



Sektörün ortak sesi — bağımsız sigorta gazetesi

WWW.SIGORTANINSESI.COM

MANŞET · ANALİZ

Suistimali gören acentenin elinde ne var?

Bir okuyucumuz yorum bıraktı ve sektörün en az konuşulan meselesini tarif etti. Ayda bir kez hasarlı araca kasko yaptırmak isteyen kişi karşısına çıkıyor. Kendisi bu talebi geri çeviriyor. Ancak sonrasında ne yapacağını bilmiyor. İhbar edeceği yer belirsiz; bulduğu kanallar ise ona kendini savunma ihtiyacı hissettiriyor. Yani suistimali fiilen engelleyen acente, sistem tarafından desteklenmiyor.

Suistimalle mücadelede son dönemde önemli adımlar atıldı. Düzenleyici kurum bir komite ve çalışma heyeti oluşturdu; veri analizi, risk göstergeleri ve yapay zekâ uygulamaları gündemde. Bunlar gerekli adımlar. Ancak bir okuyucumuzun bıraktığı yorum, tablonun eksik kalan tarafını gösteriyor.

Yorumu yazan kişi acente ve şunu anlatıyor: "Ayda bir hasarlı araca kasko yaptırmaya girişimi bana geliyor. Uygun bir şekilde izah edip gönderen benim."

Yani bu acente, ayda bir kez suistimal girişimini kendi inisiyatifiyle durduruyor. Devamı ise daha çarpıcı: "Emin olun art niyetli birileri o araca sigortayı yapar, ödenmezse beni ilgilendirmez der, müşteriyle arasını yapar, üstüne para bile alır."

Bu cümlede iki şey var. Birincisi, aynı talebin başka bir kapıda karşılık bulabileceği bilgisi. İkincisi, suistimalin nasıl bir zincir hâlinde işlediğine dair gözlem.

Ve asıl mesele burada başlıyor: bu acente suistimali durduruyor, peki sonra ne oluyor?

BU SAYININ ÖZÜ

Geniş sayı. Önce acentenin masasındaki suistimal ve bugün açılan ihbar merkezi. Sonra taşıma kapasitesi: kârın kaynağı, sermaye ve reasürans, captive. Son olarak dağıtım: insurtech ve acentenin işlevi.

BU SAYIDA

Mevzuat · Ortak Hasar İhbar Merkezi bugün devreye giriyor

Suistimal · Araç zaten var, ama kimse bilmiyor

Kârın kaynağı · Teknik sonucun içinde faiz var

Sermaye · Reasürans, sermayenin yerine geçer mi?

Sermaye · Captive: yasak değil, orantısız

Dağıtım · Insurtech neden dağıtımda kaldı?

Dağıtım · Ekran soru sormaz

Köşe · Buz banyosu meselesi · Ekonomi · Künye

Ve asıl mesele burada başlıyor

"Ben böyle olduğunda dur şunu ihbar mı edeyim diyorum, nereye ihbar edeceğin belirsiz. Bulduğun yerler suistimal edeni değil, seni mimlemek için kurulmuş gibi bilgiler istiyor."

Zincirin neresi çalışıyor?

Suistimalle mücadelede dört halka

1. Şüpheli talep geliyor		Sahada
2. Acente fark ediyor		Sahada
3. İhbar kanalı		Belirsiz
4. İhbar edenin korunması		Tanımsız

İlk iki halka sahada işliyor. Sonraki ikisi tanımlı değil.

Bu neden önemli?

Bu sayıda ele aldığımız akademik çalışmanın iki bulgusu bu yorumla doğrudan ilişkili. Birincisi: en verimli suistimal şüphesi barındıran dosyalar sahadaki kişiler tarafından tespit ediliyor. İkincisi: ankete katılan sigortalıların yüzde 88,3'ü suistimal bildirim sistemini hiç duymamış.

O yazıda ikinci bulguyu farkındalık eksikliği olarak yorumladık. Bu yorum ise bir adım öteye götürüyor: sorun yalnızca sistemi bilmemek değil. Bilen kişi de kullanmakta zorlanıyor — ve kullanmaya çalıştığında kendini açıklamak zorunda hissediyor.

İhbar eden neden tereddüt eder?

TEREDDÜDÜN DÖRT KAYNAĞI

#	Kaynak
1	Kanal belirsizliği. Şüpheli talep nereye bildirilecek? Çalıştığı şirkete mi, veri merkezine mi, düzenleyici kuruma mı? Bildirimin ardından geri bildirim alınıyor mu?
2	Kimlik ve sorumluluk. İhbar edenin kimliği korunuyor mu? Bildirim asılsız çıkarsa yaptırımla karşılaşır mı?
3	Ticari sonuç. Acente bir müşteriyi ihbar ettiğinde o müşteriyle ilişkisi biter; bu doğrudan gelir kaybıdır.
4	Karşılığın olmaması. Suistimali durduran kişi sektöre bir maliyet kazandırır; ancak bunun kayda geçtiği bir mekanizma yok.

Oysa bu kişi ilk savunma hattı

Suistimalle mücadelede kurulan yapılar veriye dayanıyor: risk göstergeleri, desen analizi, yapay zekâ. Bunların hepsi geçmiş veriden öğreniyor; yani bir yöntem yeterince tekrarlandıktan ve veriye yansdıktan sonra tespit edilebiliyor.

Sahadaki kişi ise onu ilk defa gördüğünde fark ediyor. Bir acente, hasarlı bir aracın poliçelendirilmek istendiğini anlıyor. Bir eksper, hasarın anlatılan şekilde oluşmadığını görüyor. Bunlar veriye dönüşmemiş sinyaller — ve veriye dönüştüklerinde genellikle bir maliyet zaten gerçekleşmiş oluyor.

Peki ne yapılabilir?

Dört adım tartışılmayı hak ediyor. Birincisi tek ve bilinir bir ihbar kanalı: acente, eksper ve sigortalının aynı noktadan bildirim yapabileceği, adı ve adresi bilinen bir kanal. İkincisi ihbar edenin korunması: kimliğin korunması ve iyi niyetle yapılan bildirimlerde

sorumluluk doğmayacağını açıkça düzenlenmesi. Üçüncüsü geri bildirim; çünkü sonucu görülmeyen bir kanal zamanla kullanılmaz hâle gelir. Dördüncüsü kaydın tutulması: engellenen girişimlerin de kayda geçmesi.

Dördüncüsü özellikle önemli. Çünkü bir mücadelenin başarısı yalnızca yakalananlarla değil, önlenenlerle de ölçülür.

Bir de eğitim meselesi

Okuyucumuz aynı yorumda mesleki eğitime de değiniyor: "Sigorta sektörüne uzun dönem sonra yeniden geldim diye eğitimleri saniye saniye izledim, kaçırduğım bir şeyler var mı diye. Pişman oldum." Tespiti şu: her yerde bulunabilecek bilgilerin ezbere aktarıldığı, uygulamaya dokunmayan bir içerik yapısı.

Suistimal konusu bu tartışmanın tam ortasında duruyor; çünkü sahadaki kişi, bir talebin şüpheli olup olmadığını ancak bunu öğrendiyse ayırt edebilir.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Suistimalle mücadelede kurulan yeni yapı, koordinasyon açısından yerinde bir adım. Ancak bu sayfalarda daha önce sorduğumuz soru geçerliliğini koruyor: suistimal sahada oluyor, masada tespit edilecek. Sahayı bu masaya nasıl dahil edeceğiz? Okuyucumuzun yorumu bu sorunun cevabına dair bir ipucu veriyor. Sahadaki kişi zaten görüyor, zaten engelliyor. Yapmadığı tek şey, gördüğünü bildirmek. Ve bunun sebebi isteksizlik değil; bildireceği bir yerin ve bildirdiğinde kendisini koruyacak bir yapının bulunmaması. Bir sistemin ilk savunma hattı, en az desteklenen halkası olmamalı. Bu tespiti bize ulaştıran okuyucumuza teşekkür ederiz. Biz de bu boşluğun kapanmasının takipçisi olacağız.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Doğru kitle, doğru mecra.

Sektörün ortak sesinde markanıza yer ayırın; gazete, YouTube, LinkedIn ve Instagram'da eş zamanlı.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

MEVZUAT · ANALİZ

Kapı açıldı. Peki içeride ne olacak?

Ortak Hasar İhbar Merkezi bugün devreye giriyor. Düzenleyici kurumun açıklamasına göre amaç, kaza sonrası vatandaşı arayarak hasar takip vekâleti almaya çalışan organize yapılarla mücadele. Sistem başvuruyu kolaylaştırıyor ve tarih kaydı tutuyor. Bunlar gerçek iyileştirmeler. Ancak bir soru duruyor: aracının vaadi ile sistemin sunduğu aynı şey mi?

Bugün yürürlüğe giren düzenleme, motorlu araç sigortalarında hasar başvurularına yeni bir kanal ekliyor. Genelgenin 8'inci maddesi yürürlük tarihini açıkça 1 Eylül 2026 olarak belirliyor.

Vatandaş, kaza sonrası hasar ihbarını Alo 193 üzerinden ya da dijital kanaldan yapabilecek. Başvuru, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi veri tabanına ulaştığı tarih ve saat itibarıyla ilgili şirkete yapılmış sayılacak.

Şirket ise başvurunun kendisine iletilmesini takip eden iş günü içinde vatandaşla iletişime geçecek ve şunları bildirecek: gerekli belgeler, ekspertiz işlemleri, tahmini onarım süresi ve değer kaybı hesaplaması. Ayrıca poliçelerin ön yüzünde Alo 193 ibaresi en az on dört punto büyüklüğünde yer alacak.

Amaç ne?

Düzenleyici kurumun açıklaması bu konuda açık. Açıklamaya göre bazı organize yapılar, trafik kazaları sonrasında kazazedelere ait bilgileri kanunsuz yöntemlerle elde ediyor. Ardından çağrı merkezleri aracılığıyla vatandaşları ısrarlı aramalarla hasar takip vekâleti vermeye yönlendiriyor.

Düzenleme, bu yapılara karşı yürütülen dört ayaklı bir eylem planının parçası: denetim, düzenleme, uygulama ve teknoloji. Merkez aynı zamanda beş maddelik değer kaybı eylem planının son halkası; önceki dört adım hesaplama yönteminin standartlaştırılması, akıllı eksper ataması, ilave başvuru şartının kaldırılması ve illegal yapıların engellenmesiydi.

Bu gerçek bir sorun. Bu sayfalarda daha önce de yazdık. Kaza geçirmiş bir insanın, henüz hastanedeyken tanımadığı numaralardan aranması kabul edilebilir değil.

Merkez yalnızca ihbar almıyor

Düzenlemenin az konuşulan bir yanı var: Alo 193 aynı zamanda bir şikâyet kanalı olarak da tanımlanmış durumda. Vatandaş, kendisini vekâlet vermeye zorlayan illegal yapıları da bu hat üzerinden bildirebilecek.

Genelge ayrıca merkeze bir raporlama yükümlülüğü getiriyor: hasar ve tazminat taleplerine ilişkin aracılık yaptığı işlemlere yönelik istatistikî bilgiler, içeriği ve şekli Kurum'ca belirlenen formatta üçer aylık dönemler hâlinde Kurum'a iletilecek.

Aracı ne vaat ediyor?

Önce şunu netleştirelim: vatandaş neden vekâlet veriyor? Aranılan kişi, kaza sonrası ne yapacağını bilmiyor olabilir. Ama asıl mesele bilgisizlik değil.

Aracının teklifi şu: sen hiç uğraşma, süreci ben takip ederim. Ekspertizle ben konuşurum, belgeleri ben toplarım, gerekirse dava açarım. Hem daha fazla alırsın.

Bu bir hizmet vaadi. Ve karşısındaki kişi henüz aracını çekiciye vermişken, iş yerinden izin almayı düşünürken bu teklif cazip gelebiliyor.

ARACININ VAADI		SİSTEMİN SUNDUĞU	
Ne sunuyor?	Süreç yönetimi	Ne sunuyor?	Başvuru kanalı
Kapsam	Başvurudan ödemeye	Kapsam	İhbar ve tarihli kayıt
Belgeleri kim toplar?	Aracı	Belgeleri kim toplar?	Vatandaş
Bedeli	Tazminattan pay	Bedeli	Ücretsiz

İkisi farklı şeyler. Vatandaşın asıl külfeti başvuru yapmak değil; sonrasını yönetmek.

Sistem ne sunuyor?

Yeni sistem başvuruyu kolaylaştırıyor: tek numara, tek kayıt, tarihli delil. Bu önemli bir kazanım; çünkü bugün en sık yaşanan tartışmalardan biri başvurunun ne zaman yapıldığı. Şirketin bir iş günü içinde geri dönme yükümlülüğü de yerinde.

Ancak şu ayrımı görmek gerekiyor: bir insan telefonu kapattıktan sonra hâlâ belgeleri kendisi toplayacak, ekspertiz sürecini kendisi takip edecek, ödeme gecikirse kendisi arayacak.

Dört soru duruyor

DÜZENLEMENİN ETKİSİNİ BELİRLEYECEK BAŞLIKLAR

#	Soru
1	Sistem zorunlu değil. Genelge, merkezi mevcut başvuru kanallarına ek olarak tanımlıyor. Vatandaş isterse yine aracıya gidebilir. Amaç aracıyı devre dışı bırakmaksa, isteğe bağlı bir kanal bunu nasıl sağlayacak?
2	Bilgi sızıntısı durmuyor. Kazazede bilgisi hâlâ dışarı çıkıyorsa telefon yine gelecek. Sızıntının kaynağı kapatılmadan ihbar kanalını değiştirmek yeterli mi?
3	Başvurudan sonrası izlenebilir mi? Vatandaş dosyasının hangi aşamada olduğunu görebilecek mi? Eksper atandı mı, rapor yazıldı mı, ödeme ne zaman?
4	Bir iş günü kuralına uyulmazsa ne olacak? Şirket aramazsa yaptırım nedir ve vatandaş bunu nereye bildirecek?

Neden bu sorular önemli?

Çünkü organize yapıların gücü tek bir şeyden geliyor: belirsizlik. Bir insan sürecin ne kadar süreceğini, ne alacağını ve kime soracağını bilmiyorsa, o boşluğu birileri doldurur. Bugün o boşluğu vekâlet karşılığı çalışan yapılar dolduruyor; yarın başkaları doldurabilir.

Boşluk kapanmadığı sürece kanalı değiştirmek yalnızca kapıyı değiştirir. İçerideki belirsizlik aynı kalır. Ve tam da bu yüzden, sistemin asıl sınavı ihbar aşamasında değil; sonrasında verilecek.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Bu yazı düzenlemeye karşı değil; aksine atılan adımların gerekli olduğunu düşünüyoruz. Tek numara, tarihli kayıt, bir iş günü kuralı ve poliçe üzerinde görünür bilgi — hepsi vatandaş lehine düzenlemeler. Merkezin aynı zamanda illegal yapılar için şikâyet kanalı olması ve üç ayda bir Kurum'a istatistik raporlaması da olumlu; ikincisi, "izlenebilirlik" sorusuna kısmi bir cevap veriyor. Ancak burada bir ayırım var: rapor Kurum'a gidiyor, vatandaşa değil. Vatandaşın kendi dosyasını görebileceği bir ekran hâlâ tanımlı değil. Eksper atamasının merkezî sisteme taşınması ve değer kaybının aynı raporda değerlendirilmesi de aynı yöndeki adımlardı. Yani yön doğru; sorumluz yolun ne kadarının katedildiğine dair. 1 Eylül'den itibaren vatandaş hasar ihbarını daha kolay yapabilecek. Ama kolaylaşan şey yalnızca ilk adım. Bir insanın vekâlet vermesinin sebebi telefon numarasını bulamaması değil; sürecin tamamını tek başına yönetmek istememesi. O yüzden asıl soru şu: sistem, vatandaşı başvurudan ödemeye kadar taşıyabilecek mi? Taşıyabilirse aracıya ihtiyaç kalmaz. Taşıyamazsa kapı değişmiş olur, oda aynı kalır. Biz de 1 Eylül'den sonra sistemin nasıl işlediğinin takipçisi olacağız.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Sigortahnın tarafında bir yayında yer alın.

Bağımsız sigorta gazetesinde markanızı acenteden ekspere, sigortalıdan karar vericiye ulaştırın.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

ANALİZ · SUİSTİMALLE MÜCADELE

Araç zaten var. Ama kimse bilmiyor

Türkiye'de sigorta suistimali üzerine yapılmış akademik bir çalışma, sektörün konuştuğu birçok konuya rakamla cevap veriyor. İki bulgu özellikle dikkat çekici. Birincisi: sigortalıların yüzde 88,3'ü suistimal bildirim sistemini hiç duymamış. İkincisi: suistimal şüphesini en verimli biçimde tespit eden kaynak sigorta eksperleri; ancak sektörün eksperlere ödediği toplam bedel, motorlu araç priminin yalnızca binde 8'i.

Başkent Üniversitesi'nde hazırlanan bir yüksek lisans tezinden türetilen akademik çalışma, Türkiye'de sigorta suistimalini üç ayrı grup üzerinden inceliyor: sigorta eksperleri, sigorta araştırmacıları ve sigortalılar.

Anket ölçeği ciddi. Türkiye genelinde 256 eksper ofisi, yaklaşık 400 eksper düzeyinde katılım sağlanmış. 28 araştırmacı ofisi ve 222 sigortalı da çalışmaya dahil edilmiş. Kırk dört il ve yedi coğrafi bölgeden veri toplanmış.

Önce büyüklük: yüzde yirmi ile otuz arası

Gelişmiş ülkelerde sigorta suistimalinin yüzde 10'un üzerinde olduğu değerlendiriliyor. Türkiye'de ise katılımcı anketlerine göre bu oranın yüzde 20 ilâ 30 seviyesinde olduğu görülüyor.

Bir başka ayrım da önemli: organize suistimalin payı yüzde 15-20 iken, bireysel suistimallerin oranı yüzde 80-85 civarında. Yani sorun büyük ölçüde organize suç örgütlerinden değil; tek tek kişilerin fırsat bulduğunda yaptığı davranışlardan kaynaklanıyor.

Ve şaşırtıcı bulgu

Suistimal bildirim sistemi: sigortalılara sorulduğunda

Sistem yıllardır faaliyette; ancak sigortalıların büyük bölümü varlığından habersiz

%88,3

Ankete katılan sigortalıların bu oranı, suistimal bildirim sistemini **daha önce hiç duymamış**. Yani sigortalıların dokuzda sekizi, ihbar edebileceği bir sistemin varlığından habersiz.

Sistem var. Ama sigortalının haberi yok.

Çalışma bu tabloyu şöyle yorumluyor: sektörde ciddi bir suistimal oranı olduğu düşünülmesine rağmen kamuoyu yaratılmamış. Suistimal büyük ölçüde bireysel davranışlardan kaynaklanıyorsa, mücadelenin yalnızca teknik tespitle değil, toplumsal farkındalıkla da yürütülmesi gerekir.

Eksperlerin konumu: en verimli kaynak, en düşük maliyet

Sigorta araştırmacılarına, kendilerine gelen dosyalarda şüphenin hangi kaynaktan geldiği ve bu kaynakların verimliliği sorulmuş. Sonuç net: en verimli suistimal şüphesi barındıran dosyalar sigorta eksperleri tarafından tespit edilmiş. Çalışma bunu, hasar anında yerinde yapılan gözlem ve mesleki tecrübeyle açıklıyor.

Şimdi bu bulgunun yanına maliyet tarafını koyalım.

EKSPERİN SEKTÖRE MALİYETİ — 2022, MOTORLU ARAÇ SİGORTALARI

Kalem	Tutar
Prim üretimi (kasko + zorunlu trafik)	90,6 milyar TL
Ödenen maddi tazminat	32,8 milyar TL
Eksperlere ödenen hizmet bedeli	780,8 milyon TL

Eksperlere ödenen bedel, toplam maddi tazminatın yüzde 2,3'ü; toplam motorlu araç priminin ise **binde 8'i**. Kaynak: çalışmada Türkiye Sigorta Birliği verilerine dayanılarak yapılan hesap.

Buradan çıkan tablo şu: suistimal şüphesini en verimli biçimde tespit eden kaynak, sektörün en düşük maliyetli kalemlerinden biri.

Sigortalı kime güveniyor?

Çalışmanın sigortalı ayağında bir soru daha var: sektörde en güvenilir kişi veya kurum hangisi? Katılımcıların yüzde 37'si eksperlere diğer paydaşlara göre daha fazla güvendiğini belirtmiş. Yüzde 68'i, eksperlerin işlerini bağımsız ve tarafsız yaptığı görüşünde. Ancak yüzde 27,9'u eksperleri sigorta şirketi adına hasar tespiti yapan kişiler olarak görüyor.

Bu ikinci rakam da anlamlı; çünkü eksper atamasının merkezî sisteme taşınma gerekçesi tam olarak buydu.

En sık görülen türler ve yapısal tespit

Üç grubun cevapları büyük ölçüde örtüşüyor. Eksperlere göre en sık üç tür: sürücü değişikliği, beyan uyumsuzluğu ve hasar sonrası sigortalama. Araştırmacılara göre: sürücü değişikliği, alkollü araç kullanımı ve bilinçli yanlış beyan. Sigortalılara göre: sürücü değişikliği, beyan uyumsuzluğu ve hasar sonrası sigortalama. Üç listede de birinci sıra aynı.

Çalışmanın bir başka tespiti şirket içi yapılanmaya dair: suistimal birimleri şirketlerin neredeyse tamamında hasar müdürlüklerine bağlı konumlanmış durumda. Çalışma, bu birimlerin genel müdür yardımcısı seviyesinde yapılandırılmasını öneriyor.

Mevzuat boşluğu

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nda sigorta suistimallerine ilişkin doğrudan bir hüküm bulunmuyor. Konu, kanunun iyi niyete ilişkin maddesine dayanılarak çıkarılan Yanlış Sigorta Uygulamaları Yönetmeliği ile düzenlenmiş durumda. Ceza tarafında ise sigorta suistimali, Türk Ceza Kanunu'nun 158'inci maddesinde nitelikli dolandırıcılık kapsamında değerlendiriliyor.

Peki üç yılda ne değişti?

Çalışma 2023'te yayımlandı. Aradan geçen sürede sektörde önemli adımlar atıldı.

Çalışma, sigorta araştırmacılarının görev ve yetki tanımlarının yasal çerçeveye belirlenmesini öneriyordu. Bu, 23 Temmuz 2026'da yapıldı; hasar araştırmacısı tanımlandı, faaliyet izne bağlandı ve altı gün sonra yayımlanan sirkülerle görev alanı yalnızca suistimal ve şüpheli hasar incelemesiyle sınırlandı.

Çalışma, kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesini öneriyordu. Düzenleyici kurum 17 Ağustos 2026 tarihli genelgeyle Sigorta Suistimalleri ile Mücadele Komitesi ve Suistimal Çalışma Heyeti oluşturdu.

Çalışma, veri temelli analiz ve erken tespit öneriyordu. Yeni yapının hedefleri arasında da bu var.

Ancak bazı başlıklar yerinde duruyor

ÖNERİLENLER VE BUGÜNKÜ DURUM

Öneri	Durum
Araştırmacıların yasal tanımı	Yapıldı (23 Temmuz 2026)
Kurumlar arası koordinasyon	Yapıldı (17 Ağustos 2026)
Kanun düzeyinde suistimal hükmü	Yapılmadı
Suistimal biriminin GMY seviyesine taşınması	Yapılmadı
Toplumsal farkındalık çalışması	Yapılmadı

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Sektör bugün suistimalle mücadele için yeni yapılar kuruyor; komite kuruldu, yapay zekâ ve ileri analitik gündemde. Bunlar gerekli adımlar. Ancak bu çalışma, elde zaten var olan iki aracın yeterince kullanılmadığını gösteriyor. Birincisi eksper: suistimal şüphesini en verimli tespit eden kaynak, maliyeti primin binde sekizi ve sigortalının en çok güvendiği aktör. İkincisi sigortalının kendisi: suistimalin yüzde 80'inden fazlası bireysel davranışlardan kaynaklanıyorsa, farkındalık en güçlü önleme aracıdır — ancak sigortalıların yüzde 88,3'ü ihbar sisteminin varlığından bile habersiz. Şirket içi yapılanma da yerinde duruyor. Dışarıda koordinasyon yapısı kuruldu; ancak suistimal birimi hâlâ incelediği sürecin yönetimine bağlı konumlanıyor. Bu bir hiyerarşi ayrıntısı değil: bir birim, denetlediği sürecin altındaysa bağımsızlığı yapısal olarak sınırlanır. Yeni teknoloji kurmadan önce, mevcut iki aracın neden tam kapasiteyle çalışmadığını sormak gerekiyor. Biz de bu sorunun takipçisi olacağız.

Kaynak: Sigortanın Sesi

ANALİZ · KÂRIN KAYNAĞI

Teknik sonucun içinde faiz var: kasko 31,9 milyar kâr mı, 1,2 milyar zarar mı?

Sektörün 2025 tablosunda aynı branş için iki farklı sonuç yazılabiliyor. Fark, hesaba yatırım gelirinin katılıp katılmamasından geliyor. Trafikte teknik zarar yatırım geliri dâhil 59,2 milyar lira, hariç tutulduğunda 100,7 milyar lira. Kaskoda ise işaret değişiyor: 31,9 milyar lira kâr, yatırım geliri çıkarıldığında 1,2 milyar lira zarar.

Türk sigorta muhasebesinde teknik karşılıkları karşılayan varlıkların yatırım geliri, gelir tablosunun teknik olmayan bölümünden teknik bölümüne aktarılıyor. Yani bir branşın "teknik sonucu" dediğimiz rakamın içinde, o branşın primlerinin bekletildiği süre boyunca kazandığı faiz de var.

Bu bir muhasebe tercihi değil, mevzuatın kurduğu yapı. Ama sonucu şu oluyor: bir branşın sigortacılık olarak kazanıp kazanmadığını, teknik sonuç rakamına bakarak anlayamıyorsunuz.

Türkiye Sigorta Birliği'nin 2025 Sektör Raporu bu iki hesabı yan yana veriyor.

ÖNCE KAVRAM: BİR SİGORTACI PARAYI NEREDEN KAZANIR?

Bir sigorta şirketinin net kârı tek bir rakamdır; ancak arkasında iki ayrı kaynak vardır. **Teknik kâr** sigortacılığın asıl işinden gelir: prim toplanır, hasar ödenir, masraf düşülür. **Mali kâr** ise yatırımlardan gelir; şirket topladığı primi hemen ödemez, bir süre elinde tutar ve bu fonu değerlendirir. Yüksek faiz ortamında bu kalem çok büyür.

İki şirket aynı büyüklükte net kâr açıklayabilir ama yapıları zıt olabilir. Biri sigortacılıkta zorlanıp açığını yatırımla kapatıyordur; diğeri asıl işinden kazanıp yatırım tarafında zayıftır. İkisi de meşruttur, ikisi de doğru muhasebedir. Ancak taşıdıkları risk farklıdır: birincisinin riski faiz inişi, ikincisinininki büyük hasar dalgalanmasıdır.

Trafikte zarar zaten görünüyordu

Kara araçları sorumluluk, yani trafik, 2025'te 59,2 milyar lira teknik zarar yazdı. Yatırım geliri hesaptan çıkarıldığında zarar 100,7 milyar liraya çıkıyor. Aradaki **41,5 milyar lira**, trafik primlerinin bekletildiği süre boyunca ürettiği finansal gelir.

Birlik verilerine göre branşın 2024'teki teknik zararı 34,7 milyar liraydı; 2025'te 59,2 milyar liraya çıkarak yüzde 70 arttı. Hasar/prim oranı da aynı dönemde yüzde 136,6'dan yüzde 140,2'ye yükseldi.

Asıl bulgu kaskoda

Kasko 2025'te 31,9 milyar lira teknik kâr açıkladı ve sektörün en kârlı branşlarından biri olarak okundu. Aynı branş, yatırım geliri hesaptan çıkarıldığında 1,2 milyar lira zarar ediyor.

İşaret değişiyor. Kâr görünen bir branş, sigortacılık olarak zarar üretiyor. Aradaki fark, poliçe fiyatından ya da hasar yönetiminden değil; paranın bekletildiği süreden geliyor.

KASKO — YATIRIM GELİRİ DÂHİL		KASKO — YATIRIM GELİRİ HARIÇ	
Teknik sonuç	+31,9 milyar TL	Teknik sonuç	-1,2 milyar TL
Okunuşu	Kârlı branş	Okunuşu	Sigortacılık zararı
Hasar/prim	%69,4	Farkın kaynağı	Paranın bekletilme süresi
Prim üretimi	147,6 milyar TL	Sektörün kontrolünde mi?	Hayır

Aynı branş, aynı rapor, iki sonuç. İkisi de doğru; ölçtükleri şey farklı.

2025 BRANŞ TABLOSU — TSB SEKTÖR RAPORU

Branş	Teknik sonuç	Değişim
Sağlık	+55,6 milyar TL	+%181
Yangın ve doğal afetler	+34,4 milyar TL	+%60
Kasko (yatırım geliri dâhil)	+31,9 milyar TL	+%24
Trafik (kara araçları sorumluluk)	-59,2 milyar TL	+%70 zarar

Sektörün toplam teknik kârlılığı 2025'te yüzde 85 artışla 192,4 milyar liraya yükseldi. Prim üretimi yüzde 46 artarak 1,2 trilyon lirayı aştı; sektörde 68 şirket faaliyet gösterdi.

Peki faiz düşerse

Soru burada başlıyor. Yatırım geliri teknik sonucun üstüne eklenen bir katman olsaydı, faiz düştüğünde yalnızca o katman incelirdi; sigortacılık tarafı olduğu yerde kalırdı.

Ama gelir teknik sonucun içine karışmış durumda. Faiz gerilediğinde kaskodaki 31,9 milyar liralık kâr önce erir, sonra işaret değiştirir. Trafikteki 59,2 milyar liralık zarar 100,7 milyar liraya doğru açılır.

Bu bir öngörü değil; aynı raporun iki sütununun okunmasıdır. İkinci sütun, yatırım gelirinin çıkarıldığı hâli zaten veriyor.

Sigortalı için ne anlama geliyor

Sigortalı poliçesini alırken şirketin teknik sonucuna bakmaz; bakması da beklenmez. Ancak hasar anında ödeme kapasitesi o yapıya bağlıdır.

Sigortacılık tarafı zarar üreten, açığını yatırım geliriyle kapatan bir yapıda faiz düştüğünde iki yol açılır: ya prim artar, ya teminat daralır. Üçüncü ihtimal açığın sermayeden karşılanmasıdır ve o da sınırsız değildir.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Bir branşın kâr mı zarar mı ettiğini öğrenmek için tek bir rakama bakmak yetmiyor. Aynı raporda aynı branş için iki sonuç var ve ikisi de doğru; ölçtükleri şey farklı. Kasko örneği bunu en açık biçimde gösteriyor: 31,9 milyar lira kâr ile 1,2 milyar lira zarar arasındaki mesafe sigortacılıkla ilgili değil, faizle ilgili. Burada bir suçlama yok; muhasebe kuralı mevzuatın kurduğu yapıdır ve şirketler bu kurala uyuyor. Ancak bir gösterge, ölçtüğü şeyi gizliyorsa, okuyanın bunu bilmesi gerekir. Sektörün elindeki değişkenler fiyatlama, hasar yönetimi ve maliyet yapısıdır; faiz bunların dışındadır. Dolayısıyla 2025 tablosunun bir bölümü, sektörün kendi performansından değil, para politikasından geliyor. Beklentimiz şudur: branş bazlı teknik sonuçlar açıklanırken yatırım geliri dâhil ve hariç iki sütun birlikte ve aynı görünürlükte verilsin. Bugün bu ayrım raporun içinde var; ancak kamuoyuna yansıyan başlık genellikle tek sütun oluyor. Sorulması gereken soru sektörün ne kadar kâr açıkladığı değil; o kârın hangi sütundan geldiğidir.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Sigortalının tarafında bir yayında yer alın.

Bağımsız sigorta gazetesinde markanızı acenteden ekspere, sigortalıdan karar vericiye ulaştırın.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

ANALİZ · KASKO ÜRETİM SINIRI

Reasürans, sermayenin yerine geçer mi?

Kasko satabilmek için sermaye şartı var. Bir şirket, özsermayesinin belirli bir katından fazla kasko primi yazamıyor ve limit aşıldığında sistem poliçe yazımını otomatik durduruyor. Ancak sonradan yapılan bir düzenleme, reasüröre devredilen primlerin bu hesaptan düşülmesine imkân tanıdı. Yani bir şirket, sermayesini artırmadan daha fazla kasko yazabiliyor.

Kasko satmanın bir sermaye sınırı var

Bir sigorta şirketi istediği kadar kasko poliçesi satamıyor. Bu sınır, 21 Mayıs 2025 tarihli genelgeyle getirildi ve 1 Temmuz 2025'te yürürlüğe girdi. Kural şöyle: bir takvim yılı içinde yazılan toplam kasko primi, şirketin özsermayesinin belirli bir katını geçemiyor. Bu kat sayısı sabit değil; şirketin durumuna göre değişiyor.

KASKO ÜRETİM KATSAYISI

Şirketin durumu	Katsayı
Yoğunlaşma %40'ın altında ve sermaye yeterliliği %135 ve üzerinde	4
Standart durum	3
Yoğunlaşma %50'nin üzerinde veya sermaye yeterliliği %115'in altında	2,5
Yoğunlaşma %65'in üzerinde	2

Yoğunlaşma oranı, kasko priminin şirketin toplam prim üretimi içindeki payı. Sermaye yeterliliği oranı ise şirketin taşıdığı riske göre yeterli sermayeye sahip olup olmadığını ölçüyor.

Mantık açık: bir şirket ne kadar çok kaskoya bağımlıysa ve sermayesi ne kadar zayıfsa, o kadar az kasko yazabiliyor. Ve kural kâğıt üzerinde kalmıyor; prim verisi Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi tarafından takip ediliyor, limit aşıldığında sistem yeni poliçe yazımını otomatik durduruyor.

Sonra bir değişiklik yapıldı

Bu düzenlemeye 1 Ağustos 2025 tarihli bir genelgeyle iki yeni fıkra eklendi. Buna göre, Kurum'dan izin alınması şartıyla belirli mali ve teknik kriterleri sağlayan reasürörlere bölüşmeli reasürans anlaşmaları kapsamında devredilen primler, brüt yazılan primden düşülüyor. Ve bu devirler yoğunlaşma oranı hesabına da dâhil edilmiyor.

BİR ÖRNEKLE

Özsermayesi **100 milyon lira** olan ve katsayısı üç olarak belirlenen bir şirket düşünelim. Reasürans yoksa, bu şirket yılda en fazla **300 milyon lira** kasko primi yazabilir.

Ancak primin yarısını reasüröre devrederse, devredilen kısım hesaptan düşülüyor. Bu durumda **600 milyon lira** yazabilir hâle geliyor.

Sermaye değişmedi. Şirketin kasası aynı. Ama üretim kapasitesi ikiye katlandı.

Bunun savunulabilir bir tarafı var

Önce düzenlemenin mantığını teslim edelim. Bir şirket riski gerçekten devrettiyse, o riski taşıyor demektir; hasar geldiğinde ödemenin bir kısmını reasürör karşılayacak. Bu durumda şirketin sermayesini devrettiği risk için de tutmasını beklemek fazla ihtiyatlı olabilir.

Ayrıca düzenleme sınırsız değil. Kurum'dan izin alınması gerekiyor ve Kurum, şirketin mali durumu veya anlaşmanın şartları nedeniyle talebi kısmen ya da tamamen reddedebiliyor. Reasürörün de belirli mali ve teknik kriterleri sağlaması şart. Yani mekanizma başıboş değil.

Ama üç soru duruyor

AÇIK KALAN BAŞLIKLAR

#	Soru
1	Reasürans, sermaye kadar kalıcı mı? Özsermaye şirketin içinde durur. Reasürans anlaşması ise genellikle yıllıktır. Piyasa sertleştiğinde şartlar ağırlaşabilir ya da anlaşma yenilenmeyebilir; o zaman şirket, sermayesini artırmadan yazdığı portföyle baş başa kalır.
2	Reasürör ödemezse ne olur? Bölüşmeli anlaşmada sigortalıya karşı sorumluluk şirkette kalır. Reasürör ödeyemezse şirket yine ödemek zorundadır. Kriterler bu riski azaltır ama sıfırlamaz.
3	İzin nasıl veriliyor? Kurum izne bağlamış, bu iyi. Ancak izin kriterleri ve verilen izinler kamuya açıklanmıyor; hangi şirkete ne oranda indirim tanındığı bilinmiyor.

Bir bağlam notu

Bu düzenleme boşlukta doğmadı. Kasko, sektörde uzun süredir fiyat rekabetinin en sert yaşandığı branşlardan biri; şirketler pazar payı için agresif fiyatlıyor ve bu sermaye üzerinde baskı yaratıyor. Aynı dönemde bazı şirketlerin faaliyetleri sermaye yetersizliği nedeniyle durduruldu. Yani sermaye yeterliliği teorik bir tartışma değil; sonuçları görülmüş bir mesele.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Düzenleme teknik olarak savunulabilir; riski devreden bir şirketin, devrettiği risk için sermaye tutmasını beklemek gerekemeyebilir. Ancak reasürans ile sermaye aynı nitelikte iki şey değil. Sermaye şirketin kendi kaynağıdır ve kalıcıdır. Reasürans ise bir sözleşmeye dayanır, süresi vardır ve karşı tarafın ödeme gücüne bağlıdır. Birini diğerinin yerine koyarken bu farkın gözetilmesi gerekiyor. Asıl soru şudur: reasürans devri, sermaye yeterliliğini gerçekten güçlendiriyor mu, yoksa yalnızca üretim sınırını mı esnetiyor? İkisi aynı şey değil. Sigortalı açısından bakalım: bir sigortalı poliçesini satın alırken şirketin sermaye yapısına bakmaz, bakması da beklenmez. Ancak hasar anında ödeme kapasitesi tam olarak o yapıya bağlıdır. Sermaye yeterliliği kuralları, sigortalının göremediği ama doğrudan etkilendiği bir koruma katmanıdır. Bu katman esnetildiğinde sigortalıya sorulmaz; ama sonucu sigortalı yaşar. Beklentimiz şudur: hangi şirketlerin bu indirimden yararlandığı ve hangi oranda yararlandığı kamuya açıklansın. Bu bilgi açık olsaydı, tartışma çok daha sağlıklı yürürdü.

Kaynak: Sigortanın Sesi

ANALİZ · CAPTIVE SİGORTA

Kendi riskini sigortalamak yasak değil. Sadece orantısız.

Büyük şirket gruplarının yalnızca kendi risklerini taşımak için kurduğu şirketlere captive deniyor. Avrupa Birliği'nde 400'ü aşkın örneği var; Fransa üç yılda sayısını ikiye katladı. Türkiye'de ise captive diye bir kategori yok. Ama yasaklayan bir hüküm de yok. Sorun başka yerde duruyor: ölçü.

Önce tanım

Captive, bir sanayi ya da ticaret grubunun yalnızca kendi risklerini üstlenmek için kurduğu sigorta ya da reasürans şirkettir. Dışarıya poliçe satmaz; sadece grubun kendi riskini taşır.

Uygulamada şöyle işler: grup poliçesini normal bir sigorta şirketinden alır. O şirket, riskin bir bölümünü grubun kendi captive'ine devreder. Böylece grup, riskinin bir kısmını fiilen kendisi taşımış olur. Amaç ucuz sigorta değil; piyasanın vermediği ya da çok pahalı verdiği teminatı kendi bilançosuyla kapatmak.

Türkiye'de yasak mı? Hayır.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nda "captive" diye bir kelime geçmiyor; ama yasaklayan bir hüküm de yok. Kanun'un 3'üncü maddesi, sigorta ve reasürans şirketlerinin anonim şirket ya da kooperatif olmasını şart koşuyor ve sigortacılık dışında başka işle uğraşmasını yasaklıyor. Bir captive zaten yalnızca sigortacılık yapacağı için buraya takılmaz.

15'inci madde ise Türkiye'de yerleşik kişilerin, Türkiye'deki sigortalanabilir menfaatlerini Türkiye'de faaliyette bulunan şirketlere sigorta ettirmesini zorunlu kılıyor. Burada gözden kaçan bir ayrıntı var: **bu madde sigortayı düzenliyor, reasüransı değil**. Yani riskin Türkiye'deki bir sigorta şirketi üzerinden yurt dışındaki bir reasüröre devredilmesinin önünde bu madde bir engel oluşturmuyor.

Engel yasakta değil, sermayede

Türkiye'de sigortacılık yapacak her şirket aynı kapıdan geçiyor; captive için ayrı ve küçültülmüş bir kategori yok.

SERMAYE ÖLÇÜSÜ — KARŞILAŞTIRMA

Ülke / rejim	Asgari sermaye
Türkiye — asgari kuruluş sermayesi	500 milyon TL
Türkiye — reasürans hizmeti için toplam	2,125 milyar TL
Türkiye — hayat dışı tüm branşlar	3,325 milyar TL
AB (Solvency II) — captive reasürans tabanı	1,3 milyon €
AB (Solvency II) — captive olmayan reasürans	3,9 milyon €
Guernsey — perakende dışı genel sigortacı	100 bin £

Türkiye tutarları her yıl ocak ve temmuzda ÜFE oranında güncelleniyor; bugünkü rakamlar daha yüksek. AB düzenlemesi captive'i ayrı bir ölçüye tabi tutuyor; Türkiye'de böyle bir ayrım yok.

Türkiye'de kendi riskini taşımak isteyen bir grup, tam ölçekli bir reasürans şirketi kurmak zorunda. Ölçü, dışarıya poliçe satan bir şirket için biçilmiş. Mesele bu: yasak değil, orantısız.

Fransa denedi. Sonuç ne oldu?

Fransa 2023 bütçe kanunuyla captive'lere özel bir vergi mekanizması getirdi. "Dayanıklılık karşılığı" adı verilen bu düzenlemede captive, kârlı yılda vergiden muaf karşılık ayırıyor, hasar çıktığı yıl bu karşılığı geri alıyor. Sınırlar net: yıllık ayrılan tutar teknik kârın yüzde 90'ını, toplam karşılık ise son üç yılın ortalama asgari sermaye gereksiniminin on katını aşmıyor.

Fransa'da onaylı captive sayısı

2019 – Ekim 2025



Yaklaşık on proje daha incelemede. Hepsi Fransız gruplarına ait ve neredeyse tamamı için bu ilk captive — yani yurt dışından taşınma değil, yeni kurulum.

İşin gizlenmemesi gereken tarafı

Fransız Hazinesi'nin Şubat 2026'da Parlamento'ya sunduğu değerlendirme raporu şunu yazıyor: son hesap döneminde bu karşılığı fiilen ayıran captive sayısı sekiz, ortalama karşılık iki milyon euro, devletin yıllık kurumlar vergisi kaybı toplamda dört milyon euro civarında. Üstelik bu bir muafiyet değil, erteleme.

Aynı rapor, vergi avantajının captive kurmanın ana motivasyonu olmadığını açıkça yazıyor; bazı captive'ler vergi avantajına uygun riskleri hiç üstlenmemiş.

Peki şirketler ne kazandığını söylüyor? Muafiyetlerin korunması, azami teminat tutarında yüzde 25'e varan artış, daha önce hiç sigortalanamayan risklerde program açılması ve toplam sigorta bütçesinde yüzde 15'e varan tasarruf. Bir de yönetim: captive'in yönetim kurulunda grubun genel müdürü ve finans direktörü oturuyor, risk yönetimi merkeze taşınıyor.

Yani Fransa örneğinde kazanç vergide değil, pazarlık gücünde ve risk yönetiminde çıktı. Onaylı Fransız captive'lerinin beyan ettiği toplam yıllık brüt prim 200 milyon euro; medyan captive cirosu 5 milyon euro. Raporun kendi ifadesiyle, altında captive kurmanın anlamsız kaldığı bir kritik büyüklük var; çünkü maliyet ağırlıklı olarak sabit maliyet.

Peki Türk grupları nerede?

Bu soruyu tahminle geçmemek için Lüksemburg'un resmî sicilini taradık. Lüksemburg, Avrupa Birliği'nin en büyük captive reasürans merkezi; sicilde bugün 206 ruhsatlı reasürans şirketi var ve büyük çoğunluğu captive. Listede ArcelorMittal, Danone, Deutsche Post, Engie, Henkel, Kering, Mercedes-Benz, Merck, Nexans, SNCF, Swatch, Vinci gibi grupların captive'leri yer alıyor. Cezayir'den Sonatrach, Fas'tan OCP da listede.

Türkiye'den tek bir grup yok.

Guernsey ve Malta sicilleri dışarıdan toplu olarak listelenemiyor; bu iki ülke için aynı taramayı yapamadık. Yani "hiçbir Türk grubunun yurt dışında captive'i yok" demiyoruz. Söylediğimiz şu: Avrupa'nın en büyük captive merkezinde bir tane bile yok.

Bu arada Türkiye'den yurt dışına risk çıkışı yok değil. Birliğin 2024 sektör raporundaki konsolide tabloya göre şirketler o yıl 838,7 milyar lira brüt prim yazdı ve bunun 210 milyar lirasını reasürörlere devretti; devir oranı yüzde 25, hayat dışında yüzde 27,6. Bu tutarın ne kadarının yurt dışına gittiği tabloda ayrı gösterilmiyor — içinde yurt içi reasürörler ve devlet havuzları da var. Dolayısıyla "şu kadar prim yurt dışına çıkıyor" diye bir rakam vermiyoruz; elimizde o ayrım yok.

Karşı taraf ne diyor?

Captive tartışmasının bir de itiraz cephesi var ve bu itirazlar ciddi. **Vergi:** OECD'nin matrah aşındırma çalışmalarında captive'ler kâr aktarımı aracı olarak defalarca olumsuz bağlamda anılıyor; 2020 tarihli transfer fiyatlandırması rehberi captive'lere ayrı bölüm ayırdı. **İstismar:** ABD'de vergi idaresi küçük ölçekli captive'leri istismarcı yapılar listesine aldı ve sonrasında bunları "listelenmiş işlem" hâline getirdi.

Denetim: Avrupa sigorta denetim otoritesi, captive'lerin nakit havuzlaması yoluyla parasını ana ortağa yönlendirmesini bulaşma riski olarak tanımlıyor. Bu itirazın anlamı şu: captive'in kasasındaki para fiilen ana ortaktaysa, ana ortağın zora düştüğü senaryoda captive de ödeyemez. Koruma olduğu varsayılan yapı, tam ihtiyaç anında boş çıkar.

Yapısal: Captive riski azaltmaz, grubun içinde tutar. Fronting ücreti, teminat, yıllarca bağlı kalan sermaye ve sabit yönetim gideri bu işin faturasıdır.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Bu yazı captive savunusu değil. İtiraz cephesindeki dört başlık da ciddi ve hiçbir teori değil; küçük ölçekli captive istismarı ABD'de fiilen yaşandı, bulaşma riski Avrupa denetim otoritesinin kendi tespiti. Söylediğimiz şey daha dar: Türkiye'de bu tartışma hiç yapılmıyor, çünkü kategori yok. Fransa örneğinin en öğretici tarafı, sonucun beklenenden farklı çıkması. Vergi teşvikiyle kuruldu, ama kazanç vergide değil pazarlık gücünde ve risk yönetiminde göründü; devletin yıllık maliyeti dört milyon euro gibi mütevazı bir rakamda kaldı. Bu, teşvikin abartılmaması gerektiğini de gösteriyor — mekanizmanın kendisi ölçek gerektiriyor ve küçük gruplar için zaten anlamsız. Türkiye açısından asıl soru şu: büyük sanayi gruplarının taşımak istediği riskler bugün nereye gidiyor? Avrupa'nın en büyük captive merkezinde tek bir Türk grubu yok; bu ya ihtiyaç olmadığını ya da yolun kapalı olduğunu gösterir. İki çok farklı sonuç doğurur ve hangisi olduğunu bilmiyoruz. Beklentimiz mütevazı: önce ölçüm yapılsın. Türkiye'den yurt dışına devredilen primin ne kadarının grup içi yapılara gittiği, konsolide tabloda ayrı bir satır olarak gösterilsin. Bugün bu ayrım yok; dolayısıyla tartışma da veriye değil sezgiye dayanıyor.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Doğru kitle, doğru mecra.

Sektörün ortak sesinde markanıza yer ayırın; gazete, YouTube, LinkedIn ve Instagram'da eş zamanlı.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

ARAŞTIRMA · INSURTECH

Türkiye insurtech'i neden dağıtımda kaldı?

Sigorta teknolojisinde bir dönem kapanıyor. Birinci dalga satın alma deneyimini dönüştürdü: poliçe dakikalar içinde alınabilir hâle geldi, karşılaştırma ekranları yaygınlaştı. Ancak bu girişimlerin çoğu riski taşımıyordu; sermayeyi, karşılıkları ve nihai ekonomiyi sigorta şirketi üstleniyordu. Şimdi ikinci dalga başlıyor ve bu kez teknoloji bilançonun kendisiyle birleşiyor. Türkiye ise hâlâ birinci dalgada.

Bermuda Risk Review'un 2026 sayısında yayımlanan bir değerlendirme, sigorta teknolojisindeki dönüşümü iki aşamaya ayırıyor. Değerlendirmeyi kaleme alan isim, Bermuda düzenleyicisinden lisans almış bir hayat sigortacısının kurucu ortağı; yani teoriyi dışarıdan değil, içeriden aktarıyor.

Birinci dalga: dağıtım devrimi

Metne göre insurtech'in ilk dalgası esas olarak bir dağıtım devrimiydi. Hayat sigortasında bazı girişimler, poliçenin haftalar yerine dakikalar içinde satın alınabilmesini sağladı. Elementer branşlarda bir kısmı yetkili acente yapısıyla başladı, başka şirketlerin kâğıdı üzerinden teminat sundu. Karşılaştırma platformları ise araç sigortası alışverişini on dakikalık bir işleme dönüştürdü.

Değerlendirme bu katkıyı teslim ediyor: bu şirketler satın alma deneyimini düzeltti ve buna gerçekten ihtiyaç vardı. Ancak bir sınır çiziyor — bu girişimlerin çoğu sigorta bilançosuna sahip değildi. Yetkili acenteler underwriting ve hasar üzerinde anlamlı bir yetki devri kullanabilir; ancak sermayeyi yine sigorta şirketi sağlar, karşılıkları o tutar ve riskin nihai ekonomisini o üstlenir.

Buradan çıkan cümle tartışmanın merkezinde duruyor: **dağıtım, sigortanın nasıl satıldığını dönüştürebilir. Bilançoya sahip olmak ise sigortanın nasıl kurulduğunu dönüştürmeyi mümkün kılar.**

İkinci dalga: yığının tamamı

Değerlendirmeye göre ikinci aşama şimdi başlıyor. Yapay zekâ ve modern yazılım, vitrinin ötesine geçerek her poliçenin arkasındaki pahalı mekanizmaya giriyor: underwriting, poliçe idaresi, hasar, uyum ve raporlama. Daha önemlisi, giderek artan sayıda girişimci bu teknolojiyi bilançonun kendisiyle birleştirmek istiyor.

BİRİNCİ DALGA		İKİNCİ DALGA	
Dönüştürdüğü	Satın alma deneyimi	Dönüştürdüğü	Ürünün kuruluşu
Riski kim taşır?	Sigorta şirketi	Riski kim taşır?	Girişimin kendisi
Sermaye	Şirkette	Sermaye	Girişimde
Gerekli izin	Acentelik	Gerekli izin	Tam lisans

İki dalga arasındaki fark, riski kimin taşıdığına.

Metin bunun kolay olmadığını da söylüyor: tam yığın yaklaşımı sermaye, aktüer, kurumsal yönetim ve gerçek bir bilanço gerektiriyor. Ayrıca bir girişimi risk üstlenen kuruluş olarak lisanslamaya hazır bir düzenleyici gerekiyor.

Bermuda ne yapıyor?

Değerlendirmenin ana tezi, bu dönüşümün belirli bir düzenleyici ortama ihtiyaç duyduğu. Bermuda'nın ticari sigorta rejimi Avrupa'da tam Solvency II denkliği kazanmış durumda; ABD'de ise nitelikli ve karşılıklı yetki alanı statüsüne sahip. Bunun yanında bir sigorta kum havuzu ve inovasyon merkezi kurulmuş: yeni iş modelleri önce kontrollü bir ortamda test ediliyor, başarılı olanlar tam lisansa geçiyor.

Metinde aktarılan örnekler dikkat çekici: akıllı sözleşmelerle çalışan bir reasürans yapısı, akıllı sözleşme kaynaklı kayıplara teminat veren bir girişim ve batarya garantisi sigortasında yapay zekâ test eden bir başka şirket. Üçü de kum havuzundan geçmiş ya da geçiyor.

Yazarın kendi deneyimi de şöyle aktarılıyor: düzenleyici ne kapıyı açtı ne kapattı; karşılık ayırma, saklama, ödeme gücü ve poliçe sahibinin korunması konularında zor sorular sordu ve cevaplar yeterli olana kadar sormaya devam etti.

Peki Türkiye nerede duruyor?

Türkiye'de sigorta teknolojisi alanında hareketlilik var. Yapay zekâ ve veri analitiği çözümleri geliştiren girişimler yatırım turları tamamlıyor, dijital sigorta iş birlikleri kuruluyor. Ancak bu girişimlerin ortak özelliği şu: hemen hepsi dağıtım, veri analitiği ya da operasyonel destek tarafında konumlanıyor.

Türkiye'de sermayesini koyup risk üstlenen, karşılık ayıran ve bilanço taşıyan bir teknoloji girişimi bulunmuyor. Yani Türkiye insurtech'i, değerlendirmenin tanımladığı birinci dalgada.

Ama bir şey daha var: program zaten kurulmuştu

Türkiye'de sigorta teknolojisine yönelik bir hızlandırma yapısı 2019'da kuruldu. InsurTech Hub, Yıldız Teknopark iş birliğiyle Türkiye'nin sigortacılık dikeyindeki ilk kuluçka merkezini açtı.

Yapı ciddi kurgulanmıştı: Global Insurtech Alliance üyeliği, yirmiden fazla kurumsal üye, mentor ağı, bir haftalık yoğun eğitim programı, sektör liderleri ve yatırımcıların katıldığı tanıtım günü. Açılış duyurusunda otuzdan fazla başvuru alındığı, bunlardan yaklaşık on tanesinin programlara kabul edildiği aktarılmıştı.

Ve bir hedef açıklanmıştı: yapı, **beş yılda yüzü aşkın başarılı girişimi desteklemeyi** hedefliyordu. Ayrıca seçilen projelerin her birine bir milyon euroya varan yatırım bulunması amaçlanıyordu.

Aradan yedi yıl geçti.

Peki sonuç ne oldu?

Bu sorunun cevabı kamuya açık değil. Kaç girişim programdan geçti, kaç yatırım aldı, kaç bugün faaliyetine devam ediyor ve kaç ölçek büyüttü? Bu bilgiler yayımlanmış bir raporda yer almıyor.

Bu, programın başarısız olduğu anlamına gelmiyor. Ancak sonucun ölçülmediği anlamına geliyor. Oysa bir hızlandırma programının değeri, kaç başvuru aldığıyla değil; kaç girişimin ayakta kaldığıyla ölçülür.

İKİ FARKLI ŞEY

Kuluçka programı bir girişime mentor, ofis, eğitim ve yatırımcı erişimi sağlar. **Düzenleyici kum havuzu** ise o girişime, normalde tam lisans gerektirecek bir faaliyeti sınırlı ölçekte ve gözetim altında yürütme izni verir.

Birincisi ticari destektir. İkincisi regülasyon alanı açar. Türkiye'de birincisi denendi; ikincisi hiç kurulmadı.

Bunun üç sebebi olabilir

Bir: kum havuzu yok. Türkiye'de sigortacılık alanında düzenleyici kum havuzu uygulaması bulunmuyor. Sektör temsilcileri bunu dile getiriyor. Kum havuzunun işlevi, yeni bir modelin sınırlı ölçekte ve yakın gözetim altında denenmesine imkân vermek; model işlerse büyüyor, işlemezse kontrollü biçimde kapanıyor. Bu mekanizma olmadığında yeni bir model ya baştan tam lisans almak zorunda kalıyor ya da hiç denenmiyor.

İki: giriş eşiği yüksek. Sigorta şirketi kurmak sermaye, aktüerya kadrosu, teknik altyapı ve uzun bir izin süreci gerektiriyor. Bu şartlar keyfi değil; poliçe sahibinin korunması için var. Ancak bir teknoloji girişimi için bu eşik çoğu zaman aşılamayacak kadar yüksek.

Üç: sermaye yeterliliği zaten gündemde. Son dönemde bazı şirketlerin faaliyetleri sermaye yetersizliği nedeniyle durduruldu; kasko üretimi özsermayeye bağlı bir limitle sınırlandı. Böyle bir ortamda yeni ve deneysel yapılara alan açmak konusunda temkinli davranılması anlaşılabilir.

Ama bir soru duruyor

Temkinli olmak ile kapıyı kapalı tutmak aynı şey değil. Bermuda örneğinin gösterdiği şey, düzenleyici titizliğin ve yeniliğe açıklığın birlikte var olabileceği. Metinde bu şöyle ifade ediliyor: bu titizlik ve açıklık birleşimi nadirdir.

Ve tarihsel bir örnek veriliyor: Hurricane Andrew Güney Florida'yı yıktıktan sonra Bermuda yeni bir sigortacı kuşağının doğmasına aracılık etti; 11 Eylül saldırılarından sonra bir kuşak daha geldi. Değerlendirmeye göre Bermuda, ciddi kapasite darlığı anlarını kalıcı ve iyi sermayelendirilmiş kurumlara dönüştürdü — ve bunu standardı düşürmeden yaptı.

Türkiye için ne anlama geliyor?

Küresel insurtech yatırımı 2026'nın ilk çeyreğinde 1,63 milyar dolar seviyesinde gerçekleşti. Bu sermayenin nereye gideceğini belirleyen faktörlerden biri, hangi ülkenin hem teknolojiyi hem sigorta bilançosunu anlayan bir düzenleyici ortam sunduğu.

Bugün Türkiye'de bir teknoloji girişimi, ürününü geliştirip bir sigorta şirketinin kâğıdı üzerinden sunmak zorunda. Riski taşımak isterse, önünde tam lisans sürecinden başka bir yol yok. Ve arada, modelini kontrollü biçimde deneyebileceği bir basamak bulunmuyor.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Bu yazı, sermaye şartlarının gevşetilmesini savunmuyor. Poliçe sahibinin korunması sigortacılığın varlık sebebidir ve sermaye o korumanın temelidir. Bu sayıdaki reasürans ve captive yazıları da aynı çizgide duruyor: koruma katmanı esnetildiğinde bedelini sigortalı öder. Ancak korumayı zayıflatmadan denemeye alan açmak mümkün; kum havuzu tam olarak bu işlevi görüyor — sınırlı ölçek, yakın gözetim, tanımlı çıkış. Buradaki asıl mesele bir basamak eksikliği. Bugün bir girişimin önünde iki seçenek var: ya başkasının kâğıdı üzerinden çalışmak ya da tam lisans almak. Arada hiçbir şey yok. Bermuda örneği, bu iki uç arasına bir basamak konabileceğini ve bunun standardı düşürmeden yapılabileceğini gösteriyor. İkinci mesele ölçüm. Yedi yıl önce kurulan hızlandırma yapısı beş yılda yüzü aşkın girişim hedefi açıkladı; bugün sonucun ne olduğu kamuya açık değil. Bu, sektörde tanıdık bir tablo: yapı kuruluyor, hedef açıklanıyor, sonuç yayımlanmıyor. Oysa bir sonraki programın neyi farklı yapması gerektiği ancak bu veriyle bilinebilir. Beklentimiz iki maddede toplanıyor: mevcut hızlandırma deneyiminin sonuçları yayımlansın; ve düzenleyici kum havuzu seçeneği, poliçe sahibinin korunmasından ödün vermeyecek biçimde en azından tartışmaya açılsın.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Sektörün karar vericilerine ulaşın.

Bağımsız sigorta gazetesinde markanızı doğru kitleyle buluşturun.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

ANALİZ · ACENTE VE DİJİTAL KANAL

Ekran soru sormaz

Sigorta artık ekrandan da satılıyor, bankadan da. Karşılaştırma siteleri beş şirketin fiyatını yan yana koyuyor, kredi kullanan müşterinin poliçesi aynı işlemde kesiliyor. Bu tabloya bakan bazıları acenteye ihtiyaç kalmayacağını söylüyor. Ancak bir poliçede üç unsur var: fiyat, teminat ve süreç. Ekran birincisini gösteriyor, ikincisini listeliyor ama açıklamıyor, üçüncüsünü hiç göstermiyor.

Ağustos 2026 itibarıyla Türkiye'de levhaya kayıtlı 19 binden fazla sigorta acentesi var. Hayat dışı prim üretiminin önemli bir bölümü bu kanal üzerinden gerçekleşiyor. Ancak dağıtım yapısı değişiyor: karşılaştırma platformları, banka kanalı ve şirketlerin doğrudan satış ekranları paylarını artırıyor.

Bu değişim gerçek ve geri dönüşü yok. Tartışılması gereken şey değişimin kendisi değil; hangi işlevin nereye taşındığı.

Bir poliçede üç şey vardır

ÜÇ UNSUR, EKRANDA GÖRÜNÜRLÜK

Unsur	Ekran ne yapar?
Fiyat	Mükemmel gösterir — zaten bunun için tasarlanmıştır
Teminat	Listeler. Ancak listelemek açıklamak değildir
Süreç	Hiç göstermez — çünkü süreç, satın alma anında var olmayan bir şeydir

Ekranda görünmeyenler

Bir kasko poliçesinde şu sorular fiyat etiketinde yazmaz: muafiyet ne kadar ve hangi durumda uygulanır? Anlaşmalı servis ağı hangi illeri kapsıyor, o ilçede var mı? Onarımda orijinal parça mı, eşdeğer mi kullanılacak? İkame araç var mı, kaç gün? Hasar ihbarından ödemeye ortalama kaç gün geçiyor?

Bunların hiçbirisi karşılaştırma ekranında yan yana konulabilecek nitelikte değil; çünkü karşılaştırması zor, standardı yok ve çoğu şirket bu verileri yayımlamıyor. Ancak hepsi, hasar anında sigortalının doğrudan karşısına çıkıyor.

Ve o anda ne oluyor?

Bir sigortalı gece saatlerinde kaza yapıyor. Aracı yolda kalıyor. Ne yapması gerektiğini bilmiyor.

Karşılaştırma ekranını arayamaz; uygulamada bir ihbar düğmesi olabilir, ancak o düğme süreci açıklamaz. Krediyi veren banka şubesini arayabilir mi? Şube görevlisi hasar sürecini bilmiyor — bilmesi de beklenmiyor, çünkü görev tanımı bu değil.

Bu noktada devreye giren kişi acentedir. Ve acentenin sigortalıya sunduğu asıl hizmet, poliçenin kendisi değil; **poliçenin nasıl işleyeceğini bilen bir muhatap olmasıdır.**

Bu, dijital kanalın eksikliği değil. Farklı bir işlev. Bir yazılım süreç yönetir; ancak sürecin içindeki insanı yönlendirmez.

Peki bu neden anlatılamıyor?

Acentelerin en sık dile getirdiği şikâyetlerden biri şu: müşteri yalnızca fiyat soruyor. Bu doğru bir gözlem; ancak sebebi acentede değil.

Sigorta reklamlarının merkezinde uzun süredir tek bir mesaj var: en uygun poliçeyi bul. Karşılaştırma ekranları fiyatı öne çıkarıyor, diğer kalemleri arka plana itiyor. Yani müşteri, sigortayı bir fiyat kalemi olarak öğrenerek geliyor. Bu zeminde teminat anlatmak zor; müşteri anlamadığını söylemez, ancak dinlemez de.

Sorun anlatım becerisinde değil; anlatım için zemin bulunmamasında.

Somut bir yaklaşım

Bu zemini değiştirmenin pratik bir yolu var: cevap vermeden önce soru sormak. Örneğin: aracınız hasar görürse kaç gün onsuz kalabilirsiniz? Ya da: en yakın anlaşmalı servis nerede, biliyor musunuz?

Bu sorular kısa ve zaman almıyor. Ancak konuyu fiyattan çıkarıp somut hayata taşıyor. Ve bu zeminde ekran rekabet edemiyor — çünkü ekran soru sormaz; yalnızca cevap listeler.

Bir de karşılık meselesi

Burada konuşulmayan bir konu var. Zorunlu trafik sigortasında azami komisyon oranı yüzde on ve bu oran uzun süredir değişmedi. Aynı dönemde acentenin sabit giderleri arttı: kira, personel, yazılım, levha ücreti, enerji, vergi.

Yani hasar anında telefonu açmanın, süreci takip etmenin ve sigortalıyı yönlendirmenin bir maliyeti var. Ancak bu maliyetin komisyon yapısında bir karşılığı bulunmuyor.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Dijitalleşme sigortacılıkta geri döndürülemez bir süreç ve birçok açıdan olumlu; bu yazı dijital kanala karşı değil. Ancak bir işlemin dijitalleşmesi, o işlemin arkasındaki işlevin ortadan kalktığı anlamına gelmiyor. Poliçe satışı dijitalleşebilir; ama hasar anında sigortalının ne yapacağını bilmemesi dijitalleşmiyor. Bu sayfalarda tekrarladığımız bir cümle var: fiyatı ekran gösterir, farkı insan anlatır. Burada bir denge notu düşelim: acentenin işlevini savunmak, dijital kanalın kötü olduğunu söylemek değildir. Bir müşteri poliçesini ekrandan almayı tercih ediyorsa bu onun hakkıdır ve kolaylık gerçektir. Söylediğimiz şey, iki kanalın aynı şeyi sunmadığı. Bir hizmetin bedeli ödenmiyorsa, o hizmet zamanla verilemez hâle gelir. Ve bu durumda kaybeden yalnızca acente olmaz; hasar anında muhatap arayan sigortalı da kaybeder. Bugün eksik olan, o farkın hem sigortalıya anlatılması hem de karşılığının tanımlanmasıdır. Bir öneri: karşılaştırma ekranlarında fiyatın yanına en az iki alan daha eklensin — muafiyet tutarı ve anlaşmalı servis ağının kapsamı. İkisi de standartlaştırılabilir veriler ve ikisi de hasar anında sigortalının karşısına çıkıyor.

Kaynak: Sigortanın Sesi

YORUM · KÖŞE YAZISI



Kerim Bağdaş

Kurucu

Buz banyosu meselesi: ağrıyı dindiren şey gelişimi durdurabilir

Rahatlamak ile gelişmek aynı şey değil. Ve bazen birincisi ikincisinin önünde duruyor.

Geçen hafta antrenman sonrası toparlanma üzerine bir derleme okudum. Direnç antrenmanından hemen sonra ısı uygulamasının etkisini inceleyen altı çalışma bir araya getirilmiş. Sonuç sade: sıcak, kas gelişimine en fazla küçük ve belirsiz bir katkı yapıyor, güç üzerinde anlamlı bir etkisi olmuyor. Yani iyileştirmiyor.

İlginç olan öbür taraf. Ağırlık kaldırdıktan hemen sonra soğuk suya girmek, antrenmanın tetiklediği kas gelişim tepkisini azaltabiliyor. Soğuk ağrıyı gerçekten alıyor; ama amaç gelişmekse zamanlama aleyhinize çalışıyor.

Cümleyi tersinden kurunca daha net duruyor. **Sıcak iyileştirmiyor ama bozmuyor. Soğuk rahatlatıyor ama gelişimi durdurabiliyor.**

Buraya kadar bir spor yazısı. Ama bu ayrımı okuduğumda aklıma sektörde yirmi yıldır izlediğim bir kalıp geldi.

İki ayrı şey: rahatlamak ve gelişmek

Bir sistemin ağrısını dindirmek ile o sistemi geliştirmek aynı şey değil. Çoğu zaman birbirinin yerine geçebiliyormuş gibi konuşuluyor, oysa bazen biri diğerinin önünü kesiyor.

Antrenmanda gelişim, yükün yarattığı zorlanmaya verilen uyum tepkisinden doğuyor. Zorlanma sinyal, uyum sonuç. Sinyali hemen bastırırsanız sonucu da kısmen bastırılmış oluyorsunuz.

Sigortacılıkta da benzer bir sinyal var. Hasar-prim ilişkisi bozulduğunda, bir branş sürekli zarar yazdığına, tahsilat sarktığına ortaya çıkan rahatsızlık bir arıza değil; yapının bir şeyi söylemesi.

Sektörün buz banyoları

Bizim soğuk suyumuz ne? Aklıma üç tanesi geliyor.

Birincisi tarife ve fiyat tarafındaki hızlı müdahaleler. Bir branşta zarar büyüdüğünde fiyat mekanizmasına dışarıdan yapılan ayar, ağrıyı kısa sürede azaltır. Tablo düzelir, rakam nefes alır.

İkincisi geçici düzenlemeler. Bir süreliğine getirilen istisna, ertelenen yükümlülük, uzatılan uyum süresi. Hepsisi zamanında ve yerinde olabilir; nefes aldırır.

Üçüncüsü iletişim. Sektörün algı sorununu iletişim kampanyasıyla karşılamak. Bu da rahatlatır, hem de gerçekten.

Üçünün ortak özelliği şu: hepsi işe yarıyor. Buz banyosu da işe yarıyor. Ağrıyı gerçekten alıyor, bu bir hurafe değil.

Rahatlamanın sahada nasıl görüldüğünü de biliyoruz. Bir çeyrek kapanır, tablo bir önceki döneme göre iyileşmiş görünür, toplantıda "eğilim olumlu" denir. Kimse yalan söylemez; rakam gerçekten iyileşmiştir. Ama iyileşmenin kaynağı sorulmadığında, bir sonraki çeyrekte aynı ağrının aynı yerden geldiğini görmek şaşırtıcı olmaz.

Peki neyin önünü kesiyor

Soru şu: ağrı azaldığında, o ağrının işaret ettiği uyum çalışması yapılıyor mu?

Bir branş sürekli zarar yazıyorsa altında genelde teknik bir mesele vardır. Fiyatlama modeli, hasar süreci, tedarik maliyeti, sahtecilik, veri kalitesi. Bunları düzeltmek uzun iş; aylar değil yıllar alır ve sonucu hemen görünmez.

Bunun sebebi tembellik değil, ölçüm. Hızlı müdahalenin sonucu aynı çeyrekte, tek bir satırda görünür. Yapısal işin sonucu iki yıl sonra, üstelik başka bir kalemin içinde görünür ve o zamana kadar sorumluluk el değiştirmiştir. **Bir kurumda hangi işin yapılacağını çoğu zaman önemi değil, ölçülebilirliği belirler.**

TRAFİK BRANŞI TEKNİK ZARARI

Dönem	Teknik zarar
2022	11,3 milyar TL
2023	12,1 milyar TL
2024	17,7 milyar TL
2025 (ilk altı ay)	3,2 milyar TL

Dikkat — iki farklı seri: Bu tablo SEDDK verisidir (Sigortacılık ve Özel Emeklilik Sektörü Gelişmeler ve Temel Göstergeler 2025 Ocak-Haziran, Tablo 11); 2025 rakamı altı aylıktır. Bu sayının "Teknik sonucun içinde faiz var" yazısında kullanılan seri ise Türkiye Sigorta Birliği verisidir ve farklı bir hesap esasına dayanır (aynı branş için 2024: 34,7 milyar TL). İki seri birbirleriyle karşılaştırılmamalıdır.

Serideki dört dönemin hiçbirinde branş kâra geçmiş değil. Bu süre boyunca müdahale eksik olmadı; ağrı defalarca dindirildi. Ama zararı üreten yapı yerinde duruyor.

Burada kimseyi suçlamıyorum, bunu net söyleyeyim. Bir zararı küçültmek zorunda kalan yönetici de, fiyat tarafına müdahale eden düzenleyici de rasyonel davranıyor. Kısa vadeli acı gerçek bir acı ve birinin onu yönetmesi gerekiyor. Sporcu da sakatlanmamak için buz banyosuna girer; bu yanlış bir karar değildir.

Mesele kararın kendisi değil, sonrasında ne yapıldığı.

Sıcak ne olurdu

Derlemedeki sıcak uygulamasının değeri, iyileştirmesinde değil bozmamasında. Sektörde de böyle bir kategori var: hemen sonuç vermeyen ama uyum tepkisinin önünü kesmeyen işler.

Veri altyapısı bunlardan biri. Bir branşın neden zarar ettiğini gerçekten bilmek, iki çeyrekte kâra dönmüyor ama fiyatlamayı kalıcı biçimde değiştiriyor.

Hasar sürecinin ölçülmesi bir diğeri. İhbardan ödemeye geçen sürenin, ret oranlarının, itiraz sonuçlarının bilinmesi kimseyi bir gecede rahatlatmaz; ama nerede sızdığını gösterir.

Mesleki eğitim üçüncüsü. Sahadaki kişinin şüpheli bir talebi ayırt edebilmesi, bir poliçeyi doğru anlatabilmesi hemen bilançoya yazmaz. Yıllar içinde yazar.

Bunların hiçbirisi parlak değil. Manşet olmuyorlar, çeyrek sonucunu değiştirmiyorlar. Ama uyum tepkisini bozmuyorlar. Sıcakın yaptığı da tam olarak buydu.

Sahadan bakınca fark daha görünür. Acente, aynı müşteriye üst üste üçüncü yıl aynı açıklamayı yapıyorsa, arada bir şeyin düzelmediğini herkesten önce o bilir. Sigortalı ise düzelmeyi tabloda değil, yenileme teklifinde ve hasar dosyasının süresinde arar.

Zamanlama meselesi

Çalışmanın en dikkat çekici tarafı soğuğu kötülememesi. Soğuk, hızlı toparlanmanın uzun vadeli gelişimden daha önemli olduğu durumlarda faydalı. Yarın maçı olan sporcu buz banyosuna girer, doğrusu da budur.

Yani sorun soğukta değil, soğuğun ne zaman ve ne sıklıkla kullanıldığında.

Sektöre çevirirsek: kriz anında hızlı müdahale doğru araçtır. Bir branş taşıyamayacağı bir yükün altına girdiyse, orada uzun vadeli gelişim tartışması lüks kalır. Önce durumu sabitlemek gerekir.

Ama her çeyrekte buz banyosuna giren bir sporcu, bir yıl sonra neden gelişmediğini sorar. Ve cevabı antrenman programında değil, toparlanma alışkanlığında bulur.

Sonuç

Bir yapının sağlığını ölçmenin yollarından biri şu soruyu sormak: son beş yılda ağrılarımızı mı yönettik, yoksa yapımızı mı değiştirdik?

İkisi birden yapılabilir; birbirinin alternatifi değiller. Ama biri hızlı, görünür ve ölçülebilir sonuç verirken diğeri yavaş, sessiz ve geç ölçülüyor. Kurumsal hayatta bu asimetri her zaman birincinin lehine işler.

Bu yazının bir tedavi önerisi olmadığını da söyleyeyim. Spor bilimindeki bir bulgu sigortacılığa doğrudan uygulanmaz; benzetme kanıt değildir. Buradaki tek iddia, iki kavramı ayrı tutmanın işe yaradığı.

Pratik bir başlangıç önerim var. Her müdahalenin yanına iki satır yazılsın: **bu adım hangi ağrıyı ne kadar süreyle dindirecek, ve aynı ağrının kaynağına dönük hangi çalışma hangi tarihte başlayacak?** İkinci satır boş kalıyorsa, o müdahale bir çözüm değil bir ertelemedir.

Hangi branşta kaç yıldır aynı ağrıyı dindirdiğimizi bir kenara yazmak, bu tartışmayı başlatmak için yeterli olabilir.

Sigortanın Sesi. Sektörün ortak sesi.

— Kerim Bağdaş

EKONOMİ · HAFTANIN ÖZETİ

Fed konuştu, altın geriledi, borsalar rekor tazeledi

Haftaya yön veren tek başlık Jackson Hole oldu. Fed Başkanı ileriye dönük yönlendirme vermeyi reddedince eylül beklentisi yeniden fiyatlandı; altın ve Bitcoin geri çekildi, hisse tarafı rekor tazeledi.

Piyasalarda haftanın gündemini Jackson Hole toplantısı belirledi. Fed Başkanı'nın ileriye dönük net bir yönlendirme vermekten kaçınması, eylül ayına ilişkin faiz beklentilerinin yeniden fiyatlanmasına yol açtı.

Bunun ilk sonucu güvenli liman varlıklarında görüldü: altın geri çekildi, Bitcoin de aynı yönde hareket etti. Hisse senedi tarafında ise tablo tersine döndü; başlıca endeksler rekor seviyeleri tazeledi.

SİGORTANIN SESİ'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Bu tablo sigortacılığı iki kanaldan ilgilendiriyor. Birincisi yatırım geliri: sektörün teknik sonucundaki açığı kapatan kalem büyük ölçüde faiz ve benzeri gelirlerden oluşuyor. Faiz beklentisinin yönü değiştiğinde bu kalem de değişir. İkincisi hasar maliyeti: kur ve emtia hareketleri, yedek parça ve onarım fiyatları üzerinden hasar tarafına yansır. Bu yüzden haftalık piyasa hareketleri sigortacı için yalnızca bir portföy meselesi değil; aynı zamanda gelecek dönem hasar maliyetine dair erken bir sinyaldir.

Kaynak: Sigortanın Sesi

REKLAM

Sektörün karar vericilerine ulaşın.

Bağımsız sigorta gazetesinde markanızı doğru kitleyle buluşturun.

sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

REKLAM VE İŞ BİRLİĞİ

Markanız, sektörün ortak sesinde

Sigortanın Sesi; gazete, YouTube, LinkedIn ve Instagram'da eş zamanlı yayın yapan bağımsız bir sigorta medyasıdır. Markanızı doğru kitleyle, doğru mecrada buluşturuyoruz.

YAYIN İLKESİ VE EDITORYAL ONAY

Sigortanın Sesi bağımsız bir yayındır. Reklam ve sponsorluk; haber, analiz ve köşe içeriklerini hiçbir şekilde etkilemez. İçerik ile ilan kesin biçimde ayrılır. Yayımlanacak tüm reklam ve sponsorlu içerik, yayın öncesinde editoryal değerlendirmeden geçer. Aranan ölçütler:

- İçeriğin doğru, yanıltıcı olmayan ve doğrulanabilir olması
- Yanlış ya da abartılı vaat, garanti veya rakam içermemesi
- Rakip kurum, kişi ya da kuruluşları hedef almaması
- Mevzuata ve tüketici haklarına aykırı olmaması
- Haber görünümü verilerek okuru yanıltmaması; sponsorlu içeriğin açıkça etiketlenmesi

GAZETE

Manşet sponsorluğu

Kapak sayfasında, manşetin altında tek sponsor bandı. Sayıda tek marka.

Sponsorluk, manşetin seçimini ve içeriğini etkilemez.

Sayfa sponsorluğu

Analiz, tüketici, eksper ya da sektör bölümünün altında sponsor bandı.

Röportaj reklamı

Marka yöneticisiyle söyleşi; logo, portre ve soru-cevap düzeniyle yayımlanır.

"Reklam · Sponsorlu İçerik" etiketiyle sunulur.

Tam, yarım veya çeyrek sayfa ilan

Kurumsal duyuru, ürün lansmanı ve imaj reklamı için görsel ilan.

İletişim: info@sigortaninsesi.com · sigortaninsesi.com

KÜNYE

Bağımsız sigorta gazetesi

YAYIN BİLGİLERİ

Yayın: Sigortanın Sesi — Bağımsız Sigorta Gazetesi

Sahibi: Kerim Bağdaş

Genel Yayın Yönetmeni: Egemen Bağdaş

Tarih: 1 Eylül 2026 · Salı

İletişim: www.sigortaninsesi.com · info@sigortaninsesi.com

Haber ve analiz metinleri üçüncü şahıs anlatımıyla, açık kaynaklara ve yürürlükteki mevzuata dayandırılarak hazırlanır. Yayının değerlendirmeleri yalnızca "Sigortanın Sesi'nin Değerlendirmesi" başlıklı kutularda yer alır; köşe yazıları yazarının kişisel görüşüdür ve hukuki görüş niteliği taşımaz. İçerikler belirli bir şirket, kurum, kişi ya da grubu hedef almaz. Okuyucu yorumlarından alıntı yapıldığında kişi bilgileri paylaşılmaz. Bu sayıdaki mali analizler yatırım tavsiyesi değildir ve şirket bazlı değerlendirme içermez. Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.