

Міністерство освіти і науки України
Дніпродзержинський державний технічний університет

О.В. Золотарьова

Конспект лекцій
з дисципліни «Страхування»
для студентів напрямів 6.030508 «Фінанси і кредит»,
6.030509 «Облік і аудит»
Частина 2

ЗАТВЕРДЖЕНО:
редакційно-видавничою секцією
науково-методичної ради ДДТУ
«__» _____., протокол № __

Дніпродзержинськ
2016

Розповсюдження і тиражування без офіційного дозволу Дніпродзержинського державного технічного університету заборонено.

Методичні вказівки до практичних занять з дисципліни «Страхування» для студентів напрямів 6.030508 «Фінанси і кредит», 6.030509 «Облік і аудит». Частина 2 / Укл.: Золотарьова О.В. - Дніпродзержинськ: ДДТУ, 2016 р. - 78 с.

Відповідальний за випуск:
зав кафедрою фінансів та обліку
д.е.н., проф. Каламбет С.В.

Рецензент: к.е.н., доцент Ткаченко І.П.

Затверджено на засіданні
кафедри фінансів та обліку
(протокол №1 від 14.01.2016 р.)

Видання містить основний зміст лекцій з дисципліни «Страхування», питання для самоконтролю та перелік літератури.. Конспект призначений для студентів напрямів 6.030508 «Фінанси і кредит», 6.030509 «Облік і аудит».

Зміст

Тема 7. Перестрахування та співстрахування.	4
Тема 8. Доходи, витрати і прибуток страховика	24
Тема 9. Фінансова надійність страховика	33
Тема 10. Особисте страхування	44
Тема 11. Страхування майна	57
Тема 12. Страхування відповідальності	66
Список літератури	77

ТЕМА 7. Перестраховування і співстраховування

План.

1. Необхідність і сутність перестраховування, стан і перспективи його розвитку.
2. Методи перестраховування та форми проведення перестраховальних операцій.
3. Співстраховування й механізм його застосування.

1. Необхідність і сутність перестраховування, стан і перспективи його розвитку.

Важко встановити, коли саме виникло перестраховування, який договір поклав йому початок, але можна з упевненістю стверджувати, що воно завжди розвивалося слідом за самим страхуванням, оскільки перестраховувальні операції є «вторинними», похідними від страхових.

За одними джерелами, перше перестраховування було проведене в 1370 році: перестраховувалася частина рейсу від Коделес до Брюге (Бельгія). Інші датують перші договори перестраховування кінцем XVI століття, коли страховики-купці поділяли між собою ризики в певних частках.

Кожна страхова компанія прагне створити стійкий стабілізований страховий портфель. Але жорстка конкуренція на страховому ринку не дає можливості для вільного відбору сприятливих ризиків, тому у портфелі страховика можуть опинитися ризики з дуже високою відповідальністю. У такій ситуації настання лише одного великого збитку може призвести до значних фінансових втрат компанії. Страховій компанії загрожують також великі збитки від масових дрібних ризиків, сконцентрованих на невеликій території (наприклад, коли йдеться про страхування будівель у сільській місцевості). І саме перестраховування дає змогу передбачити всі зазначені випадковості. Отже, потреба в ньому виникає за таких обставин.

- можливий збиток, пов'язаний з великим ризиком.
- можливий катастрофічний випадок, тобто кумуляція збитків у результаті однієї події.
- перевищується середня частота збитків.

Класичне визначення перестраховування було дано в законодавстві Великої Британії на початку XIX століття: перестраховування є новим страхуванням уже застрахованого ризику.

Визначення німецьких страховиків також лаконічне і точне: перестраховуванням визнається страхування ризиків, прийнятих страховиком.

У практиці вітчизняних страховиків використовується таке визначення: перестраховування — страхування одним страховиком (цедентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником іншого страховика (перестраховика) резидента або нерезидента, який має статус страховика або

перестраховика, згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований. Тобто в договорі перестрахування беруть участь: страхове товариство, що передає ризик; страхове товариство, що приймає ризик на свою відповідальність; посередник (не обов'язково). Процес, пов'язаний з передаванням ризику, називають цедуванням ризику, або цесією. Страховика (перестрахувальника), що віддає ризик, називають цедентом. Страховика (перестраховика), котрий ризик приймає, — цесіонарієм.

Страховик (цедент, перестрахувальник), який уклав з перестраховиком договір про перестрахування, залишається відповідальним перед страхувальником у повному обсязі згідно з договором страхування.

При настанні страхового випадку перестраховик несе відповідальність згідно з узятими на себе зобов'язаннями з перестрахування. Відносини страховиків із перестрахування регулюються договорами, що укладаються між ними.

Ризик, прийнятий перестраховиком від перестрахувальника, може бути знову переданий у певній частині іншому перестраховику. Цей процес називають ретроцесією. Сторону, що передає непрямий ризик, називають ретроцедентом, а сторону, що бере на себе такий ризик, — ретроцесіонарієм (рис. 7.1).



Рис. 7.1. Цесія і ретроцесія

У результаті перестрахування (цесії) та ретроцесії відбувається поділ ризиків, відповідальність розподіляється між багатьма страховиками як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринку.

Шляхом ретроцесії частина ризиків може бути знову передана прямому страховикові (цедентові). Щоб уникнути такої кумуляції збитків, у договорі перестрахування можна зробити відповідне застереження.

Як у страхових, так і в перестрахувальних операціях іноді потрібні посередники. Необхідність використання послуг брокера зумовлена специфікою ризиків у перестрахуванні: рідкісність ризиків, їх висока вартість, потреба в розміщенні на спеціалізованих ринках. Брокер готує всю потрібну інформацію для пропозиції і розміщує її оптимальним способом. Після розміщення пропозиції брокер готує перестрахувальний договір. А

після його підписання забезпечує необхідний документообіг. Брокер отримує комісію, що варіюється, як правило, від 10 до 15 % нетто-премії. Отже, головні функції брокера такі:

- представлення клієнта;
- консультування;
- ведення переговорів;
- розподіл ризиків.

Оскільки у природі страхування і перестрахування є багато спільного (розподіл ризику між зацікавленими сторонами договору страхування або перестрахування; схожість між страховиком, котрий передає ризик перестраховикові, і страхувальником, котрий передає ризик страховій компанії), то при проведенні перестрахувальних операцій спираються на ті самі принципи, що й при страхуванні, зокрема: принцип страхового інтересу; принцип відшкодування збитків; принцип найвищої сумлінності.

У разі купівлі в перестраховика захисту (гарантії від збитків) страховик передає йому частину ризику, а також і частину премії. Але за організацію прийому ризику на страхування страховик має право на отримання комісійної винагороди, або комісії з премії. Отже, комісія — це узгоджена частина понесених цедентом витрат з укладання договорів страхування.

Існують такі види комісій:

Оригінальна комісія — відрахування з премії на користь цедента. Виплачується в перестраховувальній цесії.

Перестраховувальна комісія — відрахування з премії на користь ретроцедента. Використовується при ретроцесії.

Брокерська комісія — відрахування з премії на користь брокера. Покриває витрати, пов'язані з розміщенням перестраховувального договору, і враховує прибуток по цьому розміщенню.

Страховик (цедент) має також право на тантьєму — відрахування з прибутку перестраховика, який він може отримати за результатами проходження договору перестрахування. Тантьєма виплачується щороку із суми чистого прибутку, який отримує перестраховувальна компанія. Це форма заохочення перестраховиком перестрахувальника щодо наданої участі в договорі перестрахування, сумлінності та обачного ведення справи.

Значне місце у перестрахуванні посідають перестраховувальні пули. Розрізняють два типи пулів: пул страхування і пул перестрахування. Пул страхування проводить продаж полісів, за якими всі його учасники беруть на себе раніше узгоджену частку відповідальності. Пул перестрахування передбачає, що страховики випускають поліси самостійно, утримують узгоджену частку, а решту передають у пул на основі квоти або ексцеденту. Перестраховувальний пул діє як посередник, розподіляючи передані в перестрахування ризики між своїми членами. З огляду на світовий досвід доцільним вважається створювати пули у страхуванні ризиків з можливою катастрофічною відповідальністю (ядерні ризики, авіаційні, каско морських суден).

Особливого значення пули набувають у країнах, де відбувається становлення ринку страхування і перестрахування. Слід зауважити, що для збільшення місткості національного ринку перестрахування вживають різних заходів, один із них — створення страхових і перестраховувальних пулів. Перші паростки таких страхових об'єднань уже з'явилися в Україні.

Необхідність у перестрахуванні з кожным днем зростатиме через охоплення страхуванням дедалі більшої кількості великих, специфічних ризиків, а також у зв'язку з приватизаційними процесами, що відбуваються в нашій країні. Адже об'єкти приватизації, які втратили підтримку з боку бюджету, органів управління, опиняються в ризикових ситуаціях.

Отже, роль перестрахування важко переоцінити.

За допомогою перестрахування страховик може захиститись від випадкових (спричинених непередбачуваними обставинами) відхилень розрахункової збитковості від її фактичного рівня в поточному році. Тому перестрахування є необхідною умовою забезпечення фінансової стійкості й нормальної діяльності страховика незалежно від розміру його капіталу та страхових резервів.

Перестраховик, фінансово підтримуючи страхову компанію, сприяє розширенню її страхової діяльності. Це дуже важливо для страховика, який зацікавлений у розширенні можливостей своєї компанії. Страховик, починаючи роботу в нових для нього видах страхування, як правило, активно використовує перестрахування, що дає йому можливість набувати потрібного досвіду безпечним для себе шляхом.

Перестрахування не лише захищає страховиків, а й сприяє захисту самого страхувальника; працівників страхових компаній від втрати роботи; акціонерів компаній від зниження прибутку; держава має гарантію надходження податків від страхової діяльності і т. ін.

2. Методи перестрахування та форми проведення перестраховальних операцій.

За методом передавання ризиків у перестрахування і за оформленням правових відносин сторін перестраховальні операції поділяються на такі:

- факультативні;
- облігаторні (договірні);
- факультативно-облігаторні і облігаторно-факультативні (змішані).

Факультативний метод перестрахування характеризується повною свободою сторін договору перестрахування. Перестраховальник має право передавати ризики або лишати їх на власній відповідальності, а перестраховик має право прийняти ризики чи відмовитися від них. При факультативному перестрахуванні кожний ризик передається окремо. Головна особливість цього методу перестрахування полягає в можливості індивідуальної оцінки ризику.

Факультативне перестраховання в багатьох аспектах схоже на пряме страхування, зокрема в тому, що перестраховик, приймаючи ризик, дуже докладно його вивчає, знайомиться з практикою страхових операцій цедента. Таке докладне, ретельне вивчення партнера та його пропозицій має сенс, особливо якщо це одне з перших приймань від компанії-цедента. Проте вивчення інформації в такому обсязі потребує багато часу і чималих адміністративних витрат для обох сторін (перевірка документів, вивчення подробиць щодо ризиків і т. ін.).

Переваги факультативного методу полягають ось у чому:

- у можливості вибору для компанії-цедента якомога сприятливіших умов перестраховання (розміщення ризику в кількох перестраховувальних компаніях, вибір найкращих пропозицій);
- у використанні цедентом перестраховання в тих випадках, коли відповідальність справді може зашкодити фінансовій стійкості страховика або коли він має розширити свою діяльність у сфері несприятливих для нього страхувань.

Особливістю факультативного перестраховання є можливість регулювання страховиком (цедентом) розміру власного утримання.

Власне утримання — економічно обґрунтована частина страхової суми, яку страхова компанія залишає на своїй відповідальності. Цю суму визначають:

- окремо за страховим полісом;
- за одним ризиком;
- за групою ризиків.

Власне утримання встановлюється в абсолютній сумі або у відсотках страхової суми об'єкта. Складним питанням для практичного перестраховання є визначення частки ризику, яку слід залишати на своєму утриманні. Передавати в перестраховання досить велику частку не вигідно, оскільки страховик відраховує і значну частину зібраних ним страхових премій. Водночас досить високий ліміт власного утримання впливає на фінансову стійкість страховика. Не лише страховик, а й перестраховик має зважати на розмір власного утримання. Занижений розмір власного утримання страховика не дає перестраховикові впевненості щодо якості ризику або добропорядності страховика при врегулюванні збитків у разі настання страхових подій.

Отже, визначення оптимального розміру власного утримання є важливою ланкою в організації процесу перестраховання. Тому в багатьох країнах світу розмір власного утримання регламентується законодавством або самими учасниками перестраховання.

У ст. 30 Закону України «Про внесення змін до Закону України “Про страхування”» передбачена вимога щодо обов'язкового укладання договору перестраховання в тому разі, коли страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів.

Існує багато теорій і практичних рекомендацій, які потрібно враховувати при визначенні ліміту власного утримання. Розглянемо їх.

- Обсяг премії. Чим більший обсяг зібраної премії при незначному відхиленні від загальної кількості ризиків, тим вищий ліміт власного утримання.
- Середня дохідність або середня збитковість за окремими видами страхування, за об'єктами. Чим вищою буде дохідність і нижчою збитковість, тим більшим може бути рівень власного утримання.
- Розмір витрат на ведення справи. Якщо витрати з ведення справи за окремими видами страхування досить великі, страховик (цедент) при встановленні нижньої межі власного утримання може перекласти більшу частину цих витрат на перестраховиків.
- Територіальний розподіл застрахованих об'єктів. Чим більший розподіл, тим меншою буде кумуляція збитків і більшим можна встановити власне утримання.
- Кваліфікація і практичний досвід спеціалістів страховика (цедента). Правильна оцінка ризику, визначення максимально можливого збитку, встановлення адекватного розміру комісії і необхідного розміру передавань впливає на розмір власного утримання.

Для кожного виду ризиків (груп ризиків) страхові компанії складають таблиці лімітів власних утримань, які часто коригуються.

Порядок укладання перестраховувального договору на факультативній основі такий. Спочатку перестраховувальник та перестраховик укладають між собою Договір про співробітництво з факультативного перестраховування. Цей договір не містить даних про ризики, а лише визначає схему роботи, права та обов'язки сторін. Підписуючи таку угоду, перестраховик не зобов'язаний приймати ризики від страховика на перестраховування. Факультативне перестраховування передбачає рішення перестраховика в кожному окремому випадку.

Коли у страховика з'являється ризик, який він бажає перестрахувати згідно з Договором про співробітництво з факультативного перестраховування, він надсилає перестраховикові ковер-ноту.

Ковер-нота містить таку інформацію: вид страхування; територію страхування; об'єкт страхування; страхову суму; ставку премії; власне утримання; премію перестраховика, комісію і т. ін.:

КОВЕР-НОТА № 750

Дата: 20.12.2015 р. Форма: факультативнепропорційне перестраховування

1. Вид страхування: Страхування наземного транспорту
2. Об'єкт страхування: авт-ль «TOYOTA Landcruiser»
V = 2982, 2014 р. в., технічний паспорт KIC 752738
3. Територія страхування: Україна
4. Страхувальник: Tom Bergman
5. Страховик: АСК «Захист»
6. Перестраховик: АСК «Нова»

7. Умови страхування: Страхові ризики

1, 2, 3 згідно з «Правилами добровільного страхування транспортних засобів» № 47 від 31.01.1996 р.

8. Термін страхування: 15.12. 2015 р. до 14.12.2016 р.

9. Страхова сума: 42.000 USD

10. Франшиза: ДТП, стихійні лиха — 1 %, викрадення — 10 %;

11. Власне утримання: 28,57 % — 12.000,0 USD

12. Відповідальність перестраховика: 23,8 % 10.000,0 USD

13. Тариф узгоджений 7,65 %

14. Премія для перерахування перестраховику: еквівалент 765,0 USD

15. Особливі умови:

1. Відповідальність перестраховика починається і закінчується одночасно з відповідальністю страховика.

2. Усі взаєморозрахунки між страховиком та перестраховиком проводяться в гривнях за курсом НБУ на дату розрахунків.

Страховик Перестраховик

АСК «Захист» АСК «Нова»

М. П. _____ М. П. _____

Після вивчення інформації щодо ризику перестраховик повідомляє страховика (цедента), яку частку він приймає в факультативне перестраховування. Підтвердження робиться по телефону, факсу або відправленням підписаної копії пропозиції із зазначенням своєї частки.

При розгляді факультативного перестраховування необхідно звернути увагу на недоліки цього методу:

1) без згоди перестраховика перестраховальник не може змінити умови страхування;

2) великі витрати з оформлення факультативного перестраховування, особливо в разі неодноразової факультативної пропозиції;

3) тривалість оформлення факультативного перестраховування впливає на можливість укладання договору або навіть відмови від нього;

4) вивчення кожного ризику і часте проведення перестраховувань дає певну інформацію конкурентам про андеррайтерську політику компанії-цедента;

5) неможливість автоматичного поновлення факультативного покриття.

Комісія у факультативному перестраховуванні встановлюється не регулярно. Факультативні договори перестраховування укладаються на період дії оригінального полісу.

Факультативна цесія здійснюється в усіх галузях страхування. Найчастіше до неї вдаються при покритті великих ризиків (промислові підприємства, вузли та агрегати, що мають високу вартість у майновому страхуванні), а також при страхуванні цивільної відповідальності, де страхові випадки не поодинокі і більш імовірні.

Зі зростанням обсягу страхових операцій постала потреба прискорити механізм передавання ризиків у перестраховування. А це, у свою чергу,

сприяло появі іншого методу перестрахування, який надав страховикові більших можливостей щодо здійснення страхування, зниження його витрат за ризиками. Ідеться про облігаторне (договірне) перестрахування.

Облігаторне перестрахування передбачає обов'язкове віддавання перестраховальником раніше узгодженої частини ризику за всіма покриттями. Перестраховик також обов'язково має приймати ці частини ризиків згідно з умовами договору.

У договорі облігаторного перестрахування обов'язково визначаються ліміти відповідальності, термін дії договору, перестраховувальна премія, перестраховувальна комісія, обмеження щодо покриття, схема розрахунків тощо. Перестрахування на облігаторній основі має універсальний характер, тобто використовується в усіх видах страхування, діє на всіх страхових ринках світу. Облігаторне перестрахування дало поштовх до розвитку техніки перестрахування, що посприяло розробленню системи договорів у різних галузях і видах страхування.

Облігаторне перестрахування дає змогу збільшити обсяги страхових операцій, збирає більшу частину перестраховувальної премії у професіональних перестраховиків світу. Інші переваги цього методу полягають ось у чому:

- у рівномірному розподілі ризиків (перестраховик упевнений у тому, що ризики як більш, так і менш сприятливі, будуть розподілені рівномірно);
- автоматичності приймання ризиків, що потребує значно менших витрат, пов'язаних з обробкою ризиків, скороченні часу на андеррайтинг;
- можливості розвитку довгострокових відносин між сторонами;
- гарантії підтримки перестраховика, яка надає більшій свободи цеденту щодо проведення страхових операцій, розширення бізнесу.

В облігаторному перестрахуванні перестраховальник має систематично висилати перестраховикові бордеро-премії і бордеро-збитки. У такому разі відпадає потреба надавати додаткову інформацію, що відбиває стан страхового портфеля цедента. Бордеро-премії — це перелік ризиків, які підпадають під дію облігаторного договору перестрахування.

Зазвичай бордеро-премія містить такі дані: номер оригінального полісу; назву застрахованого об'єкта; період страхування; страхову суму; власне утримання перестраховальника; частку перестраховика; перестраховувальну премію.

Стосовно збитків, що сталися, перестраховальник надсилає перестраховикові бордеро-збитки. Цей документ містить таку інформацію: номер оригінального полісу; дату настання збитку; деталі пошкодження об'єкта; повний збиток; сплачений збиток; зарезервований збиток і т. ін.

Зауважимо, проте, що облігаторне перестрахування не позбавлене й недоліків. Основна недосконалість цього методу така: коли ризик, що підлягає перестрахуванню, не підпадає під умови облігаторного договору або страхова сума за ризиком перевищує ліміт відповідальності за договором,

тоді може виникнути потреба в додатковому договорі факультативного перестрахування.

Договір облігаторного перестрахування частіше укладається на невизначений термін з правом взаємного розірвання шляхом повідомлення сторін щодо прийнятого рішення. Перестраховики багатьох країн надають перевагу облігаторному методу. У вітчизняному перестрахуванні поширенішим є факультативне перестрахування, оскільки облігаторна форма технічно складніша.

У практиці перестрахування інколи використовується поєднання методів перестрахування, так зване факультативно-облігаторне перестрахування і облігаторно-факультативне перестрахування.

У разі факультативно-облігаторного перестрахування компанія-цедент передає чи залишає в себе ризики або їх частину. Перестраховик згідно з таким методом перестрахування зобов'язаний прийняти обумовлені договором ризики. Отже, факультативність передбачається для страховика (цедента), а облігаторність — для перестраховика.

Зрозуміло, що перестраховик, який укладає факультативно-облігаторний договір, має повною мірою довіряти компанії-цеденту, оскільки його інтереси та збалансованість портфеля залежать від перестрахувальника. Тому перестраховик не завжди зацікавлений у факультативно-облігаторному договорі, віддаючи перевагу звичайній факультативній цесії, яка дає йому змогу всебічно проаналізувати кожний ризик.

Факультативно-облігаторне перестрахування використовується в особливо великих, небезпечних ризиках, у разі можливої кумуляції збитків, коли вичерпана місткість пропорційних договорів.

Облігаторно-факультативне перестрахування, навпаки, передбачає обов'язковість для страховика, а факультативність — для перестраховика. З огляду на світовий досвід такі договори частіше застосовують страхові компанії зі своїми філіями. За облігаторно-факультативним договором перестраховикові надається можливість відбирати вигідніші ризики, що небажано для незалежного страховика (цедента), оскільки може порушити баланс його страхового портфеля.

Існує безліч різних за формою перестраховувальних договорів. Немає стандартного, спільного для всіх страхових компаній договору. У кожному окремому випадку договори перестрахування мають свої певні особливості, різняться частками участі у договорі, ставками премії. Проте всі договори можна поділити на дві основні групи, що різняться системою розподілу ризиків між перестрахувальником і перестраховиком. До них належать пропорційна і непропорційна форми проведення перестраховувальних операцій (рис. 7.2).

Пропорційна форма перестрахування передбачає часткову участь сторін у розподілі відповідальності. Відповідно до узгодженої частки участі в договорі між сторонами розподіляються страхові премії і збитки.

У пропорційному перестрахованні розрізняють квотний договір перестраховування, договір ексцедента суми і квотно-ексцедентний договір. Крім того, використовуються різні системи чи модифікації цих форм.

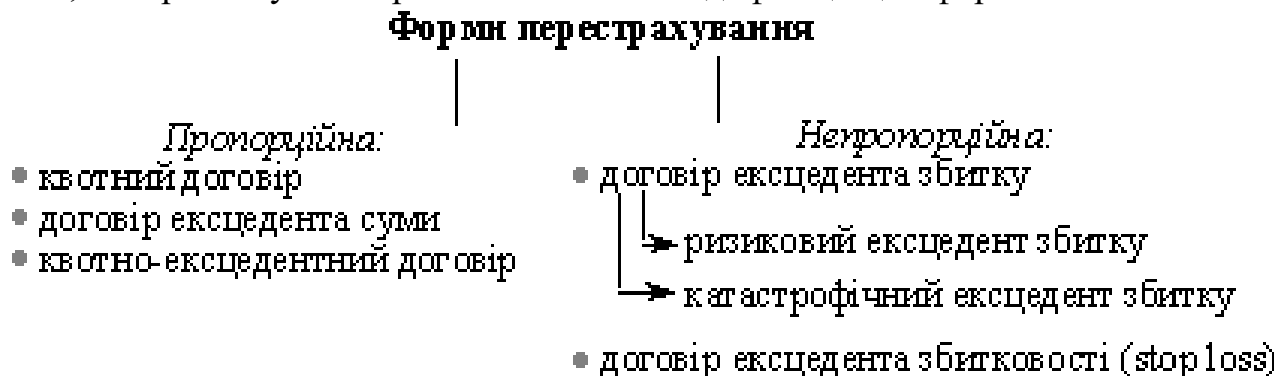


Рис. 7.2. Основні форми перестраховального захисту

Згідно з квотним договором перестраховування перестраховувальник зобов'язується передавати перестраховикові частку в усіх ризиках певного виду, а перестраховик зобов'язується приймати її. Частка участі в перестрахованні може бути встановлена у відсотках від страхової суми або в абсолютному вираженні. Перестраховик має право встановлювати ліміти відповідальності за договором.

Наприклад, перестраховувальник має договір з квотою 80 %. Ліміт відповідальності перестраховика згідно з договором встановлено в 300 тис. ум. од. Якщо перестраховується ризик в 100 тис. ум. од., власне утримання становить 20 тис. ум. од., частка перестраховика — 80 тис. ум. од. Ризик в 400 тис. ум. од. розподіляється так: цедент — 80 тис. ум. од., перестраховик — 320 тис. ум. од. Але ліміт перестраховика за договором дорівнює 300 тис. ум. од., які він і приймає (20 тис. ум. од. лишилося за межами квотного договору).

Розподіл ризиків і премій згідно з квотним договором схематично ілюструє рис. 7.3.

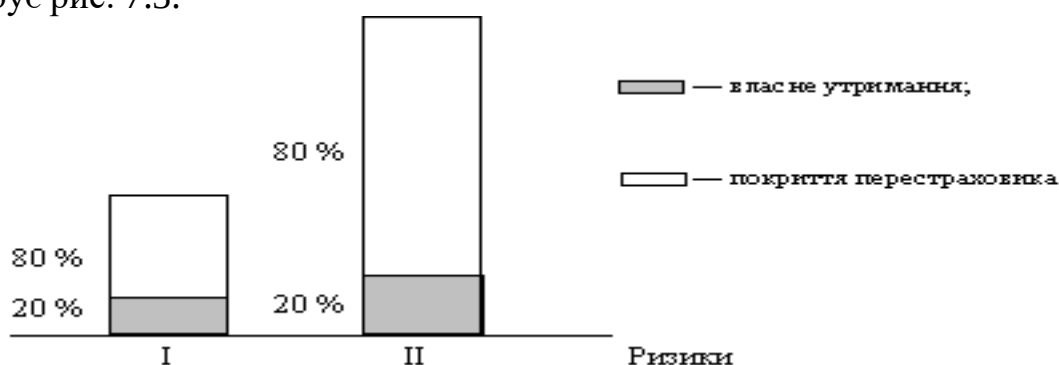


Рис. 7.3. Розподіл ризиків і премій за квотним договором

Збитки у квотних договорах також розподіляються пропорційно до участі сторін у ньому. Якщо збиток за ризиком I становить 100 %, зрозуміло, що цедент заплатить 20 тис. ум. од., а перестраховик — 80 тис. ум. од. Збиток за ризиком II дорівнює 50 %. Тоді участь сторін у збитку така: цедент — 40 тис. ум. од.; перестраховик — 160 тис. ум. од.

Розподіл збитків згідно з квотним договором унаочнює рис. 7.4.

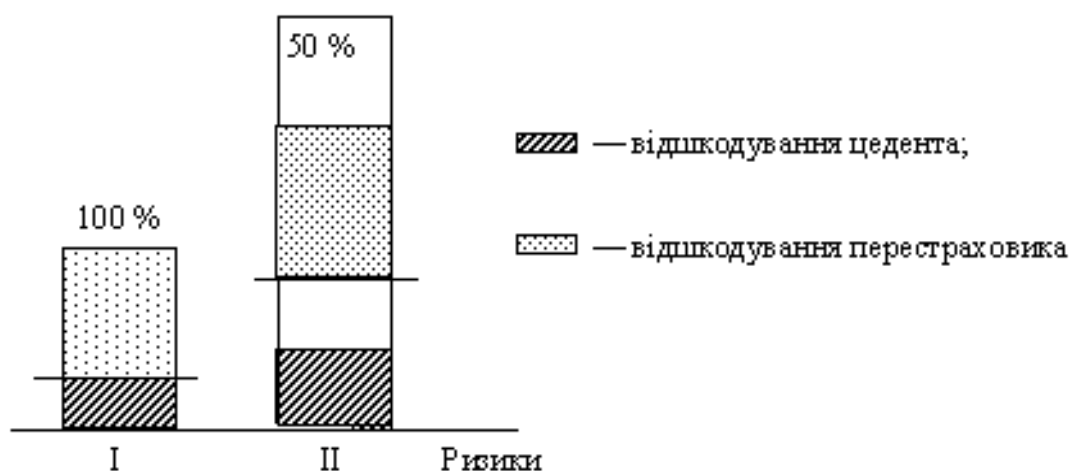


Рис. 7.4. Розподіл збитків за квотним договором

Квотний перестраховальний договір має переваги, які більше стосуються компанії-цедента:

- на власному утриманні страховика лишається така частина відповідальності, яка відповідає його фінансовим можливостям;
- квотний договір не потребує великих витрат з його обслуговування;
- при автоматичності передання ризиків страховик звільняється від зобов'язань передавати інформацію з прийнятих ризиків, що дає певну свободу цеденту (у регулюванні збитків, поновленні або анулюванні полісів);
- результати квотних договорів більш збалансовані й стійкі.

Ця форма перестраховування використовується тоді, коли компанія починає вести страхову діяльність в новому для неї виді страхування, за яким не існує чітких статистичних даних; коли компанії потрібна фінансова підтримка з огляду на збільшення обсягів бізнесу (формування резервів, участь у витратах на ведення справи і т. ін.); коли необхідно спростити адміністративні витрати в тих видах страхування, де існує великий обсяг відповідальності і відносно стабільні страхові суми.

Квотне перестраховування широко використовується в страхуванні цивільної відповідальності власників транспортних засобів, а також в страхуванні автокаско. Часто цей вид договору застосовують у пропорційних ретроцесіях.

Основним недоліком квотного перестраховування є те, що за договором передаються всі ризики — великі і малі. Коли б цедент мав змогу утримувати на своїй відповідальності малі ризики, у нього була б можливість залишати за собою і страхову премію. Також наявність у квотних договорах лімітів відповідальності перестраховика в деяких випадках змушує здійснювати додаткове перестраховування на факультативній основі.

Коли йдеться про квотний договір, страховик не має захисту від ефекту кумуляції ризиків, пов'язаного з одним і тим самим страховим випадком. Тому квотні договори нерідко доповнюються ексцедентними з метою досягти спільної вигоди цедента і перестраховика або лише для захисту цедента.

Ексцедентне перестраховання — складніший вид пропорційного перестраховання. Такий вид перестраховання використовується в тих випадках, коли застраховані ризики істотно відрізняються за страховими сумами. За договором ексцедента суми перестраховик отримує визначну частку в усіх договорах, що перевищує власне утримання цедента.

Ексцедент за договором — це величина, кратна власному утриманню цедента. Сума ексцедента виражається в кілька разів збільшеному розмірі власного утримання. Власне утримання на певному рівні в ексцедентному перестрахованні називають лінією (часткою).

Місткість ексцедентного договору складається із суми власного утримання цедента і покриття перестраховика.

Наприклад, якщо розмір власного утримання страхової компанії дорівнює 20 тис. ум. од. (1 лінія), сума ексцедента (покриття перестраховика) — 100 тис. ум. од. (5 ліній), тоді місткість ексцедентного договору — 120 тис. ум. од.

Для покриття всього ризику буває недостатньо одного ексцедентного договору, тому крім договору першого ексцедента укладаються договори другого, третього і наступних ексцедентів.

Наприклад, страховик приймає на страхування об'єкт зі страховою сумою в 200 тис. ум. од. Власне утримання страховика за цією групою ризиків становить 10 тис. ум. од. Страховик має перший ексцедентний договір суми на 10 ліній і другий договір на 5 ліній. Частина ризику, що перевищує межі договору 1 і 2 ексцедентів перестраховано факультативно на квотній основі. Отже, розподіл відповідальності між сторонами договору ексцедента суми такий:

Страховик (цедент)	10 тис. ум. од. (5 % від страхової суми об'єкта (200 тис. ум. од.));
1-й ексцедентний договір (10 ліній)	100 тис. ум. од. (50 %);
2-й ексцедентний договір (5 ліній)	50 тис. ум. од. (25 %);
Подальше факультативне передання на квотній основі	40 тис. ум. од. (20 %);
	200 тис. ум. од. 100 %

Внаслідок настання страхового випадку об'єкт пошкоджено на 70 %. Сума збитку становить 140 тис. ум. од. Оскільки даний договір є пропорційним, розподіл збитків між цедентом і перестраховиками відбувається пропорційно до їх участі в договорі ексцедента суми, а саме:

Страховик (цедент)	7 тис. ум. од. (5 % від суми збитку);
1-й ексцедентний договір	70 тис. ум. од. (50 %);
2-й ексцедентний договір	35 тис. ум. од. (25 %);

Факультативний договір	28 тис. ум. од. (20 %);
	140 тис. ум. од.

До переваг ексцедентного перестрахування можна віднести:

- можливість компанії-цедента встановлювати ліміт власного утримання з урахуванням свого фінансового становища;
- цедент при старанному визначенні суми власного утримання залежно від характеристик застрахованих об'єктів може досягти не тільки обмеження своєї відповідальності, а й якісної зміни страхового портфеля.

Недолік цього виду договору полягає в необхідності обробки кожного ризику — його вивчення, визначення відповідної частки в ексцедентному договорі, групування ризиків тощо. Тому витрати з обслуговування ексцедентних договорів значно вищі, ніж з обслуговування квотних договорів. До недоліків ексцедентного перестрахування, що стосуються переважно перестраховиків, можна віднести потенційно існуючу можливість передавання їм більш небезпечних ризиків при диференційованому власному утриманні. Як правило, у квотних та ексцедентних договорах передбачається тантьєма.

Ексцедентне перестрахування найчастіше застосовується у страхуванні від вогню, нещасних випадків, а також у страхуванні життя.

Іноді квотний договір та договір ексцедента суми використовуються комбіновано. Квотно-ексцедентний договір передбачає встановлення ексцедента залежно від визначеної частки (квоти) власного утримання. А понад рівень утримання використовується ексцедент — ліміт відповідальності перестраховиків, що фіксується в абсолютному вираженні.

Квотно-ексцедентний договір використовують у тому разі, коли компанія розширює свій бізнес у новому для неї виді страхування, тобто цедент може точно обчислити ефект збільшення квотного утримання.

Зауважимо, що всім договорам пропорційного перестрахування притаманна характерна особливість: збитки та премії за оригінальними полісами розподіляються між цедентом і перестраховиком у відповідній пропорції і прив'язані до страхової суми.

Сутність непропорційного перестрахування полягає в тому, що відшкодування, яке надається перестраховиком, визначається тільки розміром збитку і не залежить від страхової суми, а тому немає пропорційного розподілу відповідальності за окремим ризиком і оригінальною премією. Призначення непропорційного перестрахування — гарантувати відповідальність страховика за прийнятими ризиками щодо великого сукупного збитку за визначений період. Отже, у непропорційному перестрахуванні цедент сам оплачує збитки до певного розміру, а перевищення цього розміру оплачує перестраховик у межах ліміту відповідальності за договором. Відповідальність за непропорційним договором устанавлюється в абсолютній сумі (договір ексцедента збитку) чи у відсотках (договір ексцедента збитковості). У непропорційних договорах

утримання цедента називають першим збитком, франшизою, пріоритетом. Відповідальність перестраховика — покриттям.

Непропорційне перестрахування має такі особливості:

- страховик може захиститися від великих збитків, що впливають на його фінансові результати;
- перестраховик не бере участі у відшкодуванні дрібних збитків, які легко покриваються страховиком;
- обсяг обліку бухгалтерських операцій зменшується, оскільки враховуються лише окремі збитки або фінансові результати страхувань. Але водночас зростає потреба в підготовчій роботі;
- тантьєма в договорах цієї форми, як правило, не передбачається;
- перестраховувальна премія за непропорційними договорами підраховується не для кожного окремого ризику, що передається, а для всього портфеля з одного або кількох видів страхування за рік.

Непропорційне перестрахування представлене договором ексцедента збитку та договором ексцедента збитковості.

Згідно з договором ексцедента збитку механізм перестрахування вступає в дію тоді, коли остаточна сума збитку за застрахованим ризиком перевищує межу обумовленої в договорі суми у разі настання страхового випадку. У разі недостатньої місткості першого ексцедентного договору у договорі ексцедента збитку, як і в договорі ексцедента суми, застосовують другий, третій і наступні ексцеденти. Але спосіб розподілу відповідальності в ексцедентних договорах непропорційного перестрахування відмінний від того, що характерний для пропорційного ексцедентного покриття. На відміну від договорів ексцедента суми, де перестраховики беруть участь у всіх і в кожному збитку незалежно від його розміру, у договорах ексцедента збитку перестраховики відшкодовують лише ті збитки, які перевищують встановлений страховиком (цедентом) пріоритет.

Наприклад, існує договір ексцедента збитку 500 тис. ум. од. понад 200 тис. ум. од. Збиток у 200 тис. ум. од. повністю покривається цедентом (він не перевищує фіксованого пріоритету). Збиток у 400 тис. ум. од. розподіляється так: цедент виплачує 200 тис. ум. од., перестраховик — 200 тис. ум. од. Але збиток може перевищувати ліміти і цедента, і перестраховика. Скажімо, збиток становить 800 тис. ум. од. Перестраховик виплачує 500 тис. ум. од. (понад 200 тис. од. власного утримання цедента). Цедент відшкодовує частку своєї участі у збитку і додаткову суму, що перевищує ліміт покриття (якщо він не передбачив іншого договору з тим чи іншим перестраховиком). Підсумовуємо:

200 + 100 = 300 тис. ум. од. (цедент);

500 тис. ум. од. (перестраховик).

Розглянемо, як розподіляється відповідальність між цедентом і перестраховиком згідно з договором ексцедента збитку, скориставшись рис. 7.5.

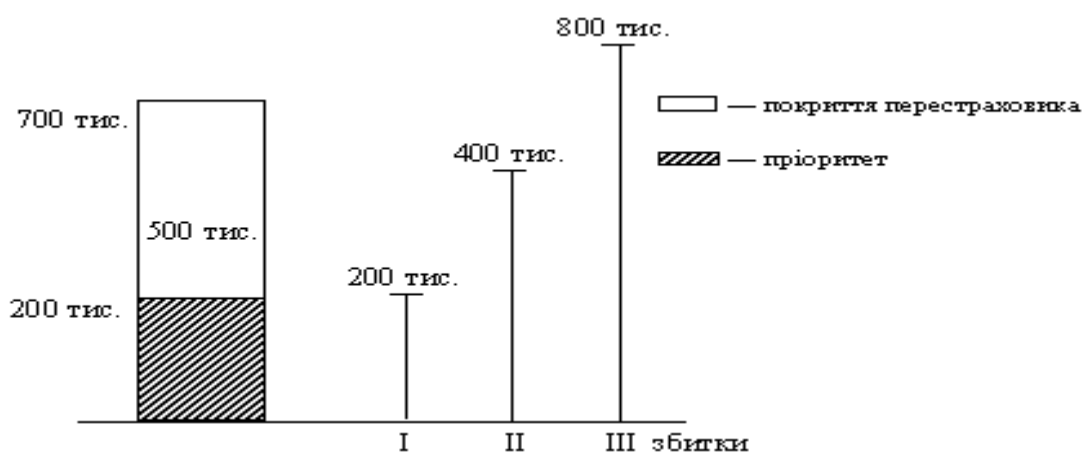


Рис. 7.5. Розподіл відповідальності між цедентом і перестраховиком за договором ексцедента збитку

Премія, призначена перестраховикам за договором ексцедента збитку, частіше розраховується в певних відсотках відносно річної суми бруто-премії за портфелем страхувань, що підлягає захисту. Оскільки до початку дії договору може бути відома тільки сума очікуваної премії, то спочатку сплачується повністю або частково визначена сума авансу — депозит премії з подальшими перерахунками. Результати договорів по закінченні кожного року розглядаються, і проводяться переговори між сторонами стосовно розмірів ставок премій або лімітів покриття на наступний строк. Договори ексцедента збитку досить прибуткові для перестраховиків. Частіше вони укладаються в результаті вірогідного прогнозування можливості настання дуже великих збитків.

Збитки можуть виникати внаслідок одного випадку або кумуляції ризиків. Тому розрізняють два типи покриття:

- 1) ризикований ексцедент збитку — WXL (working excess of loss — робочий ексцедент збитку за окремим ризиком);
- 2) катастрофічний ексцедент збитку — CXL (catastroph excess of loss).

Основою договору ризикованого ексцедента збитку є одиничний ризик. Договір в умовах певного випадку (вибух, ризик від вогню) використовується стільки, скільки існує окремих ризиків, що призводять до збитків, обсяг яких перевищує пріоритет.

У таких видах страхування, як страхування цивільної відповідальності, не завжди можна визначити сам ризик (якщо це вимоги третіх осіб), тому доцільно використовувати покриття не за ризиком, а за цілим випадком. Скажімо, під час стихійного лиха (землетрус, буря) вступають у дію більшість договорів страхового портфеля, але жодний збиток не перевищує ліміту. Сукупність цих збитків може істотно зашкодити цеденту. У цій ситуації має сенс використати покриття за випадком — катастрофічний ексцедент збитку.

В основі катастрофічного ексцедента збитку лежить захист від кумуляції збитків в разі настання одного випадку (ДТП, авіакатастрофа, стихійне лихо). Зрозуміло, що цей вид захисту потребує точного визначення

випадку. Тому в таких договорах застосовується «погодинне» застереження, яке обмежує час виявлення страхового випадку (у годинах, днях). Перестраховальник фіксує час початку страхового випадку.

Ризикований ексцедент збитку та катастрофічний ексцедент збитку можуть доповнювати один одного. У цьому виді договору покриття поширюється на збитки за ризиком і за випадком, де немає змоги запобігти кумуляції. Тому найчастіше це покриття використовується при автотранспортному страхуванні або страхуванні цивільної відповідальності.

До цілком особливого, відокремленого виду договорів непропорційного перестраховування можна віднести договір ексцедента збитковості (stop loss). Це — договір перестраховування, який покриває не окремі збитки або їх сукупність, а певний вид страхування або весь страховий портфель цедента.

Особливість договору ексцедента збитковості полягає в тому, що перестраховик бере участь у відшкодуванні збитків лише у випадках, коли збитковість за певний строк перевищує обумовлений договором перестраховування відсоток. Цей договір не гарантує отримання прибутку для страховика (цедента), а лише захищає його від надзвичайно великих втрат.

Перестраховики несуть відповідальність у встановленому розмірі, наприклад у відсотках збитковості або в максимальному розмірі збитків, який визначають за результатами останніх років.

Наприклад, діє договір ексцедента збитковості. Відповідальність перестраховика встановлена на рівні 103—127 %. Збитковість за даний рік — 135 %. Отже, перестраховик покриває тільки 24 % ($127 - 103$) від загальної збитковості, а цедент покриває 111 % збитковості: ($103 + 8$), де додаткові 8 % ($135 - 127$) становлять перевищення верхнього ліміту відповідальності перестраховика (127 %).

Особливості, які слід враховувати при укладанні договорів ексцедента збитковості:

- повна довіра перестраховика щодо компанії-цедента, її стратегії в проведенні страхування;
- це форма покриття, що призначена для кореляції відхилень частотності від норми. Отже, обов'язково мають існувати попередні форми перестраховування;
- пріоритет страховика має бути на такому рівні, щоб компанія-цедент на початку дії договору ексцедента збитковості вже несла понаднормативні збитки.

Договори ексцедента збитковості використовуються в тих випадках, коли за окремими видами страхування результати проходження договорів піддаються різким коливанням або існує небезпека, що один чи кілька страхових випадків можуть негативно вплинути на результати (градобиття, бурі).

Отже, непропорційні договори перестраховування є досить мобільними, простими в обробці та організації, але водночас і більш збитковими. Хоча пропорційні договори виникли значно раніше, однак тенденція сьогодні така,

що непропорційні договори набувають все більшої ваги, насамперед з розглянутих щойно причин. Цим пояснюється зростання інтересу страховиків до непропорційних договорів.

3. Співстрахування й механізм його застосування.

Один і той самий об'єкт страхування може бути застрахований за одним договором страхування і, за згодою страхувальника, кількома страховиками.

Співстрахування — страхування, при якому два та більше страховиків беруть участь визначеними частками у страхуванні одного й того самого ризику, видаючи спільні чи окремі поліси, кожний на страхову суму у своїй частці.

При цьому договір має містити умови, що визначають права і обов'язки кожного страховика.

За наявності угоди між співстрахувальниками та страхувальником один зі співстраховиків може представляти всіх інших у відносинах із страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише у розмірі своєї частки.

На практиці страховик, котрий бере участь у страхуванні в меншій частці, підпорядковується умовам, узгодженим страховиком, що має більшу частку. Однак це не зобов'язує його, як прийнято у пропорційному перестраховуванні, підпорядковуватися всім рішенням лідируючого страховика та сплачувати свою частку у збитках на тій підставі, що інші страховики сплатили свої частки.

Якщо страхувальник застрахував об'єкт не на повну суму, він розглядається як один із страховиків і несе відповідальність за недострахованою часткою. Інколи страховики, які беруть участь у співстрахуванні, вимагають, щоб страхувальник сам виступав співстраховиком, тобто утримував на власній відповідальності частину ризику.

Інколи співстрахування розглядається як окремий випадок перестраховування, коли одночасно кілька страховиків за взаємним узгодженням приймають чи передають на страхування великі ризики.

І це не випадково. Хоча з юридичного погляду співстрахування та страхування різні, за своєю економічною сутністю вони дуже схожі. В обох випадках здійснюється розподіл страхових внесків та страхових виплат, наявна співучасть у преміях та страхових ризиках. В обох випадках відповідно координуються страхові фонди різних страховиків (перестраховиків), які одночасно беруть участь в одному й тому самому страхуванні.

Співстрахувальні ознаки можна спостерігати на прикладі перестраховувальних пулів (об'єднань, фондів).

Пул базується на концепції взаємності. Сутність його полягає в тому, що премія та суми збитків за відповідними ризиками передаються в пул, який

розподіляє проходження операцій між членами пулу згідно з розміром премії, що її передано до пулу.

Розрізняють два типи пулів: пули страхування та пули перестрахування.

Зауважимо, що багато з пулів не виправдали надій, оскільки середній результат діяльності страхових компаній, які не були членами пулів, був вищий, ніж у членів пулу.

Проте створення пулів було доречним при страхуванні ризиків з потенційною катастрофічною відповідальністю (наприклад, страхування атомних електростанцій, авіаційних ризиків). Об'єднання страховиків до пулів відбувається також за каско суден, у разі страхування нафторизиків, коштовностей тощо.

Раніше в деяких країнах пули створювались для скорочення обсягу операцій з перестрахування, що виходять за межі країни.

Об'єднання страховиків до пулів виправдане також при проведенні небажаних з технічного погляду страхових операцій або невеликих та вузькоспеціалізованих операцій окремих страховиків, для яких важливо утримати спеціалістів у цій галузі, також виправдує діяльність пулів. Мало місце створення регіональних перестраховувальних пулів, мета яких полягала в міжнародному розподілі ризиків.

Учасники пулу зобов'язані приймати всі зазначені в угоді ризики тільки в межах пулу. Вони також повинні приймати частку у всіх ризиках, що передані до пулу, чи колективно підписаних всіма його членами.

Нерідко через пул здійснюється перестрахування ризиків. У такому разі договори страхування спочатку укладаються окремими його учасниками, а надалі передаються повністю в пул. Частка кожного члена пулу в перестрахуванні визначається на підставі пропорційного розподілу. Частка, яку отримує кожний з учасників пулу, має вигляд фіксованого відсотка.

Пул, створений на базі співстрахування, має принципові особливості. Він відрізняється від перестраховувального пулу тим, що в полісі, який видається страхувальнику, зазначається перелік членів пулу, які беруть участь у страхуванні певного ризику, і їхня частка в страховій сумі. У тому разі, коли в пулах зі співстрахування беруть участь і професіональні перестраховики, які не укладають прямих договорів страхування, їхня частка повинна бути погоджена і підписана прямими страховиками, що беруть участь у конкретному пулі.

Кожний із учасників пулу бере участь у ризиках, що покриваються пулом, на підставі схеми пропорційного розподілу. Частка кожного члена пулу визначається у відсотках від загальної місткості пулу під час його створення. Із зарубіжної практики відомі також випадки визначення частки в абсолютних долях (наприклад, 15 із 100 часток), а інколи і в фіксованих сумах. Для країн з високим рівнем інфляції такий метод визначення пайової участі не зручний.

Кожний з учасників пулу бере участь як у тих ризиках, які він сам прийняв і передав до пулу, так і в решті ризиків, які внесені до пулу іншими

учасниками. Це дає можливість кожному учаснику пулу збільшити кількість ризиків, що приймаються на страхування, поліпшити структуру страхового портфеля, зменшити небезпеку кумуляції ризиків.

Пул може нормально функціонувати тільки тоді, коли він дотримується прийнятих правил та обмежень і всі члени пулу використовують ті самі умови та ставки премій, аби уникнути будь-яких несанкціонованих переваг одного учасника над іншими.

Міжнародним досвідом об'єднання страховиків відпрацьовані головні принципи їх організації. Ці принципи відображені в угоді про пул та визначають такі умови:

- форму об'єднання (обов'язкову чи добровільну, зі створенням юридичної особи чи без отримання відповідного статусу);
- форму прийняття чи розподілу відповідальності за страховим ризиком: співстрахування чи перестрахування;
- вид відповідальності учасників пулу перед страхувальниками: часткова, солідарна або субсидіарна;
- порядок об'єднання страховиків у страховий пул: вільний, обмежений, з урахуванням відповідних спеціальних критеріїв;
- форму відносин між учасниками пулу та страхувальниками, що стосується укладання договору страхування: будь-яким учасником пулу, тільки учасником-андеррайтером чи лідером пулу;
- установлення ліміту відповідальності пулу;
- проведення спільної політики з перестрахування відповідальності, що перевищує місткість пулу;
- здійснення спільної політики інвестування страхових резервів;
- проведення страхування на підставі загальних правил та тарифів.

Деякі із зазначених умов включаються в угоду про страховий пул як безперечні принципи його організації. До таких безперечних принципів належать, наприклад, умови про проведення страхування за єдиними правилами та тарифами, умови здійснення єдиної політики з перестрахування відповідальності, що перевищує місткість пулу, ліміт його відповідальності.

Питання про прийняття інших умов як основоположних принципів організації страхового пулу може бути вирішене різними шляхами.

На принципи організації страхового пулу впливають, насамперед, такі чинники:

- цілі та завдання, які встановлені при його створенні;
- специфіка ризиків, для страхування яких створюється пул;
- правова та страхова нормативна база, що регламентує діяльність страхових пулів у країні їх утворення;
- особливості національної економіки та національного страхового ринку, що коригують міжнародний досвід страхових пулів.

Шляхом створення пулу вирішуються такі завдання:

- Заявляються умови для страхування ризиків, раніш невідомих і таких, точно оцінити які дуже важко; таких, що трапляються рідко і не дають

змоги в разі максимального охоплення сформувати збалансований страховий портфель; катастрофічних ризиків.

- За рахунок об'єднання фінансових засобів окремих страховиків відповідно збільшується місткість пулу, а також підвищуються можливості страховиків з прийняття на страхування значних ризиків.

- Підвищується надійність страхового захисту за рахунок збільшення гарантій виконання страховиками своїх обов'язків з відшкодування збитків. При цьому надійність страхового захисту, що гарантується пулом, залежить від того, на основі якого договору будуються відносини між страховиками — учасниками пулу та страхувальниками: співстрахування або перестрахування. І якщо пул є співстрахувальним, то на основі якої відповідальності: часткової, солідарної або субсидіарної — діють учасники страхового пулу. Форми договорів та відповідальності, на підставі яких будуються взаємовідносини учасників пулу, визначаються угодою про пул.

Один із головних принципів організації страхового пулу — це визначення ліміту його відповідальності.

Ліміт відповідальності пулу, чи максимальний обсяг зобов'язань за договором страхування, що укладений від імені пулу, установлюється в угоді про пул як сукупність максимальних обсягів відповідальності кожного учасника пулу. У свою чергу, максимальний обсяг відповідальності кожного страховика за окремим ризиком за договором страхування не може перевищувати 10 % сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів страховика.

Місткість страхового пулу безпосередньо впливає на актуальність вирішення питання про перестрахування відповідальності, що перевищує зазначену місткість.

Перестрахувальні пули бувають таких видів:

- Пул ринку, або ринковий пул.

Ринковий пул є організаційною формою, яка об'єднує більшість компаній ринку для прийняття великих чи дуже небезпечних, навіть катастрофічних ризиків. Особливості пулу можуть бути корисними для покриття нових видів страхування (наприклад, атомних ризиків).

- Урядовий перестрахувальний пул.

У деяких країнах з метою запобігання передання ризиків іноземним закордонним перестраховикам урядами створюються центральні перестрахувальні компанії або пули, у які всі страхові компанії, що здійснюють страхування в державі, повинні передавати до перестрахування всі ризики або їх частину.

- Андеррайтерські пули.

Невеликі компанії, що мають бажання вийти на новий ринок чи почати проводити новий вид страхування, але не мають достатнього досвіду чи необхідної місткості. У такому разі вони можуть об'єднуватись, утворюючи пули з компаніями, що мають більший досвід, об'єднуючи андеррайтерські можливості для прийняття на страхування конкурентоспроможних часток.

Україна також іде шляхом створення страхових і перестраховувальних пулів. Нині вже існують ядерний пул, перестраховувальний «АВТО-КАСКО ПУЛ», до яких увійшли найвідоміші українські страховики, що спеціалізуються у відповідних галузях.

Перелік питань для самоконтролю

1. Дайте визначення поняттю перестрахування.
2. Які передумови і необхідність появи перестрахування?
3. Назвіть форми перестрахування.
4. Окресліть переваги і недоліки застосування окремих форм перестрахування.
5. Дайте визначення співстрахуванню.
6. Розкрийте механізм реалізації співстрахування і його відмінності від перестрахування.

Тема 8. Доходи, витрати і прибуток страховика

План

1. Доходи страховика.
2. Витрати страхової компанії.
3. Прибуток страховика.

1. Доходи страховика.

Страховику притаманна складна та неоднорідна структура грошових (фінансових) потоків. До **вхідного фінансового потоку** страховика відносяться: отримані страхові премії, доходи від інвестування і збільшення статутного капіталу. Значний розмір вхідного фінансового потоку дає змогу формувати фінансовий потенціал, який у майбутньому можливо використовувати й на розвиток. З точки зору капіталізації, фінансовий потенціал страховика визначається розміром статутного капіталу, який у процесі діяльності поповнюють за рахунок різноманітних джерел (прибутку, емісії цінних паперів, інвестиційного доходу).

Дохід (Revenues) — це потік грошей чи право отримувати гроші, які є результатом діяльності страховика. Цей потік слід відрізнити від грошей, які отримують від кредиторів та власників компанії. Можна виділити:

Дохід від поточної діяльності (Operating Revenue) — надходження грошей від продажу товарів та надання послуг. Прикладом є надходження страхових премій.

Доходи від інвестицій (Investment Income) — це надходження грошей у результаті інвестування коштів в активи. Якщо страховик придбаває облігації чи дає в борг, він буде отримувати відсоток. Якщо страховик купує акції інших компаній, він буде отримувати дивіденди.

Інші доходи — надходження грошей, не пов'язаних з результатами

діяльності страховика. Наприклад, дохід від продажу основних засобів (fixed assets)

Склад грошових надходжень страховиків обумовлюється двоїтим характером діяльності страховика: головною складовою надходжень є страхові премії, отримувані від страхувальників за укладеними договорами страхування, але, разом із тим, не менш важливими є надходження від розміщення та інвестування тимчасово вільних власних коштів і коштів страхових резервів. Співвідношення між цими двома видами надходжень міняється залежно від специфіки діяльності конкретної страхової організації, рівню її капіталізації та «віку».

Грошові надходження страхової організації є різноманітними за своїм змістом та походженням, їх можна класифікувати відповідно до загальних вимог, встановлених МСБО 7 та національним Положенням (стандартом) бухгалтерського обліку 4 «Рух грошових коштів» (П(С)БО 4).

Отже, відповідно до МСБО 7 та П(С)БО 4, джерелами походження доходів страховика є його операційна, інвестиційна та фінансова діяльність. Як зазначається у МСБО 7, класифікація за видами діяльності надає інформацію, яка дає користувачам змогу оцінювати вплив цих видів діяльності на фінансовий стан суб'єкта господарювання і суму його грошових коштів та їх еквівалентів.

Операційна діяльність — це основна діяльність суб'єкта господарювання, яка приносить дохід, а також інші види діяльності, які не є інвестиційною або фінансовою діяльністю. Сума грошових потоків від операційної діяльності є ключовим показником того, якою мірою операції суб'єкта господарювання генерують грошові кошти, достатні для погашення зобов'язань, підтримки операційної потужності суб'єкта господарювання, виплати дивідендів та здійснення нових інвестицій без залучення зовнішніх джерел фінансування.

Основною діяльністю підприємства вітчизняне законодавство визнає операції, пов'язані з виробництвом або реалізацією продукції (товарів, робіт, послуг), що є головною метою створення підприємства і забезпечують основну частку його доходу. Для страхової організації це — операції зі страхування та перестрахування. А основним джерелом доходів від основної діяльності виступають страхові премії від цих операцій. Поняття «Операційна діяльність» передбачає крім основної операційної діяльності ще інші види операційної діяльності, а отже — інші види доходів від операційної діяльності поряд з доходами від основної операційної діяльності.

Інвестиційна діяльність — це придбання і продаж довгострокових активів (у вітчизняному законодавстві — необоротних активів), а також інших інвестицій, які не є еквівалентами грошових коштів. Необоротні активи відображаються у розділі I активу балансу страховика і включають: нематеріальні активи, незавершене будівництво, основні засоби, довгострокову дебіторську заборгованість, відстрочені податкові активи, інші необоротні активи. Придбання і продаж перелічених необоротних активів, а також довгострокові фінансові інвестиції (розділ I активу балансу)

і короткострокові фінансові інвестиції (розділ II активу балансу) становить зміст інвестиційної діяльності страховика. Доходи від інвестиційної діяльності та їх склад залежать від напрямів інвестиційної діяльності страховика.

Прикладами вхідних грошових потоків, що виникають у результаті інвестиційної діяльності, є:

- надходження грошових коштів від продажу основних засобів, нематеріальних активів, а також інших довгострокових активів;
- надходження грошових коштів від продажу власного капіталу або боргових інструментів інших суб'єктів господарювання, а також часток у інших підприємствах;
- надходження грошових коштів від повернення авансів та позик (інших, ніж аванси та позики фінансової установи), наданих іншим сторонам;
- надходження грошових коштів від ф'ючерсних і форвардних контрактів, опціонів та контрактів «своп».

Рух грошових коштів у результаті інвестиційної діяльності призводить до змін у певних статтях активу балансу.

Фінансова діяльність — діяльність, що спричиняє зміни розміру і складу вкладеного капіталу та запозичень суб'єкта господарювання.

Прикладами вхідних грошових потоків від фінансової діяльності є:

- надходження грошових коштів від випуску акцій або інших інструментів власного капіталу;
- надходження грошових коштів від випуску пезабезпечених боргових зобов'язань, позик, векселів, облігацій, іпотек, а також інших коротко- або довгострокових позик.

Рух грошових коштів у результаті фінансової діяльності призводить до змін у певних статтях пасиву балансу. Це статті балансу за розділом «Власний капітал» та статті, пов'язані з фінансовою діяльністю, у розділах балансу: «Забезпечення наступних витрат і платежів», «Довгострокові зобов'язання», «Поточні зобов'язання» (статті: «Короткострокові кредити банків», «Поточна заборгованість за довгостроковими зобов'язаннями», «Поточні зобов'язання за розрахунками з учасниками» тощо). Доходи від фінансової діяльності, так само, як від інвестиційної, визначаються конкретними напрямками цієї діяльності. Формування відповідних надходжень з огляду на поділ діяльності страховика на операційну, інвестиційну та фінансову унаочнює рис. 8.1.

Як видно з рисунку, операційна (страхова) діяльність дає змогу отримувати надходження від страхування та перестрахування, інші надходження, пов'язані зі страховими операціями. Інвестиційна діяльність дає надходження (доходи), від фінансових інвестицій та доходи в результаті змін у необоротних активах. Фінансова діяльність дає надходження (доходи), які з'являються в результаті змін у власному та залученому капіталі.

Доходи страховика можна поділити на три великі групи:

- доходи від основної, тобто страхової діяльності (всі надходження на користь страховика, пов'язані з проведенням страхування і

перестраховування);

- доходи від інвестиційної та фінансової діяльності, тобто пов'язані з інвестуванням і розміщенням тимчасово вільних коштів (як власних, так і коштів страхових резервів);
- інші доходи, тобто ті, які не належать ні до страхових, ні до інвестиційних доходів, але часом з'являються у страховика у процесі його звичайної господарської діяльності і надзвичайних подій.

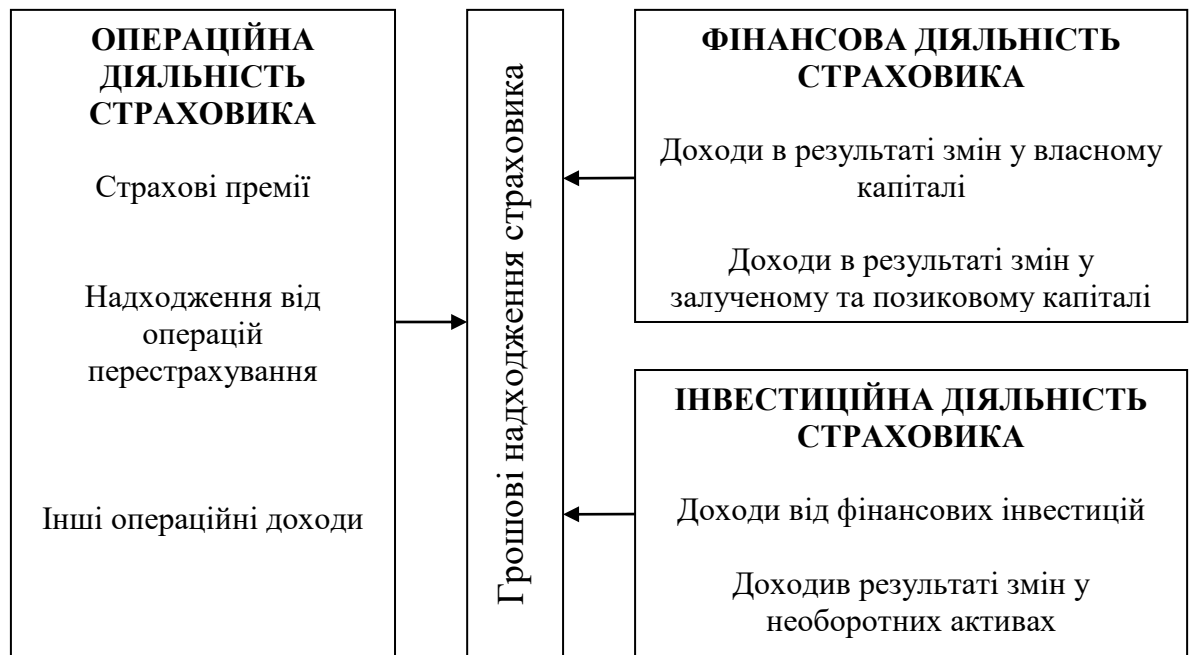


Рис 8.1. Джерела надходжень (доходів) страховика від операційної, інвестиційної та фінансової діяльності

Доходи від страхової діяльності є, так би мовити, первинними доходами страхової компанії. Саме на залучення цих доходів розраховує страховик, з'являючись на страховому ринку і пропонуючи страхові послуги за певну плату.

Платою за страхування є страхова премія, яку страхувальник зобов'язаний внести страховикові згідно з договором страхування. Тільки після сплати страхувальником страхової премії (або першого платежу страхової премії, коли вона сплачується в кілька строків) договір страхування набирає чинності, якщо інше не передбачено угодою сторін. Своєчасне внесення страхових премій — один з найважливіших обов'язків страхувальника щодо страховика. Саме надходження страхової премії приводить у дію механізм страхового захисту.

Страхова премія визначається залежно від суми, на яку укладається договір страхування (страхової суми), і страхового тарифу (страховий тариф ще називають ставкою страхової премії). Розмір і порядок визначення страхової суми, а також рівень страхових тарифів — це найважливіші елементи договору страхування, адже вони є фінансовою основою

взаємовідносин між страховиком і страхувальником, оскільки безпосередньо впливають на ціну страхової послуги. Ціна страхової послуги (страхова премія) у більшості випадків обчислюється за формулою:

$$\text{Страхова премія} = \text{Страхова сума} * \text{Страховий тариф} \quad (8.1)$$

Адекватне визначення страхової суми є підґрунтям фінансових взаємовідносин між сторонами страхової угоди і має дуже важливе значення як для страховика, так і для страхувальника. Для страховика — оскільки, по-перше, від розміру страхової суми при незмінному страховому тарифі залежить сума його доходів у вигляді страхових премій; по-друге, страхова сума дає уявлення про максимальний розмір зобов'язань страховика за конкретними договорами страхування. Для страхувальника — оскільки, по-перше, залежно від розміру страхової суми він сплачує страхові премії; по-друге, він може претендувати на той чи інший розмір страхового відшкодування в межах страхової суми.

2. Витрати страхової компанії

Витрати страхової компанії, так само, як і доходи, пов'язані із двоїстим характером її діяльності. Виокремлюють витрати на проведення страхових операцій (саме вони формують собівартість страхової послуги) і витрати на проведення інших операцій (витрати, що супроводжують одержання доходів від інвестиційної та фінансової діяльності, а також інших його доходів від звичайної діяльності та надзвичайних операцій).

Витрати страховика формуються з метою забезпечення страхового захисту та фінансування внутрішньої економічної діяльності. А саме: це витрати на виплату страхових відшкодувань і страхових сум, тобто погашення зобов'язань, відрахування на формування резервів і попереджувальних заходів, витрати на ведення справи страхової організації.

Основними за питомою вагою і значущістю є витрати на виплати страхових сум і відшкодувань суб'єкту (фізичній або юридичній особі), що поніс збиток або дожив до певного терміну.

Метою **формування страхових резервів** є забезпечення фінансової стійкості страхових операцій, а джерелом формування — недовикористана частина нетто-ставок за всіма платежами, що поступили, оскільки на виплати страхових сум і страхового відшкодування призначена саме нетто-ставка.

Аквізиторські витрати — це витрати, пов'язані з залученням нових страхувальників, укладанням нових договорів страхування. Ці витрати можуть охоплювати оплату послуг із розроблення умов, правил страхування та проведення актуарних розрахунків; комісійну винагороду страховим посередникам (брокерам, агентам); оплату послуг спеціалістів, які оцінюють прийняті на страхування ризики; витрати на виготовлення бланків страхової документації; витрати на рекламу тощо.

Інкасаторські витрати — це витрати, пов'язані з обслуговуванням готівкового обігу страхових премій: на оплату праці службовців компанії, які

забезпечують отримання страхових премій у готівковій формі; витрати на виготовлення бланків квитанцій та відомостей щодо прийому страхових премій; на оплату банківських послуг, пов'язаних із інкасацією страхових премій.

Ліквідаційні витрати — це витрати, пов'язані з урегулюванням збитків. Вони охоплюють оплату послуг спеціалістів зі з'ясування причин та визначення розміру збитків, завданих об'єктам страхування; оплату банківських послуг; витрати на проїзд аварійного комісара та експертів; судові витрати; відрахування в резерв збитків тощо. Витрати на ведення страхової компанії — це такі самі адміністративно-управлінські витрати, які має будь-який господарюючий суб'єкт; витрати, пов'язані з забезпеченням інвестиційної та фінансової діяльності, тобто витрати з управління своїми активами й пасивами.

Важливим елементом витрат страховика є *витрати на ведення справи*. Згідно прийнятої в нашій країні класифікації вони включають витрати на оплату праці, господарські і канцелярські витрати, витрати на відрядження, операційні витрати і деякі інші. Джерела фінансування витрат на ведення справи грають важливу роль у формуванні собівартості страхових операцій. В даний час найбільшу питому вагу у витратах на ведення справи має оплата праці страхових працівників.

Понад 90 % загальної суми витрат страхової компанії припадає, безперечно, на «страхові» витрати. Ці витрати дуже неоднорідні. Усю їх сукупність можна за економічним змістом поділити на три великі групи:

- виплати страхових сум та страхових відшкодувань за договорами страхування й перестрахування;
- витрати на обслуговування процесу страхування і перестрахування;
- витрати на утримання страхової компанії.

Дві останні групи витрат можна об'єднати поняттям «витрати на ведення справи».

Найвагоміша стаття витрат страховика — виплати страхових сум та страхових відшкодувань.

Згідно із Законом України «Про страхування», страхове відшкодування — це грошова сума, яка виплачується страховиком за умовами майнового страхування і страхування відповідальності при настанні страхового випадку. Що стосується особистого страхування, то виплату за умовами такого страхування у вітчизняному страхуванні називають не «страховим відшкодуванням», а «страховою сумою». Використання неоднакових термінів пов'язане з тим, що коли йдеться про відшкодування, то звичайно під ним розуміють компенсацію матеріальних збитків, які мають грошову оцінку. Що ж до шкоди, заподіяної здоров'ю людини, або втрати нею життя, то такі збитки не можна оцінити у грошовій формі. Тому йдеться тут не про компенсацію страховиком матеріальних збитків, а про виплату при настанні страхової події страхової суми або її частини згідно з умовами договору страхування. Тобто ця виплата має швидше характер фінансової допомоги

застрахованому або його родині, аніж відшкодування збитків, як у майновому страхуванні та страхуванні відповідальності. Тому й називається вона не «страховим відшкодуванням», а «страховою сумою».

Страхове відшкодування, згідно з чинним законодавством, не може перевищувати прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими, якщо це передбачено договором страхування.

4. Прибуток страховика.

До *власних ресурсів страховика* відносяться: статутний капітал, нерозподілений прибуток, вільні резерви, амортизаційні накопичення, фінансові активи, що належать страховику на правах власності, гарантійний фонд. До залучених ресурсів відносяться фінансові активи, які залучаються страховиком та можуть бути представлені у вигляді інвестицій, кредитів, суб-венцій, коштів для здійснення сумісної діяльності. До умовно залучених відносяться страхові платежі.

Активи — будь-який ресурс, що дозволяє компанії здійснювати її діяльність. Його вартість зростає, бо компанія має можливість використовувати його для отримання доходів та прибутку. Для обліку розрізняють три категорії активів:

1. Поточні оборотні кошти (Current Assets) — будь-який актив, що буде перетворений на грошові кошти протягом поточних розрахунків чи як результат поточних операцій в поточному році.

2. Фіксовані активи (основні фонди) (Fixed Assets) — реальні матеріальні активи. Фіксовані активи використовуються для отримання доходів, тобто компанія не має наміру перетворювати їх на грошові кошти.

3. Нематеріальні активи — це ресурс, який не є фізичним об'єктом чи цінним папером.

Зобов'язання (Liabilities) — заборгованість компанії, що є борговим зобов'язанням компанії у формі офіційно підтверджених позик чи у формі борга, який виникає протягом діяльності компанії. Існують три категорії зобов'язань:

1. Короткострокові зобов'язання — це заборгованість, яка має бути повернута протягом поточного періоду, зокрема року. Вона має у складі як зобов'язання, що виникають протягом діяльності компанії, так і поточну частку довгострокової заборгованості.

2. Довгострокові зобов'язання — це борг, який не потрібно виплачувати протягом поточного періоду.

3. Зобов'язання з аренди з передачею права власності після закінчення строку. Аренда з передачею права власності в момент закінчення строку є довгостроковим неанулюємим договором про оренду активу. Економічний ефект такого договору полягає у тому, що компанія бере зобов'язання забезпечувати постійні регулярні платежі у майбутньому. Таким чином, ця оренда схожа на позику коштів на довгостроковий період і має бути зафіксована у звітності як зобов'язання. Поточна частка зобов'язань є короткостроковими зобов'язаннями.

Власний капітал — це категорія, яка характеризує інтерес (зацікавленість) власника у компанії. В акціонерній компанії зацікавленість представлена у таких формах: 1). Привілейовані акції. Придбання цих акцій дає їхньому утримувачу особливі права (привілеї) у відношенні дивидендів та доходів від інвестицій, а також у випадку ліквідації фірми. 2) Звичайні акції — це цінні папери, що є остаточними правами власності в акціонерному капіталі. Після виконання боргових зобов'язань перед кредиторами та забезпечення прибутку у відповідності до домовленостей за привілейованими акціями утримувачі звичайних акцій мають усі інші права з ліквідації активів та зберігання прибутку.

Нерозподілений прибуток (Retained Earnings) відображає зароблений компанією прибуток та прибуток, що зберігається для фінансування придбання активів, які використовуються в діяльності страховика. Якщо відображений в бухгалтерській звітності нерозподілений прибуток є великим, це означає розширення компанією своєї діяльності шляхом реінвестування заробленого прибутку. У страховика рахунок має назву «Surplus».

Страхова організація в процесі кругообігу грошових коштів отримує певні надходження — як результат стосунків між нею та іншими суб'єктами фінансових відносин. Ці грошові надходження забезпечують страховикові можливість виконувати свою господарську діяльність; сплачувати страхувальникам страхове відшкодування; створювати у необхідних розмірах страхові резерви; забезпечувати вимоги законодавства щодо запасу платоспроможності; розміщувати та інвестувати тимчасово вільні кошти у різноманітні фінансові інструменти; отримувати прибутки.

Прибуток страхової компанії - це різниця між страховими внесками клієнтів і їхніми винагородами в разі настання страхових випадків. Звідси прибуток страхової компанії є випадковою величиною, оскільки кожен клієнт може як збільшувати, так і зменшувати прибуток страхової компанії залежно від того, трапився чи ні страховий випадок.

Оскільки страхова компанія проводить не лише основну (страхову), а ще й інвестиційну та фінансову діяльність, прибуток страховика також є підсумком фінансових результатів усіх перелічених видів діяльності.

Прибуток від страхової діяльності (крім страхування життя і медичного страхування) обчислюється як різниця між доходами від страхової діяльності та відповідними витратами страховика, склад яких визначений чинним законодавством України.

З практичної точки зору, згідно з чинним законодавством, *прибуток від страхової діяльності можна обчислити за формулою:*

$$\text{ПСД} = (\text{ЗП} + \text{КП} + \text{ВП} + \text{ПЦР} + \text{ПТР}) - (\text{ВС} + \text{ВЦР} + \text{ВТР} + \text{ВВС}) \quad (8.2)$$

де ЗП — зароблені страхові премії за договорами страхування і перестрахування;

КП — комісійні винагороди за перестрахування;

ВП — частки страхових виплат, сплачені перестраховиками;

ПЦР — повернені суми із централізованих страхових резервних

фондів;

ПТР — повернені суми з технічних резервів, інших, ніж резерв незароблених премій;

ВС — виплати страхових сум та страхових відшкодувань;

ВЦР — відрахування в централізовані страхові резервні фонди;

ВТР — відрахування в технічні резерви, інші, ніж резерв незароблених премій;

ВВС — витрати на ведення справи (адміністративні витрати, витрати на збут, інші операційні витрати).

Суму зароблених страхових премій можна визначити за формулою:

$$\text{ЗП} = (\text{РНПпоч} - \text{ЧПпоч}) + (\text{СП} - \text{ПП}) - (\text{РНПкін} - \text{ЧПкін}) \quad (8.3),$$

де: ЗП — зароблена страхова премія на звітну дату;

РНПпоч — резерв незароблених премій на початок звітного періоду;

СП — страхові премії, що надійшли у звітному періоді;

ПП — страхові премії, передані перестраховикам;

РНПкін — резерв незаробленої премії на кінець звітного періоду;

ЧПпоч — частка перестраховика у резерві незароблених премій на початок звітного періоду;

ЧПкін — частка перестраховика у резерві незароблених премій на кінець звітного періоду.

Прибуток від страхової діяльності не завжди є головною частиною прибутку страховика. Дуже часто основна діяльність страховика приносить йому не прибутки, а збитки, що компенсуються прибутком від інвестиційної та фінансової діяльності, а також прибутком від іншої звичайної діяльності та надзвичайних операцій. Ці види прибутку страховика визначаються як різниця між відповідними доходами і витратами.

Прибуток страховика розподіляється за спільними для всіх суб'єктів підприємницької діяльності принципами. Схема розподілу прибутку залежить від форми організації страхової компанії (акціонерне товариство відкритого або закритого типу, командитне, повне товариство, товариство з додатковою відповідальністю) і регулюється Законом України «Про господарські товариства» та установчими документами страховика. Особливістю розподілу прибутку страхової компанії є те, що згідно із Законом України «Про страхування» за рахунок нерозподіленого прибутку, тобто прибутку, який реінвестовано у страхову компанію, вона може створювати вільні резерви з метою зміцнення своєї платоспроможності.

Страхові компанії зобов'язані сплачувати загальнодержавні податки і збори (обов'язкові платежі), а також місцеві податки і збори (обов'язкові платежі).

Оподаткування страхової діяльності потребує з'ясування не лише відповідних законодавчих і нормативних актів з оподаткування, а й законодавства щодо страхової справи. Діяльність страховика охоплює як страхову діяльність, що має свій відмінний порівняно з іншим порядок оподаткування, та діяльність, не пов'язану зі страхуванням (інвестиційну та

іншу діяльність), яка оподатковується у загальному порядку.

Звільняється від оподаткування валовий дохід страхових компаній, пов'язаний зі страхуванням життя фізичної особи, що передбачає страхову виплату в разі таких страхових випадків:

- смерть застрахованої особи;
- рішення суду про оголошення застрахованої особи по-мерлою;
- дожиття застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування або досягнення нею віку, визначеного договором страхування.

Перелік питань для самоконтролю

1. Дайте визначення доходам і витратам страховика.
2. Охарактеризуйте джерела надходжень доходів страховика.
3. Які види витрат несе страхова компанія?
4. Як обчислити прибуток від страхової діяльності компанії?
5. Як визначається сума зароблених страхових премій страхової компанії?
6. Яким чином розподіляється прибуток страховика?
7. Які податки і збори сплачує страхова компанія?

Тема 9. Управління фінансовою надійністю страховика.

План.

1. Поняття фінансової надійності страховика та методи її забезпечення.
2. Поняття резервів, їх склад та порядок формування.
3. Управління інвестиційною діяльністю страховика, її напрямки.
4. Оцінка платоспроможності страховика

1. Поняття фінансової надійності страховика

Фінансова надійність страховика — це спроможність страховика виконати страхові зобов'язання, прийняті за договорами страхування та перестрахування у випадку впливу несприятливих чинників. Тому стійка фінансова надійність страхових операцій дає змогу страховикові виконати усі зобов'язання за будь-яких несприятливих обставин.

Існують законодавчі вимоги до власних коштів страховика, які мають бути сформовані за рахунок вкладів засновників і прибутку. Статутний фонд — головний елемент функціонування будь-якого суб'єкта господарської діяльності незалежно від форми власності. Він є сумою вкладів засновників для забезпечення життєдіяльності компанії. Порядок формування статутного фонду регулюється чинним законодавством та статутними документами. Основними вимогами до створення українських страхових компаній є наявність мінімального розміру статутного фонду — 1 млн євро для страховика, який займається видами страхування іншими, ніж страхування життя, а страховика, який займається страхуванням життя, — 10 млн євро за

валютним обмінним курсом валюти України. Важливо, що 100 відсотків статутного фонду має бути внесено у грошовій формі, тобто являти собою ліквідні кошти для виконання зобов'язань перед страхувальниками у разі нестачі спеціальних коштів — страхових резервів.

Страховик у ході діяльності повинен мати не тільки статутний фонд, а й значний обсяг власних коштів, вільних від зобов'язань. Такими коштами є гарантійний фонд та вільні резерви. До гарантійного фонду страховика належать спеціальні та резервні фонди, а також сума нерозподіленого прибутку. Вільні резерви — це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою додаткового забезпечення фінансової надійності.

Фінансова надійність страховика залежить від правильного розрахунку тарифних ставок, які є ціною за страхову послугу. Цей розрахунок не може бути зроблений без урахування збитковості страхової суми страховиком. Виходячи з обсягу та рівномірності розподілу ризику, частоти настання страхових випадків, обсягу доходу компанії на основі статистичних даних за кілька років страховиком розраховується тарифна ставка. Але не завжди об'єктивні виміри доступні страховику хоча б з тієї причини, що він не володіє потрібною інформацією. Тоді йому не залишається нічого іншого, як тільки покладатися на свій суб'єктивний погляд щодо вірогідності настання негативних подій і можливих збитків. За добровільними видами страхування страховик самостійно розраховує страхові тарифи і затверджує їх в уповноваженому органі зі страхової діяльності. Крім того, існує розвинута система знижок до базових тарифів, яка застосовується для поновлення договору страхування при закінченні його дії, та для корпоративних клієнтів. Також страховий ринок України характеризується демпінговими тенденціями та необґрунтованими низькими цінами на деякі види страхування. Відхилення страхового тарифу від об'єктивних обґрунтувань може призвести до зниження фінансової надійності страховика та невиконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальниками.

Ще один критерій фінансової надійності страховика — достатність страхових резервів, які відображають обсяг страхових зобов'язань за укладеними договорами страхування. Розмір страхових резервів має бути адекватний прийнятим страховим зобов'язанням. Виконання страхових зобов'язань в першу чергу має здійснюватися за рахунок коштів страхових резервів, а їх достатність обумовлено правильно визначеною тарифною ставкою.

Фінансова надійність страховика забезпечується і таким інструментом, як перестрахування. Висока вартість об'єктів, які можуть бути прийняті на страхування, незбалансований страховий портфель, коливання результатів діяльності страховика можуть негативно вплинути на його фінансову надійність. Проте при перестрахуванні страховик, приймаючи на страхування крупний ризик, не тільки передає його частку перестраховику, а й продовжує нести відповідальність перед страхувальником у повному обсязі. Тому страховик має правильно визначити розмір власного утримання зобов'язань. Справді, якщо розмір зобов'язань буде надто високим, то в разі

настання страхового випадку в страховика може бути недостатньо коштів для покриття збитків страхувальників.

Розмір власного утримання має бути залежним від галузі страхування, а також від характеру та ймовірності ризику, ступеня схильності до нього, можливого максимального розміру збитку, обсягу власних коштів страхової компанії. Одним із найважливіших моментів визначення розміру власного утримання є залежність від обсягу власних коштів: чим більше розмір власних коштів страховика, тим надійніше виконання його страхових зобов'язань. З метою захисту виконання зобов'язань страховика перед страхувальниками Законом України «Про страхування» передбачається в обов'язковому порядку укладання угоди перестрахування у випадку, коли страхова сума за окремою угодою страхування перевищує 10 відсотків суми сплаченого статутного фонду і сформованих вільних резервів та страхових резервів. Страховики, які взяли на себе страхові зобов'язання в обсягах, що перевищують можливість їх виконання за рахунок власних активів, повинні застрахувати ризик виконання зазначених зобов'язань у перестраховиків.

Дотримання страховиком перелічених критеріїв фінансової надійності є гарантією для страхувальників, які в обмін на сплачені гроші отримують від страховика запевнення щодо страхового захисту.

2. Страхові резерви, їх склад та порядок формування.

Міжнародний досвід розрахунку розміру страхових резервів показує, що вони формуються за рахунок страхових премій з урахуванням наявності у страховому портфелі страховика видів страхування та терміну дії договору страхування. Методика розрахунку страхових резервів визначається залежно від виду та строку дії договору страхування.

Через неоднаковий розподіл ризику та різну структуру тарифної ставки як джерела формування страхових резервів страхові резерви у ризикових видах страхування і страхуванні життя мають відмінності у складі та методах визначення. При страхуванні життя згідно з особливостями його проведення формуються резерви зі страхування життя. За видами страхування, відмінними від страхування життя, формуються технічні резерви.

Технічні резерви — це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і одночасно — сума коштів, що є гарантією виконання зобов'язань перед страхувальниками з огляду на наявні у портфелі страховика договори страхування.

Страховики країн ЄС, які здійснюють ризикові види страхування, формують резерви премій та резерви збитків. При цьому майже 2/3 обсягу річної премії припадає на резерв збитків і 1/3 — на резерв премій. Систему технічних резервів ілюструє рис. 9.1.

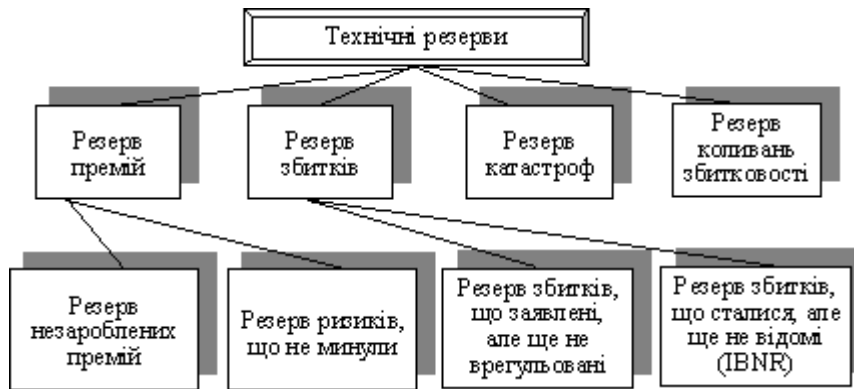


Рис. 9.1. Система технічних резервів, згідно з директивами ЄС

Резерви премій являють собою резерв незароблених премій; додатковий резерв ризиків, що не минули.

Резерв незароблених премій складається з частини страхових премій, які надійшли за договорами страхування, що укладені у звітному періоді, але стосується терміну дії договору страхування, що припадає на наступний звітний період. Отже, резерв незароблених премій за своїм змістом є не резервом, а статтею розмежування обліку отриманих страхових премій між суміжними звітними періодами. Це обумовлено тим, що страхові премії, як правило, сплачуються наперед — авансом за весь термін дії договору страхування, який не завжди збігається зі звітним періодом. Резерв незаробленої премії — це страховий резерв, призначений для виплат страхового відшкодування в майбутньому. Отже, він являє собою витрати майбутніх періодів.

Для визначення справжнього розміру резерву незаробленої премії існують різні методи. При виборі тієї чи іншої методики розрахунку резерву незаробленої премії необхідно враховувати такі чинники: вид страхування, термін дії договору страхування, рівень збалансованості страхового портфеля, рівномірність розподілу ризику. Береться до уваги також періодичність сплати премій за укладеними договорами страхування.

У практиці страхування зарубіжні компанії використовують кілька методів визначення розміру частини страхової премії, яка не є заробленою, — резерву незаробленої премії:

метод 1/365 — «pro rata temporis»;

метод 1/4; 1/8; 1/12; 1/24 — «паушальні» методи;

метод 40 %; 36 %.

При застосуванні методу «pro rata temporis» розрахунок незаробленої премії виконується за кожним договором страхування окремо. Незароблена страхова премія за i -м договором страхування визначається як добуток страхової премії та частки від ділення строку дії договору страхування, який ще не закінчився (у днях) до всього строку дії договору страхування (у днях) за такою формулою:

$$\text{НЗП}_i = \frac{\Pi_i (m_i - n_i)}{m_i}, \quad (9.1)$$

де Π_i — страхова премія за i -м договором страхування;

m_i — строк дії i -го договору страхування;

n_i — число днів, що минули з моменту, коли i -й договір страхування набрав чинності до звітної дати.

На підставі визначеної величини незаробленої премії за кожним договором страхування обчислюється сумарна величина резерву. Перевага цього методу в тому, що він дає змогу страховику на будь-яку дату визначати розмір резерву незароблених премій.

Метод $1/365$ є найбільш точним, проте він дуже трудомісткий. Його використання потребує чіткої організації роботи страховика. Необхідне своєчасне відображення: надходження страхової премії по кожному договору страхування; дати укладення договору страхування; дати, коли договір страхування набирає чинності; дати його закінчення; строку дії договору страхування. У страховиків, що укладають велику кількість договорів, опрацювання даних без використання сучасних технічних засобів потребує багато часу й зусиль. Для швидкого обліку та опрацювання даних необхідно застосовувати системи програмного забезпечення.

Принцип методу $1/24$ полягає ось у чому: за всіма договорами страхування, що укладаються протягом місяця терміном на один рік, припускається, що страхова премія надходить в середині місяця. Отже, на кінець місяця заробленою страховою премією вважається половина страхової премії певного місяця або $1/24$, а розмір резерву становить відповідно $23/24$ страхової премії. Наприкінці наступного місяця дії договору страхування, укладеного в попередньому місяці, вважається, що договір діє половину попереднього місяця і повний місяць, наприкінці якого здійснюється розрахунок резерву незароблених премій. Тому страхова премія є заробленою і дорівнює половині розміру належної страхової премії попереднього місяця і належної страхової премії місяця, наприкінці якого здійснюється розрахунок резерву. Отже, зароблена страхова премія становить $3/24$ ($1/24 + 2/24$), а резерв незароблених премій — $21/24$ ($24/24 - 3/24$) страхової премії.

При використанні методу $1/8$ з огляду на організацію роботи страховика припускають, що договори страхування, строк дії яких рік, укладені протягом одного кварталу і набирають чинності у середині кварталу.

Резерв ризиків, які ще не минули, формується як додаток до резерву незароблених премій, щоб компенсувати можливість зниження тарифу.

Резерв катастроф формується з метою забезпечення страхових виплат у разі настання природних катастроф або значних промислових аварій, у результаті яких буде завдано збитків численним страховим об'єктам і коли постає потреба здійснювати виплати страхового відшкодування в сумах, що значно перевищують середні розміри збитків, які взято до уваги при розрахунку страхових тарифів.

Резерв коливань збитковості дозволяє страховикам компенсувати перевищення своїх витрат, що пов'язані з відшкодуванням збитків, у випадках, коли фактична збитковість страхової суми за видом страхування на

звітний період перевищує очікуваний рівень збитковості, який узято за основу при розрахунку тарифної ставки за цим видом страхування.

Що ж до резерву збитків, то фіксуються суми виплат, які передбачаються за страховими випадками, що настануть до закінчення фінансового року. Підставою для формування резерву збитків є забезпечення можливості відшкодувати збитки в майбутньому періоді за страховими випадками.

Отже, порядок визначення розміру технічних резервів, який застосовують українські страховики, недостатньо відбиває обсяг відповідальності страховика за діючими на момент оцінки договорами страхування. Це може призвести до зниження надійності страхових операцій, платоспроможності страховика.

Основною складовою резервів із страхування життя є резерви довгострокових зобов'язань. Для розрахунку резервів довгострокових зобов'язань використовуються методи актуарної математики (тому ці резерви ще називають «математичними»). Актуарні розрахунки — це система математичних і статистичних методів, за допомогою яких визначаються фінансові взаємовідносини страховика і страхувальника за договорами довгострокового страхування життя.

Договори страхування життя зазвичай передбачають страхові виплати у зв'язку із дожиттям застрахованої особи до закінчення терміну дії договору страхування або у випадку її смерті протягом цього терміну. Крім того, передбачаються виплати у зв'язку із втратою здоров'я внаслідок нещасних випадків та деяких захворювань. Отже, в основі розрахунку математичних резервів мають лежати показники демографічної статистики (показники тривалості життя) і показники теорії ймовірності, на підставі яких обчислюється ризик настання нещасного випадку або захворювання застрахованої особи.

3. Інвестиційна діяльність страховика.

 Світовий досвід показує, що страховики є важливим джерелом інвестиційного капіталу. По-перше, це пов'язано з інверсією циклу (оскільки отримання страхової премії передувє наданню страхової послуги), а по-друге, із розподілом ризику в часі. Тому страховик протягом часу дії договору страхування тимчасово розпоряджається коштами страхувальника, які акумульовані у страхові резерви.

Інвестиційна діяльність страховика — інвестування і розміщення тимчасово вільних коштів, що є його власністю або якими він володіє (розпоряджається). Доходи від цієї діяльності є вторинними (похідними) від первинних доходів (зібраних страхових премій), але за обсягом можуть істотно перевищувати первинні доходи. Збираючи страхові премії, страховик накопичує обсяг первинних доходів і має право розпоряджатися ними протягом певного часу. Інвестування тимчасово вільних коштів страхового фонду ґрунтується на ймовірності обігу коштів цього фонду в процесі

страхової діяльності, тому що від моменту надходження премій страхувальників на рахунки страховика до виплати страхових відшкодувань завжди минає той чи інший час.

Метою інвестиційної діяльності страховика є: досягнення найвищого можливого рівня безпеки; отримання найбільш можливих прибутків; забезпечення ліквідності; оптимізація структури активів із структурою зобов'язань.

Надходження інвестиційних ресурсів страховика у сфері, важливі для розвитку суспільства, мають бути відповідно обумовлені, а їх вкладення бути надійними як для страховика, так і для страхувальника. Слід також приділити увагу вимогам, які застосовуються при визначенні рівня покриття коштів, що інвестуються страховиком. Щоб вкладення страховика були доцільними, перегляд структури та рівня покриття інвестиційних коштів має враховувати надійність вкладів та їх ліквідність. Тому ефективна інвестиційна діяльність страховика залежить насамперед від розвитку фінансового ринку, а також від забезпечення вільного доступу до нього страхових компаній.

Свобода дії страховика у сфері інвестиційної та фінансової діяльності безпосередньо пов'язана з джерелом надходження коштів, що використовують для інвестування. Страховик має в розпорядженні дві групи коштів:

- 1) власні кошти у вигляді статутного фонду (капіталу), спеціальних і резервних (за винятком страхових) фондів, вільних резервів, нерозподіленого прибутку;
- 2) залучені кошти у вигляді страхових резервів.

Інвестування коштів, що належать до першої групи, страховик здійснює у відповідності до визначеного бізнес-плану розвитку. Особливої уваги заслуговує формування статутного фонду страховиків. Зокрема, Закон України «Про страхування» вимагає формування статутного фонду новоствореного страховика або збільшення статутного фонду вже діючого страховика за рахунок внесків тільки у грошовій формі. Єдиним винятком із цього правила є внески до статутного фонду страховика у вигляді державних цінних паперів. Закон допускає такі внески у межах 25% загального розміру статутного фонду. Таким чином, ідеться про непряме спонукання формувати до 25% статутного фонду за рахунок державних цінних паперів. Обмеження загального розміру внесків страховика до ста-цінних фондів інших страховиків України (не більше 30% його власного статутного фонду, в т.ч. внесок до статутного фонду окремого страховика— не більш як 10%) означає регулювання фінансових вкладень у корпоративні права. Заборона формувати статутний фонд нематеріальними активами унеможливорює вкладання його коштів у ці види активів.

Інвестування коштів страхових резервів жорстко регламентовано. Тим самим обмежено можливості отримання певних видів доходів. Регламентування пов'язане з тим, що ці кошти не є власністю страховика, тому розпоряджатися ними він має раціонально. Обсяг цих коштів відповідає обсягові страхових зобов'язань компанії. Щоб будь-якого моменту мати змогу виконати зобов'язання перед страхувальниками, страховикові слід

зберігати кошти страхових резервів у диверсифікованих, прибуткових, надійних активах, характерних високим рівнем ліквідності.

Страхова компанія, згідно з чинним законодавством, має право здійснювати за рахунок коштів страхових резервів як капітальні, так і фінансові інвестиції. Проте можливості капітальних інвестицій обмежуються правом придбання нерухомого майна. Інші види капітальних інвестицій для розміщення коштів страхових резервів законодавством України не передбачено. Значно різноманітнішими є можливості страховика щодо фінансових інвестицій. Проте такі інвестиції, якщо йдеться про кошти страхових резервів, мають бути не прямими, а портфельними. Це означає, що страховик не має права вкладати кошти страхових резервів безпосередньо у статутні фонди юридичних осіб в обмін на корпоративні права, що емітували такі юридичні особи. Він має право здійснювати лише портфельні інвестиції, тобто вкладати кошти в придбання цінних паперів.

Фінансові інвестиції є портфельними, тобто страховик позбавлений можливості прямо вкладати тимчасово вільні кошти страхових резервів у статутні фонди інших юридичних осіб в обмін на корпоративні права, що емітують ці юридичні особи. Доходи від інвестиційної діяльності можуть бути використані як на компенсацію збитків від страхових операцій, так і на розвиток страхової справи з метою інвестування або для власного споживання. Саме так можна підтримувати нормальну рентабельність діяльності страховика при оптимальному ринковому рівні ціни на страхову послугу.

4. Оцінка платоспроможності страховика

Для підвищення ефективності діяльності страхової компанії у полі зору повинні перебувати такі фактори:

- відповідність умов страхування реальним потребам страхувальника;
- конкурентноспроможність і прийнятну для страхувальника вартість страхового продукту;
- зручність придбання полісу чи укладання договору (наприклад, поліс страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів можна придбати через мережу Internet);
- якість юридичної підготовки договорів страхування, у тому числі і з погляду інтересів клієнта;
- імідж та доброзичливість персоналу, затишок приміщення для роботи з клієнтами, а також привабливе оформлення страхових продуктів і рекламно-інформаційних матеріалів.

У Європейському союзі у зв'язку зі специфікою проведення кожного виду страхування та різним розподілом ризику запас платоспроможності визначається окремо за ризиковими видами страхування і зі страхування життя.

У ризикових видах страхування оцінка платоспроможності полягає в зіставленні фактичної платоспроможності з розрахунковою нормативною.

Директивами ЄС передбачено визначати фактичний запас платоспроможності як різницю між активами (крім нематеріальних) і зобов'язаннями. У разі, якщо фактичний запас платоспроможності перевищує розрахунковий нормативний, страхова компанія вважається платоспроможною. Іншими словами, власних коштів, вільних від зобов'язань, разом із страховими резервами має бути достатньо для виконання зобов'язань за страховими виплатами.

Розрахунковий нормативний запас платоспроможності має дорівнювати найбільшій із двох сум, одна з яких обчислюється на підставі страхових премій, а друга — на підставі страхових виплат.

У першому випадку розрахунковий запас платоспроможності визначається на підставі надходжень страхових премій за звітний період, а саме:

$$P = [(0,18 \cdot SP_1) + (0,16 \cdot SP_2)] \cdot \frac{V_s}{V}, \quad (9.2)$$

де P_1 — розрахунковий розмір на підставі страхових премій;

SP_1 — сума надходжень страхових премій до 10 млн євро;

SP_2 — сума надходжень страхових премій більше, ніж 10 млн євро (загальна сума страхових премій за винятком SP_1);

VS — загальна сума страхових виплат за винятком виплат, сплачених перестраховиками;

V — загальна сума страхових виплат.

З огляду на досвід західні компанії загальну суму надходжень страхових премій поділяють на дві частини — суму надходжень страхових премій до 10 млн євро і понад 10 млн євро. У разі, якщо страховик має надходження страхових премій понад 10 млн євро, вважається, що страховик уклав більше угод страхування, у нього ширше розподілений ризик, а тому він (страховик) більш надійний. У такому разі застосовується «пільговий» коефіцієнт 0,16, інакше він становить 0,18.

Відношення загальної суми страхових виплат (за винятком виплат, що сплачені перестраховиками) до загальної суми страхових виплат виокремлює частку виплат, які сплачені самим страховиком, причому воно повинно бути не меншим від 50 %. У разі, коли фактично цей коефіцієнт менший за 50 %, він береться в розмірі 50 %.

У другому випадку розмір розраховується на підставі страхових виплат:

$$P_2 = [(0,26 \cdot V_1) + (0,23 \cdot V_2)] \cdot \frac{V_s}{V}, \quad (9.3)$$

де P_2 — розрахунковий розмір на підставі страхових виплат;

V_1 — середньорічна сума виплат до 7 млн євро;

V_2 — середньорічна сума виплат понад 7 млн євро (загальна сума страхових виплат за винятком V_1).

Період розрахунку середньорічної суми виплат установлено три роки, при страхуванні кредитів — сім років. Використання середньорічної суми

виплат на відміну від визначення страхової премії за звітний період пов'язане з випадковістю настання страхової події і коливань розміру збитків.

Перший результат відрізняється від другого тим, що нормативний запас платоспроможності на підставі страхових премій визначається згідно із зобов'язаннями, які прийняті, а нормативний запас платоспроможності на підставі страхових виплат — на основі зобов'язань, що виконані.

Забезпечення платоспроможності страховиків України контролюється згідно із Законом України «Про страхування», яким передбачено:

- наявність сплаченого статутного фонду та наявність гарантійного фонду страховика;
- створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим нормативним запасом платоспроможності.

Принциповим моментом у новому українському законодавстві є введення маржі платоспроможності, тобто перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим, де розрахунковий нормативний запас встановлюється на рівні двох коефіцієнтів: 0,25 та 0,30, відповідно взятих від надходжень страхових премій за звітний період та від страхових відшкодувань за той самий період.

Зміст методики визначення платоспроможності страховика полягає в порівнянні обсягу зобов'язань страховика перед страхувальниками з обсягом власних коштів, які можуть бути використані на покриття зобов'язань. Порівняння фактичного запасу платоспроможності над нормативним запасом відображає частку власних коштів страховика в загальних зобов'язаннях.

Згідно з українським законодавством фактичний запас платоспроможності страховика визначається відніманням від вартості майна страховика суми нематеріальних активів і загальної суми зобов'язань, зокрема страхових, які беруться в розмірі технічних резервів. Фактичний запас платоспроможності страховика має перевищувати розрахунковий нормативний запас платоспроможності.

Нормативний запас платоспроможності страховика дорівнює більшій з двох визначених величин. Першої, яка визначається множенням суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду на 0,18. При цьому сума надходжень страхових премій зменшується на 50 % страхових премій, сплачених перестраховикам. Другої, яка визначається множенням суми здійснених страхових виплат протягом звітного періоду за договорами страхування на 0,26. При цьому сума здійснених страхових виплат зменшується на 50 % страхових виплат, компенсованих перестраховикам згідно з укладеними договорами перестрахування.

 Для характеристики страхової діяльності використовується така система показників:

Абсолютні: загальна численність страхових об'єктів; кількість об'єктів, що постраждали внаслідок страхових випадків, і ризик внаслідок яких був застрахований; страхова сума всіх застрахованих об'єктів або страхова відпо-

відальність; страхова сума об'єктів, що постраждали; страховий платіж - плата за страхування, яка передбачена угодою страхування, і розмір якої залежить від страхової суми і страхового тарифу; сума виплат страхового відшкодування; страховий тариф або ставки страхового платежу з одиниці страхової суми у процентах або у фіксованому розмірі; кількість страхових випадків.

Відносні показники: середня страхова сума застрахованих об'єктів; середня страхова сума об'єктів, що постраждали; середній розмір виплаченого страхового відшкодування; частка об'єктів, які постраждали; показник виплат страхового відшкодування в розрахунку на страхові платежі; страхові платежі в розрахунку на страхову суму застрахованих об'єктів; показник збитковості страхової суми

Коефіцієнт фінансової стабільності (K_{ϕ}) страхової компанії розраховується за формулою:

$$K_{\phi} = \frac{\text{Доходи} + \text{Середня вартість активів компанії}}{\text{Витрати страхової компанії}} \quad (9.4)$$

Для аналізу динаміки показників (коефіцієнтів) оцінки фінансового стану, зокрема, рентабельності страхових платежів (K), використовується система індексів середніх величин. Коефіцієнт рентабельності страхових платежів (K) розраховується як відношення прибутку (Π) до страхових платежів ($\Sigma\Pi$).

Індекс змінного складу розраховується за формулою:

$$I_{\text{іс}} = \frac{\sum K_i d_i}{\sum K_0 d_0} \cdot \frac{K_0}{K_i} \quad (9.5)$$

де A - коефіцієнт рентабельності;

K - частка страхових платежів окремих груп страхувальників у загальному їх обсязі.

Індекс показує, як змінилася середня рентабельність страхових платежів в цілому по страховій компанії.

Індекс фіксованого складу, який розраховується за формулою

$$I_{\phi\text{с}} = \frac{\sum K_i d_i}{\sum K_0 d_i} \quad (9.6)$$

Він показує, як змінилася середня рентабельність по компанії в цілому за рахунок динаміки рентабельності страхових платежів за групами страхувальників.

Індекс структурних зрушень розраховується за формулою:

$$I_{\phi\text{с}} = \frac{\sum K_0 d_i}{\sum K_0 d_0} \quad (9.7)$$

Він показує, як змінилася середня рентабельність по компанії в цілому лише за рахунок зміни розподілу страхових платежів за групами страхувальників.

Фінансовий стан, стабільність страхової компанії оцінюється за допомогою показників (коефіцієнтів):

$K1 = \text{Прибуток} / \text{Навантаження-витрати}$

$K2 = \text{Прибуток} / \text{Обсяг страхових платежів}$

$K3 = \text{Прибуток} / \sum \text{страхових відшкодувань}$

$K4 = \text{Прибуток} / \text{Резервний фонд}$

$K5 = \text{Навантаження} / \text{Резервний фонд}$

$K6 = \text{Навантаження} / \text{Обсяг страхових платежів}$

$K7 = \text{Прибуток} / \text{Витрати}$ $K8 = \text{Прибуток} + \text{Резервний фонд} / \text{Обсяг ризиків}$

Перелік питань для самоконтролю

1. Дайте визначення фінансовій надійності страховика.
2. Який склад і порядок формування резервів страхової компанії?
3. В чому полягає зміст і мета інвестиційної діяльності страхової компанії?
4. Як оцінюється платоспроможність страхової компанії в міжнародній практиці?
5. Які особливості оцінки платоспроможності страховика у вітчизняній практиці?
6. Назвіть абсолютні та відносні показники оцінки страхової діяльності.

Тема 10. Особисте страхування

План

1. Страхування життя та його основні види.
2. Обов'язкові види страхування від нещасних випадків і професійних захворювань.
3. Добровільне, індивідуальне й колективне страхування від нещасних випадків.
4. Медичне страхування і проблеми його запровадження в Україні.

1. Страхування життя та його основні види.

Саме страхування життя в розвинених країнах світу є важливим інструментом соціального захисту населення і могутнім джерелом інвестування

національних економік. У розвинутих країнах страховий бізнес забезпечує дієвий захист соціальних і майнових прав та інтересів громадян від ризиків, сприяє підтриманню соціальної стабільності суспільства та економічної безпеки держави; він є потужним засобом акумулювання коштів для інвестування в економіку.

Сьогодні в Україні практикуються три основні програми страхування життя:

— ризикове страхування життя, тобто страхування на випадок смерті, страхування від нещасних випадків, захворювань та інвалідності;

— змішане страхування життя: накопичувальне страхування з одночасним страховим захистом на випадок смерті з метою забезпечити певний капітал до потрібної дати (приміром, для придбання будинку, навчання у вузі, весілля тощо);

— пенсійне страхування: накопичувальне страхування для забезпечення додаткового періодичного (приміром, щомісячного) доходу протягом певного терміну чи довічно, після виходу на пенсію або досягнення певного віку.

Страхування життя пов'язане з наступними с
страхувальника (застрахованої тимчасова і вт
працездатності; закінчення трудової діяльності у зв'язку з виходом на пенсію за

віком; дожиття страхувальника до закінчення терміну страхування або обумовленого договором віку. Настання цих подій, крім останньої, може суттєво знизити сімейний дохід страхувальника, і в зв'язку з цим виплата відповідних сум за особистим страхуванням матеріальною підтримкою для сім'ї у важкі періоди життя.

Імовірність настання таких випадків в житті сприяє розвитку відповідних видів страхування. Важливими моментами визначенні поняття «нещасний

випадок» є раптовість та короткочасність його для застрахованого.

Змішане страхування життя - найбільш розповсюджений вид страхування, бо до ризику дожиття до закінчення терміну страхування можуть бути приєднані й інші ризики, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю страхувальника.

Страхування дітей дозволяє забезпечити інтереси дитини (застрахованої особи). При цьому виді страхування страхувальниками виступають батьки або інші родичі дитини, а застрахованими - діти. Умови страхування не вимагають документального підтвердження ступеня споріднення страхувальника і дитини. На користь однієї дитини може бути укладено декілька договорів одним чи різними страхувальниками.

Пенсійне страхування проводиться для осіб похилого віку з метою забезпечення громадян додатковим доходом при виході на пенсію.

Страхування рент здійснюється з метою отримання додаткового доходу в обумовлені терміни або довічно шляхом виплати ренти на накопичену суму.

Страхування на випадок смерті гарантує виплату відповідної суми у випадку смерті страхувальника.

Змішане страхування життя є одним з основних видів особистого страхування. Договори страхування укладаються з працездатними фізичними особами. Однак страхова компанія має право ввести обмеження щодо застрахованих осіб, наприклад, інвалідів, а також ввести вікові обмеження. Наприклад, застрахованими особами не можуть бути громадяни молодше 16 років та старше 70 років. Такі обмеження дають змогу

страховій компанії суттєво знизити ступінь ризику смерті та, відповідно, розмір страхової премії. Існують також обмеження страхової відповідальності у випадках смерті від певних хвороб в початковий період страхування. Страхувальник при укладанні

договору може призначити одержувача страхової суми на випадок своєї смерті. Ним може бути будь-яка фізична особа, незалежно від ступеня споріднення по відношенню до страхувальника.

Крім індивідуального, застосовується також колективне страхування життя. Договір колективного страхування життя укладається з юридичними

особами (підприємствами, установами, організаціями тощо) на користь працівників колективу, які є застрахованими особами.

Для укладання договору змішаного страхування життя страхувальник (фізична або юридична особа) складає заяву, в якій вказується вся необхідна інформація, яка дозволяє визначити розмір страхової премії та умови страхування, які задовольняють страхувальника. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданої інформації.

Інформація, яка вказана в угоді, вважається вірною, а страхувальник, підписавши угоду, несе за неї відповідальність. При укладанні угоди страхування страховик повинен пояснити страхувальнику, які події визнаються

страховими, а які - ні. Крім того, страховик повинен чітко визначити перелік обставин, за яких подія, що настала, не по тягне за собою виплату страхового забезпечення. До таких обставин відносяться:

- смерть застрахованої особи, яка настала в результаті здійсненні нею (або особою, яка знаходилася з нею у прямому причинному зв'язку) навмисного злочину;
- смерть застрахованої особи, яка настала в результаті керування автомобілем у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також керування іншою особою, яка знаходилася в аналогічному стані;
- смерть застрахованої особи, яка настала в результаті спроби або наслідків спроби самогубства.

Страхова компанія може розширити цей перелік, що повинно бути відображено в договорі страхування.

Страхова премія, яку повинен сплачувати страхувальник, розраховується на підставі тарифних ставок, які враховують вік страхувальника (застрахованої особи), термін страхування, а також періодичність сплати внесків. Якщо до переліку страхових випадків внесені нещасний випадок або захворювання, тарифні ставки розраховуються з урахуванням особливостей даних ризиків. Періодичність сплати внесків встановлюється за бажанням страхувальника: одноразово або в розстрочку (щомісячно, щоквартально, раз на півріччя щорічно), при цьому також визначається форма розрахунків. І

На протязі строку страхування договір може припинити свою дію у

випадку смерті страхувальника (застрахованої особи), виплати страхового забезпечення в розмірі страхової суми, а також з ініціативи страховика або страхувальника. Припинення угоди страхування з ініціативи страховика може мати місце, наприклад, у випадку втрати довіри до страхувальника, коли інформація, передана страхувальником викликає недовіру, хоча страховий випадок ще не настав. В цьому випадку поверненню страхувальнику підлягає сума страхового резерву, сформованого з метою виконання страховиком зобов'язання про вести страхову виплату згідно з угодою страхування, в розмірі викупної суми. Розірвання угоди з ініціативи страхувальника може статися з самих різних причин як об'єктивного, так і суб'єктивного характеру. У зв'язку із створенням резервів внесків, страхувальник набуває право на отримання викупної суми, яка накопичилася на момент припинення сплати внесків. За умовами договору, який діяв не менше шести місяців, передбачена виплата викупної суми.

Виплата страхового забезпечення при настанні тимчасової втрати працездатності в результаті нещасного випадку може відбуватись двома способами:

- як одноразова виплата у відповідності з таблицею;
- шляхом множення кількості лікарняних днів на встановлений процент від страхової суми.

При пенсійному страхуванні основні виплати страхового забезпечення здійснюються при досягненні застрахованою особою пенсійного віку. Ця умова не є обов'язковою, бо, виходячи з принципу свободи угоди, сторони, які уклали договір страхування (страховик і страхувальник), можуть самі визначити вік, з якого необхідно починати виплату страхового забезпечення (ренти).

У випадку, коли угодою встановлюється, що зобов'язання страховика здійснювати страхові виплати настає при досягненні застрахованою особою пенсійного віку, страхові виплати дійсно набувають значення додаткової пенсії. Страхування додаткової пенсії покликане доповнювати систему державного пенсійного забезпечення, якого в сучасних умовах недостатньо для того, щоб гарантувати нормальний рівень життя громадянам пенсійного віку.

Пенсійне страхування пов'язане з довгостроковістю угоди і дожиттям застрахованої особи до певного віку, встановленого угодою. Однак угода страхування додаткової пенсії може також включати й інші види ризиків, наприклад, від нещасного випадку та на випадок смерті.

Договір пенсійного страхування може бути укладений як з громадянами (фізичними особами), так і з юридичними особами - спілками, товариствами, підприємствами тощо. Договір страхування пенсії також може бути укладений однією особою на користь іншої. Страховою подією є

досягнення застрахованою особою пенсійного віку.

Договори страхування можуть бути укладені з дієздатними громадянами. Максимальний вік застрахованої особи на момент укладання договору страхування для жінки звичайно обмежений 54 роками, а для чоловіків - 59 роками, тобто за рік до пенсійного віку. Однак існують програми пенсійного страхування, які передбачають виплату пенсії з наступного місяця після моменту сплати страхового внеску. На страхування, як правило, приймаються громадяни незалежно від стану здоров'я на момент укладання угоди.

Страхова сума встановлюється в договорі страхування в розмірі суми

періодичних страхових виплат. В угодах пенсійного страхування вони можуть називатися пенсіями. Іноді в угоді страхування може бути передбачена участь застрахованої особи в прибутку, який страхова організація отримує в результаті інвестування страхових внесків з цього виду страхування.

Страхова премія може бути внесена або періодичними платежами, або одноразово. При сплаті внесків в розстрочку може бути здійснена їх індексація для того, щоб страховик і страхувальник коригували розмір взаємних зобов'язань з урахуванням їх реальної вартості.

Розмір премії, який необхідно внести, щоб забезпечити певний розмір пенсії, встановлюється з таблиць, які розраховуються страховиком згідно з існуючими статистичними даними. На практиці страхувальник часто сам вказує розмір внесків з урахуванням власних економічних можливостей. При цьому, згідно з бажанням страхувальника та при згоді страховика, страхову суму по цій угоді можна змінити як у бік зменшення при несприятливій для страхувальника економічній ситуації, так і в бік збільшення.

Розмір пенсії, який буде отримувати застрахована особа, залежить від таких обставин:

- розмір внесених страхових платежів;
- кількість років, які пройшли з моменту укладання договору

страхування (та першого внеску) до початку пенсійних виплат: чим більше

період накопичення, тим більше накопичена сума і тим вище може бути розмір пенсії за інших рівних умов;

- вік застрахованої особи: чим старше застрахована особа, тим менше період накопичення і тим більше страховий внесок, який повинний бути сплачений;

- від статі застрахованої особи: ця обставина впливає на розмір пенсії, бо вона пов'язана з тривалістю життя застрахованої особи та визначає тривалість періоду виплат пенсій і необхідний для цього страховий фонд.

Звичайно, розмір страхового внеску для жінок в 1,5 рази вище, ніж для чоловіків. Однак існують програми страхування, в яких розмір

страхового

внеску не залежить від статі. В цих програмах таблиці тарифів розраховуються за об'єднаною таблицею смертності. Якщо застрахована особа вмерла, встигнувши отримати декілька пенсій, нащадкам сплачується різниця між обумовленою раніше компенсацією і вже отриманою застрахованою особою пенсією. Як правило, пенсійні виплати перераховуються на особистий рахунок застрахованої особи в банку або переказується поштою. У випадку смерті страхувальника на протязі пенсійного періоду, виплата подальшої пенсії припиняється, якщо страхувальник при житті отримав не менше обумовленої в договорі кількості річних виплат.

2. Обов'язкові види страхування від нещасних випадків і професійних захворювань.

Страхування від н/в здійснюється з метою забезпечення страхувальником страхового захисту на випадок втрати здоров'я або смерті внаслідок нещасного випадку.

Об'єктом страхування від н/в є майнові інтереси застрахованого, пов'язані зі зниженням доходу і додатковими витратами у зв'язку з втратою працездатності, а також його смерті в наслідок нещасного випадку.

Під час страхування від н/в до страхових випадків, які сталися під час дії договору страхування, відносяться такі:

- тимчасова втрата загальної працездатності ;
- постійна втрата загальної працездатності (інвалідності);
- смерть застрахованого внаслідок н/в.

Обов'язкове страхування від н/в здійснюється в тих випадках, коли законом на вказаних у ньому особі покладається обов'язок страхувати в якості страхувальників життя й здоров'я інших осіб.

За обов'язкового страхування ініціатива виходить від держави, яка в формі закону зобов'язує фізичних та юридичних осіб вносити кошти для забезпечення суспільних інтересів.

Обов'язкове страхування здійснюється за трьома напрямками :

- обов'язкове страхування від н/в як один з елементів соціального страхування, що покриває ризики виробничого травматизму та професійних захворювань (внески сплачує роботодавець).
- Обов'язкове державне страхування життя й здоров'я тих категорій державних службовців, чия професійна діяльність пов'язана з підвищеним ризиком н/в під час виконання службових обов'язків.
- Обов'язкове особисте страхування пасажирів, яких перевозять повітряними, залізничними, водними та автомобільним транспортом на міжміських і туристичних маршрутах.

До обов'язкового страхування від н/в здійснюється страховиками в

Україні,

зокрема належать:

- особисте страхування від н/в на транспорті
- страхування спортсменів вищих категорій.
- страхування життя й здоров'я спеціалістів ветеринарної

медицині.

- Особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними службових обов'язків.

3. Добровільне, індивідуальне й колективне страхування від нещасних випадків.

За організаційною формою добровільне страхування може бути:

- індивідуальним
- колективним

Індивідуальне страхування передбачає, що страхувальником виступає фізична особа, яка укладає договір страхування стосовно самої себе або іншої фізичної особи.

Договори **колективного** страхування укладаються юридичними особами на користь своїх працівників, сплата страхових внесків покладається на роботодавців.

Індивідуальне страхування передбачає, що страхувальником може виступати лише дієздатна особа.

Важливе значення має обговорення віку й стані здоров'я застрахованої особи. На страхування можуть бути прийняті особи віком від 3 до 60 років (або від 16 до 69 років), які не є інвалідами I, II і III групи (або лише I, II групи, або тільки I групи).

Страхова сума визначається за погодженням між страховиком між страховиком і страхувальником.

Чинники, що впливають на ступінь ризику:

- професія страхування
- вік
- умови праці й навчання

страховик має право сплатити страхову премію готівкою чи безготівково, за одним раз або в декілька строків відповідно до договору страхування.

Договір може бути укладений до 1 року або на інший строк.

Не можуть бути застрахованими особи, визнані встановленому порядку недієздатними; непрацюючі інваліди I (і II, III) групи, хворі на нервові та психічні захворювання, СНІД.

Страховик має право:

- звернутися за запитом до компетентних органів про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт настання страхового випадку.

- Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

- Відмовити страхувальнику у виплаті у разі виявлення обставин, що дають йому право це зробити за умовами укладеного договору страхування.

Настання страхового випадку тягне за собою виплату страховикам:

- у разі смерті застрахованого – 100% страхової суми

- у разі призначення застрахованому первинної інвалідності – суми, яка визначається у відсотках до страхової суми залежно від встановленої групи інвалідності, наприклад:

- ✓ за I групу 100% (90%; 80%) страхової суми;

- ✓ за II групу 75% (70%; 60%) страхової суми;

- ✓ За III групи 50 % (40%) страхової суми.

- у разі тимчасової втрати працездатності внаслідок н/в виплата здійснюється в певному % до страхової суми, обумовленої договором страхування, наприклад, 0,5 % за кожний день непрацездатності, але не більш як 50% страхової суми. Така гарантія страховика звичайно включає франшизу у вигляді певної кількості перших днів непрацездатності. Упродовж цього часу виплати не здійснюються.

Індивідуальне страхування від н/в може поширюватися на дітей. Тоді страхувальниками виступають батьки, інші родичі дитини. На страхування приймаються діти віком від 1 до 16 років.

Колективне страхування від н/в може поширюватися на туристів, спортсменів, школярів, пасажирів на транспорті.

4. Медичне страхування і проблеми його запровадження в Україні.

У системі заходів щодо поліпшення соціальної захищеності громадян важливе місце посідає забезпечення їм можливості одержати необхідну, своєчасну та якісну медичну допомогу.

Фінансування охорони здоров'я може бути бюджетним, соціальним і приватним. За бюджетної системи фінансування охорони здоров'я страхування або відсутнє зовсім, або є незначним. Бюджетна система фінансування передбачає використання коштів податкових надходжень до бюджету, але саме це й не сприяє стабільності фінансового забезпечення охорони здоров'я. Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Для соціальної системи характерне співіснування державних систем охорони здоров'я і приватних систем.

За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Страхова медицина базується на певних принципах, серед яких можна назвати забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і

малозабезпечених верств населення, гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як громадян, так і юридичних осіб.

Важливим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Медичне страхування – це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. *Мета його проведення* полягає в забезпеченні громадянам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Закон України «Про страхування», введений в дію Постановою Верховної

Ради України від 7 березня 1996 року, передбачив здійснення медичного страхування в обов'язковій і добровільній формах.

Обов'язкова форма медичного страхування використовується, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна — там, де поширені приватні страхові програми.

Медичне страхування, яке провадиться в **обов'язковій** формі, набуває **рис** соціального страхування, оскільки порядок його проведення визначається державним законодавством. Обов'язкова форма страхування координується державними структурами. Страхові платежі, сплачувані громадянами та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю.

ОМС базується на таких **принципах**: загальності, державності, некомерційності. Принцип **загальності** полягає в тому, що всі громадяни незалежно від статі, віку, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на одержання медичних послуг. Принцип **державності** означає, що кошти обов'язкового медичного страхування — це державна власність. **Некомерційний** характер обов'язкового медичного страхування базується на тому, що його здійснення і прибуток — це несумісні речі.

Для ОМС характерне те, що сплата страхувальниками внесків здійснюється у встановлених розмірах і у встановлений час, а рівень страхового забезпечення однаковий для всіх застрахованих. За умовами ОМС роботодавці мають відраховувати від своїх доходів страхові внески. Ці кошти формують страховий фонд, яким керує держава. Частина цього фонду може

створюватись і за рахунок внесків, які утримуються із заробітної плати працюючих.

Суб'єктами ОМС є страховики, страхувальники, застраховані, медичні установи. **Страховики** — це незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. У системі ОМС страховиком можуть бути і фонди ОМС, які являють собою самостійні

державні некомерційні фінансово-кредитні установи, створювані для реалізації державної політики в галузі медичного страхування. **Страхувальниками** в системі ОМС для працюючого населення є роботодавці, для непрацюючого населення — органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації. **Застраховані** — це громадяни, на користь яких укладаються договори страхування. **Медичні установи** як суб'єкти обов'язкового медичного страхування являють собою ті установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг згідно з програмами ОМС.

Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового. У рамках ДМС передбачається оплата медичних послуг понад програму ОМС. ДМС має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов'язаних із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою ДМС.

Об'єктом ДМС є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. **Суб'єктами ДМС** є страховики, страхувальники, застраховані та медичні установи.

Згідно з інструкцією «Про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності ліцензій на здійснення страхової діяльності на території України. Умови і правила її здійснення та контроль за їх дотриманням» від 15 липня 1996 року було визначено, що страховики можуть отримати ліцензію на два види страхування за напрямком медичного страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я, що проводяться в добровільній формі.

Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається в договорі страхування. **Безперервне страхування здоров'я** передбачає поліклінічне обслуговування застрахованого, стаціонарне обслуговування, послуги невідкладної медичної

допомоги, а також стоматологічну допомогу. Воно проводиться на випадок захворювання, яке триває не менш як два тижні.

ДМС може бути індивідуальним або колективним. Для **колективної форми** страхування характерним є те, що страхові внески сплачуються за рахунок коштів юридичних осіб. При **індивідуальній** формі джерелом сплати внесків є доходи окремих громадян.

За **строками** укладення договору ДМС може бути **коротко-** або

довгостроковим, а іноді й довічним.

У медичному страхуванні страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії відповідного договору до медичної установи (з передбачених у договорі страхування) у разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми або інших нещасних випадків з метою дістати консультативну, профілактичну або іншу допомогу, яка потребує надання медичних послуг у межах їх переліку, передбаченого договором страхування.

Договір ДМС включає в себе такі умови: найменування страхувальника, за- страхованих, кількість застрахованих осіб, об'єкт страхування, обсяг страхової відповідальності (включаючи перелік медичних послуг згідно з програмою ДМС), страхову суму, строк дії договору страхування, тарифні ставки. У договорі страхування вказується також розмір страхових внесків і порядок їх сплати, умови й строки набуття договором чинності, а також його припинення, порядок визначення і виплати страхової суми, можливість і порядок зміни початкових умов договору страхування, права та обов'язки сторін, інші умови.

Страхові внески, що їх сплачує страхувальник, залежать від обраної програми ДМС, рівня страхового забезпечення, строку страхування, тарифної ставки та інших умов, передбачених договором. Чим ширший перелік страхових подій, за які страховик несе відповідальність, тим вищий розмір страхового внеску.

Послуги з ДМС можна поділити на **види, які передбачають виплати, не пов'язані з вартістю лікування** (страхування на випадок установлення діагнозу захворювання, страхування на випадок захворювання у зв'язку із травмою, страхування добових виплат і т. ін.), і види, **які забезпечують компенсацію витрат на лікування** (страхування витрат на перебування в лікарні; страхування хірургічних

витрат, страхування витрат на післяопераційний догляд і т. ін.). Для застрахованих найбільший інтерес становлять види страхування, які гарантують не лише оплату, а й можливість дістати медичну допомогу.

Страхові організації можуть пропонувати страхувальникам універсальні та спеціалізовані страхові поліси медичного страхування.

Універсальний поліс медичного страхування як страхові передбачає ті випадки (стан здоров'я), медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультацій лікарів вузьких спеціальностей. Спеціалізовані страхові поліси дають змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан здоров'я (вагітність, пологи, інфікування вірусом СНІД і т. ін.).

Добровільна форма медичного страхування дає змогу громадянам, які виїжджають за кордон, укласти договори страхування (**асистанс**) на випадок

раптового захворювання, тілесних пошкоджень внаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном. *Головна мета*

«асистансу» — негайне реагування в надзвичайних обставинах, надання клієнтові медичної допомоги.

ДМС має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

Україна довго готувалася до запровадження ОМС. Урядом з метою подальшого затвердження державної політики відносно реформування системи охорони здоров'я та перетворення медичного страхування в ефективну складову соціального захисту населення була запропонована модель загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗОДСМС).

Згідно з цим проектом ЗОДСМС в Україні є складовою частиною системи державного соціального страхування і формою соціального захисту населення в сфері охорони здоров'я. Його основною **метою** є встановлення гарантій громадянам при виникненні страхового випадку щодо отримання гарантованого рівня медичної допомоги за рахунок нагромаджених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Принципами здійснення ЗОДСМС є:

- загальнообов'язковість для населення України;
- соціальна солідарність у фінансуванні, наданні медичної допомоги та профілактичних заходів застрахованим особам;
- гарантування органами державної влади рівних можливостей в реалізації застрахованими особами своїх прав на медичну допомогу і профілактичні заходи;
- забезпечення цільового використання коштів ЗОДСМС;
- забезпечення застрахованим надання гарантованого Програмами ЗОДСМС

рівня медичної допомоги в повному обсязі внаслідок настання страхового випадку.

ЗОДСМС полягає в зборі і капіталізації страхових внесків та наданні за рахунок зібраних коштів медичної допомоги всім категоріям громадян на законодавчо встановлених умовах і в гарантованих розмірах. Тому **систему ЗОДСМС можна розглядати з двох точок зору**: з одного боку, це складова частина державної системи соціального захисту поряд з пенсійним страхуванням і страхуванням по безробіттю, з іншого боку, це фінансовий механізм забезпечення додаткових до бюджетних асигнувань коштів на фінансування охорони здоров'я й оплату медичних послуг.

Медичне обслуговування згідно з ОМС надається відповідно до базової і територіальних програм ЗОДСМС, що охоплюють мінімально необхідний

обсяг медичних послуг, гарантованих кожному громадянину. В

основах законодавства про обов'язкове державне соціальне страхування визначено **перелік медичних послуг**, які надаватимуться за рахунок страхових внесків. Це - амбулаторне лікування та діагностика, стаціонарне лікування, забезпечення ліками та медикаментами, здійснення профілактичних та роз'яснювальних заходів, медична реабілітація після важких операцій і хронічних захворювань.

Перелік питань для самоконтролю

1. Яке місце займає страхування життя в системі особистого страхування?
2. Що є передумовою виникнення страхування життя?
3. Які особливості розвитку страхування життя в Україні?
4. Який мінімальний статутний фонд повинні мати страхові компанії, щоб надавати послуги зі страхування життя?
5. Які основні особливості має страхування життя як вид діяльності страховиків?
6. Які страхові резерви повинні створити (і вести їх облік) страхові компанії, що займаються страхуванням життя?
7. Які Ви знаєте найбільш популярні види страхування життя?
8. Відповідальність за які ризики може взяти на себе страховик за договорами змішаного страхування життя?
9. Які ризики бере на себе страховик за договорами довічного страхування?
10. Яке місце займає страхування додаткової пенсії в системі пенсійного страхування?
11. Що є передумовами виникнення страхування від нещасних випадків?
12. Що є об'єктом страхування від нещасних випадків?
13. Що розуміється під терміном «нещасний випадок» і які основні його ознаки?
14. Що повинен врахувати страховик під час проведення андерайтингу на предмет страхування від нещасних випадків?
15. На які строки може бути укладений договір страхування від нещасних випадків?
16. Які існують форми страхування від нещасних випадків і які вони мають особливості?
17. Які Ви знаєте види страхування від нещасних випадків?
18. Які ознаки має колективне страхування від нещасних випадків і в яких формах і видах воно проводиться?
19. Яким чином страхувальник може отримати виплату при настанні страхового випадку по страхуванню від нещасних випадків?
20. Хто має право отримати страхову виплату у випадку смерті страхувальника?

18. Які передумови виникнення медичного страхування?
19. З чим пов'язане виникнення медичного страхування в Україні?
20. Які програми добровільного медичного страхування пропонуються страхувальникам на страховому ринку України?

Тема 11. Страхування майна

План

1. Страхування майна юридичних осіб.
2. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств.
3. Страхування технічних ризиків.
4. Страхування транспортних засобів і вантажів
5. Страхування майна громадян.

1. Страхування майна юридичних осіб.

Збитки внаслідок техногенних аварій та природних катастроф в останні десятиліття постійно збільшуються, що пояснюється:

- *зростанням густоти населення в світі;
- *збільшенням вартості потенційних об'єктів страхування та їх концентрацією у певних регіонах;
- * насичення економіки країни такими об'єктами ,як крупні металургійні комбінати, хімічні виробництва , АЕС, військові та інші склади , що збільшують ймовірність настання несприятливих подій (збитки у всьому світі від стихійних явищ і техногенних аварій 65 млрд .дол.)

*перебудовою економіки;

*приватизаційними процесами

Потреба підприємств у захисті від можливих збитків може бути забезпечена шляхом:

- самострахування(створення резервного фонду безпосередньо суб'єктами господарювання);
- створення товариств взаємного страхування, в яких страхові внески засновників одночасно є пайовими внесками до статутного капіталу товариства);
- укладення договорів страхування зі страховими компаніями У сукупності послуг, що пропонуються страховиками юридичним особам, можна виокремити три групи:

а)страхування майнових ризиків підприємств;

б)страхування відповідальності підприємств;

в)страхування персоналу підприємства

Ризики першої групи дуже різноманітні. Вона зумовлює існування таких видів страхування:

*страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ;

*страхування втрати прибутку внаслідок вимушеної зупинки

виробництва;

- *страхування устаткування й машин від поломок;
- *страхування електронного обладнання;
- *страхування вантажоперевезень;
- *страхування інвестицій, тощо

Друга група пов'язана з виникненням відповідальності підприємства перед третіми особами внаслідок завдання шкоди їхньому здоров'ю або майну. Вітчизняні страховики пропонують такі страхові послуги:

- *страхування відповідальності товаровиробників за якість продукції;
- *страхування відповідальності підприємства за забруднення навколишнього природного середовища;
- *страхування цивільної відповідальності власників наземного (повітряного, водного) транспорту;
- *страхування відповідальності роботодавця

Третя група покриває захистом життя і здоров'я працівників підприємства

Страхові події, які виникають на підприємствах, часто мають комбіновану форму. тобто. одночасно призводять до майнових збитків. втрати здоров'я працівників підприємства. завдають збитки третім особам

Вогневе страхування – найпоширеніший вид майнового страхування. Воно захищає підприємство від втрат унаслідок пошкодження або знищення майна через непередбачувані випадки (пожежа, вибух), що призводять до його спалаху.

Страхувальниками можуть виступати будь-які підприємства, фабрики, магазини, фірми, будівлі, лісові господарства тощо.

Страхувальник має право укласти договір на користь третьої особи (вигодонабувача), але він повинен довести наявність у вигодонабувача інтересу щодо збереження цього майна.

Стандартний страховий поліс забезпечує страховий захист як майна, яке перебуває у власності страхувальника, так й у його розпорядженні, управлінні на умовах оренди або лізингу.

Об'єктами страхування можуть бути:

- будівлі;
- споруди;
- об'єкти незавершеного виробництва, обладнання, інвентар, сировина, матеріали, товари, паливо та інше майно.

Для цілей страхування майно підприємств поділяють на такі групи:

- 1) будівлі, споруди;
- 2) обладнання, машини, інвентар;
- 3) продукція та незавершене виробництво;
- 4) товари

Застрахованим може бути як усе майно, так і його частина.

Основними ризиками в страхуванні від вогню є:

- пожежа
- удар блискавки;
- вибух

Не покриваються страховим захистом і не підлягають відшкодуванню збитки через пошкодження вогнем ,що виникли не в результаті пожежі, а також збитки, спричинені застрахованому майну під час обробки вогнем, теплом та іншим термічним впливом на нього з метою переробки або в інших цілях.

Під ризиком «удар блискавки» розуміють збиток від теплової дії блискавки та збиток через руйнівну дію на майно тиску повітря, викликаного блискавкою.

Під ризиком « вибух»розуміють ймовірність виникнення збитку внаслідок знищення або пошкодження майна через стрімкий прояв енергетичної сили від потягу газів або пари до їх розширення.

За додатковими умовами та додаткову плату до стандартного вогневого полісу можуть бути включені такі ризики:

*стихійні явища: землетрус, виверження вулкана, дія підземного вогню;

гірський обвал, буря, град, селі, повінь;

*пошкодження застрахованого майна водою з водогінних,

*вибух парових котлів, газосховищ, газопроводів та інших машинних апаратів;

*крадіжка зі зломом;

*биття віконного скла, дзеркал, вітрин;

* зловмисні дії третіх осіб;

*перерви у виробництві після пожежі або втрата в зв'язку з цим прибутку. Не відшкодуються збитки:

*військових дій, громадянської війни, народних заворушень, страйків, конфліктів;

*конфіскації, арешту, знищення або пошкодження майна

* за розпорядженнями військових або громадських влад дії мін, бомб та інших знарядь війни;

*ядерного вибуху, радіації та радіактивного забруднення;

*навмисних дій або грубої необережності страхувальника, вигодонабувача;

*спалаху, бродіння, гниття та інших природних властивостей застрахованих об'єктів ;

*обвалу будівель або їх частин, якщо руйнування не викликано страховим

випадком;

*крадіжки майна під час або безпосередньо після страхового випадку.

Страхова сума застрахованого об'єкта повинна відповідати його дійсній вартості й не перевищувати ринкову вартість аналогічного майна.страхування

1)Для будівель і споруд –це вартість будівництва або зведення будівель і споруд повністю аналогічних зруйнованих, зношення та експлуатаційно –технічного стану знищеної будівлі, споруди.

2)Для обладнання машин, інвентарю-згідно суми , необхідної для придбання майна, аналогічного загиблого, за вирахуванням зношення;

3)Для продукції та незавершеного виробництва, виходячи з витрат, які необхідно зробити страхувальнику для повторного виготовлення цих товарів, але не вище ціни їх продажу.

4)Для товарів, сировини-за цінами, необхідними для їх закупівлі, але не вище ціни, за яку вони можуть бути продані на дату страхового випадку. Страхові суми встановлюються окремо щодо кожного об'єкта або сукупності об'єктів .

Страховий тариф залежить від:

- *виду майна;
- *обсягу відповідальності СК
- *галузі, до якої належить підприємство;
- *характеру виробничої діяльності;
- *інтенсивності виробництва;
- *місцезнаходження об'єкта .

Договір страхування майна укладається на основі заяви про страхування в письмовій формі; баланс або довідку про фінансовий стан страхувальника;

документи, що посвідчують право власності страхувальника на майно;

копію договору застави майна; опис майна.

Існують певні особливості у правах і обов'язків сторін:

- Страхувальник має дотримуватись щодо застрахованого майна засобів безпеки, які встановлені законами.

- Страховик має право відмовитись від виплати відшкодування за страховими випадками ,безпосередньо причиною яких є пору-шення норм безпеки.

Процес урегулювання збитку починається з моменту отримання страховиком інформації про страховий випадок(обов'язки стра-хувальника відомі).Страховий акт підписують представники компетентних органів, страховик і страхувальник.

Страхові відшкодування виплачуються страхувальнику в разі повного знищення майна-у розмірі його дійсної вартості залишків,але не більше

страхової суми.

У разі часткового пошкодження майна –у розмірі витрат на його відновлення. Витрати на відновлення становлять:

- *витрати на матеріали та запасні частини для ремонту;
- *витрати на оплату робіт з ремонту;
- *витрати з доставки матеріалів до місця ремонту та інші витрати.

2. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств.

У рослинництві значно сильніше, ніж в інших галузях сільськогосподарського виробництва, діють несприятливі природнокліматичні умови, які можна розділити на дві групи. Першу складають постійно діючі, тобто звичайні для певної місцевості чинники: низька якість ґрунтів, короткий вегетаційний період, тощо. До другої групи відносяться незвичайні, випадкові відхилення від нор~мальних умов розвитку сільськогосподарських культур: градобій, посуха, ранні заморозки. Нейтралізація втрат від впливу на урожай другої групи чинників досягається за допомогою створення страхових фондів.

Основною умовою страхування урожаю є його тісний зв'язок з результатами діяльності господарства. Розмір страхового забезпечення залежить від величини врожайності.

Іншою умовою виступає універсальність страхування — включення практично всіх стихійних лих, що зумовлює рівну захищеність сільськогосподарських підприємств незалежно від того. В якій природнокліматичній зоні вони знаходяться.

Наступна принципова умова полягає в тому, що визначення збитку відбувається в цілому по господарству, а не по окремих бригадах (відділках). Це дозволяє не допускати розпилення коштів страхового фонду при незначних втратах, і разом з тим дозволяє відшкодовувати крупні збитки.

При страхуванні врожаю досить складною є пробле^ма визначення збитку господарства при настанні кожного страхового випадку. З цією мстою порівнюються фактичний врожай поточного року з середнім врожа^єм, який страхувальник одержав за попередні 5 років. В деяких випадках (розорювання нових земельних площ, застосування вперше зрошення) можливий розрахунок збитку на основі прогнозованого врожаю, який господарство могло б одержати при відсутності страхового випадку.

Страхувальниками сільськогосподарських культур можуть виступати всі юридичні й фізичні особи, що" використовують земельні угіддя. Об'єктами страхування: в рослинництві є зернові (озимі та ярові), зернобобові, технічні, овочеві, баштанні, кормові культури, врожай садів, ягідників, виноградників. Страхуватись можуть також питомники, теплиці, тощо.

3. Страхування технічних ризиків.

У сучасних умовах прискореного науково-технічного прогресу, розвитку капіталомістких галузей виробництва, зростання в міжнародному зовнішньоторговельному потоці частки машин і обладнання (включаючи постачання комплектних підприємств і виконання будівельно-монтажних та пусконаладжувальних робіт на території країн-

імпортерів) значного розвитку в усьому світі набуває страхування технічних ризиків, а також відповідальності перед третіми особами, пов'язаної з проведенням зазначених щойно робіт. Особливо розвиненим страхування технічних ризиків є у США, Німеччині, Англії, Японії та інших країнах, які входять до Міжнародної асоціації страховиків технічних ризиків.

В Україні зазначений вид страхування лише починає розвиватися. Створюються та вдосконалюються належні правила страхування, розробляються та вводяться в дію відповідні законодавчі й нормативні акти з цього питання. Нині страхування технічних ризиків в Україні здійснюється як страхування майнових інтересів під час виконання будівельно-монтажних робіт і охоплює розглянуті далі галузі страхування.

“ Майнове страхування, яке поширюється на такі об'єкти страхування:

- продукцію будівельно-монтажних та інших робіт, прямо пов'язаних з будівництвом, реконструкцією та капітальним ремонтом;
- продукцію пусконаладжувальних робіт;
- будівельні машини, а також засоби та обладнання для виконання монтажу;
- обладнання будівельного майданчика;
- будови та споруди, які реконструюються або капітально ремонтуються.

У світовій практиці, коли йдеться про страхування технічних ризиків, розрізняють, як правило, види страхування, які надають покриття ризиків або виробника, або експлуатаційника:

- страхування будівельного підприємця від усіх ризиків (CAR);
- страхування всіх монтажних ризиків (EAR);
- страхування машин;
- страхування електронних пристроїв.

Якщо під час будівництва об'єкта переважають (за обсягом та вартістю) будівельні ризики, то вибирають страхування будівельного підприємця від усіх ризиків. Якщо при технічному спорудженні, в якому використовуються попередньо виготовлені або готові пристрої, наприклад верстати, переважають монтажні ризики, то укладаються договори страхування всіх монтажних ризиків. Страхування машин, а також електронних пристроїв відбувається вже у процесі експлуатації об'єкта.

4. Страхування транспортних засобів і вантажів

Автомобільний парк України налічує понад 9 млн. одиниць ТЗ різних марок і призначення. Попит на автомобілі безперечно збільшується. Автомобілізація зумовила багато проблем:

- Екологічного;
- Енергетичного;
- Транспортного;
- Криміногенного характеру.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я що року гине на дорогах близько 1,2 мільйонів людей, близько 10 мільйонів людей отримують травми різного ступеня тяжкості.

Щорічні збитки від ДТП складають майже 3% Світового валового доходу, кількість загиблих в ДТП людей зменшилось з 7 до 5,3 тис. (на 39,9%), а травмованих з 63 до 45 тисяч (на 27,8%).

Згідно міжнародним критеріям, які визначають кількість загиблих на 100 тис. осіб, Україна вийшла на рівень деяких Європейських країн. Якщо в Україні кількість загиблих складає 11 осіб на 100 тис., то в Польщі – 14, в Угорщині – 13.

Автомобільний транспорт залишається найбільш поширеним і водночас небезпечним, тому виникають об'єктивні підстави для страхування:

- Своїх транспортних засобів;
- Так і відповідальності за збитки, що можуть бути завдані цим транспортом життю, здоров'ю та майну третіх осіб.

Види страхування автотранспортних ризиків:

- Добровільне страхування ТЗ внаслідок ДТП, стихійного лиха або крадіжки;
- Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власника наземного ТЗ від шкоди, що може бути заподіяна експлуатацією автомобіля чи мотоцикла здоров'ю і майну третіх осіб.
- Добровільне страхування цивільно-правової відповідальності власника наземного транспорту (метою збільшення ліміту відповідальності);
- Обов'язкове страхування водіїв на випадок смерті або тілесних ушкоджень у наслідок ДТП;
- Страхування пасажирів на випадок смерті або втрати здоров'я;
- Добровільне страхування вантажів та багажу;
- Добровільне страхування відповідальності автоперевізника та експедиторів.

Страхові компанії зацікавлені у розвитку транспортного страхування. Причини:

1) Об'єкти автотранспортного страхування за вартістю є відносно невеликими (навіть нова страхова компанія може приймати на власне утримання ризику до 100 тис. євро, страховики мають можливість самостійно утримувати більшість таких ризиків, уникаючи перестрахування);

2) Страхування транспортних засобів забезпечує значні надходження страхових премій

3) Страхування транспортних засобів дає змогу організувати для клієнтів додаткові сервісні послуги.

Проте зараз 30% автовласників.

Причини того, що зараз менше 30% автовласників мають поліси зі страхування транспортних засобів:

- Понад 50% парку становлять транспортні засоби старше 10 років;
- Рівень платоспроможності населення ще дуже низький;

- Тривалий час було відсутнє цілісне законодавче забезпечення авто страхування;
- Низький рівень страхової культури як серед автовласників, так і працівників місцевих адміністрацій, правоохоронних, податкових органів, банків (що завдає реалізації вигод).
- У країні посилюється конкуренція серед страховиків, які надають страховий захист на випадок автомобільних ризиків.

У 80-х роках ХХ ст. в світовій практиці з'явилися компанії, що здійснюють страхування за допомогою електронного зв'язку (страховик контактує зі страхувальниками телефоном).

5. Страхування майна громадян.

Майно громадян є одним зі складових елементів національного багатства країни. Проте володіння майном означає, крім блага, ще й ризик випадкового знищення або пошкодження внаслідок непередбачених подій:

- стихійних явищ
- ризики соціального, техногенного, екологічного та ін.. характеру.

Щорічно в світі відбувається близько 57 тис. землетрусів, зокрема лише в

Криму їх буває до 40.

За даними світової метеорологічної організації у 2002 р. від повеней постраждало понад 17 млн. мешканців 80 країн світу. Впливу явищ природного х-ру зазнає й Україна, таких як повені, зсуви, снігопади, сильні вітри, шквали та зливи. Кожного року в Україні відбувається від 300 до 800 явищ природного характеру.

Проте ризиковий характер життєдіяльності людей визначається не стільки * природними факторами, скільки * нераціонального господарською діяльністю, підсиленою здобутками НТП.

Збільшення масштабів виробництва зумовлює появу несприятливих подій, що призводять до пошкодження майна, травм чи загибелі людей. Найчастіше виникають пожежі, які відбуваються внаслідок порушення правил протипожежної безпеки, несправності електрообладнання та електропроводки.

Закон Укр. «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» 2000 р.

Що річно реєструється 6,4 млн. пожеж, в Україні близько 44 тис..

Різноманітні ризики :

- погіршують рівень життя людей
 - порушують усталений домашній побут
 - знижують активність працівників на виробництві
- знижують продуктивність праці.

За умов ризикового проживання кожної людини існує нагальна потреба попередження й відшкодування збитків, завданих несприятливими подіями

.Не це породжує необхідність організації страхового захисту майна громадян.

Можливості держави в наданні допомоги населенню обмежені . Відповідальність за себе, свою сім'ю, своє майно переважно лежить на самих громадянах.

До джерел компенсації можливих збитків є :

- самострахування
- страхування

Стр-я майна громадян є необхідним елементом соціально-економічної системи суспільства й посідає в ній певне місце.

Воно гарантує відновлення порушених майнових інтересів громадян внаслідок настання непередбачуваних подій.

Для цілей стр-я майна громадян його поділяють на кілька групи :

- нерухоме майно (будинки, споруди, квартири)
- домашнє майно
- тварини
- автотранспортні засоби

До видів стр-я майна громадян належить:

- страхування будівель
- квартир
- домашнє майно
- тварини
- транспортних засобів

Ознаки страхування майна громадян :

- комплексність стр-я
- короткостроковість стр-я
- визначення страхової суми на основі страхової вартості

(оцінки)

- наявність повного або часткового стр-я
- використання двох систем страхового забезпечення:

пропорційної та першого ризику

- добровільність страхування

Страхування майна громадян – це комплексне поняття, яке об'єднує добровільні види майнового страхування, умови й порядок здійснення яких передбачають повне або часткове відшкодування збитків, завданих страхувальником громадянам унаслідок настання страхового випадку із застрахованим майном.

В умовах ринкової економіки роль страхування майна громадян суттєво зростає.

По-перше, механізм стр-я відшкодовуються збитки, що виникли в громадян унаслідок знищення або пошкодження майна в результаті стихійних явищ, пожеж, аварій та інших небезпек. Стр-я захищає не лише матеріальний стан людини, надаючи їй кошти для відшкодування збитків, а й створює в неї

почуття впевненості й захищеності, даючи можливості заздалегідь спланувати витрати, пов'язані з негативними наслідками випадкових подій.

По-друге, відшкодування збитків завданих громадянам, здійснюється за рахунок страхових резервів страховиків, а не державних резервів, що формуються за рахунок платників податків.

По-третє, акумульовані страховиками страхові резерви є важливим джерелом інвестицій в економіку країн.

Питання для самоконтролю

1. Як може бути задоволена потреба підприємств у захисті від можливих збитків в умовах ринкової економіки?
2. Місце товариств взаємного страхування в забезпеченні потреб підприємств у страховому захисті.
3. Назвіть основні види страхування майна юридичних осіб.
4. Які основні ризики передбачені під час страхування майна підприємств за стандартним вогневим полісом?
5. На які об'єкти не поширюється страховий захист під час страхування майна підприємств за стандартним вогневим полісом?
6. Назвіть чинники, які суттєво впливають на розмір страхових тарифів у страхуванні майна підприємств від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ.
7. Поясніть, які є переваги для страхувальника у разі здійснення в комплексі страхування майна й страхування від перерв у виробництві внаслідок пошкодження або знищення майна?
8. Особливості у визначенні страхової суми в страхуванні від перерв у виробництві внаслідок пошкодження або знищення майна.
9. Які додаткові витрати підлягають відшкодуванню в страхуванні від перерв у виробництві внаслідок пошкодження або знищення майна?

Тема 12. Страхування відповідальності

План.

1. Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.
2. Страхування відповідальності перевізника вантажів.
3. Страхування професійної відповідальності.
4. Страхування відповідальності за забруднення довкілля.

1. Страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.

Закон України від 01.07.2004р. «Про обов'язкове страхування цивільно- правової відповідальності власників наземних транспортних

засобів» ОСЦПВВНТЗ.

Страхувальниками є:

- Юридичні особи;

- Дієздатні громадяни, які уклали зі страховиками договори страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб підчас експлуатації транспортного засобу. Такі ТЗ називають забезпеченими. Страховиками виступають організації, що мають ліцензію на здійснення цього виду страхування.

Такі компанії повинні бути:

- а) членами МТСБУ;

- б) мати розгалужену мережу підрозділів на території країни;

- в) досвід здійснення добровільної форми цього страхування;

- г) персонал належної кваліфікації.

Потерпілими визначаються треті особи, життю, здоров'ю та майну яких унаслідок ДТП транспортного засобу заподіяна шкода, цивільно-правову відповідальність за яку несе власник цього транспортного засобу.

Страховим випадком вважається подія, унаслідок якої завдана шкода третім особам під час ДТП, що сталося за участю забезпеченого транспортного засобу й зумовила правову відповідальність особи, застрахованої за договором. Страхові платежі визначають на підставі базового платежу та корегуючих коефіцієнтів.

Базовий страховий платіж 291грн 49коп. максимальний розмір платежу не може перевищувати більш як у три рази або бути меншим 50% базової ставки.

«Бонус-малус» - з метою заохочення безаварійної експлуатації транспортного

засобу під час укладення договорів більш як на півроку страховики мають право застосовувати коригування страхових тарифів у бік їх збільшення або зменшення залежно від наявності чи відсутності страхових випадків з вини осіб, відповідальність яких застрахована, у період дії попередніх договорів. Ліміт страхування відповідальності страховика – це грошова сума, у межах якої страховик зобов'язаний провести виплату страхового відшкодування відповідно до умов договору страхування.

Обов'язків ліміт відповідальності страховика за шкоду, завдану майну, становить 25500грн на одного потерпілого.

Якщо таких було кілька, то ліміт відповідальності зростає, але не більш як до п'ятикратного розміру, тобто 127500грн. Коли загальний розмір шкоди за певним страховим випадком перевищує п'ятикратний ліміт відповідальності страховика, виплати кожному потерпілому пропорційно зменшуються. Обов'язків ліміт відповідальності страховика за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю людей, становить 51000грн. на одного потерпілого, але не більше п'ятикратного розміру цієї суми з розрахунку на всіх потерпілих.

Укладатися можуть такі види договорів ОСЦПВВНЗ:

1) Внутрішній договір страхування, який діє виключно на території України. Існує три типи внутрішніх договорів:

- Договір I-го типу передбачає страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб унаслідок експлуатації ТЗ,

визначеного в договорі страхування, будь-якою особою, яка експлуатує його на

законних підставах.

Будь-яка особа – 1 поліс – 1 ТЗ.

- Договір II-го типу – страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб унаслідок експлуатації будь-якого ТЗ із зазначених у договорі, особою, вказаною в цьому договорі страхування.

1 особа – 1 поліс – будь-який ТЗ.

- Договір III-го типу – страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб унаслідок експлуатації ТЗ, визначеного в договорі страхування, особою або однією з осіб, вказаних у цьому договорі страхування.

1 особа або однією (кілька осіб, до 5) – 1 поліс – 1 ТЗ.

2) Договір м/н обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, цей договір є чинним на території країн, зазначених у ньому. Якщо це країни – члени Міжнародної системи «Зелена картка», то страхувальник отримує сертифікат «Зелена картка». Такий сертифікат повинен мати також власник транспортного засобу, зареєстрованого в іншій країні під час в'їзду на територію України. У разі відсутності «Зеленої картки» зарубіжний гість має укласти внутрішній договір ОСЦПВВНТЗ на умовах, які діють в Україні.

За ОСЦПВВНТЗ застосовується тільки безумовна франшиза, вона не має перевищувати 2% ліміту відповідальності страховика щодо майна третіх осіб.

Пільги:

- Повне звільнення від страхових платежів;
- Учасники бойових дій та інвалідів війни;
- Інвалідів I групи.

Відшкодування збитків від ДТП, винуватцями якої є зазначені особи, проводить

МТСБУ.

А за умови страхування не більше одного транспортного засобу з об'ємом двигуна до 2500куб.см, розміри страхових платежів для учасників війни,

інвалідів II групи, осіб, які постраждали унаслідок

Чорнобильської катастрофи, на пенсіонерів зменшують на 50%.

Для заохочення безаварійної експлуатації ТЗ передбачено застосування коефіцієнта страхових тарифів 2,45, якщо впродовж дії попереднього

договору в страхувальника було три та більше страхових випадків.

У разі одночасного укладення одним страхувальником п'яти й більше внутрішніх договорів страхування строком на 1 рік страховий платіж зменшується: від 5 до 10 ТЗ – на 5%; від 10 до 20 ТЗ – на 10%; від 20 ТЗ і більше – на 15%.

Виплати потерпілому здійснюються у межах ліміту відповідальності.

Якщо потерпілою є юридична особа, їй відшкодовується лише вартість втраченого або пошкодженого майна.

До шкоди, заподіяної життя та здоров'ю потерпілого належать виплати, пов'язані з:

- Лікуванням потерпілого;
- Тимчасовою втратою працездатності потерпілого;
- Зі стійкою втратою працездатності потерпілого або його смертю.

Потерпілому може бути відшкодована також моральна шкода, вона визначається судом, страховик відшкодовує не більше як 5% ліміту відшкодування, тобто 25500грн ($51000 \cdot 5\% / 100$).

При тимчасовій втраті працездатності потерпілим компенсується втрачені доходи за підтверджений медичним закладом період непрацездатності. Постанова КМУ від 31.12.2004р. № 1776 затверджує «Порядок проведення розрахунку розміру страхового відшкодування утриманням у зв'язку із смертю годувальника внаслідок дорожньо-транспортної пригоди».

Компенсація шкоди, завданої майну потерпілого – це втрати, пов'язані з:

- Пошкодженням чи фізичним знищенням ТЗ, доріг, споруд, технічних засобів регулювання руху;
- Майна потерпілого;
- З проведенням робіт, які необхідні для врятування потерпілих унаслідок ДТП;
- Пошкодження ТЗ, використаного для доставки потерпілого до медичного закладу;
- З евакуацією ТЗ з місця ДТП.

Витрати, пов'язані з пошкодженням або знищенням ТЗ. Компенсуються

- витрати: - пов'язані з відновлювальним ремонтом ТЗ з урахуванням зношення;
- витрати на усунення пошкоджень, зроблених навмисно з метою порятунку потерпілих унаслідок ДТП;
 - зумовлені евакуацією ТЗ з місця ДТП до місця проживання чи до місця здійснення ремонту.

Страхові виплати не здійснюються тоді, коли шкода завдана:

- 1) під час експлуатації забезпеченого ТЗ, але за спричинення якої не виникає цивільної відповідальності відповідно до закону;

- 2) забезпечення ТЗ, який спричинив ДТП;
- 3) життю та здоров'ю пасажирів, які знаходилися в забезпеченому ТЗ, який спричинив ДТП, та які є застрахованими;
- 4) майну, яке знаходилося в забезпеченому ТЗ, який спричинив ДТП;
- 5) за використання забезпеченого ТЗ під час тренувальної поїздки чи для участі в офіційних змаганнях.

Законом передбачено необхідність здійснення розрахунків зі страхувальником упродовж місяця від дня отримання страховиком усіх необхідних документів або в строки визначені рішенням суду.

Поліс добровільного страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів надає його власнику додатковий захист на випадок необхідності здійснення грошових виплат унаслідок пошкодження або знищення ТЗ або іншого майна третіх осіб, смерті або втрати працездатності потерпілими.

Страхова премія залежить від:

- типу ТЗ,
- потужності двигуна;
- терміну дії договору;
- кількості осіб, допущених до управління ТЗ;
- кількості застрахованих ТЗ.

Договір укладається від 15 днів до одного року.

У разі виїзду за межі країни водій зобов'язаний мати, крім чинного основного договору ОСЦПВВНТЗ, що поширюється на територію України також додатковий договір (поліс «Зелена картка»), який забезпечує страховий захист на випадок заподіяння шкоди здоров'ю або майну третіх осіб на території зазначених у полісі держав.

З 2005 року Україна є рівноправним членом Міжнародної системи страхування відповідальності автовласників «Зелена картка», що функціонує з 1 січня 1953 року. Система «Зелена картка» об'єднує 44 країни. Це більшість країн Європи, а також:

- Туніс;
- Ізраїль;
- Іран;
- Туреччина.

Бюро цієї системи тривалий час знаходилося у Лондоні а зараз переведено до

Брюсселю.

Збитки в країнах – членах системи «Зелена картка» врегульовуються через національне моторно страхове бюро, яке переадресовує матеріальні претензії, висунуті до автовласника – резидента іншої країни, на відповідне моторне страхове бюро. При цьому перше МСБ розглядається як бюро – регулювальних збитків, а друге як бюро – платник.

Відносини між МСБ країн – членів системи «Зелена картка» регулюються двосторонніми угодами.

Якщо автовласник є резидентом країни, яка є членом системи «Зелена картка» він безперешкодно може проїжджати територіями всіх країн – членів цієї системи без укладання додаткового договору обов'язкового страхування на умовах країни відвідання.

Поліс «Зелена картка» гарантує фінансовий і правовий захист українського водія за кордонами на випадок ДТП.

Власнику поліса у випадку страхової події за кордоном не потрібно самому оплачувати матеріальні збитки постраждалим третім особам або залишатися в чужій країні в очікуванні судового розгляду.

Розмір тарифів за «Зеленою карткою»:

- Від строку дії поліса;
- Типу ТЗ;
- Країни, на території якої має гарантуватися страховий захист.

Легкові автомобілі пасажиромісткістю до 9 чоловік з водієм включно, та автомобілі загальною масою до 3500 кг (7700 фунтів):

- Єдиний страховий платіж 1467грн;
- Автобуси – 5688грн;
- Вантажні автомобілі – 4690грн;
- Причепи – 402грн;
- Мотоцикли – 620грн.

2. Страхування відповідальності перевізника вантажів.

Страхування відповідальності вантажоперевізника, незалежно від виду транспорту, здійснюється на загальних принципах. Разом із тим, ураховуються специфічні умови перевезень кожним видом транспорту.

Страховальник — це транспортне підприємство, яке бере участь у вантажоперевезенні. Він може бути формальним або фактичним перевізником.

Об'єктами страхування є:

1) відповідальність перевізника вантажів за втрату, загибель або пошкодження вантажу, прийнятого ним до перевезення; 2) відповідальність перевізника за шкоду, заподіяну вантажу в результаті затримки у доставці (за додаткову страхову премію);

3) відповідальність вантажоперевізника перед третіми особами за шкоду, завдану їхньому життю, здоров'ю або майну під час транспортування вантажу.

Договір страхування укладається на рік щодо всіх перевезень транспортом страховальника або його субпідрядників, якщо це обумовлено, та може бути подовжений на будь-який подальший період зі сплатою щорічної премії.

Страхова сума визначається за обсягами перевезень та цінністю вантажів. Вона залежить від максимально можливих сум претензій, що їх

перевізник повинен буде виплатити за нормами права та чинною судовою практикою у країнах, де здійснюється бізнес перевізника.

Важливим видом страхування відповідальності є обов'язкове страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду, заподіяну третім особам, та відповідальності повітряного перевізника за шкоду, заподіяну пасажиром, багажу, пошті, вантажу. Страховик, відповідно до умов проведення обов'язкового авіаційного страхування цивільної авіації, приймає на страхування відповідальність страхувальника за шкоду, заподіяну третім особам, пасажиром, багажу, пошті, вантажу, у межах, у строки та на умовах договору.

Страховальником є працівник повітряного судна, який експлуатує його на законних підставах.

Третіми особами вважаються фізичні та юридичні особи (їхнє майно), не пов'язані зі страхувальником договірними зобов'язаннями (у тому числі договором на перевезення) та які не є працівниками страхувальника або не діють за його дорученням.

Об'єктами страхування, згідно з Порядком і правилами, є:

— майнові інтереси страхувальника, які виникають унаслідок зобов'язання відшкодувати в порядку, встановленому законодавством, шкоду, заподіяну третім особам, під час експлуатації повітряного судна;

— майнові інтереси страхувальника, які виникають унаслідок зобов'язання відшкодувати в порядку, встановленому законодавством, пасажиром (спадкоємцем), вантажовласникам збитки, завдані внаслідок страхового випадку.

3. Страхування професійної відповідальності.

Страхування професійної відповідальності покликане захистити майнові інтереси страхувальника, пов'язані з його обов'язком відшкодувати шкоду

, заподіяну третім особам під час здійснення професійної діяльності, й водночас захищає інтереси третіх осіб.

Суб'єктами страхування професійної відповідальності є:

*страховик;

*страховальник-юридична особа або дієздатний громадянин, які уклали договір страхування;

* треті особи-юридичні особи та дієздатні громадяни, які є споживачами послуг страхувальника, майновим інтересам (фінансові збитки, збитки, завдані майну), життю, здоров'ю, упущеній вигоді яким страхувальником може бути

завдано шкоди. Здійснюється в добровільній формі.

Найпоширеніші види страхування професійної відповідальності:

*страхування відповідальності лікаря;

*страхування учасників ринку цінних паперів;

- * страхування нотаріусів;
- * страхування будівельників;
- * страхування від наклепу, поговору та дискредитації.

Страхування здійснюється на випадок виникнення в особи, яка надає професійні послуги, зобов'язань щодо відшкодування прямих матеріальних збитків, завданих третім особам внаслідок:

- * неналежного виконання нею своїх професійних обов'язків;
- * порушення положень законодавчих і нормативних актів під час надання професійних послуг.

Страховик зобов'язується виплатити страхувальникові компенсацію за будь-яким позовом третьої сторони за шкоду, заподіяну їй страхувальником через недбалість або помилку.

Договори можуть укладатися на строк від 1 до 12 місяців. Покриваються всі позови, які були подані в період дії договору.

Страхова сума визначається за домовленістю сторін. Під час укладення договору СК має право встановлювати:

- * індивідуальний ліміт відповідальності – та страхову суму, у межах якої СК несе відповідальність перед кожною третьою особою;
- * загальний ліміт відповідальності – відповідальність перед усіма третіми особами

Страхова премія залежить від:

- * страхової суми;
 - * обраних страхових ризиків.
- а) Страхування професійної відповідальності нотаріусів
 Страхувальниками можуть бути:
- * нотаріальні контори;
 - * приватні нотаріуси.

Страховим ризиком за цим видом страхування є заподіяння шкоди третім особам унаслідок помилок та упущень, ненавмисно допущених нотаріусами в процесі виконання своїх професійних обов'язків.

Страховий тариф щодо службового страхування професійної відповідальності безпосередньо залежить від стажу роботи нотаріуса й може становити:

- 1%- зі стажем роботи до 2х років;
- 0,8%- зі стажем роботи від 2х років до 5 років;
- 0,65%- зі стажем роботи понад 5 років.

б) Страхування професійної відповідальності будівельників. Об'єктом страхування є:

- * збитки, пов'язані з відшкодуванням збитків, які можуть бути задані третім особам під час виконання страхувальником своєї професійної діяльності;
- * проектні роботи⁴
- * зведення несучих та огорожених конструкцій будівель і споруд,

будівництво та монтаж інженерних і транспортних мереж .

На додаткових умовах можуть страхуватися:

*відповідальність забудовника перед третіми особами за порушення термінів та умов будівництва;

*порушення умов іпотечного договору;

*відповідальність проєктанта перед третіми особами за порушення термінів розробки та узгодження будівельно- проєктної документації. Страховик відшкодовує судові позови третіх осіб до страхувальника за шкоду, заподіяну здоров'ю та завдану майну третіх осіб унаслідок виконання своєї професійної діяльності.

Загальний страховий тариф може становити від 0,25 до 2% залежно від вартості об'єкта страхування.

в) Страхування професійної відповідальності лікарів

Договори укладаються на випадок пред'явлення страхувальнику третіми особами письмових вимог про відшкодування заподіяної ним шкоди життю та здоров'ю цим третім особам унаслідок здійснення професійної діяльності лікаря, у межах встановленої страхової суми

Об'єктом страхування є майнові інтереси страхувальника, пов'язані з відшкодуванням ним шкоди життю та здоров'ю третіх осіб, заподіяної ним під час здійснення професійної діяльності лікаря.

г) Страхування професійної відповідальності аудиторів, бухгалтерів

Страхувальниками можуть бути юридичні та дієздатні фізичні особи, які мають кваліфікаційний сертифікат, на здійснення діяльності з надання послуг аудитора, бухгалтера.

4. Страхування відповідальності за забруднення довкілля.

Розвиток системи страхування екологічних і катастрофічних ризиків дає можливість:

*зменшити витрати на підприємстві щодо задоволення претензій третіх осіб у зв'язку зі збитками, завданими під час забруднення довкілля;

*дати гарантію постраждалим в отриманні належних їм за законом сум відшкодування незалежно від фінансового стану підприємства-забруднювача;

*виконувати функцію контролю за здійсненням підприємствами заходів безпеки;

*бути одним з джерел фінансування заходів щодо гарантування безпеки та заходів охорони довкілля;

*дати гарантію постраждалим в отриманні належних їм за законом сум відшкодування незалежно від фінансового стану підприємства-забруднювача;

*виконувати функцію контролю за здійсненням підприємствами заходів безпеки;

*бути одним з джерел фінансування заходів щодо гарантування безпеки та заходів з охорони довкілля

Це страхування цивільно-правової відповідальності виробництв-джерел

підвищеної небезпеки для довкілля за заподіяну шкоду громадянам та юридичним особам унаслідок аварійного забруднення навколишнього природного середовища.

Згідно з вітчизняним законодавством забруднювач несе відповідальність за забруднення довкілля та зниження якості природних ресурсів, а також за порушення законодавства про охорону навколишнього природного середовища. Договір укладається на рік з подальшим його продовженням. Територіальні межі страхування чітко обумовлюються, особливо в разі використання транспортних засобів.

Ліміти відповідальності, що надаються в Європі, не перевищують 20 млн. дол. Лондонський ринок надає покриття до 170 млн. дол.

Обов'язковим є страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути завдана пожежею і аваріями на

об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожеженебезпечні об'єкти і об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру

Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником

заподіяної ним прямої шкоди третім особам унаслідок пожежі або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки.

Економічним страхуванням можуть покриватися такі ризики:

*аварія санітарно-епідеміологічного характеру(аварія, унаслідок якої стався неконтрольований викид або скидання в середовище життєдіяльності людини хімічних, біологічних елементів, яке стало причиною загибелі людей або призвело до шкідливого впливу на здоров'я людини).

Страхова сума визначається за кожним конкретним об'єктом Підвищеної небезпеки відповідно до категорії небезпеки й становить у середньому:

*для груп об'єктів 1 категорії небезпеки - 200 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент розрахунку страхової суми;

* для груп об'єктів 2 категорії небезпеки- 70000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент розрахунку страхової суми;

* для груп об'єктів 3 категорії небезпеки- 45000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент розрахунку

страхової суми.

Розмір страхового тарифу:

- для груп об'єктів 1 категорії небезпеки -1,5%
- для груп об'єктів 2 категорії небезпеки-0,65
- для груп об'єктів 3 категорії небезпеки- 0,4

Перелік питань для самоконтролю.

1. Розкрийте особливості страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів.
2. Які особливості страхування відповідальності перевізника вантажів.?
3. Назвіть особливості укладення страхової угоди в страхуванні професійної відповідальності відповідальності.
4. Окресліть специфіку страхування відповідальності за забруднення довкілля.

Список літератури

Основна

1. Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. зі змінами та доповненнями.
2. Базилевич В.Д. Страхова справа./ В.Д. Базилевич. – К. : Знання, 2002. – 203 с.
3. Вовчак О.Д. Страхові послуги. / О.Д. Вовчак, О.І. Завійська – Львів: Компакт, 2005. – 656 с.
4. Вовчак О.Д. Страхування. / О.Д. Вовчак. – Львів: Новий світ-2000, 2006. – 480 с.
5. Говорушко Т.А. Страхові послуги. / Т.А. Говорушко. - К.: Центр учбової літератури, 2008. – 344с.
6. Клапків М.С. Страхування фінансових ризиків / М.С. Клапків. – тернопіль: Економічна думка, 2002. – 570 с.
7. Кургин Е. А. Страховой менеджмент: управление деятельностью страховой компании. / Е. А. Курагин. — М.: Консульт, 2005. – 305 с.
8. Мних М.В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика. / М.В. Мних. – К. Знання, 2006. – 284 с.
9. Осадець С. С. Менеджмент у страхових організаціях / С.С. Осадець. - К.: КНЕУ, 2004. – 420 с.
- 10.Плиса В. Й. Страхування. / В.Й. Плиса. – К.: Каравелла, 2005. – 392 .
- 11.Страхування / Керівник авт кол. і наук. ред. С.С Осадець, - К.:КНЕУ, 2002.- 528 с.
- 12.Страхове посередництво: теорія та практика. / За ред. О. М. Залетова. — К.: Міжнародна агенція «VeeZone», 2004. – 380 с.
- 13.Управление страховым бизнесом / Под ред. А.П. Архипова. – М.: Магистр, 2009. – 317с.
- 14.Финансовый менеджмент страховой организации / Под ред.. Н.Н.Никулина, С.В. Березина. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008 – 431с.
- 15.Фурман В. М. Страхування: теоретичні засади та стратегія розвитку: Монографія, / В.М. Фурман. — К.: КНЕУ, 2005. – 210 с.
- 16.Шумелда Я. П. Страхування / Я.П. Шумелла. — Тернопіль: 2006. – 405 с.
- 17.Юрченко Л. А. Финансовый менеджмент страховщика. / Л.А. Юрченко. - М.: ЮНИТИ, 2001. – 350 с.

Допоміжна

18. Гварлиани Т. Е., Балакирева В. Ю. Денежные потоки в страховании — М.: Финансы и статистика, 2004.
- 19.Машина Н. І. Міжнародне страхування. — К.: 2006. – 504 с.
- 20.Основы страховой деятельности: Учебник / Отв. ред. проф. Федорова Т. А. — М.: БЕК, 2002. – 210 с.

21.Приходько В.С. Бухгалтерський облік страхової діяльності: Навчальний посібник. 2-е видання, доповнене й перероблене. – Київ: Лібра, 2002.-198 с.

22.Охріменко О. О. Страховий захист: менеджмент, маркетинг, економіка безпеки (туристське підприємництво): Навчальний посібник. — К.: Міжнародна агенція «BeeZone», 2005. – 310 с.

23.Юлдашев Р. Т. Организационно-экономические основы страхового бизнеса. — М.: Анкил, 2002. – 345 с.

24.Яворська Т.В. Страхові послуги. – К.: Знання, 2008. – 350 с.

Інформаційні ресурси

25.Офіційний сайт Верховної ради України. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: www.rada.kiev.ua.

26.Офіційний сайт Національної комісії з регулювання ринку фінансових послуг банку України. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://nfp.gov.ua/>

27.Сайт електронного журналу «Форіншурер» (Все про страхування та перестрахування). - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/public>.

28.Офіційний сайт ДДТУ. Інформаційний портал. . - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.dstu.dp.ua/index.shtml>

Навчальне видання

Конспект лекцій з дисципліни «Страхування»
для студентів напрямів

6.030508 «Фінанси і кредит», 6.030509 «Облік і аудит»

Частина 2

Укладач: Золотарьова Ольга Володимирівна

Підписано до друку _____ 2016 р.
Формат _____ обсяг _____ др.аркушів
Тираж _____ примірників. Замовлення
51900 м. Дніпродзержинськ
вул. Дніпробудівська 2.

