable. But the quota-share treaty is used for this branch if the benefits are independent of life benefits.

2.2.2.1. The Need of Dread Disease Reinsurance and its Functions

Reinsurance of this branch provides the insurance company to enter new markets and increase the volume of this business and also of life business.

2.2.2.2. Dread Disease Reinsurance Techniques

There are many dread disease benefits like in health business with big amount of coverages not like in health business. So that the needed reinsurance technique seems to be quota-share technique for this branch separately. However, we are concentrating on these insurances as the riders of life benefit and therefore they are covered under life surplus treaty.

CHAPTER III

HEALTH REINSURANCE

3.1. HEALTH INSURANCE

Health insurances reimburse person at any place in the world, when an illness or accident cause medical expenses. Group health insurance support workers physiologically since it provides with the health plans covering all problems about health.

It is the most demanded insurance branch among the personal insurances. Hence it is one of the most risky branches for the insurance company considering this high need.

3.2. HEALTH INSURANCE IN TURKEY

5 or 6 yers ago, health insurance implementation is started by the companies in Turkey but its improvement was observed 3 years ago. In 1990, it is declared by the legal authorities the necessity of establishment of this branch where all benefits included in this insurance was stated as riders in the life policy. By the end of 1990 almost all companies in the market settled their health insurance branch as a seperate branch. Since this branch is among the non-life branches, it was subject to free tariff system also where the free tariff implementation started by the 1th of May 1990.

The maximum commission for the agency net work was determined as 20% of the market premium. But the loss/premium ratio of this branch seemed to be high, companies decided on 10%-15% commission.

Because of the lack of statistical data regarding all subjects in Turkey, this subject was also unknown and the premium of this branch could be calculated using the frequency data of the Social Security System in Turkey.

Insurer ; in the event of occurance of any illness and/or injury, will pay for the health expenses of insured in accordance with the following benefits;

3.2.1. Doctor Examination Benefit

All expenses related to the medical diagnosis or treatments rendered to the insured person will be paid in relation with the limits for coverages and

deductibles and with annual sublimits stated in the policy on the condition that the examination by the physician will be rendered to the insured at the hospital and/or licensed clinics and/or legally licenced doctor's office. Insurer has the right to appoint, in the specific areas, the physician rendering medical diagnostic procedures and/or treatments to the insured. In an emergency case the insured can apply to another doctor who is not appointed by insurer. In this case the compensation will be paid after processing and approval by the doctor and/or doctors of insurer. Examinations and treatments of dentists, psychiatrists and for maternity care are excluded from the doctor examination benefits.

3.2.2. Prescribed Drugs Benefit

This benefit shall be appropriate after the approval of the precriptions, receipts and coupons of the drugs and medicines, by the doctor and/or doctors of insurer. Some insurers may request that prescribed drugs benefit has to be applied

3.2.3. Laboratory, X-Ray Services and Prostheses Benefit

This benefit will be reimbursed up to the limits and by deductibles stated in the policy referring to the prescription by a physician for diagnostic procedures and after the approval of receipt. Dental prostheses are excluded. Expenses of all prostheses (other than dental prostheses) shall be paid up to the limits and by the deductibles stated in the policy. This benefit also may be requested that has to be given together with the doctor examination benefit.

3.2.4. Hospital Room and Board Services

The room, board and nursing expenses for each complete day spent in the hospital by the insured person, when registered as inpatient, will be paid by insurer up to the limits stated in the policy.

It is available to add accompaniment benefit to this benefit with the related premium.

3.2.5. Hospital Treatment Expenses Benefit

If required by the health institution where the insured registered as inpatient;

All necessary services and equipments including blood and blood plasm; Oxygen, anesthesia expenses; Plaster, court plaster, bandage, dressing e.t.c. expenses; Prescribed drugs by the physician in the hospital; ECG, laboratory and X-Ray services;

3.2.6. Surgery and Anesthesia Expenses Benefit

Expenses of surgery and anesthesia will be paid up to the limits stated in the policy when medically required.

3.2.7. Maternity Care Benefit

Expenses related to normal and premature deliveries and abortion are paid up to the limits stated in the policy. It will apply only to pregnancies whose actual date of birth is at least 15-21 months later than the date of enrollment of the insured person.

3.2.8. Dental Expenses Benefit

Expenses of all dental treatments, rendered to the insured person by legally licensed dentist at his/her office, at the hospital or at any legally licensed health institution, are paid up to the limits stated in policy.

3.2.9. Emergency Medical Transportation Benefit

All medical transportations to the nearest hospital will be reimbursed after the approval, of the conditions and receipts related to this transportation, by the doctor/doctors of insurer, up to the limits stated in the policy.

3.3. HEALTH REINSURANCE, ITS HISTORY AND DEVELOPMENT

In 1960s health insurance was started to be known and became familiar to the people.

Considering the benefits of this branch, it is too detailed and administrative expenses are high, in addition expected loss is also high and hence it seems to be risky for the insurer and reinsurer mutually.

In the first three years in Turkey, reinsurance of this business couldn't be done and by the offer of life benefits with this benefit, insurance companies persuaded reinsurers and by the end of 1990 this branch started to be reinsured under Quota-Share treaties.

3.3.1. The Need of Health Reinsurance and its Functions

Since the loss/premium ratio is high in the health branch, insurance companies are trying to be risk averse and limiting the volume of this business.

By the support of reinsurance, insurance companies feel free and less strain while they are marketing this business.

3.3.2. Health Reinsurance Monopoly in Turkey

Health Insurance was settled as a separate branch by the end of 1990 and hence it is subject to reinsurance monopoly like the other non-life branches.

First implementation of monopoly for this branch was as 30% cession out of the amount exceeding company's retention and 30% reinsurance commission out of this cession.

But by the decree dated 15.9.1991 of Ministry, during the period between 1.1.1992-31.12.1994 cession to monopoly is determined as 25%, between 1.1.1995-31.12.1997 is as 20% and between 1.1.1998-31.12.2001 as 15% where the reinsurance commission is stated as 30% for all periods.

In addition, there is second obligatory cession as the business exceeding retention and the monopoly cession, by 15% between 1.1.1992 - 31.12.1997 and by 20% between 1.1.1998 - 31.12.2001.

3.3.3. Technical Side of Health Reinsurance

First of all, the retention for the health branch is commonly determined as a percentage in order to make cessions out of each benefit possible. Therefore it will be easy to observe "the following the fortune" term considering those sharing ways.

Methods of health reinsurance like in the other branches depend on the nature of this branch. Hence some methods seem to be inapplicable while others are commonly applied.

3.3.3.1. Facultative Health Reinsurance

Insurance companies are interested in reducing the loss more than profitability since the expected claims is high in this branch. Health reinsurance treaties are constructed with the annual aggregate limit for the claims of the insured during the policy year. This limit restricts the treaty and the possibility of expenses exceeding this limit is not low, for the exceeding part insurance company uses facultative health reinsurance.

This facultative health reinsurance is usually parallel to the main health treaty and the other terms and conditions are like on the facultative life reinsurance.

3.3.3.2. Proportional Health Reinsurance

The need of proportional reinsurance for health insurance benefits is very high and quota share method is mostly used comparing to the supply method.

3.3.3.2.1. Health Quota Share Treaty

Since the retention is determined as a percentage regarding these treaties, insurance company is able to cede each of the benefits in the frame of the amount stated in the policy for those benefits, by the way of quota share method.

It is easy to share benefits with percentages, it will be beneficial here to give an example for the quota-share treaty slip where the wording of all proportional treaties are like each other but the technical rate which is called as slip differs from each other.

It will be beneficial to give an example of a QS treaty slip.

HEALTH QUOTA-SHARE TREATY SLIP

TYPE :	Quota-share
SUBJECT:	Individual and Group Health Insurances
PERIOD:	01.01. 1992-01.01.1993 provided that a notice of termination is given 3 months prior to the expiry date of the treaty.
SCOPE:	Turkey and Turkish Republic of Northern Cyprus

TERRITORIAL LIMIT:	Worldwide
REINSURANCE PREMIUM:	Original premium
RETENTION:	20%
REINSURER'S SHARE:	25% of 80% Monopoly 55% of 80% ABC Reinsurance Company 12.5% of 80% DEF Reinsurance Company 7.5% of 80% HIJ Reinsurance Company
COMMISSION:	30%
PROFIT COMMISSION:	25%
C.O.C.	0.3%

The market realities existing in Turkey are reflected in the above mentioned amounts and terms.

3.3.3.2.2. Health Surplus Treaty

At least 6-7 benefits are included in health insurance branch and those benefits differ from each other regarding their coverage amounts arising from the nature of them.

In life branch, and also in riders to life benefits, coverage amounts are usually consistent, almost are equal. Therefore fixed retention can be applied for all of them easily.

But when we consider the health branch; doctor examination, drugs, diagnosis, laboratory benefits which are stated in the policy with small amounts because of their nature where the surgery, maternity and the like are stated with big amounts. Then it is obvious the difficulty to determine a joint retention for those benefits and hence the retention appears to be determined by a percentage in other words retention calculation under surplus method will cause the increase of administrative costs. So the implementation of surplus method in health reinsurance is very rare.

3.3.3.3. Non-proportional Health Reinsurance

This method is very important and supporting the company exposed to high claims regarding unpredictable health health benefit expenses. Non-proportional reinsurances are covering excess part of the accumulated claims. Health insurances are available for high medical expenses accumulation in other words convenient for existence of an excess of predetermined and expected claims amount. Therefore non-proportional method are the most important reinsurance technique for protection of the health branch.

3.3.3.3.1. Excess of Loss (XL) Treaty

Annual aggregate limit for the medical expenses of a person is usually stated in the reinsurance treaty and the amount exceeding this limit has to be reinsured too. This need can be satisfied by the excess of loss method.

Considering the uncertainty of total expenses of health benefits and inflation in the medical tools motivate company to act an excess of loss treaty. But such reasons cause the price of this treaty to be expensive. So that companies prefer to settle an annual aggregate limit in the policy of the insured.

3.3.3.3.2. Stop Loss (SL) Treaty

When settled as a separate branch it seemed to be unknown business regarding the lack of statistical data of health insurance which causes the price of this treaty to be high. Hence quota-share treaties are preferred to be used in this business.

3.3.3.4. Health Reinsurance Accounting

Health reinsurance accounting can be said as same as life reinsurance accounting mentioned in Chapter I. Here the main difference arises from the bordereaux where those bordereaux are prepared regarding each health insurance transaction of person in other words carried forward based on insured persons.

CONCLUSION

Life nsurance, personal accident, dread disease and health insurance provide us with the basic need of our daily life. This basic need is to keep the life standart at the same level. A trustable policy guarantees the life style of the person. In Turkey; life, personal accident and health insurances are very well-known where the dread disease insurance and its meaning isn't understood and unfamiliar to the market. This is one of the most important insurance of persons and had been settled as a private branch in abroad. Therefore it has to be settled as private branch in Turkey also.

A trustable policy can be explained as the policy which creates no doubt about compensation of coverages. This guarantee is supported, almost completely, by the reinsurance business. Insurance companies can easily pay indemnities since the share those indemnities by reinsurers. When we observe the life insurance statistics between the years 1982-1991, especially in the years 1989,90,91, the share of life insurance premium in the market premium production has increased rapidly. Herce this rapid development indicates that the life reinsurance need is also increasing rapidly.

Using the appropriate techniques in life reinsurane, insurance companies can expand their technical profit margin. Regarding life reinsurance, we can observe some incomplete and false implementations which is caused by the instalment accrual basis accounting of life insurance. Like non-life reinsurance, companies cede the annual risk premium of life reinsurance where the life insurance premium is followed in accumulated instalment accrual basis. So that in the technical profit/loss account, the difference between annual reinsurance premium and accrued instalment premium creates a loss hence a decrease in technical profit therefore causes loss of tax payment. Terms and conditions have to be consistent in all statements with each other.

Regarding the principals of insurance where it is said that no gain can be on purpose, nevertheles, reinsurance of health insurance indirectly providing this. Since this branch is not profitable, it is not preferred to market in a large volume. By the way of reinsurance, company easily shares its high frequent claims and does not avoid to enter new markets where new life clients can be gained. Therefore profitable shares in the market can be held by the help of health insurance supply.

In Turkey, insufficient statistics of social security is used in calculation of health insurance premiums based on frequency but not on annual total indemnity. So it is unpredictable to know the loss at the end of the policy year which causes the decline of reinsurers in reinsuring of this business. Companies have to keep and construct their health insurance datas in frequency basis and also in indemnity basis. Therefore it will be easy and supportive to be reinsured in this subject.