МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського

Кафедра фінансів і банківської справи

М.О. Юнацький

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ

СТРАХУВАННЯ

Кривий Ріг
2019

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського

Кафедра фінансів і банківської справи

М.О. Юнацький

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ

СТРАХУВАННЯ

Затверджено на засіданні
кафедри фінансів і банківської справи
Протокол № 2
від “ 02 ” 09 2019 р.

Схвалено навчально-методичною радою
ДонНУЕТ
Протокол № 2
від “17” жовтня 2019 р.

Кривий Ріг
2019

УДК 368 (042.4)
Ю 49

Рецензенти:
Ю.Ф.Гудзь, кандидат економічних наук, доцент
Л.Я. Шевченко, кандидат економічних наук, доцент

Юнацький М.О.
Ю 49 Конспект лекцій з дисципліни «Страхування» [Текст]: для студ. спец. 072 «Фінанси, банківська справа та страхування», ступінь бакалавр / М-во освіти і науки України, Донец. нац. ун-т економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, каф. фінансів і банківської справи; М.О. Юнацький – Кривий Ріг: [ДонНУЕТ], 2019. – 164 с.

Методичні вказівки призначені для надання допомоги студентам всіх спеціальностей та всіх форм навчання.

Методичні вказівки містять більшість матеріалів, необхідних викладачу для викладання, а студенту - для вивчення дисципліни: опорні конспекти лекцій, перелік основних термінів і понять, питання для самоперевірки, рекомендовану літературу.

© Юнацький М.О., 2019

©Донецький національний університет
економіки і торгівлі
імені Михайла Туган – Барановського, 2019

ЗМІСТ

		стор.
ВСТУП		5
ТЕМА 1.	СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ І РОЛЬ СТРАХУВАННЯ	7
ТЕМА 2.	КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ	14
ТЕМА 3.	СТРАХОВІ РИЗИКИ І ЇХ ОЦІНКА	22
ТЕМА 4.	СТРАХОВИЙ РИНОК	33
ТЕМА 5.	СТРАХОВА ОРГАНІЗАЦІЯ	47
ТЕМА 6.	ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	56
ТЕМА 7.	ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ	66
ТЕМА 8.	СТРАХУВАННЯ МАЙНА	82
ТЕМА 9.	СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ	102
ТЕМА 10.	ПЕРЕСТРАХУВАННЯ І СПІВСТРАХУВАННЯ	121
ТЕМА 11.	ДОХОДИ, ВИТРАТИ І ПРИБУТОК СТРАХОВИКА	135
ТЕМА 12.	ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ	144
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА		161

ВСТУП

« Механізм захисту від несприятливих випадкових явищ за допомогою страхування усвідомлений підприємцями як найбільш оптимальний, інтерес до нього високий. Страхування розглядають як галузь знань у рамках динамічного розвитку, з різноманіттям проблематики, потребою в нових теоретичних і практичних узагальненнях» [1].

«Перспективи розвитку вітчизняного страхування і його зростаючий вплив на економіку очевидні: в даний час це один із стратегічних чинників ефективного функціонування і успішного розвитку фінансово-господарських стосунків у нашій країні. Діяльність кожного господарюючого суб'єкта в умовах ринку схильна до безлічі всіляких рис, що вимагають страхового захисту, для організації і проведення якого майбутнім економістам необхідне знання основ страхової діяльності» [2].

«Страхування є основною складовою ринку небанківських фінансових послуг і від його ефективного функціонування залежить стабілізація підприємницької діяльності та економіки України. Важливою є роль страхування щодо стимулювання розвитку ринкових відносин, ділової активності та поліпшення інвестиційного клімату в країні. Механізм функціонування страхового бізнесу в Україні супроводжується кризовими явищами та є недосконалим через низку проблем, що гальмують його розвиток, успішне вирішення яких вимагає відповідного методичного, організаційного і кадрового забезпечення. З огляду на це, все більшого значення набуває теоретична та практична підготовка майбутніх фахівців в галузі фінансів та страхової справи зокрема» [3].

«Дисципліна «Страхування» є однією з профілюючих дисциплін в програмі підготовки фахівців за спеціальністю «Фінанси, банківська справа та страхування» та професійно-орієнтованою дисципліною в програмах підготовки фахівців інших економічних спеціальностей у вищих навчальних закладах» [1].

«Мета її вивчення полягає у наданні студентам глибоких теоретичних знань та практичних навичок з питань страхової справи, розуміння фінансово-економічних аспектів сфери страхування, застосування яких надає можливість ефективно використовувати цю сферу фінансових відносин як механізм подолання ризиків у практичній діяльності» [2].

«На досягнення зазначеної мети направлені такі завдання вивчення курсу студентами:

- розуміти загальноекономічну сутність страхування, економічну природу потреби у страховому захисті;
- класифікувати галузі, види та форми страхування, визначити потенціал їх адаптаційних можливостей в умовах національної економіки;
- розкрити механізм управління ризиками в системі страхового підприємництва;
- знати і розуміти умови особистого, майнового страхування, страхування відповідальності, перестрахування з позицій вітчизняного та зарубіжного

досвіду;

- визначити особливості процесу державного регулювання діяльності страховиків;
- вивчити особливості й шляхи вдосконалення фінансової діяльності страховиків;
- визначити напрямки антимонопольної політики держави та обґрунтувати умови створення конкурентного середовища на страховому ринку України» [1].

«Вивчення дисципліни ґрунтується на засвоєних студентами базових знаннях в галузі макро- і мікроекономічної теорії, економічної історії, економіки підприємств, фінансів, обліку і аналізу, достатній математичній та статистичній підготовці» [2].

«Предмет вивчення дисципліни: правове регулювання страхування; організація, економіка й фінанси страхової діяльності; дослідження особливостей окремих видів страхування; аналіз тенденцій розвитку страхового ринку України і практика актуарних страхових розрахунків» [1].

ЛЕКЦІЯ №1

ТЕМА 1
СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ ТА РОЛЬ СТРАХУВАННЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Страхування як історична та економічна категорія. Сутність та особливі риси.
2. Специфічні функції страхування.
3. Теоретичні основи страхування. Суб'єкти та об'єкти страхування.
4. Принципи страхування.
5. Мета, роль і переваги страхування.
6. Системи страхування та франшизи.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 28, 30]

«Основні терміни і поняття: страхування, страховий захист, страхові фонди, самострахування, взаємострахування, комерційне страхування, функції страхування, превенція, принципи страхування, франшиза, контрибуція, суброгація, диверсифікація, страховий випадок, страховий ризик» [2].

1. Страхування як історична та економічна категорія. Сутність та особливі риси

В економічній науці існує група теорій, які відносять страхування до економічної категорії, оскільки учасники страхових відносин - це економічні агенти (суб'єктів).

Інший напрямок в теоріях позиціонує страхування як сферу послуг. Така позиція характерна для західної науки.

Крім перерахованих, існує ряд думок, аргументовано визначальних страхування як фінансову категорію. Головні характеристики фінансових відносин такі:

- формування і використання фондів (податки формують бюджетні фонди);
- грошові відносини;
- імперативний характер (імперативність означає обов'язковість виконання при контролі з боку держави).

Випереджаючи вивчення страхування як економічної сфери і галузі господарства, необхідно чітко визначити характер відносин в цьому виді комерційної діяльності. Економічна практика породила безліч характеристик і визначень страхування.

В економічній науці під страхуванням розуміють вид господарської діяльності щодо формування та використання фондів грошових коштів на основі солідарності та цінну, що має собі за мету покриття майбутніх збитків.

Страхування можна визначити, як сукупність фінансових економічних відносин, за допомогою яких перерозподіляється частина національного доходу

в інтересах зміцнення економіки суспільного виробництва і матеріального добробуту економічних агентів шляхом утворення страхового фонду за рахунок внесків підприємств, організацій і населення для строго цільового їх використання - відшкодування учасникам фонду збитків у зв'язку з настанням несприятливих подій.

Страхування слід охарактеризувати як економічну категорію, що виражає економічні відносини, що виникають в зв'язку з формуванням (за рахунок власників майна) і використанням страхового фонду, створюваного спеціальною організацією (Страховиком) для відшкодування учасникам страхового фонду (страхувальникам) шкоди від стихійних лих та інших надзвичайних обставин.

Страхування виступає механізмом створення цільових фондів грошових коштів, призначених для захисту майнових інтересів від несподівано наступаючих, випадкових за своєю природою подій, що супроводжуються збитками.

Дані визначення дозволяють в повній мірі охарактеризувати страхування, як економічну категорію, і як різновид фінансових послуг, багато в чому схожих з послугами банківського сектора.

Страхові компанії, будучи фінансовими посередниками, як і комерційні банки, здійснюють свою діяльність, ґрунтуючись на залучених, тимчасово вільних коштах своїх клієнтів - страхувальників.

Як економічна категорія страхування є частиною фінансів, але на відміну від фінансів охоплює сферу перерозподільних відносин. Тому страхування необхідно розглядати як самостійну економічну категорію. По-перше, страхування виконує специфічні функції (контрольну, попереджувальну, ощадну), які відсутні у фінансів. По-друге, страхування виникло раніше фінансів, і розвиток здійснювалося шляхом удосконалення грошової форми розкладки збитку. По-третє, страхування не завжди пов'язане з формуванням страхового фонду грошових коштів і може виступати в натуральній формі. Таким чином, страхування можна розглядати як самостійну економічну категорію.

Закон України «Про страхування» дає наступне визначення: «***Страхування*** – вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян і юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів і доходів від розміщення коштів цих фондів» [3].

«До ***основних ознак***, що визначають специфічність страхування як економічної категорії відносять:

1) випадковий характер настання страхової події;
2) надзвичайність нанесеного збитку;
3) необхідність відшкодування втрат» [3].

2. Специфічні функції страхування

Сутність і призначення страхування проявляється через його ***функції*** (рис. 1.1).

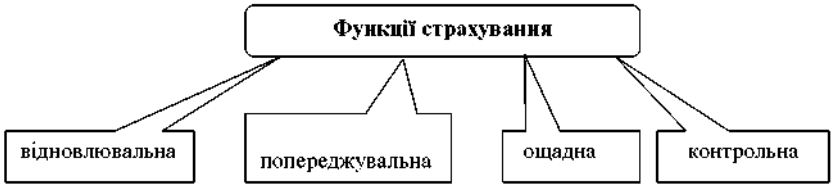

Рис. 1.1 - Функції страхування

*Джерело: складено автором на основі [1]

«В межах ***відновлювальної*** функції відбувається розподіл грошової форми вартості серед учасників процесу страхування у зв'язку з наслідками страхових подій. ***Попереджувальна (превентивна)*** функція страхування проявляється у фінансуванні заходів по зменшенню страхового ризику за рахунок частини коштів страхового фонду. ***Ощадна*** функція страхування виявляється при страхуванні життя. ***Контрольна*** функція страхування полягає в цільовому формуванні та використанні коштів страхових фондів» [1].

В основі будь-яких страхових відносин лежить ризик, який перерозподіляється між страховиком і страхувальником (юридичними та фізичними особами).

Для страхування характерна ще одна функція - інвестиційна. Страхові компанії зобов'язані формувати страхові резерви, які відокремлені від загальнодержавних резервів, і в умовах ринкової економіки можуть використовувати дані кошти в інвестиції.

Тому основні функції страхування: ризикова, ощадна, попереджувальна, - знаходяться в нерозривному зв'язку з інвестиційною функцією. Інвестиційна функція в свою чергу дозволяє реалізувати ризикову і ощадну функцію в страхуванні.

3. Теоретичні основи страхування. Суб'єкти та об'єкти страхування

Головними суб'єктами страхування є страховики й страхувальники.

«Страховики — юридичні особи (акціонерні, повні, командитні товариства або товариства з додатковою відповідальністю), що одержали в установленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Вони розробляють правила добровільного страхування і пропонують страхові послуги страхувальникам» [3].

«Страхувальники — юридичні особи й дієздатні громадяни, які уклали із страховиками договори щодо страхування власного інтересу чи інтересу третьої осо би, сплачують страхові премії та мають право (за договором або за законом) на отримання компенсації (відшкодування) при настанні страхового випадку» [3].

Закон України «Про страхування» визначає ***об'єкти страхування*** як «майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані:

- з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника чи застрахованої особи (особисте страхування);
- з володінням, користуванням і розпорядженням майном (майнове страхування);
- з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі (страхування відповідальності)» [3].

4. Принципи страхування

За формою проведення страхування ділять на обов'язкове і добровільне.

Принципи обов'язкового страхування:

• безстроковість - об'єкт є застрахованим протягом всього часу дії нормативного акту, на підставі якого проводиться страхування;

• автоматичність - об'єкт стає застрахованим, як тільки потрапляє в категорію, щодо страхування якої існує нормативний акт, незалежно від бажання власників данного об'єкту;

• повнота охоплення об'єктів - з об'єктів страхування не робиться винятків;

• нормування страхового забезпечення - страхове забезпечення нормується, норма вказується в нормативному акті, на основі якого проводиться страхування.

Добровільне страхування проводиться на основі вільного волевиявлення сторін і регулюється договором страхування.

Принципи добровільного страхування:

• терміновість - страхування діє протягом певного терміну, зазначеного в договорі страхування;

• вибірковість прийому на страхування - на страхування приймаються певні об'єкти відповідно до домовленості між страхувальником і страховиком;

• дія страхування при сплаті страхових внесків - відповідальність страховика виникає після сплати страхувальником страхових внесків, в договорі можуть бути обумовлені умови розстрочки сплати страхових внесків;

• вільне волевиявлення сторін - договір страхування укладається при наявності бажання страхувальника застрахувати той чи інший об'єкт і бажанні страховика прийняти його на відповідальність.

5. Мета, роль і переваги страхування

Згідно із визначенням страхування, поданого в Законі України "Про страхування", його *метою* є «захист майнових інтересів фізичних та юридичних осіб у разі настання певних подій, визначених договором страхування або чинним законодавством. Відповідно до функцій страхування, воно призначене для відшкодування збитків, завданих випадковими несприятливими подіями (реалізованими страховими ризиками), а також при настанні в житті людини подій, котрі за своєю природою не є збитками, але вимагають коштів для

підтримання життєвого циклу - народження дітей, їх одруження, вступ до навчальних закладів, дожиття до певного віку та деякі інші» [3].

«У відповідності з функціями, страхування в ринковій економіці відіграє *нагромаджувальну (акумуляційну)*, попереджувальну і захисну роль. За рахунок збору страхових платежів (внесків) у страхових резервах нагромаджуються значні фінансові ресурси, призначені для майбутніх страхових виплат. Внаслідок часового розриву між надходженням і використанням цих коштів вони служать джерелом інвестиційних заходів, одночасно приносячи додаткові доходи страховим компаніям. За рахунок цього страхові компанії виступають потужним інвестором, а інвестування їхніх коштів сприяє оптимізації фінансових ресурсів в економіці. *Попереджувальна роль* страхування здійснюється на підставі нагромаджених страхових платежів (внесків), частину з яких страхові компанії можуть призначати для виконання запобіжних заходів, переважно освітньо-роз'яснювального, а останнім часом - і технічного характеру. *Захисна роль* страхування полягає у відшкодуванні збитків та виплаті страхових сум при народженні дітей, їх одруженні, вступі на навчання, при виході на пенсію, у випадку смерті. Відшкодування матеріальних збитків юридичних осіб надає впевненості в розвитку бізнесу. Відшкодування майнових збитків фізичним особам і виплати у випадку смерті, при дожитті до (пенсійного віку, при народженні дітей і т. д. дозволяють зберегти або підтримати рівень добробуту. *Перевагою страхування* порівняно із самострахуванням є його дешевизна. При самострахуванні для майбутніх відшкодувань необхідно утримувати кошти в розмірі вартості об'єкта, якому загрожує небезпека. При страхуванні плата за нього ніколи не дорівнює вартості об'єкта, вона становить незначну його частку і тому найбільш результативною і дешевою формою захисту є страхування» [1].

При укладанні договору обов'язково визначається мета страхування. Завданням страхової компанії є максимальна безпека громадян в деяких випадках від можливих небезпек і неприємностей.

Поряд з цим, страхова компанія переслідує ще одну мету, проводить накопичення коштів для їх подальшого інвестування, але, все одно, найважливішою залишається мета, пов'язана із захистом інтересів клієнта. Дані цілі досягаються за допомогою соціального і взаємного страхування, а також отримання прибутку.

Метою страхування зазвичай є повернення суми, яка еквівалентна тій, яка була витрачена на покупку застрахованого майна, в разі знищення останнього. Але навіть при страховці майна, об'єктом може виступати інтерес, який не виражений матеріально. Цивільний кодекс встановив під матеріальним збитком витрати, що вироблялися в минулому, або які планується провести в майбутньому, для відновлення права володіння послугами, нематеріальними перевагами, річчю, інформацією.

Страхування життя і здоров'я не передбачає компенсацію того, що було, тобто, в цих випадках, пряма компенсація неможлива. Тут позначаються якісь конкретні події, які повинні статися, щоб страховий випадок був визнаний таким, що відбувся. Такі види страхування називаються безризиковими. Мета страхування і страхова виплата не завжди збігаються, тому що метою

страхування зазвичай є першочергова наявність страхованої речі, а самі гроші, які отримані по страховій виплаті, можна витратити на будь-які цілі.

Виплата по компенсації збитку швидше відображає відшкодування коштів для задач, за якими проводилося страхування. Страховик не має права вимагати і контролювати використання компенсації за своїм прямим призначенням. Виходячи з цього підтвердженням виконання своїх зобов'язань є страхові виплати.

6. Системи страхування та франшизи

«Страхуванню властива ***специфічна термінологія***. До ключових понять у страхових відносинах належать такі: «страхова сума», «страховий платіж», «збиток», «страхове відшкодування». Важливо знати сутність цих понять, оскільки вони є основними складовими страхового договору» [1].

«Страхова сума (S) **—** грошова сума, на котру страхується об’єкт за законом чи за договором. Страхова сума не може бути вищою за вартість об’єкта, що підлягає страхуванню. Це обсяг відповідальності страховика перед страхувальником, максимальна грошова сума, в межах якої здійснюється страхове відшкодування в разі настання страхової події» [3].

«Страховий внесок (премія, платіж) (SP) - плата за страхування, сума, яку сплачує страхувальник страховикові за зобов’язання відшкодувати збитки в разі настання страхового випадку» [2].

«Страховий платіж визначається як добуток страхової суми ***(S)*** і страхового тарифу ***(T)***, який, як правило, встановлюється у відсотках. Внесення страхових платежів здійснюється на основі страхових тарифів - розміру плати з одиниці страхової суми. Страхові тарифи відображають ціну страхування» [1].

«Збиток (Z) - фактична сума втрати (шкоди), яку зазнав страхувальник в результаті настання страхового випадку, що підлягає відшкодуванню страховиком» [1].

«Страхове відшкодування (Q) – грошова компенсація, котру повинен виплатити страховик страхувальнику в обсязі збитків та в межах страхової суми з настанням страхового випадку» [3].

У страхуванні застосовують кілька ***систем страхування*** та ***франшизи***.

«Вибір системи залежить від співвідношення величини страхової суми та вартісної оцінки об’єкта страхування. При цьому, найбільш поширеною є ***система страхування за дійсною вартістю об’єкта страхування***, яка визначається як фактична на день підписання договору. За цією системою страхова сума дорівнює обсягу вартості об’єкта страхування і, в разі настання страхового випадку, має місце повне покриття збитків страхувальника страховиком» [1].

«Якщо об’єкт страхування застраховано не на повну його вартість, тобто страхова сума дорівнює лише певній частині цієї вартості, то такий об’єкт може бути застрахованим за такими системами страхування» [1]:

1)системою пропорційної відповідальності;

2)системою «першого ризику».

При цьому, «***система пропорційної відповідальності*** передбачає виплату страхового відшкодування, яке розраховується за формулою 1.1.

$$Q = Z \times S/W, \quad (1.1)$$

де Q — страхове відшкодування;

S — страхова сума за угодою (договором);

W — вартісна оцінка об'єкта страхування;

Z— фактична сума збитків» [1].

Така система страхування, як правило, «застосовується при страхуванні майна підприємств і організацій, якщо інше не вказано в договорі і передбачає участь страхувальника у відшкодуванні збитків. Міра повноти відповідальності страховика в покритті збитків застрахованого тим вища, чим менша різниця між вартісною оцінкою об'єкта страхування та страховою сумою» [1].

«Страхування за ***системою «першого ризику»*** застосовується найчастіше при страхуванні особистого майна громадян і передбачає виплату страхового відшкодування в розмірі збитків, але в межах страхової суми. Під «першим ризиком» у страховій справі розуміють ризик, вартісна оцінка котрого не перевищує страхової суми» [1].

Крім вищевказаних систем страхування страховики застосовують й інші.

«Особиста участь страхувальника в покритті збитків виражається через ***франшизу*** (фр. ***franchise*** — пільга)**.** Вона може бути встановлена у відсотках чи в абсолютних величинах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків» [1].

«Найчастіше страховики застосовують умовну (інтегральну) та безумовну (ексцедентну) франшизи» [1].

«Умовна франшиза звільняє страховика від відповідальності за збитки, обсяги яких не перевищують установленої франшизи, і зобов'язує його покривати збитки повністю, якщо розмір їх перевищує франшизу. Наприклад, якщо страхова сума становить 10 тис. грн., умовна франшиза – 2% від страхової суми, тобто 2 тис. грн., а збитки страхувальника – 1 тис. грн., то страховик звільняється від будь-якої компенсації збитків страхувальнику. Якщо ж за цих умов збитки становлять 5 тис. грн., то страховик відшкодовує всі 5 тис. грн., не звільняючись від 2 тис. грн. умовної франшизи» [4].

«Безумовна франшиза теж звільняє страховика від компенсації збитків, які не перевищують безумовну франшизу. Якщо обсяг збитків перевищує розмір безумовної франшизи, то страхове відшкодування дорівнює різниці між обсягом збитків та безумовної франшизи. Наприклад, якщо страхова сума дорівнює 10 тис. грн., безумовна франшиза – 2 тис. грн., то при збитках до 2 тис. грн. страховик не відповідає перед страхувальником, а при збитках, що становлять, наприклад, 8 тис. грн., відшкодує тільки 6 тис. грн. (8 тис. грн. – 2 тис. грн.). Таким чином, франшиза називається безумовною тому, що вона (безумовно, незалежно від умов) за будь-яких умов вилучається із зобов'язань страховика, і умовною, оскільки вилучається за умови, що збитки не перевищують установленої величини франшизи» [5].

Питання для самоперевірки

1. «Що являє собою страхування?
2. Визначте зміст основних функцій страхування.
3. Що Ви розумієте під страховим фондом?
4. Назвіть найбільш поширені форми страхового фонду та джерела їх формування.
5. На яких принципах здійснюється страхова діяльність?
6. Назвіть спільні риси і відмінності між економічними категоріями: «страхування», «кредит», «фінанси».
7. Що таке страхова сума?
8. Дайте визначення понять «страховий платіж» та «страхове відшкодування».
9. Що являє собою франшиза?
10. Назвіть основні системи страхування» [1].

ЛЕКЦІЯ №2

ТЕМА 2
КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Необхідність та основні ознаки класифікації страхування.
2. Класифікація страхування за історичною та економічною ознаками
3. Класифікація за об'єктами (галузями) і видами страхування в Україні та ЄС.
4. Накопичувальне та ризикове страхування.
5. Класифікація страхування за формою проведення.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 30]

Основні терміни і поняття: «види класифікаційних ознак; історична, економічна, юридична ознаки; галузь, підгалузь та вид страхування; об’єкт страхування, загальне страхування, страхування життя, форма страхування, особисте страхування, майнове страхування, страхування відповідальності, обов’язкове страхування, добровільне страхування» [2].

1. Необхідність та основні ознаки класифікації страхування

«Існують різноманітні підходи до класифікації страхування. Найбільш поширеним є підхід, за яким класифікація страхування здійснюється за ***історичною, економічною та юридичною ознаками (рис. 2.1)»*** [2]

«Поняття «класифікація» походить від латинського classis - розряд, клас. Латинський корінь визначає «квінтесенцію» цього поняття, його найістотніше,

найсуттєвіше значення: поділ предметів певної сукупності за спільними ознаками з утворенням системи класів цієї сукупності» [4].

«Отже, під класифікацією розуміють систему підпорядкованих певній ознаці понять (класів) у певній галузі знань або діяльності людини, використовувану як засіб для встановлення взаємозв'язків між цими поняттями (класами)» [5].

«Така система підпорядкованих понять будується на основі використання певних спільних ознак, притаманних цим поняттям. Вони називаються ознаками класифікації і відіграють вирішальну роль в отриманні результату класифікації. Розрізняють натуральну класифікацію, коли за ознаку класифікації беруть істотні ознаки понять, що класифікуються (скажімо, класифікація за об'єктами страхування), і штучну класифікацію, коли для неї використовуються несуттєві ознаки (наприклад, класифікація в алфавітному порядку)» [9].

Вважаємо, що «без класифікаційної впорядкованості неможливо проводити ні теоретичні дослідження, ні практичну діяльність» [10].

Класифікація страхування «забезпечує наукове структурування страхування, дозволяє побачити систему взаємопов'язаних компонентів, які ранжовані за певними ознаками. Такими ознаками можуть бути форма проведення, форма організації, об'єкт страхування, рід небезпеки і т. і.» [1]

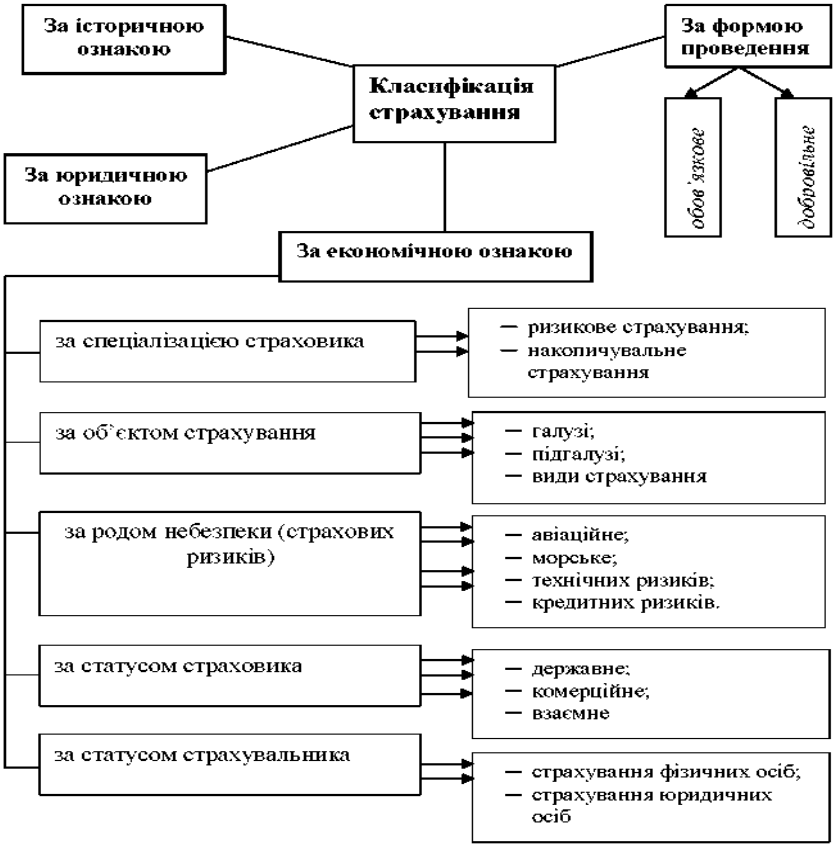

Рис.2.1 - Класифікація страхування

*Джерело: складено автором на основі [1]

2. Класифікація страхування за історичною та економічною ознаками

«Класифікація за ***історичною ознакою*** пов'язана з виділенням етапів розвитку і появою тих чи інших видів страхування. Вона передбачає поділ страхування на:

- морське страхування (із XIV століття);
- страхування життя (із XVI століття);
- страхування від вогню (із XVII століття);
- страхування від нещасних випадків (із XIX століття);
- страхування транспортних засобів (із XX століття)» [2].

«За іншим підходом для поділу страхування в історичному аспекті його розвитку використовують такі *ознаки,* як:

◊ виникнення нових видів страхування;

◊ диференціація нових видів страхування;

◊ диференціація страхових виплат» [2].

«Власне страхування за цими ознаками поділяється на античне, середньовічне, капіталістичне» [2].

«Класифікація за ***економічною ознакою*** передбачає залежно від цілей класифікації:

а) ***за спеціалізацією страховика або сферами його діяльності страхування*** поділяють на: ***страхування життя й загальне (ризикове) страхування.*** Наведена класифікація має важливе значення для формування та розміщення страхових резервів страховика» [2];

б) «***за об'єктами страхування, на які спрямований страховий захист,*** виділяють: ***галузі; підгалузі; види страхування.*** Така класифікація є найбільш поширеною в практиці вітчизняних страховиків і її покладено в основу розроблення страхових продуктів» [2];

в) «***за родом небезпеки чи страхових ризиків*** виділяють страхування: ***автотранспортне; морське; авіаційне і космічне; ядерних ризиків; кредитних ризиків тощо.*** За таким підходом можуть виділяти небезпеки, котрі не пов'язані між собою, але відносяться до конкретного об'єкта або групи об'єктів, що становить основу ***комплексного страхування.*** Наприклад, у майновому страхуванні використовують страхування від вогню та інших стихійних лих; у страхуванні сільськогосподарських культур — від посухи й інших стихійних лих тощо» [2];

г) «***за статусом страховика*** виділяють страхування: ***державне; комерційне; взаємне.*** Така класифікація застосовується переважно для забезпечення державного регулювання страхової діяльності» [2].

д) «***за статусом страхувальника*** передбачено поділ страхування залежно від того, чиї інтереси обслуговує страховик, а саме: ***юридичних осіб; фізичних осіб»*** [2]**.**

«Класифікація ***за юридичною ознакою*** передбачає виділення певних класів страхування відповідно до міжнародних норм, за якими в багатьох країнах світу проводиться ліцензування страхової діяльності. Так, згідно з директивами

ЄС із 1978 року країни-члени цієї організації використовують класифікацію, котра охоплює 7 класів довгострокового страхування (життя та пенсій) і 18 класів загального страхування» [2].

3. Класифікація за об'єктами (галузями) і видами страхування в Україні та ЄС

У практичній діяльності страховиків найбільш поширеною для застосування є класифікація страхування за об'єктами (рис. 2.2).

«Підгалузі страхування включають конкретні види страхування, які здійснюються безпосередньо страховиками» [2].

Особисте страхування – «галузь страхування, у якій об'єктом страхових відносин є життя, здоров'я та працездатність людини і яке спрямоване на забезпечення захисту сімейних доходів громадян, а також на нагромадження ними коштів для підвищення рівня свого фінансового добробуту» [1].

«Галузь ***особистого*** страхування складається з трьох підгалузей:

1) страхування життя (водночас окрема сфера страхової діяльності);
2) страхування від нещасних випадків (відноситься до загального страхування);
3) медичне страхування (відноситься до загального страхування)» [2].

Особливістю ***страхування від нещасних випадків*** вважається те, що страховим випадком є не сам нещасний випадок а його наслідки (втрата життя, здоров'я, працездатності). Страхування від нещасних випадків може бути:

► індивідуальним і колективним;
► добровільним і колективним.

Медичне страхування «може бути як короткостроковим так і довгостроковим. В частині короткострокового медичне страхування не може бути віднесене до страхування від нещасних випадків, через відсутність такого принципового моменту як нещасний випадок, оскільки медичне страхування відшкодовує витрати, що пов'язані з будь-якими захворюваннями. В частині довгострокового страхування не відносять до страхування життя через відсутність накопичувального характеру договору» [1].

Майнове страхування – «*це галузь страхової діяльності, де об'єктом страхування виступають майнові інтереси фізичних та юридичних осіб, що не суперечать чинному законодавству і пов'язані з правом володіння, користування та розпорядження майном*» [1]

Майнове страхування «поділяється на дві підгалузі:

1) страхування майна фізичних осіб;
2) страхування майна юридичних осіб.

Особливостями майнового страхування є використання таких понять як страхова оцінка та страхове забезпечення» [1].

«***Страховою оцінкою*** *є вартість майна, що враховується для укладання страхової угоди. Значення страхової оцінки полягає в тому що вона слугує головним орієнтиром для визначення страхової суми і є кількісним показником обсягу відповідальності страхової компанії*» [1].

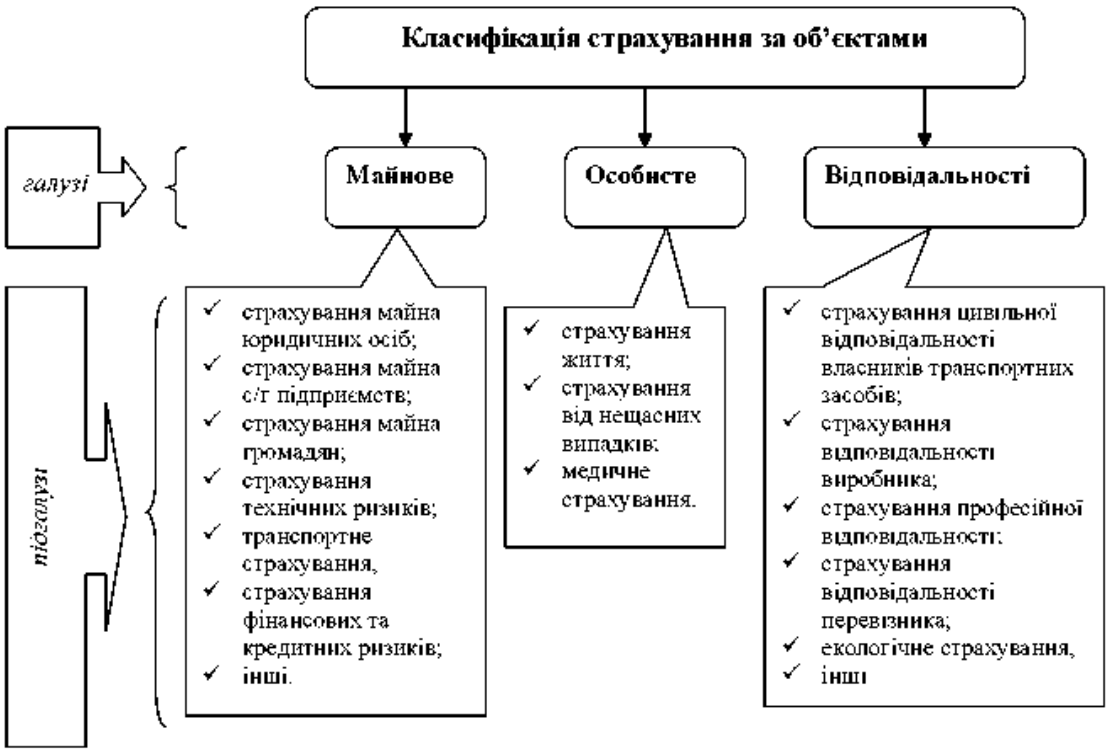

Рис. 2.2 - Класифікація страхування за об'єктами

*Джерело: складено автором на основі [1]

Статтею 9 Закону України «Про страхування» визначено, «що при страхуванні майна страхова сума встановлюється в межах вартості майна за цінами і тарифами, що діють на момент укладання договору, якщо інше не передбачено договором страхування» [2].

«Відношення страхової суми до вартісної оцінки об'єкта страхування характеризує ***страхове забезпечення***, яке не може перевищувати 100%» [3].

Страхування відповідальності – *«це галузь страхової діяльності, де об'єктом страхування виступають майнові інтереси, що пов'язані з відшкодуванням збитків, завданих життю здоров'ю чи майну третьої фізичної особи, а також майну юридичної особи внаслідок будь - якої дії чи бездіяльності страхувальника»* [1].

«Розвиток галузі страхування відповідальності має важливе значення як для захисту майнових інтересів осіб, винних у заподіяних збитках, так і осіб, яким завдані збитки» [1].

«Страхування відповідальності відноситься до сфери загального страхування і ***має деякі особливості***, які не властиві іншим галузям страхового ринку» [1]

«По - перше, страхування відповідальності не має підгалузевого поділу, що свідчить про універсальність страхових послуг, які можна поділити на дві групи:

1група - страхування відповідальності на транспорті;

2група - страхування інших видів відповідальності» [1]

«По – друге, в договорі страхування відповідальності наперед

невизначеною є третя постраждала особа і наперед невідомим є розмір збитків. Том у страхова компанія обмежує свою відповідальність деякою сумою, що називається лімітом граничної відповідальності» [1].

Протягом тривалого часу ведеться дискусія між деякими промислово-розвиненими країнами ЄС та іншими країнами про необхідність розділити страхування життя і страхування не-життя, а також виділити в окремий вид пенсійне страхування. Підстава на користь поділу очевидно. Ніхто не сперечається, що в страхуванні існує певний розподіл між страхуванням життя та страхуванням не-життя. Різниця між цими двома класами йде від їх природи. У страхуванні не-життя премія є доходом за передачу ризиків. У той час як в страхуванні життя премія може бути частково або повністю ощадним вкладом, який привабливо управляється страховиком, можливо, більш привабливо, ніж простий депозит в банку. Таким чином, зрозуміло, що повинна надаватися різна захист для тих, хто довірив свої заощадження страховику, і для тих, хто покладається на обіцянки з боку страховика надати надійний захист в невизначеному випадку настання страхової події. У другому випадку премія споживається після закінчення терміну дії договору страхування, а премія, яка має природу заощаджень, навпаки, в будь-якому випадку повертається разом з заробленими відсотками.

Якщо в одній господарській одиниці категорії ризику змішані, то страхування життя схильна ризикам страхування не-життя. Також компанія зі страхування не-життя не може порівнюватися з компанією зі страхування життя з точки зору комерційного ризику, який вона на себе бере. Страхування життя стабільніше, ніж страхування не-життя з його підйомами і падіннями і з залежністю від факторів, які важко передбачити. Додатково до страхування життя і не-життя можна було б виділити третій клас ризиків: пенсійне страхування, до якого відносяться виключно заощадження. Проте, заради досягнення консенсусу в ЄС, вимога до юридичних осіб займатися окремо страхуванням життя та страхуванням не-життя не включає пенсії в якості третьої класу. З іншого боку, тим страховим компаніям в ЄС, які займалися як страхуванням життя, так і страхуванням не-життя (універсальні компанії), було дозволено продовжувати працювати після введення в силу нового положення про поділ бізнесу за умови, що вони зроблять фактичний поділ в бізнесі і звітної / обліковій практиці.

Наступне питання виникає, коли іноземна універсальна страхова компанія подає заяву на створення дочірньої компанії на території держави-члена ЄС. ЄС довелося зіткнутися з проблемою: заборонити універсальним страховим компаніям створювати дочірні підприємства або дозволити їм працювати в обох класах страхування, як за основним місцем їх діяльності. Принцип рівності між іноземними та місцевими компаніями вимагає, щоб їм не дозволялося займатися страхуванням як життя, так і не-життя. Власники полісів страхування життя будуть адекватно захищені, якщо іноземним універсальним страховим компаніям дозволено створювати дочірні підприємства або у формі компанії зі страхування життя, або у формі компанії зі страхування не-життя. Дочірня компанія є самостійною юридичною особою, і, таким чином, якщо материнська

компанія зіткнеться з фінансовими проблемами, в силу закону вони не будуть передаватися дочірній компанії. Подібним чином, універсальна страхова компанія з держави-члена ЄС, яка бажає створити філію в іншій державі-члені ЄС, може запропонувати послуги тільки по страхуванню життя або не-життя. Практика довела, що компанії зі страхування не-життя мають більш високий ризик стати неплатоспроможними, ніж компанії зі страхування життя. Це означає, що універсальні страхові компанії будуть мати спокусу фінансувати свої портфелі зі страхування не-життя за допомогою активів страхування життя. Такий ризик значно знижений, якщо і не виключений зовсім, в тих страхових компаніях, які ведуть свій бізнес страхування життя і не-життя абсолютно окремо.

Ще до встановлення Європейським Союзом правил, які дозволяли страховим компаніям вільно створювати свої підприємства на території всіх інших держав-членів ЄС, законодавство держав-членів уже передбачало різні класи страхування. Наприклад, в Греції закон передбачав такі види страхування: від нещасного випадку, страхування автоцивільної відповідальності, від вогневих ризиків, страхування життя і капіталів, морське страхування і авіаційне страхування, страхування кредитів. Ці види також були і в законодавстві інших європейських і неєвропейських країн.

Уніфіковані види страхування, які застосовуються на території всього ЄС, викладені в першому поколінні Директив. Перші Директиви зі страхування (Директива 73/239 від 24 липня 1973 року про страхування не-життя і Директива Directive 79/267 від 5 березня 1979 року про страхування життя) погоджували правила і практику нагляду за діяльністю страхових компаній, особливо щодо їх фінансової стабільності і права на свободу створення підприємств. Вони передбачали 18 класів страхування не-життя і 9 класів страхування життя.

4. Накопичувальне та ризикове страхування

Класифікація за об'єктами (галузями) «дає також можливість групувати страхування на загальне (ризикове) і страхування життя До загального (ризикового) страхування повністю відносяться галузі "Майнове страхування", "Страхування цивільної відповідальності" та підгалузі "Страхування від нещасних випадків" і "Медичне страхування" з галузі "Особове страхування". До страхування життя відноситься єдина підгалузь з однойменною назвою з галузі "Особове страхування". Класифікаційними ознаками для поділу страхування на загальне (ризикове) і страхування життя є різна тривалість договорів страхування і особливості формування страхових фондів що зумовлює існування різних економічних механізмів цих страхування. При класифікації страхування за видами ризиків як класифікаційна ознака застосовується вид ризиків, котрий виникає в певній сфері діяльності людини або галузі економіки. При цьому до уваги не береться класифікація за об'єктами (галузями і підгалузями). Наприклад, до транспортних будуть віднесені майнові ризики, котрі виникають з транспортними засобами і вантажами (страхування автомашин, суден, літаків, вантажів і т.д.), ризики нанесення збитків третім особам (страхування

відповідальності), а також ризики життя і здоров'я пасажирів та обслуговуючого персоналу (страхування від нещасних випадків)» [3].

«Класифікація за галузями і видами страхування рідко наводиться в страховому законодавстві. Переважно вона застосовується для навчальних цілей, а також для вивчення структур страхових ринків і розвитку на них окремих видів та груп страхування» [2].

У Європейському Союзі прийнята класифікація страхування за особливостями формування страхового фонду, яка включає:

- накопичувальне страхування. Договір накопичувального страхування полягає на тривалий термін. До нього відносяться страхування життя і ануїтетів, страхування дітей, пенсійне страхування. Об'єктами страхування при цьому є майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю особистості;
- загальне страхування. Передбачає тільки компенсацію понесених збитків і не передбачає накопичення внесків. Об'єктивним тами такого страхування є майнові інтереси, пов'язаний- ні з конкретними видами майна (нерухомість, транспорт, вантаж), з відповідальністю (професійна, відповідальність авто- власників), а також з особистістю (нещасні випадки, хвороба). Термін дії договорів за цим видом страхування зазвичай не перевищує одного року.

5. Класифікація страхування за формою проведення

«Важливе значення має класифікація страхування ***за формою проведення***, згідно з якою розрізняють добровільне та обов’язкове страхування» [2].

«Обов’язкове страхування зумовлене ризиками, пов’язаними з життям, утратою працездатності або з виникненням таких збитків, котрі не можуть бути відшкодовані окремою особою. Воно встановлюється законом, згідно з яким страховик зобов’язується страхувати відповідні об’єкти, а страхувальники — вносити належні страхові платежі» [2].

«Форми типового договору, правила, порядок проведення й особливі умови для ліцензування обов’язкового страхування визначаються Кабінетом Міністрів України» [3].

«Стаття 7 Закону України «Про страхування» подає перелік видів страхування, що є обов’язковими в Україні. При цьому, дія Закону України «Про страхування» не поширюється на державне соціальне страхування, яке теж є обов’язковим» [2].

«Добровільне страхування здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. Ним охоплюються ті юридичні та фізичні особи, котрі не підпадають під обов’язкове страхування і бажають застрахуватись. Загальні умови та по рядок проведення добровільного страхування визначаються правилами, котрі встановлюються страховиками самостійно, але затверджуються Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг. Конкретні умови добровільного страхування визначаються під час укладання договору страхування за згодою сторін» [2].

Питання для самоперевірки

1. «У чому полягає необхідність класифікації страхування?
2. За якими основними ознаками класифікують страхування?
3. Як класифікують страхування за історичною ознакою?
4. Які основні галузі страхування Ви знаєте?
5. Назвіть підгалузі страхування.
6. Як класифікується страхування за статусом страховика?
7. У чому полягає сутність класифікації страхування за спеціалізацію страховика?
8. З якою метою здійснюється класифікація страхування за юридичною ознакою?
9. Які форми страхування Ви знаєте?
10. Назвіть порядок встановлення правил проведення обов'язкового та добровільного страхування» [2].

ЛЕКЦІЯ №3

ТЕМА 3
СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ЇХ ОЦІНКА

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Сутність ризику як теоретичної категорії. Класифікація ризиків.

2. Сутність і завдання актуарних розрахунків у страхуванні.

3. Страховий тариф як ціна страхового ризику.

4. Методичні основи розрахунку страхових тарифів у сфері загального страхування.

5. Показники страхової статистики та їх вплив на величину страхових тарифів.

6. Сутність та різновиди страхових премій.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 16, 17, 46]

Основні терміни і поняття: «ризик, ймовірність математична, ймовірність статистична, ймовірність експертна, актуарні розрахунки, актуарна калькуляція, актуарій, страховий тариф, нетто-ставка, навантаження, страхова премія, страхова сума, ризикова надбавка, структура страхового тарифу, витрати на ведення справи, частота страхової події, коефіцієнт кумуляції ризику, коефіцієнт збитковості, норма збитковості, складність ризику, складність збитку, збитковість страхової суми, частота збитку» [2].

1. Сутність ризику як теоретичної категорії. Класифікація ризиків

Учасники відтворювального процесу піддаються впливу широкого спектра ризиків, включаючи ризики втрати майна, втрати працездатності, ризики, пов'язані з відповідальністю роботодавців, підприємницькі ризики і ряд інших. Для розгляду можливих способів захисту від ризиків, слід чітко розуміти, що має на увазі ризик і як він може обчислюватися.

Під ризиком прийнято розуміти імовірнісна подія (ймовірність якого розподіляється в інтервалі від 0 до 1), в результаті якого може виникнути збиток. Крім того, під ризиком в обивательському сенсі слова розуміють дії навмання, в надії на сприятливий результат. При цьому ризик реалізується в можливості понесення збитків особою або групою осіб в результаті дій, які вживаються.

Страховий ризик - це імовірнісна подія, в результаті настання якого може виникнути збиток. Сукупність усіх ризикових обставин дозволяє оцінити ситуацію щодо тієї чи іншої події. При аналізі ризикової ситуації важливо розрізняти групи її елементів: об'єктивні - існують незалежно від волі і свідомості людей; суб'єктивні - недбалість чи умисні дії.

У зарубіжній практиці страхування ризики групуються наступним чином:

1. Матеріальні і нематеріальні ризики. Наслідки реалізації нематеріальних ризиків не можуть бути оцінені з достатнім ступенем точності (вплив будь-якого вчинку людини на нього самого, на оточуючих людей, на його кар'єру). Наслідки матеріальних ризиків можливо оцінити в грошовому вираженні. На страхування, в основному, приймаються матеріальні ризики.

2. Чисті і спекулятивні ризики. Тобто ітог події може бути або несприятливим, або залишити фізичну або юридичну особу в тому ж самому положенні, що і без настання такої події (пожежа). Спекулятивні ризики забезпечують ймовірність як збитку, так і отримання прибутку (вигоди) – покупка та перепродаж цінних паперів. На страхування приймаються, як правило, чисті ризики.

3. Фундаментальні і приватні ризики (зачіпають як причину виникнення ризиків, так і їх наслідки). Фундаментальні ризики можуть мати природний (стихійні лиха), соціальний (безробіття), політичний (війни) і інший характер. Серед них особливо виділяють групу катастрофічних ризиків (найчастіше стихійні лиха). Причинами неможливості страхування наступних ризиків є:

- ймовірність настання ризику важко визначити з достатнім ступенем точності;
- збиток від стихійного лиха складно прогнозувати;
- сила події часто буває настільки велика, що нейтралізує можливість розподілу збитку.

Приватні ризики - це ризики, що зачіпають один або кілька об'єктів і величина яких не перешкоджає страхуванню їх комерційним страховиком.

Прийнято розрізняти такі рівні страхового захисту від ризиків:

1. Міждержавний рівень страхового захисту реалізується у вигляді державних гарантій. Найчастіше такого роду захист представлений в інвестиційних проектах. Механізм такий: якщо реціпієнт хоче отримати потік інвестицій, але має ризиками, то колектив кредиторів потребує гарантій з боку уряду. Такі гарантії надаються за посередництва Міжнародних агентств (їх

кількість в світі невелика - близько 10).

2. Державна страховий захист - це державні страхові фонди і резерви. Формуються такі резерви в масштабі країни у вигляді грошових фондів, а також в натуральній формі: продовольство, ПММ, медикаменти, одяг. Використовуються акумулюються в Держрезерві фонди при настанні несприятливих і надзвичайних подій.

Прикладами використання резервів можуть служити весняні інтервенції зерна, відновлення постраждалих об'єктів від природних і техногенних катастроф, кризові прояви з перебоями в поставках авіапалива і ряд інших.

3. Самострахування існує на рівні суб'єктів - фізичних і юридичних осіб. У пасиві балансу підприємств такі фонди акумулюються в рамках «резервних фондів». Фізичні особи формують заощадження на банківських депозитах, за допомогою вкладень в дорогоцінні метали, покупки нерухомості і іншими способами.

4. Власне класичне страхування. Цей рівень страхового захисту реалізується, коли діють страхові компанії і формують спеціальні страхові фонди з потоків внесків страхувальників. Використання страхових фондів носить строго цільовий характер, забезпечуючи солідарну страховий захист.

Ризик є «передумовою виникнення страхових відносин, без нього не існує страхування, бо без ризику немає страхового інтересу. Ризик визначає межі страхового захисту. За своїм змістом ризик є подією з негативними, особливо невигідними економічними наслідками, які можуть виникнути в майбутньому в будь-який момент у невідомих масштабах. Власне фактор ризику і необхідність покриття можливої шкоди в результаті його прояву викликають потребу в страхуванні. Через страхування будь-яка людська діяльність захищена від випадковостей» [2].

Ризик – «це економічна категорія в діяльності суб'єктів господарювання, пов'язана з подоланням невизначеності, конфліктності в ситуаціях оцінювання, управління, неминучого вибору Ризиком буде визнано лише таку невизначеність, яку можна оцінити кількісно. Дати найточнішу кількісну оцінку невизначених величин можна, обчисливши ймовірність їх появи» [2].

«Методичні підходи до вимірювання ризиків охоплюють ***три види ймовірності:***

1) ймовірність математична;

2) ймовірність статистична;

3) ймовірність експертна» [2].

Математична ймовірність «є найбільш точною і найбільш складною в розрахунках. Визначається вона відношенням кількості ситуацій, при яких випадок настав до кількості ситуацій, при яких можлива поява такого випадку за умови, що всі випадки є взаємонезалежними і можуть настати з однаковою ймовірністю ***Статистична ймовірність*** є менш точною, базується на законі великих чисел і найбільш часто використовується в економічних розрахунках. Визначається як відношення кількості випадків певного виду до загальної кількості подібних випадків ***Експертна ймовірність*** базується на особистих

відчуттях, знаннях та практичному досвіді» [2].

«Варто пам’ятати, що негативними наслідками непевної події можуть бути не лише прямі втрати (збитки), а й непрямі, скажімо, недоотримана (втрачена) очікувана користь, якої планувалося досягти у процесі господарської діяльності. Отже, **ризик** – *це ймовірність зазнати втрат очікуваної економічної (фінансової) користі або прямих збитків через появу непевної (випадкової) події, що стосується майнового інтересу членів суспільства»* [2].

2. Сутність і основні завдання актуарних розрахунків у страхуванні

За допомогою актуарних розрахунків страхові компанії мають можливість управляти процесом оцінки ризиків.

Актуарні розрахунки (від лат. Actuarius - писар, рахівник) - це система розрахункових методів, заснованих на математичних і статистичних закономірностях, що регламентують взаємовідносини між страховиком і страхувальником.

На сьогодні **актуарні розрахунки** – «*це система математичних і статистичних методів обчислення страхових тарифів та частки кожного страхувальника у створенні страхового фонду.* Методологія актуарних розрахунків ґрунтується на застосуванні теорії ймовірностей, демографічної статистики та довгострокових фінансових обчисленнях інвестиційного доходу страховика» [2].

Таким чином, «актуарні розрахунки дозволяють визначати собівартість та вартість страхової послуги, а також частку кожного страхувальника у формуванні страхового фонду. Форму, в якій розраховуються витрати на проведення певного виду страхування, називають страховою (актуарною) калькуляцією» [2].

«Актуарні розрахунки у страховій справі ґрунтуються на таких ***засадах:***

страхові події мають імовірний характер, що мусить впливати на величину страхових платежів;

загальна закономірність тут проявляється через сукупність відокремлених страхових випадків, що зумовлює необхідність розрахунку собівартості страхової послуги стосовно всієї страхової сукупності;

нерівномірність та імовірний характер подій, що підлягають страхуванню, зумовлюють необхідність формування спеціальних резервів, які перебувають в розпорядженні страховика, а також визначення їх оптимального розміру;

необхідність прогнозування сторнування (зменшення страхового портфеля) договорів та експертного оцінювання їх величини;

необхідність дослідження норми позичкового процента впродовж певного проміжку часу та виявлення тенденцій його руху;

наявність повного або часткового збитку, пов’язаного зі страховим випадком, зумовлює необхідність вимірювання його величини та здійснення його розподілу в просторі та в часі за допомогою спеціальних таблиць;

необхідність дотримання еквівалентності між страховими внесками страхувальника та страховим забезпеченням з боку страховика;

потреба у виділенні групи ризику в межах даної страхової сукупності» [2].

Основні завдання, які вирішуються за допомогою актуарних розрахунків:

- обчислення математичної ймовірності настання страхового випадку;
- визначення частоти і ступеня тяжкості наслідків заподіяної шкоди;
- визначення собівартості страхової послуги;
- розрахунок тарифу за конкретним видом страхування;
- математичне обґрунтування необхідних резервних фондів страховика.

Актуарні розрахунки базуються на даних страхової статистики: натуральних і вартісних показниках. Її дані служать для прогнозування статистичної ймовірності страхового ризику. Аналіз отриманої інформації дозволяє передбачити майбутній розмір збитку.

«Актуарні розрахунки класифікуються за такими ознаками:

1. За галузями страхування розрізняють:

а) актуарні розрахунки в майновому страхуванні;

б) актуарні розрахунки в особистому страхуванні;

в) актуарні розрахунки в страхуванні відповідальності» [2].

У майновому страхуванні у зв'язку зі значним коливанням ризику актуарні розрахунки передбачають визначення ***надбавки за ризик***. Ця надбавка, як правило, не визначається при актуарних розрахунках за особистим страхуванням, де ризик більш-менш рівномірний;

2. В залежності від часу складання розрізняють:

а) планові;

б) фактичні.

«Фактичні актуарні розрахунки коригують страховий тариф на підставі зібраної страхової статистики» [2].

3. «За територією дії:

а) місцеві актуарні розрахунки;

б) регіональні актуарні розрахунки;

в) розрахунки, що використовуються на рівні національного страхового ринку» [2].

Аналізуючи щорічні статистичні дані, страховик має можливість виявляти позитивні і негативні фактори, що впливають на роботу страхових організацій.

3. Страховий тариф: сутність, структура, методи розрахунку

Страховий тариф – *«це ставка внеску з одиниці страхової суми. За економічним змістом - це ціна страхового ризику Синонімами страхового тарифу є терміни брутто - ставка і брутто – тариф»* [2].

Структура брутто - ставки показана на рис. 3.1.

«Собівартість страхової послуги – це нетто - ставка + витрати на ведення справи. Витрати на ведення справи охоплюють аквізиційні, інкасаційні, ліквідаційні, організаційні та управлінські витрати» [2].

Аквізиційні витрати – «виробничі витрати страхової організації, пов'язані із залученням нових страхувальників та укладанням нових договорів

страхування за посередництвом страхових агентів» [2].

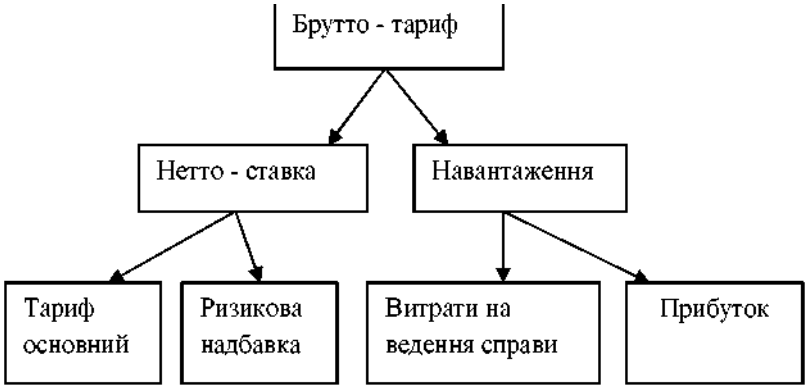

Рис. 3.1 - Структура брутто – ставки

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Інкасаційні витрати – витрати, пов'язані з обслуговуванням готівкового обороту надходження страхових платежів. Це витрати на виготовлення бланків квитанцій про прийом страхових платежів та облікових реєстрів (відомостей, довідок тощо)» [2].

«Ліквідаційні витрати – витрати з ліквідації збитків, нанесених страховою подією (заробітна плата осіб, які займаються ліквідацією збитків, судові витрати, поштово-телеграфні витрати і витрати, пов'язані з виплатою страхового відшкодування)» [2].

«Організаційні витрати пов'язані із заснуванням страхового товариства. їх відносять до активів страховика, бо вони є інвестиціями» [2].

«Поняття «постійні витрати на ведення справи» та «змінні витрати на ведення справи» застосовують в актуарних розрахунках за договорами страхування терміном дії понад один рік» [2].

«Управлінські витрати поділяють на загальні витрати управління та витрати управління майном. Страхові тарифи встановлюються у відсотках від страхової суми або в твердих ставках з одиниці страхової суми (зі 100 грн.). Для розрахунку страхових тарифів на добровільні види страхування страховики використовують послуги актуаріїв» [2].

«Актуарій – спеціаліст з оцінки ризиків, фінансовий аналітик і консультант у сфері страхування. Офіційно вповноважена особа, яка має відповідну фахову підготовку та обчислює страхові тарифи. На актуарія покладається відповідальність за те, щоб страхові фонди були достатніми на той момент, коли страховику доведеться виконувати свої зобов'язання за договорами страхування» [2].

«Актуарії – це багатосторонні стратеги-аналітики, добре вишколені в теорії і застосуванні таких галузей науки як математика, статистика, економіка, теорія ймовірностей і фінанси. Їх називають фінансовими архітекторами і соціальними математиками, тому що виняткове поєднання їх аналітичних і бізнесових навичок використовується у цілому світі для розв'язання зростаючих фінансових і соціальних проблем» [2].

З метою зниження вартості страхових послуг і власних витрат страховика на врегулювання збитків застосовують франшизу (від фр. Franchise - пільга, привілей) - частина збитку, що залишається на утриманні страхувальника. Застосовуються кілька видів франшизи: безумовна, що віднімається з усіх страхових виплат; умовна, при якій збитки не більше франшизи не відшкодовуються страховиком, тимчасова (відшкодування по страховому випадку не відбувається, якщо страхова подія настав до обумовленого терміну), динамічна (сума відшкодування може змінюватися в залежності від кількості страхових подій, при цьому збиток по першому випадку зазвичай відшкодовується повністю, а при наступних із суми віднімаються певні відсотки), висока, суть якої полягає в тому, що спочатку страховик відшкодовує збиток в повному об'ємі і відразу, а після відновлення майна він отримує від страхувальника компенсацію в розмірі франшизи.

4. Методичні основи розрахунку страхових тарифів у сфері загального страхування.

Для розрахунку страхового тарифу актуарії використовують **ряд методів:**

1. На основі теорії ймовірності, математичної статистики та стійких часових рядів (найбільш поширений).
2. Метод, що заснований на експертних оцінках.
3. «За аналогією до інших об’єктів» [2].

«Розрахунок страхового тарифу за першим методом складається із декількох етапів:

1. Визначення тарифу основного (T_0)» [2]:

$$T_0 = P \times K \times 100 \quad (3.1)$$

де Р - ймовірність страхової події. Розраховується як співвідношення кількості страхових виплат (Кв), здійснених за тарифний період і кількості укладених договорів страхування (Кд);

К - коефіцієнт ймовірності збитку. Розраховується як співвідношення середньої страхової виплати (Св) на один пошкоджений (знищений об’єкт) і середньої страхової суми (Сс) на один застрахований об’єкт:

100 - одиниця страхової суми (100 грн).

$$T_0 = \frac{K_в}{K_д} \times \frac{C_в}{C_c} \times 100 \quad (3.2)$$

Добуток величин, наведених у числівнику, відображає загальну суму страхових виплат (СВ), що ймовірно можуть бути здійснені за рік. У знаменнику наведені величині дадуть добуток загальної страхової суми всіх застрахованих об’єктів (СС).

$$T_0 = \frac{CB}{CC} \times 100 \quad (3.3)$$

Результатом ділення ймовірних страхових виплат на страхову суму всіх застрахованих об’єктів є показник збитковості страхової суми (Зсс). Він свідчить про те, скільки копійок страхової виплати припадає на 1 гривню страхової суми

і є мінімальним внеском страхувальника, що йде на покриття ризику.

$$T_0 = З_{сс} \times 100 \quad (3.4)$$

2. «Визначення ризикової надбавки (Рн) [2]:

$$P_н = T_0 \times \alpha(y) \times \sqrt{\frac{1}{P \times K_л}} \times \left(1 - P + \left(\frac{R_k}{C_в}\right)^2\right) \quad (3.5)$$

де Т0 - основна ставка страхового тарифу, %;

α (у) - коефіцієнт гарантії безпеки страхового фонду (визначається за математичними таблицями);

Р - ймовірність страхової події;

Кд - кількість укладених договорів страхування;

Rк - показник розсіювання страхових виплат від середнього рівня, грн.;

Св - середній рівень страхових виплат, грн.

За умови, що показник розсіювання страхових виплат відсутній, ризикову надбавку рекомендовано визначати у такий спосіб:

$$P_н = 1{,}2 \times T_0 \times \alpha(y) \times \sqrt{\frac{1-P}{P \times K_д}} \quad (3.6)$$

3. Визначення нетто - ставки (Нс)» [2]:

Нс= Т0 + Рн

4. «Визначення витрат на ведення справи. Відсоток витрат здебільшого відповідає емпіричній величині, що склалася за попередні періоди» [2].

5. «Обчислення брутто - ставки (Бс)» [2]:

$$Б_c = \frac{H_c \times 100}{100 - H} \quad (3.7)$$

5. Показники страхової статистики та їх вплив на величину страхових тарифів

«Показники страхової статистики необхідні для адекватного визначення страхових тарифів і коригування їх в процесі поточної діяльності. Розрізняють абсолютні та відносні показники. Абсолютні показники накопичуються страховими компаніями в процесі діяльності. За джерело інформації слугують договори страхування, що втратили свою чинність і пройшли архівну обробку» [4].

«До абсолютних показників відносять:

1. n - число застрахованих об’єктів (кількість укладених договорів страхування);
2. e - число страхових подій;
3. m - число пошкоджених (знищених) об’єктів;
4. ΣСП - сума зібраних страхових платежів;
5. ΣСВ - сума виплат страхових відшкодувань;
6. ΣСС*n* - страхова сума за всіма застрахованими об’єктами;
7. ΣСС*m* - страхова сума за всіма об’єктами, що були пошкоджені чи знищені. Відносні показники розраховуються на основі абсолютних» [1].

«Розглянемо найважливіші з них [1]:

1. Частота страхових подій: $Ч_{сп} = \frac{e}{n}$; Чсп< 1. (3.8)

Показує скільки страхових подій припадає на один застрахований об'єкт [1].

2. Коефіцієнт кумуляції ризику: $К_{кр} = \frac{m}{n}$; Ккр min=1 (3.9)

Показує скільки страхових випадків тягне за собою одна страхова подія» [1].

3. Частота збитку: *Чз=Чсп х Ккр*; *Чзмах = 1.* (3.10)

«Показує, яка частка пошкоджених (знищених) об'єктів припадає на один застрахований об'єкт» [1].

4. Складність збитку: $C_з = \frac{\sum СВ}{m} \div \frac{\sum СС_п}{n}$ (3.11)

«Показує, яка частина страхової суми знищена страховою виплатою» [1].

5. Збитковість страхової суми:

$$З_{сс} = Ч_{сп} \times Ч_з \times С_з = \frac{в}{n} \times \frac{m}{в} \times \frac{\sum СВ}{m} \times \frac{n}{\sum СС_п} = \frac{\sum СВ}{\sum СС_п} \quad (3.12)$$

«Збитковість страхової суми (ймовірність збитку) показує скільки копійок страхової виплати припадає на одну гривню страхової суми всіх застрахованих об'єктів. Можна також розглядати як міру величини ризикової премії» [1].

6. Коефіцієнт збитковості: $К_з = \frac{\sum СВ}{\sum СС_т}$; Кз≤ 1. (3.13)

«Значення коефіцієнта збитковості не може перевищувати одиницю. Це б означало знищення застрахованих об'єктів більше одного разу» [1].

7. Норма прибутковості: $Н_п = \frac{\sum СП}{\sum СВ}$ (3.14)

«Може бути менше, більше чи дорівнювати одиниці. Величина норми прибутковості свідчить про міру перевищення рівня страхових премій над страховими виплатами» [1].

8. Норма збитковості: $Н_з = \frac{1}{Н_П} = \frac{\sum СП}{\sum СВ}$ (3.15)

«Величина норми збитковості свідчить про фінансову стабільність певного виду страхування» [1].

9. «Середня страхова сума, що приходиться на один застрахований об'єкт:

$$\overline{СС_п} = \frac{\sum СС_п}{n} \quad (3.16)$$

є довільною величиною» [1].

10. «Середня страхова сума, що приходиться на один пошкоджений (знищений) об'єкт:

$$\overline{CC_m} = \frac{\sum CC_m}{m} \qquad (3.17)$$

є довільною величиною» [1].

«Розрахунок середніх страхових сум має практичне значення. На їх основі обчислюється показник складності ризику, що дозволяє оцінити і переоцінити частоту страхової події» [1].

11.Складність ризику: $C_p = \overline{CC_m} \div \overline{CC_n}$ (3.18)

6. Сутність та різновиди страхових премій

«Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) - плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування. Страхова премія математично обчислюється як добуток страхової суми на страховий тариф» [1].

Базилевич В.Д. пропонує «використовувати для класифікації страхових премій різні ознаки. Розглянемо їх більш докладно» [5].

«З економічної точки зору страхова премія - це частина національного доходу країни. **З юридичної точки зору страхова премія** - є грошовим виразом зобов'язань страхувальника. **З математичної точки зору страхова премія** - набуває форми періодично повторювального платежу» [5].

«Страхові премії класифікують:

1. за призначенням;
2. за характером ризиків;
3. за формою сплати;
4. за часом сплати;
5. за способом відображення балансів;
6. за способом нарахування;
7. за величиною» [5].

1) «За призначенням страхову премію поділяють на:

* ризикову премію;

* заощаджувальний внесок (ризикова надбавка);

* достатній внесок;

* брутто-премія» [5].

«Ризикова премія - *це чиста нетто-премія»* [5].

«Заощаджувальний внесок має покрити всі платежі страхувальника до закінчення терміну страхування. Використовується тільки в страхуванні життя. В загальному страхуванні розраховується ризикова надбавка» [5].

«Достатній внесок складається з чистої нетто-премії, заощаджувального внеску і витрат на ведення справи» [5].

«Брутто-премія покриває всі витрати страховика і прибуток» [5].

2) За характером ризиків страхові премії поділяються на [5]***:***

* натуральну - дорівнює ризиковій премії і відповідає характеру розвитку ризику. Із зростанням ступеню ризику премія змінюється;

* постійну премія - є незмінною і властива сталим ризиком.

3) «За формою сплати розрізняють

* одноразові;

* поточні;

* річні;

* розстрочені страхові премії» [5].

«Одноразова премія вноситься одразу на весь період страхування. **Поточна** премія є частиною одноразової. **Річні премії** використовуються в загальному страхуванні. Цей внесок є неподільним в більшості випадків. **Розстрочені** премії вносять щомісячно, щоквартально в залежності від економічного стану страхувальника» [5].

4) «За часом сплати розрізняють:

* авансовий внесок, що за економічним змістом тотожний річному внеску;

* попередня премія - це внесок заощаджувального характеру до настання терміну його сплати. На попередні внески нараховуються відсотки і вони мають місце тільки у страхуванні життя» [5].

5) «За способом відображення у балансі розрізняють:

* перехідну страхову премію;

* результативну;

* ефективну» [5].

«Перехідна премія утворюється внаслідок незбігання терміну страхування і календарного року. **Результативна премія** визначається як різниця між страховою премією і перехідною премією. **Ефективна премія** - *це сума всіх зібраних страховою компанією платежів»* [5].

6) За способом нарахування розрізняють:

* індивідуальну премію;

* середню премію;

* ступеневу премію.

«Індивідуальна премія враховує індивідуальні особливості ризику і об'єкта страхування. **Ступенева премія** залежить від ступеня розвитку ризику. **Середня премія** розраховується як середня величина» [5].

7) «За величиною розрізняють:

– необхідну страхову премію;

– справедливу страхову премію;

– конкурентну страхову премію» [5].

«Необхідна страхова премія має покрити всі витрати страховика, пов'язані із веденням справи і виплатою страхових сум і страхового відшкодування. **Справедлива премія** відображає еквівалентність зобов'язань (ЕСП = ЕСВ). **Конкурентна премія** враховує розміри страхових премій конкурентів» [5].

Питання для самоперевірки

1. «Дайте визначення страхового ризику
2. Назвіть основні ознаки страхового ризику.
3. У чому полягає різниця між страховими та нестраховими ризиками?
4. Чому необхідно класифікувати страхові ризики?

5. Назвіть основні методи оцінювання ризику.
6. З якою метою необхідно оцінювати страхові ризики?
7. Що таке страховий тариф?
8. Що являє собою брутто-ставка?» [2]

ЛЕКЦІЯ №4

ТЕМА 4
СТРАХОВИЙ РИНОК

ЗМІСТ ТЕМИ

1. **Загальна характеристика страхового ринку і його структури.**
2. **Страхова компанія як суб'єкт страхового ринку.**
3. **Державне регулювання страхової діяльності в Україні.**

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 19]

Основні терміни і поняття: «страховий ринок, андерайтер, сюрвейер, аварійний комісар, диспашер, страховий продукт, страховий агент, страховий брокер, аквізиція, страховий маркетинг, страховий договір, інфраструктура страхового ринку, правила страхування, страхувальник, страховик, представництво, агентство, філія, кептивні страхові компанії, система державного регулювання страхової діяльності, товариство взаємного страхування, страховий пул, страхове бюро, Ліга страхових організацій України» [2].

1. Загальна характеристика страхового ринку і його структури

«В умовах розвитку ринкових відносин, зростання конкуренції великого значення набувають питання убезпечення функціонування господарюючих суб'єктів від наявних і потенційних загроз, створення дієвої системи їх захисту від впливу можливих негативних факторів. Багато в чому вирішенню цієї проблеми сприяє формування досконалого, фінансово стійкого страхового ринку» [1].

В широкому розумінні страховий ринок являє собою «всю сукупність економічних відносин з приводу купівлі-продажу страхових послуг, тобто ринок забезпечує органічний зв'язок між страховиками і страхувальниками і тут здійснюється обов'язкове визнання страхової послуги як товару страхового ринку. При цьому необхідною умовою існування страхового ринку є наявність суспільної потреби на страховиків, які можуть задовольнити ці потреби. Об'єктивною основою страхового ринку є виникнення в процесі відтворення необхідності надання грошової допомоги потерпілим у випадку настання непередбачених подій. При цьому основним економічними законами функціонування страхового ринку є закони попиту і пропозиції» [1].

«В економічній системі Україні страховий ринок згідно з вимогами Закону «Про фінансові послуги і державне регулювання ринків фінансових послуг» відноситься саме до ринку фінансових послуг» [1].

«Ринки фінансових послуг – сфера діяльності учасників ринків фінансових послуг з метою надання та споживання певних фінансових послуг. До ринків фінансових послуг належать професійні послуги на ринках банківських послуг, страхових послуг, інвестиційних послуг, операцій з цінними паперами та інших видах ринків, що забезпечують обіг фінансових активів (стаття 1 закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»)» [1].

Учасники страхового ринку України представлені на рисунку 4.1.

Рис. 4.1 - Учасники страхового ринку України

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Структура страхового ринку являє собою складну теоретичну проблему. Залежно від критерію аналізу визначають інституціональну, територіальну галузеву і організаційну структури страхового ринку. Багатоаспектний аналіз структурованості страхового ринку вимагає розгляду кожної із названих структур» [1]

«Інституціональна структура ґрунтується на розмежуванні приватної, публічної або комбінованої форм власності, на якій створюється страхова організація. Вона може бути представлена акціонерними, корпоративними, взаємними, державними страховими компаніями» [1].

«У ***територіальному аспекті*** виділяють місцевий (регіональний), національний (внутрішній) та світовий (зовнішній) страхові ринки. *Місцевий* (регіональний) ринок задовольняє страхові інтереси регіону; *національний* — інтереси, що переросли межі регіону і розширились до рівня нації (держави), *світовий* — задовольняє попит на страхові послуги в масштабі світового господарства» [2].

«За галузевою ознакою виділяють ринки *особистого* та *майнового страхування* і страхування відповідальності. Кожна з названих ланок має свою

структуру (сегментацію)» [1].

Організаційна структура страхового ринку може бути представлена так.

1. «Страхова компанія, де відбувається формування страхового фонду і переплітаються індивідуальні, колективні та групові інтереси. Свої стосунки з іншими страховиками економічно відокремлені страхові компанії будують на основі співстрахування та перестрахування. Крім того страхова компанія може бути заснована промисловими, торговельними, банківськими та іншими структурами з метою задоволення їхніх потреб у страхових послугах. Створена у такий спосіб страхова компанія називається ***кептивною»*** [1]**.**

2. «Страхові компанії можуть утворювати ***громадські об'єднання*** у формі спілок, ліг, асоціацій для координації діяльності, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм, якщо їх утворення не суперечить законодавству України. Вони не мають права займатися страховою діяльністю» [1].

3. «Товариства взаємного страхування — юридичні особи — страховики, створені відповідно до Закону України «Про страхування» з метою страхування ризиків цього товариства. Сплата страхового платежу здійснюється за рахунок чистого прибутку, що залишається у розпорядженні членів товариства, крім випадків, передбачених законодавством України» [3].

4. Страхові посередники, якими є *страхові агенти та страхові брокери.*

«Страхові агенти — громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності (укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт, пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування). Страхові агенти є представниками страховика і діють в його інтересах за комісійну винагороду на підставі договору із страховиком» [3].

«Страхові брокери — громадяни або юридичні особи, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності і здійснюють посередницьку діяльність на страховому ринку за винагороду від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика. Страхові брокери — громадяни, які не мають права отримувати та перераховувати страхові платежі, страхові виплати та виплати страхового відшкодування» [3].

5. «Перестрахувальні компанії (перестраховики) — організації, які не виконують прямих страхових операцій, а приймають у перестрахування ризики інших страховиків і можуть передавати частину з них у ретроцесію» [3].

6. «Перестрахові брокери — юридичні особи, які здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у перестрахуванні від свого імені на підставі брокерської угоди із страховиком, який має потребу у перестрахуванні як посередник» [3].

7. «Професійні об'єднання страхових компаній. Основні серед них – страхові бюро і страхові пули» [1].

«Страховий пул – добровільне об'єднання страхових компаній для спільного страхування певних ризиків, що не є не є юридичною особою. Він створюється на підставі угоди між зазначеними компаніями з метою забезпечення фінансової стійкості страхових операцій на умовах солідарної відповідальності за виконання зобов'язань за договорами страхування.

Наголосимо, що **пул** — це неприбуткова організація, яка утримується лише за рахунок внесків його членів та не провадить підприємницької діяльності» [1].

На сьогодні в Україні функціонує декілька *страхових бюро*.

Авіаційне страхове бюро – «об'єднання страховиків, які мають право здійснювати обов'язкове авіаційне страхування цивільної авіації. **Авіаційне страхове бюро (АСБ)** створено у відповідності до Закону України «Про страхування», Повітряного Кодексу України постановою Кабінету Міністрів України «Про порядок утворення та державної реєстрації Авіаційного страхового бюро і Морського страхового бюро» №561 від 27 квітня 1998 р» [1]

«Моторне (транспортне) страхове бюро — юридична особа, яка утримується за рахунок коштів страховиків, котрим дозволено займатися страхуванням відповідальності власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам, та за умовами, передбаченими міжнародними договорами України щодо вказаного виду страхування» [2].

«Морське страхове бюро є об'єднанням страховиків, які мають дозвіл (ліцензію) на здійснення морського страхування, діє на підставі Положення про Морське страхове бюро, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 27 квітня 1998 року №561 «Про порядок утворення та державної реєстрації Авіаційного страхового бюро і Морського страхового бюро України» та Установчого договору Морського страхового бюро і є неприбутковою організацією» [1].

8. «Професійні оцінювачі ризиків і збитків – актуарії, андерайтери, диспашери, аварійні комісари, сюрвеєри» [1]

«Андерайтер – висококваліфікована і відповідальна особа страховика, уповноважена виконати необхідні процедури по розгляду пропозицій і прийняттю ризиків на страхування (перестрахування). Андерайтер оформляє страхові поліси, оцінює ризик, визначає ставки премій та інші умови страхування» [3].

«Сюрвеєр – інспектор або агент страховика, який здійснює огляд застрахованого майна (суден, вантажів) і дає висновок щодо їх стану, розміру, пошкодження у разі аварій тощо» [3].

Аварійний комісар – особа, яка встановлює причини настання страхового випадку і визначає розмір збитків, а також відповідає наступним кваліфікаційним вимогам:

1.Наявність вищої освіти й кваліфікації бакалавра, фахівця або магістра відповідно до напрямку діяльності;

2. Необхідність спеціальної кваліфікації (знань для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку й визначення розміру збитку), підтвердженої свідоцтвом (сертифікатом) навчального закладу, який здійснює підготовку аварійних комісарів відповідно до ліцензії Міносвіти на право здійснення освітньої діяльності;

3. «Стаж практичної діяльності за фахом не менше трьох років» [3].

«Диспашер – спеціаліст з розрахунків аварій та розподілу загальної аварії між учасниками морського перевезення. Інша назва диспашера – аджастер» [1].

9. «Спеціальний Уповноважений орган у справах нагляду за страховою

діяльністю, який здійснює нагляд з боку держави з метою дотримання вимог учасниками страхового ринку законодавства про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків та захисту інтересів страхувальників» [1].

Таким чином, «страховий ринок являє собою складну, багатофакторну, динамічну, відповідним чином структуровану систему. Ця система реально функціонує, отже, відповідно взаємодіють усі складові страхового ринку, котрий можна розглядати як єдність внутрішньо організованої системи та зовнішнього стосовно до цієї системи оточення» [1].

«До внутрішньої структури страхового ринку відносять:

– страхові послуги;

– систему організації продажів страхових полісів та формування попиту на страхові послуги;

– гнучку систему тарифів (ціни, пільги, знижки, націнки, штрафи, пеня тощо);

– власну інфраструктуру страховика (агентства, контори, філіали, представництва, канали комерційного зв'язку);

– матеріальні та фінансові ресурси, що визначають становище страховика;

– трудові ресурси страхової компанії;

– фінансове становище страхової компанії та довіру до неї з боку фінансових інститутів; ліквідність страхового фонду» [1].

«Страхова послуга – продукт праці колективу страхової компанії, що задовольняє потребу страхувальника у безпеці в обмін на грошовий еквівалент у формі страхової премії» [3].

«Купівля-продаж страхових послуг оформляється страховим договором, а підтвердженням цього акту є страхове свідоцтво (поліс), виданий покупцеві (страхувальнику) продавцем (страховиком). Перелік видів страхування є асортиментом страхових послуг, що регулюється Законом України «Про страхування» в частині встановлення переліку добровільних і обов'язкових видів страхування» [1].

У главі 67 «Страхування» Цивільного кодексу України (стаття 979 «Договір страхування») законодавець констатує, «що за договором страхування одна сторона (страховик) зобов'язується у разі настання певної події (страхового випадку) виплатити другій стороні (страхувальникові) або іншій особі, визначеній у договорі, грошову суму (страхову виплату), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови договору. Щодо страхового полісу, то це документ встановленого зразка, який видається страховиком страхувальникові, посвідчує укладений договір страхування та містить основні його умови. Договір страхування відноситься до реальних договорів. Ця обставина пояснюється тим, що він набуде чинності з моменту внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не встановлено договором» [1].

«Усі елементи внутрішньої структури страхового ринку взаємопов'язані. Вплив на один із них спричиняє дію в інших. Тому управлінському складу

страхової компанії важливо враховувати взаємодію цих елементів і узгоджувати їх із зовнішнім середовищем» [1].

«Зовнішнє середовище страхового ринку складається з елементів, якими страховик може управляти, та з тих, на які він впливати не може, але повинен враховувати їх у своїй діяльності» [1].

«До складових, на які страховик може впливати, належать:

– ринковий попит;
– конкуренція;
– інфраструктура страхового ринку (правове і нормативне забезпечення, інформаційна та аудиторська мережа, наукове обслуговування, кадри, система організації професійної освіти, професійна етика і мова)» [1].

«До складових, на які страховик впливати не може, входять: чисельність населення, його вікова та статева структури; сезонні міграції; купівельна спроможність населення і т. ін. Процес формування ринку страхових послуг в Україні доцільно розглядати через закони ринку, зокрема через попит і пропозицію в умовах соціально-економічного розвитку України» [2].

«Попит на страхову послугу являє собою суму коштів, яку потенційні страхувальники готові витратити на задоволення своїх потреб у захисті майнових інтересів, пов'язаних з їх життям, здоров'ям, майном та відповідальністю з метою убезпечення від можливих збитків при даних цінах на страхові послуги. На обсяг попиту на страхові послуги впливають такі фактори» [1]:

1) «потреба населення та суб'єктів господарювання в страховому захисті;
2) купівельна спроможність потенційних страхувальників» [1].

«Пропозицією на ринку страхових послуг правомірно вважати діяльність страховиків щодо розроблення та реалізації страхових послуг, які здатні задовольнити потреби в страховому захисті потенційних страхувальників та відповідають їх купівельній спроможності» [1].

«Фактори, котрі впливають на зміни в попиті на страхові послуги та їх пропозицію на загальнодержавному рівні представлені в таблиці 4.1» [1]

Таблиця 4.1 - **Загальнодержавні фактори розвитку страхового ринку**

Фактори впливу на зміну попиту на страхові послуги	***Фактори впливу на зміну пропозиції страхових послуг***
• Рівень розвитку економіки • Стабільність національної валюти • Запровадження обов'язкових видів страхування з використанням системи контролю за їх здійсненням	• Ступінь розвитку страхового законодавства • Кількість страхових компаній на ринку страхових послуг
• Зміна у величині доходу потенційних страхувальників Наявність позитивної чи негативної мотивації у потенційних страхувальників • Страхова культура населення • Ступінь довіри населення до страхового бізнесу	• Рівень капіталізації та обсяги страхових резервів вітчизняних страхових компаній • Кількість видів обов'язкового страхування • Пенсійна реформа • Податкові переваги перед іншими секторами економіки

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Доведено, що в сучасних умовах економічного розвитку України формування ринку страхових послуг визначається впливом на нього як загальнонаціональних, так і регіональних факторів. Виходячи з цього, можна виділити фактори зміни попиту й пропозиції на страховому ринку України на регіональному рівні (табл. 4.2)» [1].

«Отже, страховий ринок - це відкрита система, здатна до розширення та звуження, залежна як від загальної економічної ситуації в країні, так і від активності страховика» [1].

Таблиця 4.2 - **Регіональні фактори розвитку страхового ринку**

Фактори впливу на зміну попиту на страхові послуги	***Фактори впливу на зміну пропозиції страхових послуг***
• Чисельність населення регіону та його сезонні міграції • Наявність суб'єктів господарювання з ризиковим характером виробництва й об'єктів підвищеної небезпеки в регіоні • Кількість великих промислових підприємств та підприємств малого і середнього бізнесу в регіоні • Розвиток транспортної інфраструктури залежно від виду транспорту, котрий переважає в регіоні (залізничний, автомобільний, морський, авіаційний, трубопровідний) • Особливості клімату та ландшафту регіону • Наявність у регіоні розвиненої мережі підприємств туристичного бізнесу, котрі пропонують активні види відпочинку (гірськолижний спорт, дайвінг, альпінізм) • Розвиненість кредитного ринку регіону	• Кількість страхових компаній та структурних підрозділів страховиків, котрі діють у регіоні • Розвиненість регіональної агентської мережі страхових компаній і їх структурних підрозділів • Наявність у регіоні кваліфікованих страхових брокерів • Розроблення страховими компаніями регіональних програм з окремих видів страхових послуг та їх реалізація • Достатня кількість кваліфікованого персоналу страхових компаній у регіоні • Проведення страховими компаніями ефективного страхового маркетингу з метою виявлення нових каналів реалізації страхових послуг у регіоні • Диверсифікація страхових послуг

*Джерело: складено автором на основі [1]

2. Страхова компанія як суб'єкт страхового ринку

«Страховик - *це організація, котра згідно з отриманою ліцензією бере на себе за певну плату зобов'язання у разі настання страхового випадку відшкодувати страхувальникові чи особам, яких він назвав, завданий збиток або виплатити страхову суму»* [3]

«Предметом безпосередньо діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням та розміщенням страхових резервів і їх управлінням» [3].

Законом України «Про страхування» встановлено, що страховиками визнаються фінансові установи:

- «які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або

товариств з додатковою відповідальністю згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом Україні «Про страхування», а також ті, що одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Учасників страховика має бути не менше трьох. зареєстровані Уповноваженим органом відповідно до цього Закону та законодавства України постійні представництва у формі філій іноземних страхових компаній, які також одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності (далі - філії страховиків-нерезидентів)» [3].

«*За формою власності* страховики можуть бути державними і приватними [3]».

«*За характером роботи* страховики поділяються на три групи:

1) такі, що страхують життя;

2) здійснюють інші види страхування;

3) надають виключно перестрахувальні послуги» [3].

«Державні (публічні) страховики створюються, як правило, від імені уряду, який ними й керує» [1].

«Серед приватних страховиків у світовій практиці є індивідуальні особи, акціонерні та інші страхові товариства. Співвідношення між державними і приватними формами страховиків за лежить від суспільного устрою країни та економічної політики держави» [1].

«У переліку дозволених в Україні форм страхових організацій відсутні товариства з обмеженою відповідальністю (ТОВ)» [1].

«Поширенням міжнародної ринкової термінології у нашій країні пояснюється те, що страховика часто називають компанією, а не страховою організацією» [1].

«*За спеціалізацією* виділяють такі страхові компанії:

1. страховики зі страхування життя, котрі спеціалізуються на страхуванні життя;

2. страховики з ризикового (загального) страхування, які здійснюють усі види страхування крім страхування життя;

3. перестраховики, котрі не здійснюють прямих страхових операцій, а беруть на страхування ризики інших страховиків» [1].

«*За капіталізацією* виділяють: великі; середні та малі страхові компанії»[1].

«В Україні, як і в багатьох інших державах, основу страхової системи становлять компанії у вигляді акціонерних товариств» [1].

«Порядок створення нових або реорганізації існуючих страхових компаній регулюється як загальними законами, так і законодавством, що стосується особливостей страхової діяльності. Процес створення страхової компанії можна поділити на два етапи: формування юридичної особи (1 етап) і надання їй статусу страховика (2 етап). Безперечно, ці етапи тісно взаємозв’язані, що відбивається в установчих документах, розмірі статутного капіталу, визначенні сфер діяльності тощо» [1].

«На першому етапі формується підприємство як звичайна юридична особа, але потрібно врахувати вимоги до статутного капіталу страховиків. Відбувається

реєстрація новоствореної юридичної особи в державному реєстраційному органі, що підтверджується відповідним свідоцтвом. В подальшому необхідно стати на облік в управлінні статистики, державній податковій адміністрації, у фондах соціального страхування, отримати дозвіл на отримання печатки і штампу та виготовити їх, відкрити банківській рахунок, зареєструватись у Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг і отримати ліцензію» [1].

«Новостворена юридична особа статусу страховика набуде тільки після включення до Єдиного державного реєстру страхових (перестрахових) організацій України. Порядок реєстрації страховиків визначений «Положенням про єдиний реєстр фінансових установ» [1].

«Єдиний державний реєстр страховиків України — це система збору, обліку, нагромадження та зняття з реєстру даних, що стосуються ліцензування страхової діяльності та нагляду за страховою діяльністю страховиків. У реєстр заносяться дані про страховиків, які одержали ліцензію на здійснення страхової діяльності. Ліцензія є обов'язковою. Головним призначенням ліцензування страхової діяльності в Україні є перевірка підготовленості страхової компанії до страхової діяльності» [3].

«Порядок ліцензування та контролю за діяльністю страховиків визначений у Законі України «Про страхування» та в іншій нормативно законодавчій базі зі страхування» [1].

«Ліцензія на страхування - документ державного зразка, який засвідчує право фінансової установи здійснювати страхову діяльність з конкретного виду страхування протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов. Після отримання відповідної ліцензії в Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, страховик має право здійснювати страхову діяльність на всій території України» [3].

«Для отримання ліцензії на право здійснення страхової діяльності необхідно підготувати наступні документи:

►*з*аяву про видачу ліцензії;

►копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності або копію довідки про внесення до ЄДРПОУ), засвідчену нотаріально або органом, який видав оригінал документа;

►копії установчих документів, засвідчені в установленому законодавством порядку;

►довідки банків, що підтверджують розмір сплаченого статутного капіталу, або аудиторський висновок аудитора, внесеного до реєстру аудиторів, які можуть проводити аудиторські перевірки фінансових установ, щодо підтвердження формування та розміру сплаченого статутного капіталу, а також, щодо підтвердження перевищення вартості нетто-активів (чистих активів) над розміром статутного фонду на останню звітну дату, що передує поданню документів на отримання ліцензії. Для новостворених страхових компаній - довідки банків, що підтверджують розмір сплаченого статутного капіталу, або аудиторський висновок аудитора;

►довідку про фінансовий стан засновників страховика, підтверджену

аудитором (аудиторською фірмою);

►правила (умови) страхування;

►економічне обґрунтування запланованої страхової (перестрахувальної) діяльності;

►інформацію про учасників страховика;

►інформацію про голову виконавчого органу та його заступників, головного бухгалтера, копії їх документів про освіту;

►затверджені в установленому порядку правила проведення внутрішнього фінансового моніторингу;

►завірену заявником копію документа про призначення працівника, відповідального за проведення внутрішнього фінансового моніторингу» [3].

«Ліцензії на здійснення страхової діяльності є безстроковими» [3]**.**

3. Державне регулювання страхової діяльності в Україні

«У зв'язку з демонополізацією страхування в Україні органи державної влади й управління не здійснюють безпосереднього керівництва страховою діяльністю. До їх компетенції входить створення правового середовища для страхового ринку шляхом прийняття та видання законів, постанов, інструкцій та інших нормативних актів, а також здійснення контролю та нагляду за дотриманням законодавства у сфері страхування. До таких органів входять органи центральної виконавчої влади» [1].

«Відповідно до Закону України «Про страхування» (2001 р.) інститутами – регуляторами, що здійснюють інституційно-правове регулювання на страховому ринку визнані Ліга страхових організацій України, Моторне (транспортне) страхове бюро України, Авіаційне страхове бюро, Морське страхове бюро, Ядерний страховий пул» [3].

«До 2000 р. з боку держави наглядом і контролем у страхуванні займався Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю (Укрстрахнагляд), який був створений згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 14 березня 1993 р. з метою забезпечення реалізації державної страхової політики. Комітет підпорядковувався Кабінету Міністрів України» [1].

«З 2000 р. і до прийняття нової редакції Закону України «Про страхування» від 4 жовтня 2001 р. регулюванням страхової діяльності займався Департамент фінансових установ та ринків, який було створено при Міністерстві фінансів України. Структурні підрозділи Департаменту займались загальним регулюванням, законодавчим забезпеченням, ліцензуванням і контролем за небанківськими фінансовими установами, кредитними спілками, недержавними пенсійними фондами, інвестиційними компаніями, страховими організаціями. З прийняттям нової редакції Закону України «Про страхування» від 4 жовтня 2001 р. державний нагляд за страховою діяльністю на території України здійснюється уповноваженим органом та його органами на місцях» [1].

«Після 26 квітня 2003 року спеціально уповноваженим органом виконавчої влади у сфері страхування стала Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України, яка діяла відповідно до Положення «Про Державну

комісію з регулювання ринків фінансових послуг України», затвердженого Указом Президента України від 4 квітня 2003 року №292/2003» [1].

«Нині функції спеціально уповноваженого органу виконує **Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.** Свою діяльність Національна комісія здійснює відповідно до Положення про Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, затвердженого Указом Президента України від 23 листопада 2011 року №1070/2011, яким визначено організаційні та правові засади цієї діяльності. Відповідно до Положення, а також до Закону «Про фінансові послуги та держане регулювання у сфері ринків фінансових послуг» від 12 липня 2011 р. №2664-III, Нацкомфінпослуг є державним колегіальним органом, до складу якого входять: голова та шість членів комісії, призначення і звільнення яких здійснює Президент України» [7].

«Основними завданнями Комісії є проведення єдиної та ефективної державної політики у сфері надання фінансових послуг; розробка й реалізація стратегії розвитку ринків фінансових послуг; здійснення державного регулювання та нагляду за наданням фінансових послуг і додержанням законодавства в цій сфері; захист прав споживачів фінансових послуг шляхом застосування заходів впливу з метою запобігання порушенням законодавства на ринках фінансових послуг та їх припинення; узагальнення практики застосування законодавства України з питань функціонування ринків фінансових послуг, розробка і внесення пропозицій щодо його вдосконалення; запровадження визнаних на міжнародному рівні правил розвитку ринків фінансових послуг; сприяння інтеграції в європейський та світовий ринки фінансових послуг» [7].

«Розглянемо повноваження Комісії в частині нагляду за страховою діяльністю в Україні» [7]**.**

Комісія [7]***:***

1. «Визначає порядок реєстрації, ліцензування, ліквідації філій страховиків-нерезидентів, здійснення нагляду за їх діяльністю, а також застосування заходів впливу до них;
2. Здійснює реєстрацію філій страховиків-нерезидентів;
3. Визначає порядок реєстрації страхових та перестрахових брокерів, за винятком страхових та перестрахових брокерів - нерезидентів;
4. Затверджує форму повідомлення страхового та/або перестрахового брокера - нерезидента про намір провадити діяльність на території України;
5. Затверджує перелік посередницьких послуг у сфері страхування та перестрахування;
6. Визначає порядок формування статутного (складеного) капіталу страховика цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю;
7. Встановлює вимоги до гарантійного депозиту філій страховиків-нерезидентів;
8. Затверджує положення про централізовані страхові резервні фонди;
9. Встановлює методику формування страхових резервів із страхування

життя;

10. Встановлює правила формування, обліку та розміщення страхових резервів за видами страхування іншими, ніж страхування життя;

11. Встановлює обсяги страхових зобов'язань залежно від виду договору страхування життя, а також мінімальні строки дії договорів страхування життя;

12. Визначає порядок та умови ведення персоніфікованого (індивідуального) обліку договорів страхування життя;

13. Встановлює за погодженням із Національним банком України розміри кредитів, що можуть надаватися страховиками, які здійснюють страхування життя, порядок та умови їх видачі страхувальникам, які уклали договори страхування життя, а також порядок формування резерву для покриття можливих втрат;

14. Визначає кваліфікаційні вимоги до осіб, які мають право проводити актуарні розрахунки, видає їм відповідні свідоцтва та здійснює організаційно-методичне забезпечення таких розрахунків;

15. Визначає характеристики та класифікаційні ознаки видів добровільного страхування;

16. Реєструє під час видачі ліцензії на право здійснення відповідного виду страхування прийняті страховиком правила страхування для такого виду, а також зміни та/або доповнення до цих правил;

17. Здійснює контроль за платоспроможністю страховиків відповідно до взятих ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;

18. Встановлює особливості забезпечення правонаступництва щодо укладення договорів страхування в разі реорганізації страховика, затверджує методику визначення звичайної ціни страхового тарифу;

19. Встановлює вимоги до рейтингу фінансової надійності (стійкості) страховиків та пере-страховиків-нерезидентів;

20. Встановлює вимоги до порядку укладення договорів із страховиками-нерезидентами;

21. Визначає порядок провадження на території України посередницької діяльності з укладення договорів страхування із страховиками-нерезидентами та визначає відповідні вимоги;

22. Затверджує порядок реєстрації договорів перестрахування;

23. Визначає порядок підтвердження перестраховими брокерами здійснення за їхньою участю перестрахування у перестраховика-нерезидента, рейтинг фінансової надійності (стійкості) якого відповідає встановленим вимогам;

24. Переглядає з урахуванням рівня інфляції та індексу споживчих цін розміри лімітів відповідальності страховика за договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

25. Затверджує за поданням Моторного (транспортного) страхового бюро України:

25.1.Технічний опис, зразки, порядок замовлення, організації постачання, обліку типових полісів і зразки договорів обов'язкового страхування цивільно-

правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

25.2.Особливості укладання договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

25.3.Зразок і технічний опис спеціального знака, що видається страхувальнику при укладенні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, та порядок його заповнення і використання;

25.4.Положення про єдину централізовану базу даних щодо обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

Розмір базового страхового платежу та коригуючі коефіцієнти, що застосовуються під час обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

25.6.Максимальні розміри страхової виплати за договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну майну потерпілих, у разі оформлення документів про дорожньо-транспортну пригоду без участі уповноважених на те працівників Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ України;

25.7.Порядок реєстрації страхових агентів у Моторному (транспортному) страховому бюро України для здійснення посередницької діяльності з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

26. Визначає порядок укладання договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів у пунктах пропуску через державний кордон України;

27. Встановлює порядок залучення Моторним (транспортним) страховим бюро України аварійних комісарів, експертів або юридичних осіб, у штаті яких є аварійні комісари чи експерти, для визначення причин настання страхового випадку, розміру збитків та перевірки дій страховика;

28. Погоджує статут Моторного (транспортного) страхового бюро України;

29. Виконує функції Координаційної ради Моторного (транспортного) страхового бюро України у разі, коли повноважне засідання Координаційної ради не скликається протягом 120 днів або Координаційна рада не спроможна в установлений строк прийняти рішення з певного питання [7].

Комісія в межах своїх повноважень видає накази й розпорядження, які підлягають реєстрації в установленому законодавством порядку, а також є обов'язковими для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності й громадянами. Для розгляду наукових рекомендацій та інших пропозицій щодо виконання основних завдань за рішенням Нацкомфінпослуг може утворюватися Консультаційно-експертна рада, яка є постійно діючим на громадських засадах дорадчим органом, що бере участь в обговоренні проектів актів, які розробляються та/або розглядаються Нацкомфінпослуг. Склад

Консультаційно-експертної ради та положення про неї затверджуються Нацкомфінпослуг» [7].

«Для координації заходів, пов'язаних із проведенням консультацій з громадськістю та моніторингу врахування громадської думки, при Нацкомфінпослуг може утворюватися консультативно-дорадчий орган - громадська рада, яка діє на підставі положення, що затверджується Нацкомфінпослуг» [7].

«Крім Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, до системи державного регулювання страхового ринку також входять: Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Антимонопольний комітет, Національна комісія з цінних паперів і фондового ринку, Фіскальна служба України, Національний банк України, Державна служба України з питань регуляторної політики і розвитку підприємництва (регуляторна політика)» [7].

Питання для самоперевірки

1. «Що Ви розумієте під страховим ринком?
2. Назвіть основних учасників страхового ринку.
3. Що є товаром на страховому ринку?
4. Як формується попит на страхові послуги?
5. Що являє собою пропозиція страхових послуг?
6. Назвіть внутрішні фактори, які впливають на страховий ринок.
7. Чому страховик повинен враховувати в своїй діяльності зовнішні фактори, що впливають на розвиток страхового ринку?
8. Хто такі страхові посередники?
9. Назвіть основні загальнодержавні фактори розвитку страхового ринку України.
10. У чому полягають особливості розвитку сучасного страхового ринку України?» [2]

ЛЕКЦІЯ №5

ТЕМА 5
СТРАХОВА ОРГАНІЗАЦІЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Види страхових компаній і порядок їх створення. любой
2. Організаційна структура страхових компаній.
3. Органи управління страховою компанією та їхні функції.
4. Об'єднання страховиків та їх функції.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 26]

Основні терміни і поняття: «страхова компанія, акціонерне страхове товариство, командитне товариство, кептивні страхові компанії, товариства взаємного страхування, принципи побудови структури управління, представництва, агентства, філії страхової компанії, страхові об'єднання, Ліга страхових організацій України (ЛСОУ), Моторно-транспортне страхове бюро України (МТСБУ), Авіаційне страхове бюро України (АСБУ), Морське страхове бюро України (МСБУ), Ядерний страховий пул України (ЯСПУ)» [2].

1. Види страхових компаній і порядок їх створення

«У багатьох країнах світу страхова справа розглядається як окрема галузь економічної діяльності. До неї входять різноманітні за формами власності, видами страхування організації-страховики, посередницькі та інформаційно-консультаційні структури. Головне місце у страховій галузі належить страховикам» [1].

«Страховик — *це організація, котра згідно з отриманою ліцензією бере на себе за певну плату зобов'язання у разі настання страхового випадку відшкодувати страхувальникові чи особам, яких він назвав, завданий збиток або виплатити страхову суму»* [3].

«Сукупність страховиків, що функціонують у певному економічному середовищі, утворює страхову систему. Її головне завдання — надання страхових послуг» [7].

«*За формою власності* страховики можуть бути державними і приватними» [3].

«*За характером роботи* страховики поділяються на три групи:

1) такі, що страхують життя;

2) здійснюють інші види страхування;

3) надають виключно перестрахувальні послуги» [3].

«Державні (публічні) страховики створюються, як правило, від імені Уряду, який ними й керує» [3].

«Серед приватних страховиків у світовій практиці є індивідуальні особи, акціонерні та інші страхові товариства. Співвідношення між державними і приватними формами страховиків залежить від суспільного устрою країни та економічної політики держави» [7].

«Предметом безпосередньо діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням та розміщенням страхових резервів і їх управлінням. Страховики мають право займатися тільки тими видами страхування, що визначені в ліцензії. Страховики складають основу інституціональної та територіальної структури страхового ринку» [3].

«За інституціональною ознакою страхові компанії можуть бути створені як акціонерні товариства, товариства з додатковою відповідальністю, товариства з повною відповідальністю, командитні товариства та товариства взаємного страхування» [3].

У розвинених державах на акціонерних страхових товариствах побудована

вся страхова система. Страхові товариства бувають закритими і відкритими. У першому випадку розрахунок акцій відбувається між певними засновниками. У другому - акції знаходяться на продажу вторинного ринку цінних паперів.

Теоретично стати співвласником майна будь-якого відкритого акціонерного товариства може кожен, хто купить хоча б одну акцію, що легко зробити в режимі онлайн за кілька секунд. Але мати основне право голосу і повноваження будуть тільки ті акціонери, у яких кількісна частка акцій перевищить 50%, тобто, власники так званого контрольного пакета, вартість якого і визначає їх положення в компанії.

Дохід (прибуток) від продажу страхових продуктів акціонерного товариства розподіляється між акціонерами з урахуванням кількості та вартості акцій на руках у кожного з них, додатково кошти використовують для оплати податків і загального розвитку СК у всіх напрямках. У разі банкрутства матеріальна відповідальність акціонерів не перевищить суми їхнього внеску.

Різновиди страхових компаній

Державна страхова компанія створюється і контролюється державою. Майна таких форм організації страхового фонду є державною власністю. Кожна компанія, створена державою на такому рівні, є спробою втручання в діяльність ринку страхування країни. Сьогодні придбати поліс саме в державній компанії багато хто вважає єдино правильним рішенням.

Приватні страхові зазвичай належать одному приватній особі або групі осіб, частіше сім'ї. Така форма об'єднання є в своєму роді унікальним явищем, вартим довіри. Прикладом його може послужити англійська компанія страхування «Ллойд». В рамках компанії кожен страховик приймає страховку з розрахунку фінансового стану. Таким чином, сама компанія відмовляється від юридичної відповідальності за можливі претензії до індивідуальних страховикам в ході страхової діяльності.

Концерн - це кілька об'єднаних між собою компаній, діяльність яких заснована на централізації ряду функцій, включаючи фінансову, зовнішньоекономічну та інвестиційну діяльності.

Господарські асоціації - тандем страхової компанії та підприємства, об'єднаних для спільної діяльності. Учасники господарських асоціацій не поставлені в рамки дотримання строгих правил і обмежень, як це необхідно у випадку з концерном.

Консорціум - це тимчасові об'єднання страхових і виробничих компаній з метою реалізації великих проектів і програм на практиці.

Кептивні компанії - форми, створені для обслуговування корпоративних страхових інтересів господарюючих суб'єктів фінансово-промислових груп і засновників. Гідність кептивом - велика потенційна ємність сегмента страхового ринку, що обслуговується корпоративним страховиком.

«За територіальною ознакою страховиків можна поділити на: місцеві, регіональні, національні та міжнародні» [3].

«Досвід країн з розвиненим страховим ринком свідчить, що для успішного розвитку страховий бізнес потребує виходу за межі країни. Це вигідно для

страховиків, адже ризики територіально розподіляються, зростає обсяг продажу полісів та можливість одержання прибутку» [2].

«За спеціалізацією виділяють такі страхові компанії:

- страховики зі страхування життя, котрі спеціалізуються на страхуванні життя;
- страховики з ризикового (загального) страхування, які здійснюють усі види страхування крім страхування життя;
- перестраховики, котрі не здійснюють прямих страхових операцій, а беруть на страхування ризики інших страховиків.

За капіталізацією виділяють: великі; середні та малі страхові компанії. Страховика» [3].

2. Організаційна структура страхових компаній

Для виконання поставлених цілей в страховій компанії розробляється набір конкретних функцій управління і формується їх взаємозв'язок, тобто створюється організаційна структура страхової компанії. Структура управління створюється в умовах певного оточення, враховує розміри страхової компанії і її спеціалізацію. Виходячи з виділених функцій, розробляють положення про відділи та служби, а також посадові інструкції для персоналу. Положення та інструкції включають в себе систему підпорядкування, умови виконання посади, обов'язки, права і відповідальність.

Під структурою компанії розуміються насамперед зв’язки, що існують між різними частинами організації для досягнення її мети. Це поділ роботи на окремі завдання, що виконуються керівництвом, галузевими та функціональними управліннями (департаментами), відділами, секторами й іншими підрозділами центрального офісу та регіональної мережі компанії [4].

«Організаційна структура набирає таких форм, як поділ праці, створення спеціалізованих підрозділів, ієрархія посад, внутрішньо-організаційні процедури» [7].

Структура управління компанією може будуватись за такими принципами.

Принцип лінійного підпорядкування. При лінійній системі все розпорядження йдуть зверху вниз: від керівництва до співробітників. Перевага даної системи полягає в точному визначенні та розмежування функцій і відповідальності. Разом з тим вона, з одного боку, надто незграбна і не дозволяє страхової компанії швидко реагувати на зміни ринку. З іншого боку, вищі відділи виявляються перевантаженими, тому що вся інформація, якою обмінюються нижчестоящі відділи, проходить через них. В цьому її недолік.

Принцип функціонального підпорядкування. «Право давати розпорядження надається щодо виконання конкретних функцій, незалежно від того, хто їх виконує. Наприклад, головний бухгалтер може дати вказівки з обліку матеріальних і грошових цінностей, що перебувають у розпорядженні будь-якого підрозділу компанії. Носій функцій може отримувати вказівки від кількох керівників відділів чи інших функціональних підрозділів і має, у свою чергу,

звітувати перед ними про виконання тих чи інших видів робіт. Це не поширюється на дисциплінарну відповідальність. Накласти стягнення або матеріально заохотити працівника може керівник компанії або та особа, якій делеговані ці права» [8].

Принцип лінійно-штабного підпорядкування. «Це, здебільшого, «мозкові» центри (штаби), які виконують консультаційні функції у процесі стратегічного планування, підготовки рішень з інших найважливіших питань роботи компанії. До них, крім штатних працівників, нерідко залучають консультантів і експертів з вузів, наукових лабораторій та інших установ. Такі фахівці опрацьовують ті чи інші питання та подають керівництву свої висновки і пропозиції. Консультанти не наділяються правом давати розпорядження працівникам компанії» [8].

«Страхові компанії, формуючи свої організаційні структури, використовують, зазвичай, усі три принципи» [3].

Власна внутрішня структура страховика представлена представництвами, агентствами, філіями, відділеннями:

«представництва — підрозділи страховика, що не мають статусу самостійної юридичної особи і займаються, як правило, збиранням інформації, рекламою, репрезентаціями, пошуком клієнтів, але не здійснюють комерційної діяльності; ***агентства*** — підрозділи, які мають право виконувати всі функції представництва, а також здійснювати операції з укладання й обслуговування договорів; ***філії страхової компанії*** — підрозділи, котрі теж не мають права юридичної особи та здійснюють свою діяльність, керуючись законодавством, нормативними актами, статутом і рішеннями загальних зборів акціонерів, ради директорів та президента компанії» [3].

«Зі світової практики відомі три системи організації роботи страхових компаній з філіями. Кожна з них має свої переваги і недоліки. Вибір тієї чи іншої системи роботи з філіями залежить від конкретних обставин» [8].

«Централізована система. Вона передбачає прийняття всіх рішень, що стосуються андеррайтингу та відшкодування збитків, на рівні центрального офісу (головної контори). Тут підписуються поліси, здійснюються розрахунки, пролонгуються поліси. На філії покладаються видача бланків, отримання і перевірка анкет на страхування та покриття збитків. Ці документи пересилаються до центрального офісу для прийняття рішень. Переваги цієї системи полягають у тому, що вона вимагає менше висококваліфікованих фахівців, скорочуються витрати на ведення справи. До недоліків слід віднести те, що працівники філій мають малі перспективи для кар'єри, на прийняття рішень витрачається багато часу, причому рішення не завжди враховують місцеві умови» [8].

«Децентралізована система. За цієї системи більшість рішень, що стосуються укладення договорів і відшкодування збитків, приймаються у філії. Остання самостійно поновлює договори і веде облік. Звичайно, що рішення філії мають узгоджуватися з політикою, що її проводить компанія в цілому. Перевагою є те, що у філії працює більш кваліфікований персонал, ніж при централізованій системі, клієнти мають можливість оперативно отримати більше

послуг. До недоліків можна віднести недостатній обсяг роботи для кваліфікованих працівників, ускладнення щодо перестрахування ризиків» [8].

«Регіональна система. За такої системи серед філій виокремлюються головні для даного регіону. У них зосереджується група фахівців з андеррайтингу, оцінювання та відшкодування збитків. Вони обслуговують потреби кількох філій, що працюють у даному регіоні. Це компромісний варіант, де враховуються переваги і недоліки централізованої і децентралізованої систем. У філіях зосереджується великий обсяг інформації про поліси, страхові внески, відшкодування збитків, заробітну плату, комісійні винагороди. Для опрацювання цієї інформації використовуються комп'ютери. Існує тісний зв'язок між філіями і головним офісом. Завдяки високій швидкості роботи факсів, комп'ютерів, принтерів, ксероксів, електронної пошти прискорилося оформлення страхових послуг. Відпала потреба в рутинній ручній роботі, що її виконували різні службовці» [8].

«Представництво страховика — це відокремлений підрозділ останнього, який не є юридичною особою, діє згідно з Положенням про представництво, не маючи права безпосередньо продавати страхові поліси, а також здійснювати будь-яку підприємницьку діяльність. Представництво виконує функції і завдання, які сприяють організації та здійсненню статутної діяльності страховика, виступає від імені страховика і фінансується ним. Представництва можуть бути створені на території як України, так і іноземних держав. Вони мають такі завдання: збір інформації, реклама, пошук клієнтів страховика в даному регіоні або країні, виконання репрезентативної функції, надання консультацій» [3].

3. Органи управління страховою компанією та їхні функції

«Органи управління страховою компанією визначаються залежно від того, на яких засадах створено організацію. Як зазначалося, на українському страховому ринку переважна більшість страхових компаній має статус акціонерного товариства» [1].

«Найвищим органом управління акціонерним товариством є ***загальні збори акціонерів.*** Їх скликають засновники компанії після фундаментальної підготовчої роботи» [3].

«До компетенції загальних зборів акціонерів належать:

- затвердження статуту компанії і всіх змін до нього, включаючи розмір статутного фонду;
- прийняття рішення щодо виду, кількості та вартості акцій, що підлягають продажу або викупу;
- затвердження річного звіту, зокрема розподіл прибутків і порядок покриття збитків компанії;
- обрання наглядової ради, ревізійної комісії, голови та членів правління товариства;
- прийняття при потребі рішення про зміну статусу акціонерного товариства (із приватного на публічне або навпаки);

- прийняття рішення про ліквідацію товариства» [3].

Наглядова рада «обирається з числа акціонерів у кількості від трьох до дев'яти осіб. Цей орган контролює стан справ у компанії в період між загальними зборами акціонерів. За наявності певних повноважень, наданих загальними зборами акціонерів, наглядова рада може приймати рішення про призначення і відкликання голови та членів правління, затверджувати річний звіт, вирішувати ряд інших важливих питань, що не є виключною прерогативою загальних зборів. У деяких компаніях за прикладом західноєвропейських страховиків створюється *Рада директорів.* До її складу входять керівники, обрані загальними зборами акціонерів, що мають повноваження, визначені статутом. До складу Ради залучаються також директори з числа керівників компанії, окремих інфраструктур останньої і зовнішні директори — здебільшого радники або провідні акціонери (директори без портфеля). Вони часто мають незалежний і добре аргументований погляд з питань, що розглядаються Радою директорів. Завдяки цьому рішення зазначеного органу стають більш обґрунтованими та позитивно впливають на роботу компанії» [3].

Правління страхової компанії є «виконавчим органом, який керує роботою компанії згідно з повноваженнями, визначеними статутом компанії і положенням про правління. Робота правління має будуватися з додержанням принципу колегіальності. Спектр питань, які вирішуються правлінням, дуже широкий. Це планування діяльності, розставляння відповідальних кадрів, у тому числі затвердження генерального директора або головного менеджера компанії (у переважній більшості товариств ця посада окремо не вводиться, а її функції виконує голова правління), а також кошторису, інвестиційної політики компанії» [7].

Голова правління «може виконувати водночас функції і голови Ради директорів. Дозволяється також поєднувати в одній особі посади голови правління і головного менеджера. Якщо такого поєднання немає, то функції голови правління здебільшого обмежуються організацією міжнародних контактів і координацією взаємодії компанії з органами влади тощо» [3].

Президент — це посада, «що за ієрархією йде після голови правління. Важлива особливість: якщо президент є одночасно і головним менеджером, то за рангом він може бути вищим за голову правління» [3].

Залежно від того, «на кого покладені функції управління оперативною діяльністю компанії — голову правління чи президента, — призначаються їхні заступники або віце-президенти. Їх кількість і розподіл обов'язків визначаються потребами кожної компанії» [8].

У Західних країнах «оперативне керівництво компанією, як правило, здійснює *головний менеджер.* На нього покладаються дуже важливі функції. Насамперед такі: організація виконання рішень загальних зборів акціонерів, наглядової ради, ради директорів та правління компанії, внесення пропозицій щодо планів діяльності компанії, затвердження функціональних обов'язків посадових осіб. Можна прогнозувати, що зі збільшенням обсягів роботи й українські страховики частіше вводитимуть цю посаду до штатного розкладу. При керівних органах компанії є *секретаріат*, на який покладаються важливі

функції з контролю за виконанням їхніх рішень. Секретар ради веде облік акціонерів, а також книгу протоколів засідань цього органу. У багатьох компаніях, які переймають повчальний зарубіжний досвід менеджменту, чергове засідання наглядової ради, Ради директорів або правління розпочинається з інформації про остаточну редакцію попередніх рішень і стан їх виконання. При секретаріаті є група працівників, які встановлюють зв'язки з громадськістю, інформуючи її про діяльність компанії. *Ревізійна комісія* — контрольний орган страховика, що відстежує виконання статуту, рішень загальних зборів акціонерів, додержання чинного законодавства. Останніми роками ревізійні комісії контактують з аудиторами, що дає змогу підвищувати професійний рівень перевірок і висновків» [8].

4. Об'єднання страховиків та їх функції

У багатьох країнах світу «страховики створюють свої професійні об'єднання (асоціації), які ставлять за мету захищати й обстоювати інтереси своїх членів, вживати погоджених заходів у разі, коли цих інтересів торкнуться дії або наміри органів влади, співробітничати з будь-яким іншим об'єднанням, що має споріднений напрямок діяльності» [8].

Професійні об'єднання в сучасних умовах розвитку страхового ринку не тільки захищають і відстоюють інтереси своїх членів, зміцнюють їх позицій на фінансовому ринку, координують діяльність, але і виконують частину контрольних функцій держави над учасниками страхового ринку, встановлюють і регулюють правила і принципи роботи страхових організацій. Їх діяльність спрямована на зниження недобросовісної конкуренції між суб'єктами страхового справи, підвищення рівня довіри до страхування і якості послуг, що надаються. Серед об'єднань виділяють міжнародні, національні, регіональні асоціації (союзи) страховиків.

У світовій практиці першим об'єднанням страхових компаній вважається створений в 1791 році Союз Лондонських товариств страхування від вогню. Причинами його освіти послужило: загострення конкуренції на ринку капіталів, необхідність контролю та законодавчого регулювання страхової діяльності, технічного удосконалення правил страхування. За кордоном в даний час активно діють такі об'єднання як: Європейський союз страховиків, Міжнародний союз морського страхування, Асоціація британських страховиків і ін.

«Об'єднання страховиків діють на підставі статутів та набувають прав юридичної особи після державної реєстрації» [3].

«З початком формування страхового ринку в Україні постала потреба координувати дії страховиків з багатьох питань, що становлять спільний інтерес. Страховики можуть створювати спілки, асоціації та інші об'єднання для координації своєї діяльності, захисту інтересів своїх членів та виконання спільних програм, якщо їх утворення не суперечить чинному законодавству» [8].

«Найбільшим об'єднанням вітчизняних страховиків є ***Ліга страхових організацій України (ЛСОУ).*** Вона діє на принципах добровільності і самоуправління. Це незалежна некомерційна організація. ЛСОУ є юридичною

особою. Ліга має у своєму складі понад 100 членів — страхових організацій, але не є щодо них вищою організацією. Рішення Ліги мають характер рекомендацій. Вона не несе відповідальності за зобов'язаннями своїх членів. Головні завдання ЛСОУ такі: сприяти опрацюванню рекомендацій з методології страхування; готувати пропозиції з питань вдосконалення страхового законодавства; брати участь в експертному оцінюванні проектів нормативних актів, програм та інших документів у галузі страхування. З цією метою створено ряд комісій, які працюють над підготовкою відповідних пропозицій. Певна увага приділяється підвищенню кваліфікації кадрів для членів Ліги, що сприяє формуванню розвиненої інфраструктури страхового ринку в Україні» [8].

«Створено ***Авіаційне і Морське страхові бюро***. На них покладено функції координації зусиль компаній, які здійснюють відповідні види страхування, спрямовані на організацію перестрахування ризиків, опрацювання методичного забезпечення страховиків. Такі об'єднання мають сприяти збільшенню внутрішнього ринку в цих видах страхування, більш обґрунтованому розміщенню ризиків, зміцненню фінансової надійності страховиків, опрацюванню разом із зацікавленими відомствами системи заходів щодо зменшення авіаційних та морських пригод» [8].

«Згідно із законом страхові об'єднання, як уже зазначалося, не можуть здійснювати страхову діяльність. Виняток нині становить ***Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ)***, яке хоча безпосередньо не продає страхові послуги, але у визначених законодавством випадках здійснює страхові виплати за рахунок централізованих страхових фондів» [8].

«МТСБУ створено 1994 року. Тепер членами МТСБУ є понад 70 страхових компаній. Основні завдання об'єднання такі:

- гарантування платоспроможності страховиків — членів МТСБУ щодо страхових зобов'язань із зазначеного виду страхування;
- укладення угод з уповноваженими організаціями інших країн про взаємне визнання договорів на страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів та врегулювання питань щодо відшкодування втрат і забезпечення виплат страхового відшкодування постраждалим третім особам;
- управління централізованими страховими резервними фондами;
- забезпечення бланками полісів;
- виплата компенсацій у разі заподіяння шкоди водіями, особу яких не з'ясовано, а також водіями-інвалідами, котрі експлуатують спеціально обладнані автомобілі [8].

Істотно зросла роль МТСБУ після червня 1997 року, коли Україну було прийнято до Міжнародної системи «Зелена картка». При МТСБУ створені фонд страхових гарантій, що має забезпечувати платоспроможність Моторного бюро під час взаєморозрахунків з іноземними партнерами, та фонд захисту потерпілих, призначений для розрахунків із третіми особами у випадках, зумовлених чинним законодавством. Кошти цих фондів розміщуються з урахуванням безпечності, прибутковості та ліквідності» [8].

Прагнення до узгодження дій властиво для різних галузей господарської діяльності; страхування теж не є винятком. Однією з поширених форм таких

об'єднань страховиків є страхові пули.

«Одна з форм добровільних страхових об’єднань — ***страхові пули (СП)***, які не є юридичною особою. Вони створюються страховиками, щоб забезпечити фінансову стабільність страхових операцій на умовах солідарної відповідальності учасників пулу за виконання зобов’язань згідно з договорами страхування, укладеними з учасниками пулу. В Україні вже працює кілька страхових пулів» [8].

Створення зазначених пулів переслідує основну мету щодо посилення фінансових гарантій при страхуванні окремих видів складних або нових ризиків. Отже, страховикам це вигідно, тому що за рахунок зазначеної особливості страхові пули дозволяють прискорити розвиток відповідних сегментів страхового ринку.

Питання створення і функціонування страхових пулів визначені тільки ст. 13 Закону України «Про страхування». Положеннями ч. 3-6 цієї норми передбачено обов'язкове функціонування п'яти страхових пулів, а саме: Авіаційного страхового бюро, Морського страхового бюро, Ядерного страхового пулу, Моторного (транспортного) страхового бюро України, а також Аграрного страхового пулу. Обов'язок створення останнього з перерахованих пулів також визначена ст. 16 Закону України «Про особливості страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою» (1). Крім того, у 2009 році було прийнято положення про Будівельний страховий пул (2), а також обговорюється питання про створення Пула з добровільного медичного страхування в Республіці Крим (3).

Однак вчинення такого виду узгоджених дій позбавлене нормативного регулювання, яке існує в країнах Європейського союзу і Російської Федерації. Керуючись національним законодавством, страховикам дуже складно визначити чіткі вимоги щодо критерію загальної ринкової частки всіх учасників пулу або щодо будь-якої іншої характеристики діяльності пулу (тривалості дії угоди, умов участі та т. Д.).

Більш того, страховики не можуть повністю покластися на практику діяльності уповноважених органів і судів, як це спостерігається в інших країнах.

Питання для самоперевірки

1. «Як розподіляються страховики за спеціалізацією?
2. Які види страховиків діють на страховому ринку України?
3. Чим відрізняється філія страхової компанії від агентства?
4. Що являє собою представництво страховика?
5. Назвіть принципи системи управління страховика.
6. Якою є структура управління страховика?
7. Який орган видає ліцензію на здійснення страхової діяльності?
8. Що являють собою кептивні страхові компанії?
9. Що таке «товариства взаємного страхування» [2]

ЛЕКЦІЯ №6

ТЕМА 6
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Правове забезпечення страхування в Україні та державах ЄС.

2. Структура, завдання та функції органів державного нагляду за страховою діяльністю.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 26, 27]

***Ключові слова*: «**державне регулювання, реєстрація страхових компаній, ліцензування страхової діяльності, Уповноважений орган нагляду за страховою діяльністю, Держфінпослуг, право взаємовідносини страховиків зі страхувальниками, акти законодавства з питань страхової діяльності, комплексні перевірки, страховий договір, страховий поліс, строк дії договору страхування, правила страхування» [2].

1. Правове забезпечення страхування в Україні та державах ЄС

Мета регулювання страхової діяльності як в Україні, так і за кордоном полягає в забезпеченні формування та розвитку ринку страхових послуг, створення умов для ефективної діяльності страхових організацій, а також у захисті інтересів страхувальників. Необхідність вивчення зарубіжного досвіду страхування обумовлена багатьма факторами. У світі відбуваються активні процеси глобалізації, внаслідок чого проблеми правового регулювання страхової діяльності набувають міжнародного характеру. Це призводить до необхідності координувати дії по державному регулюванню страхової діяльності. Україна може використовувати значний досвід правового регулювання, накопичений іншими країнами за довгий час. Крім того, страхування здійснюється і у зовнішньоекономічній діяльності держави.

«Правове забезпечення страхування становлять ухвалені законодавчі та нормативні акти, що регулюють страхову діяльність як у цілому, так і за окремими її напрямками» [8].

«Система правового регулювання страхової діяльності містить норми, визначені» [8]:

- «Конституцією України;
- міжнародними угодами, які підписала й ратифікувала Україна;
- Цивільним кодексом України;
- Законами та постановами Верховної Ради України;
- Указами та розпорядженнями Президента України;
- декретами, постановами та розпорядженнями Уряду України;
- нормативними актами (інструкції, методики, положення, накази), котрі ухвалено міністерствами, відомствами, центральними органами виконавчої

влади та зареєстровано в Міністерстві юстиції України;

- нормативними актами органу, який згідно із законодавством України здійснює нагляд за страховою діяльністю;
- нормативними актами органів місцевої виконавчої влади у випадках, коли окремі питання регулювання страхової діяльності було делеговано цим органам за рішенням Президента або Уряду України;
- окремими нормативними актами колишнього Радянського Союзу та УРСР, які не було відмінено законодавством незалежної України» [8].

«Закон України «Про страхування» має 5 основних розділів» [3].

У *першому розділі* «встановлюється головний понятійно-термінологічний апарат: визначаються такі базові поняття, як *страхування, страховики, страхувальники, об'єкти і види страхування, форми страхування, страхові ризики і страхові випадки, страхова сума, страхове відшкодування, страхові платежі і тарифи, співстрахування, перестрахування, об'єднання страховиків, страхові агенти та страхові брокери і деякі інші»* [3].

Центральне місце «в цьому розділі посідають норми, що визначають вимоги до страховика під час його створення та реєстрації, а також порядок здійснення обов'язкового страхування. Зокрема, **цим Законом в Україні встановлюється особливий механізм, коли види обов'язкового страхування можуть визначатися лише цим Законом, а не іншими законодавчими актами.** При цьому Кабінетові Міністрів України надається право регулювати порядок проведення кожного виду обов'язкового страхування за умови, що цей вид передбачено Законом» [8].

Другий розділ Закону «регулює порядок проведення страхування: визначає вимоги до договорів та правил страхування й відповідної валюти, установлює обов'язки страховиків і страхувальників у кожній конкретній ситуації. Важливість законодавчих норм, передбачених цим розділом, полягає в тому, що вони з максимальною повнотою відбивають особливості договірних відносин, прав та обов'язків сторін у сфері страхування. Фактично конкретизуються загальні норми цивільного права у цій сфері» [3].

Третій розділ «визначає умови забезпечення платоспроможності страховиків і має дуже важливе значення. Саме тут подається фінансовий механізм здійснення страхової діяльності, установлюються певні обмеження щодо можливості прийняття зобов'язань і визначаються загальні принципи аудиту страховика. Важливими статтями цього розділу є ті, де йдеться про порядок формування та види страхових резервів як технічних, так і зі страхування життя. Ряд статей регулює питання, що стосуються створення гарантійних фондів, порядку обліку та звітності» [8].

Четвертий розділ «визначає принципи державного нагляду за страховою діяльністю. Цим розділом визначено орган, що здійснює державний нагляд за страховою діяльністю (зараз цю роботу виконує Міністерство фінансів України), і встановлено його права та функції. У цьому розділі наведено порядок ліцензування страхової діяльності, що забезпечує правове регулювання роботи страховиків на страховому ринку. Закон конкретизує, зокрема, особливості ліквідації, реорганізації та санації страховиків, що дає змогу контролювати їх

після того, як вони припинять свою діяльність» [3].

Завершальний, *п'ятий, розділ* «передбачає регулювання таких загальних моментів, як урахування міжнародного права, порядок та етапи застосування певних норм і т. ін. Коли Закон було прийнято, Уряд упровадив низку підзаконних актів, зокрема постанов і розпоряджень, що регулюють окремі питання здійснення страхової діяльності. Так, окремою постановою Уряду визначено порядок регулювання системи перестрахування в Україні. Зокрема, передбачається, що страховик, перестраховуючи в нерезидента свої зобов'язання, має зважати на певні обмеження, а саме: він може здійснювати таке перестрахування лише за наявності в нерезидента ліцензії від свого вітчизняного органу страхового нагляду, за відсутності порушень протягом певного часу та в разі виконання низки інших вимог» [8].

Прийнято також постанову Уряду «стосовно правового регулювання діяльності посередників — брокерів та агентів на страховому ринку. Насамперед передбачаються певні вимоги щодо реєстрації брокерів, обмеження діяльності посередників, зокрема щодо можливості прийому коштів страхувальника *на власний рахунок*, термінів укладання договору страхування з боку посередників, деяких інших моментів» [8].

«Окремою постановою Уряду визначено особливості функціонування товариств взаємного страхування» [8].

Постановами Уряду «регулюється порядок здійснення кожного виду обов'язкового страхування. Окремою постановою визначаються граничні розміри витрат на ведення справи в разі здійснення обов'язкового страхування, а також регулюються питання щодо створення державних і національних страхових компаній та обов'язкових об'єднань страховиків. Розпорядженнями Уряду подаються окремі доручення щодо проведення експериментів у галузі страхування. З допомогою розпоряджень можуть вирішуватися й окремі питання регулювання тарифів, умов договорів тощо, коли це не суперечить законам України» [8].

«Нормативними актами міністерств і відомств — інструкціями, положеннями, методиками, наказами, що реєструються в Міністерстві юстиції, деталізуються ті чи інші законодавчі норми. Це передусім стосується тих питань, які належать до сфери регулювання кількох відомств. Наприклад, такими актами регулюється порядок ведення бухгалтерської та статистичної звітності страховиків, здійснення з боку митних або правоохоронних органів спільного фінансового та страхового нагляду. Іноді такими актами затверджуються методики розрахунку страхових тарифів. Спільними актами встановлюється й порядок реєстрації страховиків у системі різних відомств» [8].

«Нормативні акти, що їх видає орган, уповноважений здійснювати контроль за страховою діяльністю, є обов'язковими для страховиків. Цими актами (наказами, розпорядженнями, рішеннями колегії) установлюються, по-перше, інструкції та методики щодо здійснення окремих видів діяльності; по-друге, заходи впливу на страховиків за виявлені порушення — приписи, зупинки, обмеження та відкликання ліцензії; по-третє, вимоги до звітності й обліку; по-четверте, порядок реєстрації, ліцензування, вилучення з реєстру, ліквідації та

реорганізації; по-п’яте, порядок здійснення навчання, підготовки та перепідготовки кадрів для страхового ринку» [8].

«Так, до найважливіших чинних нормативних актів колишнього Укрстрахнагляду належать **Методика розрахунку резервів у разі страхування життя, інструкція з ліцензування страховиків, положення про філії та відокремлені представництва страховиків, положення з регулювання розміщення страхових резервів** та деякі інші документи» [1].

«Нормативні акти місцевих органів виконавчої влади, як правило, мають розпорядчий характер, окреслюючи, в межах певних адміністративних одиниць особливості виконання заходів, визначених урядовими або відомчими документами. Це можуть бути роз’яснення щодо проведення будь-яких експериментів, особливостей муніципального страхування. У зв’язку з віднесенням більшості питань з регулювання страхової діяльності на загальнодержавний рівень роль правових актів місцевої влади у страховій галузі незначна» [2].

Розглянемо питання правового регулювання страхування на прикладі країн Європейського Союзу.

Кожна країна Європейського союзу (ЄС) має свою власну систему правового регулювання страхування, однак існує їх координація на основі Директив ЄС.

Нормативною базою регулювання страхової діяльності в ЄС є: нормативно-правові матеріали європейських держав і Європейського Союзу, а саме Договір про заснування Європейського економічного співтовариства, що заклав правову базу єдиного страхового ринку держав - членів ЄС, і Договір про Європейський Союз з урахуванням їх змін в лісабонської редакції; по-друге, нормативно-правові акти інститутів ЄС, серед яких найважливіше місце в даній сфері займають директиви ЄС в галузі страхування. Також існує практика Суду ЄС в області правового регулювання страхових послуг, що заповнює прогалини установчих договорів і нормативно-правових актів ЄС; по-третє, міжнародні договори, укладені ЄС з третіми країнами в сфері регулювання страхової діяльності, а також Генеральна угода про торгівлю послугами (ГАТС).

Нормативну базу становить також національне законодавство деяких держав - членів Європейського Союзу в досліджуваній сфері.

1. Страхове право ЄС є складним, еволюціонуючим в силу своєї специфіки і характеристик унікальним правовим інститутом. Страхове право ЄС являє собою систему взаємопов'язаних норм, що регламентують страхові відносини на території ЄС. Норми, прийняті на міждержавному (наднаціональному) рівні, вимагають імплементації в національне законодавство держав - членів ЄС. Страхове право ЄС - це право інтеграційного об'єднання, що діє в зв'язку зі створенням і функціонуванням єдиного страхового ринку ЄС.

В даний час страхове право ЄС є формується галуззю права Європейського Союзу. Незважаючи на наявність власного предмета, спеціальних принципів, великого масиву нормативно-правових актів Європейського Союзу, що регулюють страхові правовідносини, а також органів ЄС, створених з метою ефективного регулювання діяльності професійних учасників єдиного страхового

ринку, на даному етапі розвитку страховому праву ЄС бракує єдності.

Еволюція страхового права ЄС включає п'ять етапів:

1. 1973-1979 рр. - директиви першого покоління - визначення особливих положень, що сприяють зняттю державних обмежень на право страховика, заснованого в одній державі, вести діяльність - в іншому;

2. 1988-1990 рр. - директиви другого покоління - визначення особливих положень, що стосуються свободи надання послуг у відношенні компаній і видів страхування, передбачених директивами першого покоління;

3. 1992-2000 рр. - директиви третього покоління - створення єдиної системи ліцензування та контролю (нагляду) за страховими компаніями на території ЄС;

4. 2000-2011 рр. - директиви четвертого покоління - вдосконалення правового регулювання страхової діяльності, спрямоване на поглиблення економічної інтеграції, підвищення ефективності та якості страхового захисту, оновлення системи нагляду, її спрощення з метою адекватного реагування на зміни потреб страхового ринку і ускладнення страхових продуктів.

5. 2011 року - по теперішній час - створення Європейського агентства зі страхування і професійним пенсій, яке стало початком нового етапу в розвитку правового регулювання страхових послуг в Євросоюзі. Діяльність його спрямована на підвищення фінансової стійкості страхових компаній за допомогою ефективного регулювання діяльності професійних учасників єдиного страхового ринку.

Повноцінний процес лібералізації сфери послуг, в тому числі страхових, на регіональному рівні, в рамках ЄС, почався раніше, ніж на універсальному рівні, в рамках СОТ. Як наслідок, правовий режим ЄС вплинув на правовий режим СОТ в історичному аспекті в сфері торгівлі послугами, що проявляється, зокрема, в способах надання страхових послуг, а також в класифікації страхових послуг щодо прямого страхування. В даний час розвиток регулювання торгівлі послугами, в тому числі страховими, в рамках СОТ і в рамках ЄС здійснюється паралельно без будь-яких протиріч. Така взаємодія правових режимів видається закономірним і обумовленим природним історичним розвитком страхового права.

Значний вплив позиції Суду ЄС по страховим спорам на розвиток правового регулювання страхових послуг проявляється в тому, що діяльність Суду спрямована на встановлення рамок для національного страхового законодавства відповідно до принципів формування єдиного страхового ринку.

Ефективність страхового права ЄС безпосередньо залежить від співвідношення норм інтеграційного права і національного права держав - членів ЄС. Складнощі на даному етапі викликає спільне регулювання страхових відносин через неготовність держав-членів застосовувати норми інтеграційного права в повному обсязі і відсутності у Європейській комісії ефективного механізму стимулювання і примусу держав-членів до імплементації страхових директив.

До основних тенденцій правового регулювання в сфері надання страхових послуг в Європейському Союзі відносяться: 1) звуження регулювання на

національних рівнях та його розширення на наднаціональному рівні; 2) рух від мінімальних гармонізованих стандартів до деталізованим наднаціональним нормативним актам, в тому числі регламентам.

Пріоритетними напрямками транскордонного співробітництва ЄС в сфері регулювання страхових послуг є: 1) взаємодія з Міжнародною асоціацією страхових наглядів (International Association of Insurance Supervisors - IAIS); 2) укладення двосторонніх угод; розвиток взаємин ЄС - США; 3) дотримання вимог Директиви 2009/138 / ЄС Європейського парламенту та Ради ЄС від 25 листопада 2009 року "Про започаткування та здійснення бізнесу в області страхування і перестрахування» (Solvency II); 4) конвергенція норм оцінки капіталу і стандартів щодо капіталу; 5) розробка ринкових стандартів страхової діяльності Європейським агентством по страхуванню і професійним пенсіям.

Єдиний страховий ринок ЄС вимагає подальшого реформування системи нагляду з метою забезпечення стійкості страхових компаній і захисту прав споживачів страхових послуг. Процес формування основних норм і інститутів адміністративно-правового регулювання страхової діяльності не завершений через необхідність спрощення, впорядкування і систематизації.

Першочерговим завданням для страхового ринку України є не вихід українських страховиків на європейський ринок, а організація єдиного страхового простору в рамках ЄС.

Таким чином, незважаючи на відмінність систем державного регулювання страхової діяльності в розвинених країнах їх об'єднує те, що даному питанню з боку держави приділяється велика увага.

2. Структура, завдання та функції органів державного нагляду за страховою діяльністю

Державний нагляд за страховою діяльністю на території України здійснюється Уповноваженим органом та його органами на місцях [2].

Законом України «Про страхування» визначені такі *основні функції Уповноваженого органу* [3]:

1. «ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;
2. видача ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності та проведення перевірок їх відповідності виданій ліцензії;
3. видача свідоцтв про включення страхових та перестрахових брокерів до державного реєстру страхових та перестрахових брокерів та проведення перевірки додержання ними законодавства про посередницьку діяльність у страхуванні та перестрахуванні і достовірності їх звітності;
4. проведення перевірок щодо правильності застосування страховиками (перестраховиками) та страховими посередниками законодавства пострахову діяльність і достовірності їх звітності;
5. розроблення нормативних та методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції Уповноваженого органу;

6. узагальнення практики страхової діяльності і посередницької діяльності на страховому ринку, розроблення і подання у встановленому порядку пропозицій щодо розвитку і вдосконалення законодавства України про страхову і посередницьку діяльність у страхуванні та перестрахуванні» [3].

Уповноважений орган може здійснювати інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань [3].

«У рамках цих основних функцій ***орган нагляду за страховою діяльністю має такі конкретні завдання***:

- видача ліцензій страховикам на право здійснювати страхову діяльність та перевірка щодо додержання ними видів страхування і перестрахування, передбачених ліцензіями;
- планові, тематичні та комплексні перевірки щодо правильності застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність та достовірності їх звітності;
- методичне забезпечення (згідно зі своєю компетенцією) роботи страховиків;
- розробка проектів актів законодавства з питань страхової діяльності та рекомендацій для захисту фінансових інтересів страховиків і страхувальників;
- прийом нормативних актів з питань страхової діяльності;
- аналіз додержання об'єднаннями страховиків чинного законодавства;
- контроль за платоспроможністю страховиків згідно зі взятими страховими зобов'язаннями;
- інші функції з управління майном, передбачені чинним законодавством» [3].

Законом України «Про страхування» визначено ***основні права Уповноваженого органу*** [3]***:***

1) «у межах своєї компетенції одержувати від страховиків установлену звітність про страхову діяльність, інформацію про їхній фінансовий стан, а також інформацію від підприємств, установ і організацій, у тому числі банків і громадян, необхідну для виконання власних функцій;

2) перевіряти правильність застосування страховиками законодавства України про страхову діяльність, достовірність їхньої звітності за показниками, що характеризують виконання договорів страхування; не частіш як один раз на рік призначати (з визначенням аудитора) додаткову обов'язкову аудиторську перевірку;

3) у разі виявлення порушень страховиками чинного законодавства України про страхову діяльність видавати їм приписи про усунення цих порушень, а в разі невиконання приписів зупиняти або обмежувати дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень чи приймати рішення про відкликання ліцензій та виключення з державного реєстру страховиків (перестраховиків). Спори про відкликання ліцензії розглядає суд або арбітражний суд. Дія ліцензії після її відкликання поновлюється в порядку, передбаченому статтями 38 і 39 Закону «Про страхування»;

4) звертатися до арбітражного (нині господарського) суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика як суб'єкта підприємницької

діяльності у випадках, передбачених Господарським кодексом» [3].

Крім того, Уповноважений орган має право [3]:

- «одержувати від кожного страховика встановлену звітність про страхову діяльність та інформацію про його фінансовий стан, а від підприємств, установ, організацій, банків і громадян — інформацію, необхідну для виконання покладених на цей орган функцій;
- створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховиків;
- заслуховувати на колегії доповіді керівників страховиків з питань їхньої діяльності;
- одержувати безоплатно від органів державної виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на орган нагляду завдань;
- звертатися до арбітражного суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика у випадках, передбачених чинним законодавством» [3].

«У складі Мінфіну створено департамент фінансових установ та ринків. Департамент забезпечує проведення Мінфіном державної політики стосовно не лише страхування, а й державних лотерей, фінансових установ і ринків» [2].

«Департамент узагальнює практику застосування законодавства з питань, які належать до його компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавства та вносить їх на розгляд керівництва Міністерства. У межах своїх повноважень Департамент організовує виконання нормативно-правових актів і здійснює систематичний контроль за їх реалізацією» [2].

Департамент відповідно до покладених на нього завдань [2]:

1) «забезпечує ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) і державного реєстру страхових брокерів;

2) розглядає та готує документи, що стосуються видачі ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності, і проводить перевірки її відповідності виданій ліцензії;

3) розглядає і готує документи, на підставі яких видаються свідоцтва про включення страхових брокерів до державного реєстру страхових брокерів та проводить перевірки стосовно додержання ними законодавства про посередницьку діяльність у страхуванні та стосовно достовірності їх звітності;

4) проводить перевірки щодо правильності застосування страховиками законодавства про страхову діяльність і достовірності їх звітності;

5) готує та вносить керівництву Міністерства пропозиції щодо видання приписів страховикам про усунення виявлених порушень вимог законодавства про страхову діяльність або про відкликання ліцензій та вилучення з державного реєстру страховиків (перестраховиків);

6) готує та вносить керівництву Міністерства пропозиції про призначення за рахунок страховика додаткової обов’язкової аудиторської перевірки з визначенням аудитора;

7) здійснює інші функції, необхідні для виконання покладених на нього завдань» [3].

«Департамент очолює начальник, якого призначає на посаду та звільняє з

посади міністр фінансів України в установленому законодавством порядку.

До складу Департаменту входять такі управління:

1) кредитних і небанківських фінансових установ;
2) страхової діяльності;
3) контролю фінансових ринків, ліцензування та нагляду» [2].

Отже, «безпосередньо страховим ринком у складі Департаменту відають два управління. На одне з них покладено опрацювання методологічного та законодавчого забезпечення, а інше здійснює контроль за дотриманням страховиками законодавства України у сфері страхування» [2].

«Орган нагляду при виконанні покладених на нього функцій взаємодіє з іншими центральними та місцевими органами державної виконавчої влади, а також з відповідними органами інших держав. Орган нагляду в межах своїх повноважень видає на основі та на виконання чинного законодавства накази, організує й контролює їх виконання. У разі потреби орган нагляду видає разом з іншими центральними органами державної виконавчої влади спільні акти. Рішення органу нагляду з питань страхової діяльності, видані в межах його повноважень, є обов'язковими для виконання центральними і місцевими органами державної виконавчої влади, органами місцевого та регіонального самоврядування, а також підприємствами, установами, організаціями та громадянами. Департамент має центральний апарат та відділи нагляду в регіонах» [2].

«Центральний апарат Департаменту має підрозділи, які забезпечують виконання основних його функцій щодо контролю за страховим ринком. Залежно від своєї спеціалізації кожний підрозділ виконує певні функції, такі як розробка проектів законодавчих актів і нормативних документів, здійснення ліцензування та ведення державного реєстру, упровадження систем обліку та звітності, аналіз поданих звітів та підготовка аналітичних записок, проведення перевірок і підготовка висновків щодо додержання законодавства за результатами перевірок» [2].

«З огляду на потребу серйозного збільшення обсягу та підвищення якості різноманітних фінансових послуг у серпні 2001 року ухвалений Верховною Радою Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», яким передбачено створення Єдиного уповноваженого органу, що здійснюватиме контроль за наданням будь-яких фінансових послуг, включаючи й послуги зі страхування. Уповноважений орган є центральним органом виконавчої влади, який працює за колегіальним принципом» [2].

Регулювання страхової діяльності в ЄС.

Якщо компанія надає страхове покриття, не маючи ліцензії на ведення страхової справи, на всіх осіб, залучених до таку діяльність, накладаються суворі санкції. При цьому не важливо, що компанія здатна виконати свої обіцянки покрити ризик, і звичайно, не має значення, що покупець знав про відсутність ліцензії у компанії. Права такого клієнта такі ж, що і права по відношенню до цього страховика. У разі отримання компанією ліцензії на один вид страхування така компанія вважається справжнім страховиком.

Санкції, які накладаються на страховика, який отримав ліцензію на

страхування не того конкретного ризику, яким він займається, а на страхування іншого ризику, відрізняються від санкцій, які накладаються на страховика, зовсім не має ліцензії. Це - результат здорового міркування. Компанія зі страхування не-життя, у якій є ліцензія, наприклад, на страхування від вогню, і яка діє відповідно до закону, сформувала необхідний гарантійний фонд, технічні резерви, маржу платоспроможності і т.д. Вона не представляє загрози правам страхувальника.

Сучасна система державного страхового нагляду наділяє контролюючий орган повноваженнями бути гнучким і приймати рішення відповідно до принципу пропорційності, а саме: ступенем тяжкості порушення. Перший випадок: коли страховик покриває додатковий ризик, для якого йому необхідна окрема ліцензія. Наприклад: у страховика є ліцензія на страхування вантажів. Вантаж - алкогольні напої; 80% ціни на них складають податки і тільки 20% - фактична вартість товарів. Транспортування за межі країни можлива лише за умови, що є банківська гарантія або гарантія, видана страховими компаніями, на користь уповноваженого органу з податків і зборів про те, що якщо товар не буде вивезений протягом певної кількості днів, гарантія повинна бути виплачена податковому органу.

Страхова компанія, яка надає страхове покриття вантажу, не має ліцензії на страхування гарантій. Отже, якщо у страхової компанії немає ліцензії на страхування гарантій, це є серйозним порушенням, тому що страхування гарантій не можна надавати в якості страхування додаткового ризику. Страхування гарантій вимагає наявності величезних коштів, які страхова компанія повинна забезпечити. Порушення вважається тяжчим, якщо, не маючи ліцензії, одна і та ж компанія надає страхування життя і не-життя. Таке порушення є серйозним. Нарешті, найтяжче порушення - відсутність якої б то не було ліцензії у страховика.

Питання для самоперевірки

1. «У чому полягає необхідність державного регулювання страхової діяльності?
2. Назвіть методи впливу держави на страхову діяльність.
3. Які органи здійснюють державне регулювання страхової діяльності в Україні?
4. За допомогою яких законів та нормативних документів здійснюється правове регулювання страхового ринку України?
5. Які державні засоби державного регулювання страхової діяльності Ви знаєте?
6. Якими законодавчими документами визначено загальні та спеціальні норми проведення страхової діяльності в Україні?
7. Хто здійснює контроль за страховою діяльністю в Україні?
8. У яких напрямах повинно здійснюватись удосконалення державного регулювання страхової діяльності?
9. Яким умовам має відповідати юридична особа, щоб мати право на отримання ліцензії на здійснення страхової діяльності в законодавчому порядку?

10.Чому необхідно привести вітчизняне страхове законодавство у відповідність до міжнародних стандартів» [2]

ЛЕКЦІЯ №7

ТЕМА 7
ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. **Сутність та особливості особистого страхування.**
2. **Страхування життя і його основні види.**
3. **Страхування від нещасних випадків.**
4. **Медичне страхування.**

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 26, 28]

Основні терміни і поняття: «особисте страхування, страхування життя, страхування від нещасних випадків, медичне страхування, таблиця смертності, ймовірність дожиття, ймовірність смерті, змішане страхування життя, весільне страхування, довічне страхування, страхування дітей, викупна вартість, норма дохідності, асистанська компанія, нещасний випадок, ануїтет, страхування ренти, вигодонабувач, корпоративне страхування життя, асистанс» [2].

1. Сутність та особливості особистого страхування

Особисте страхування *– «галузь страхування, у якій об'єктом страхових відносин є життя, здоров'я та працездатність людини і яке спрямоване на забезпечення захисту сімейних доходів громадян, а також на нагромадження ними коштів для підвищення рівня свого фінансового добробуту»* [3].

«Наведене визначення особистого страхування свідчить про те, що воно провадиться на випадок смерті страхувальника чи застрахованого, тимчасової або постійної втрати ними працездатності, дожиття страхувальника (застрахованого) до закінчення строку дії договору страхування або до визначеної у договорі події» [2].

«Особливістю цієї галузі є поєднання в її рамках усіх видів страхових послуг, що забезпечують страховий захист життя, здоров'я фізичної особи та дають змогу накопичити додаткову пенсію. У складі особистого страхування функціонує три підгалузі: страхування життя, страхування від нещасних випадків та медичне страхування. На відміну від об'єктів майнового страхування, об'єкти особистого страхування не мають вартісної оцінки. З цієї причини вважається, що в особистому страхуванні не відбувається компенсації страхових збитків, матеріальної шкоди, а виплати страховика на користь страхувальника чи його родини мають характер фінансової допомоги, за рахунок

якої останні намагаються запобігти матеріальним труднощам, що виникають у разі смерті чи інвалідності» [2].

Необхідно знати також про те, «що виплати страхових сум за договорами особистого страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати фізична особа за державним соціальним страхуванням. У разі смерті страхувальника, який уклав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права та обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих» [2].

*За формою проведення особисте страхування може бути класифіковане на добровільне і обов'язкове. «*На сьогодні в Україні обов'язковість поширюється на особисте страхування медичних та фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах та організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків; особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) та сільської пожежної охорони й членів добровільних народних дружин (команд); страхування спортсменів вищих категорій; страхування життя та здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини; особисте страхування від нещасних випадків на транспорті; страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади; страхування життя та здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи; страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфекційного захворювання, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб; страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках від ризику негативного впливу іонізуючого випромінювання на їхнє здоров'я за рахунок коштів ліцензіатів» [2].

«Добровільні види особистого страхування:

- *страхування життя;*
- *страхування від нещасних випадків;*
- *медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);*
- *страхування здоров'я на випадок хвороби;*
- *страхування медичних витрат»* [2].

Критерії прийняття класифікації видів страхування в ЕС

Критерії залежать від ступеня наявності схожих характеристик у ризиків. У деяких країнах, наприклад, в Австралії, Канаді і в даний час в Росії, закон передбачає меншу кількість видів страхування, ніж прийнято в ЄС. Доцільно

мати більшу кількість видів, так як від цього буде тільки користь. Однак на глобальному рівні, критерії повинні бути багато в чому однаковими, особливо щодо великих ризиків, унаслідок міжнародного характеру страхування і перестрахування. Щоб отримати доступ на міжнародний ринок перестрахування, російські страхові компанії повинні показати природу свого бізнесу. Значну допомогу в цьому надає використання міжнародно прийнятої класифікаційної системи.

Для Канади найбільшою категорією є особисте страхування, а також майнове страхування і страхування відповідальності. Проводячи порівняння з класифікацією, прийнятою в ЄС, ми помітили лише незначні відмінності в канадській класифікації. У Канаді майнове страхування і страхування відповідальності включає страхування від вогневих ризиків, від збитків внаслідок перерв у виробництві, транспортне страхування, страхування відповідальності, страхування витрат на юридичну допомогу, страхування від крадіжки і фінансових розтрат, страхування сільськогосподарських культур, страхування врожаю від граду і страхування домашньої худоби, страхування від катастроф, страхування кредитів, страхування технічних ризиків і автострахування. Особисте страхування включає страхування від нещасного випадку на виробництві, страхування на випадок тілесних ушкоджень, індивідуальне медичне страхування, страхування життя і пенсійні програми. Нарешті, в канадській системі індивідуальне соціальне страхування виділяється як окремий вид особистого страхування. Критерієм класифікації є не тільки однорідність ризиків, але і частота страхового випадку, важливість бізнесу або ризику, з яким він пов'язаний. Саме тому страхування зупинки виробництва визнається в якості окремого виду. Критерієм важливості ризику є те, що у них є спеціальний вид страхування від катастроф.

2. Страхування життя та його основні види

«Основу особистого страхування складає добровільне страхування життя, види якого передбачають виплату страхової суми страхувальником або іншим особами, у зв’язку: з дожиттям до обумовленого в договорі терміну або події; з настанням смерті застрахованої особи» [2].

Страхування життя *– «різновид особистого страхування, за якого страхова організація зобов’язується виплатити тверду суму у разі дожиття страхувальника до певного віку чи його смерті упродовж дії договору страхування і має ряд деяких особливостей не властивих видам загального страхування»* [3].

«Страхування життя є універсальним інструментом для вирішення багатьох соціальних завдань. Насамперед, це матеріальне забезпечення особи після досягнення пенсійного віку чи у випадку втрати дієздатності через нещасний випадок. На Заході виплати за довгостроковими договорами страхування складають основу доходу громадян пенсійного віку» [2]

«У сучасних умовах страхування життя являє собою обов’язки страховика по страхових виплатах у випадках:

1) дожиття до обумовленого в договорі терміну;

2) забезпечення людини в старості або при втраті працездатності;

3) смерті;

4) забезпечення кредиту перш за все іпотечного;

5) накопичення коштів для оплати освіти дітей або для надання їм фінансової підтримки при досягненні ними повноліття» [2].

«Страховий ризик при страхуванні життя *це тривалість людського життя. Ризиком не є сама смерть, а час її настання, бо страховий ризик має два аспекти: померти в молодому віці або раніше середньої тривалості життя; жити в старості, маючи велику тривалість життя, що потребує отримання регулярних доходів без продовження трудової діяльності»* [3].

«Звернемо увагу на особливості страхування життя, що притаманні всім страховим програмам, де предметом страхового захисту є життя фізичної особи» [2]:

1. Довгостроковість договору страхування.

2. Договір страхування життя вважається вигідним вкладенням грошей, тому що накопичення страхової суми здійснюється з урахуванням норми доходності (становить зараз 4% річних);

Норма дохідності – *процент, що нараховується страховиком до резерву внесків на страхування життя.*

3. «У разі дострокового припинення договору страхування життя страховик виплачує страхувальникові викупну суму» [2].

Викупна сума *– «сума, яка виплачується страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя та розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною правил страхування життя»* [3].

«У межах викупних сум за діючими договорами страхування життя страхувальник має право взяти довгостроковий кредит на будівництво житла. Кредит видається на умовах цільового використання та платності, а викупна сума є заставою *(докладніше про це дивись Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг «Про затвердження Положення про порядок та умови видачі та розміри кредитів страхувальникам, які уклали договори страхування життя» від 03.12.2004 р. № 2883)»* [2].

4. У договорах страхування життя завжди вказуються вигодонабувачі.

«Вигодонабувач *– особа, визначена страхувальником для отримання належних сум страхових виплат у разі, якщо страхувальник (застрахований) не буде здатний скористатися ними самостійно»* [3].

5. «При формуванні ціни страхового ризику використовують таблиці смертності» [2].

Таблиця смертності – «*статистична таблиця, в якій містяться розрахункові показники, що характеризують смертність населення в різному віці і дожиття при переході від однієї вікової групи до іншої» (табл. 7.1)* [2].

Таблиця 7.1 - **Таблиця смертності (гіпотетичні дані)**

X	Lx	dx	qx	Px
0	10000	1782	0,001	0,998
1	96218	1850	0,001	0,998
...	....	...	...	....
18	94368	1210	0,001	0,998
...	....	....	....	...
20	93158	912	0,009	0,990
...	....	....	....	....
40	92246	374	0,004	0,995
41	91872	399	0,004	0,995
42	91473	427	0.004	0,995
43	91046	458	0,005	0,994
44	90588	492	0.005	0,994
45	90096	528	0,005	0,994
...	...	...	...	...

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Показники таблиці смертності побудовані як опис процесу дожиття та вимирання деякого покоління з фіксованою початковою чисельністю народжених. Підмет таблиці смертності складають: X - однорічні вікові групи населення; L - число осіб, що доживає до кожного наступного віку; dx - число осіб, що помирає у віці x; qx - ймовірність смерті при переході від віку x до віку x+1; px - ймовірність дожиття віку x+1» [2].

Математично ймовірності дожиття і смерті розраховуються у такий спосіб:

$qx = dx : Lx$ (7.1);

$px = (L_{x+1}) : Lx.$ (7.2);

$q + p = 1.$ (7.3).

«Проаналізуємо дані таблиці смертності. Припустимо, що в певному році з'явилось 100 000 новонароджених. За таблицею смертності можна визначити, скільки з них доживе до того чи іншого віку, а також помре кожного року. Важливими інформативним показниками таблиці є ймовірність смерті (**qx)** та ймовірність дожиття відповідно **(px)»** [2]**.**

«Використовуючи показники смертності, страхова компанія з високим ступенем імовірності може припустити, що вподовж найближчого року з 1000 застрахованих у віці 40 років може померти 4 особи, 50 років - 8 осіб, 60 років - 17 осіб. Звичайно, в окремі роки ці цифри можуть бути дещо іншими, але ризик відхилення незначний» [2].

Таким чином, «страховій компанії стає відомою кількість виплат при страхуванні на випадок смерті. Показники смертності мають варіативний характер для міської та сільської місцевості, для окремих регіонів і особливо для чоловіків та жінок. Усі ці моменти враховуються в більш детальних таблицях смертності та знаходять своє відображення при побудові тарифних ставок» [2].

«В аналогічному порядку за даними таблиці смертності можна визначити на 1000 застрахованих кількість осіб, які доживуть до кожного наступного віку. Ця величина буде кількістю виплат у разі страхування на випадок дожиття. Таким чином, таблиці смертності дають можливість страховій компанії визначити кількість виплат як за випадками смерті, так і за випадками дожиття

застрахованих до певного віку» [2].

«Найбільш популярні види страхування життя, які мають ощадну функцію:

змішане страхування життя,
страхування дітей,
страхування до одруження,
довічне страхування,
страхування добровільної пенсії» [2]**.**

1. Змішане страхування життя – «різновид страхування життя, що об'єднує в одному договорі кілька самостійних договорів страхування, зокрема: на випадок дожиття до закінчення терміну страхування; смерті застрахованого; втрати здоров'я від нещасних випадків. Страхувальниками є дієздатні фізичні особи віком від 18 до 72 років Договір страхування може бути укладений на 3, 5, 10, 15, або 20 років. По закінченню терміну страхування страхувальникові має бути не більше 75 років. З огляду на добровільну форму змішаного страхування життя вимоги до віку страхувальника в правилах страхування можуть бути іншими» [2].

2. Страхування дітей – «у договорі страхування поєднуються умови дожиття застрахованої дитини до 18 років, смерті в період дії договору, а також втрата життя, здоров'я внаслідок нещасного випадку. Страхувальниками можуть бути батьки, родичі, опікуни дитини, а також підприємства, які турбуються про страховий захист життя дітей своїх працівників. Застрахованою є дитина у віці від 0 до 18 років. Мінімальний термін страхування становить 3 роки, якщо договір укладається на користь дитини, яка досягла 15 років, максимальний – 18 років. Установлюється у випадку страхування дитини віком від 0 до 6 місяців» [2].

3. Весільне страхування – «один із різновидів страхування життя, що передбачає дожиття застрахованою особою до особливої події на дату повноліття. За сукупністю ризиків схоже на змішане страхування, за категорією застрахованих – із страхуванням дітей, але передбачається поруч із дожиттям до 18 років особлива подія (весілля). Проте умови весільного страхування дещо відрізняються від традиційного змішаного страхування життя» [2].

Першою особливістю «весільного страхування є гарантована виплата страхового забезпечення застрахованій особі до весілля, в тому числі у випадку, коли в період дії договору страхування оплата страхових внесків буде припинена у зв'язку зі смертю страхувальника. Тому найбільш зацікавлені в цьому виді страхування бабусі та дідусі, яких особливо влаштовує виплата страхового забезпечення онукам і онучкам при реєстрації шлюбу, навіть коли страхувальник не доживе до закінчення терміну страхування і не оплатить всі внески за договором у повному обсязі» [2].

Іншою особливістю є та, «що страхове забезпечення виплачується застрахованій особі після закінчення терміну страхування у зв'язку з реєстрацією шлюбу. Відповідальність страховика закінчується по досягненні дитиною повноліття, однак виплата здійснюється лише через визначений проміжок часу. Від моменту закінчення терміну дії договору і до моменту виплати страхового

забезпечення з нагоди реєстрації шлюбу застрахованої особи (або по досягненню нею 21 року) договір діє в повному обсязі в частині інших ризиків, включених до обсягу відповідальності страховика. Крім того, за зазначений ***вичікувальний період*** (від 18 до 21 року) розмір страхової суми, належної до оплати, збільшується на додатковий відсотковий дохід, який врахований у структурі тарифної ставки» [2].

4. При довічному страхуванні життя – «страховик приймає на себе зобов'язання по виплаті страхової суми, встановленої у договорі страхування, вигодонабувачам (спадкоємцям) застрахованого після його смерті. Таким чином страховим випадком визнається смерть застрахованої особи в період дії договору з будь-якої причини, за винятком смерті, що є наслідком: самогубства застрахованого, якщо договір страхування діяв на той час менше двох років; захворювання СНІДом; алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння. У випадку дострокового припинення договору у зв'язку зі смертю застрахованої особи з перерахованих причин, спадкоємцям повертається сума сплаченої страхувальником премії. Поліс довічного страхування на випадок смерті забезпечує додатковий дохід. На страховий резерв, сформований зі страхових внесків, щорічно нараховуються відсотки, що додаються до страхової суми. Чим довше буде діяти договір, тим більшою буде страхова сума» [2].

Страхування добровільної пенсії – «вид особистого страхування, за яким страхова компанія зобов'язується оплачувати застрахованій особі у встановлені терміни регулярний дохід. Пов'язане з попереднім накопиченням капіталів і здійсненням за їх рахунок періодичних виплат при дожитті до більш похилого віку, що називаються ануїтетами (рентами)» [2].

Рента страхова (annuity) «регулярний (щомісячний) дохід страхувальника, пов'язаний з одержанням довічної або тимчасової пенсії (ренти) за рахунок попередньо внесених у страховий фонд коштів. Якщо розрахунки за рентою виконуються на початку кожного періоду, то рента називається *пренумерандо,* якщо в кінці періоду - то *постнумерандо.* Для цього застосовують формули (5.4) і (5.5)» [2].

Для розрахунку *ренти пренумерандо:*

$$R_{pren} = A \times (1+i) \times \frac{(1+i)^t - 1}{i} \qquad (7.4)$$

де R_{pren} – вартість ренти пренумерандо;

A – рента, що виплачується на початку кожного періоду;

i – норма росту;

t - період років.

Для розрахунку *ренти постнумерандо*:

$$R_{pren} = A \times \frac{(1+i)^t - 1}{i} \qquad (7.5)$$

R_{post} - вартість ренти постнумерандо.

Первісна класифікація страхування життя в Європі включала такі види: страхування життя, страхування до одруження та народження дитини, страхування від нещасного випадку і хвороби, а також пенсійне страхування і

накопичувальне страхування (капіталізація). Пізніше, в 60-х роках минулого століття, коли ринок капіталу почав набувати все більшого значення і став більш розвиненим завдяки тій ролі, яку відігравало страхування життя з його накопичувальним характером, ЄС ввів клас страхування, який об'єднав страхування життя з інвестиційною діяльністю.

Таким чином, коли була введена Директива 1979 року народження, вона передбачала 9 класів страхування, які вже були в Європі. Директива 92/96 внесла деякі поправки, які включали поняття про єдину ліцензії для страхових компаній.

Постійне страхування здоров'я, яке не підлягає скасуванню, зачіпає тільки Великобританію і Ірландію. Інші держави-члени ЄС не зобов'язані створювати вид страхування, який відсутній у них. Те ж саме відноситься і до тонтин (англ. Tontine).

3. Страхування від нещасних випадків

Страхування від нещасних випадків – «*вид особистого страхування, що традиційно здійснюється з метою надання допомоги застрахованим особам у разі тимчасової або постійної втрати працездатності внаслідок впливу раптової, короткочасної, непередбаченої та незалежної від волі застрахованої особи події»* [3].

«Під нещасним випадком розуміють ушкодження, наслідком яких є тимчасова інвалідність, постійна інвалідність або смерть» [2].

«Більш точно сутність цього поняття характеризує наступне визначення: **Нещасний випадок -** *раптова, короткочасна, непередбачена та незалежна від волі застрахованої особи подія, що призвела до травматичного пошкодження, каліцтва або іншого розладу здоров'я людини»* [2].

«На відміну від страхування життя, страхування від нещасних випадків є видом короткострокового ризикового страхування. Це означає, що настання страхового випадку можна передбачити з певною мірою вірогідності. І коли ймовірна подія настає, застрахований (вигодонабувач) одержує страхову суму. В протилежному випадку виплата не здійснюється і страхові платежі не повертаються. Страхування від нещасних випадків як послуга комерційних страхових компаній за формою проведення може бути обов'язковою та добровільною. Залежно від статусу особи, що укладає договір, варто розрізняти індивідуальне (за кошти фізичних осіб) і колективне (за кошти юридичних осіб) страхування від нещасних випадків.Розглянемо деякі критерії, що стосуються необхідності відбору страховими компаніями факторів, які суттєво можуть вплинути на страховий тариф, виставлений у договорі страхування від нещасних випадків.Найважливішим критерієм відбору ризику ***є професія***. Різні професії по різному небезпечні щодо ймовірності настання нещасних випадків. Тому при укладанні договору страхувальник повинен детально описати свою професію та її особливості. Немає потреби нагадувати, що однакові за назвою професії можуть мати різний ступінь ризику» [2].

«Якщо особа працює за декількома спеціальностями, то ступінь їхньої ризикованості береться дещо вищим. Важливим критерієм відбору ризику ***є***

здоров'я. Попередній медичний огляд застосовують у спірних і незрозумілих випадках. Страхова компанія бере до уваги ті захворювання та фізичні дефекти, які:

1. зумовлюють настання нещасного випадку;
2. подовжують період видужування;
3. збільшують витрати на лікування;
4. ускладнюють визначення факту настання нещасного випадку» [2].

«Ризик нещасного випадку збільшується разом ***із віком***. В процесі старіння людина поступово втрачає рухливість та окремі рефлексні рухи, що може призвести до настання нещасного випадку, хоча літнім людям притаманна більша обережність у поведінці. Крайній вік страхувальника майже всі страхові компанії схильні визначати не вище 65 років. Цей пункт пом'якшується тією умовою, що у випадку, коли фізична особа вже була застрахована раніше, то страхування може подовжити до 70 – 75 років. Страхові компанії не схильні підписувати договори з особами, які вимагають укласти їх на дуже високі страхові суми, із такими, що мають скрутне матеріальне становище або з якими траплялися нещасні випадки кілька разів за невеликий період часу» [2].

«Наслідком раптової, короткочасної, непередбаченої та незалежної від волі застрахованої особи події (нещасного випадку) може бути:

1. тимчасова непрацездатність;

2. інвалідність;

3. смерть» [2].

«Під ***непрацездатністю*** слід розуміти неможливість продовжувати професійну діяльність або виконувати звичні обов'язки протягом певного проміжку часу. Під впливом лікування непрацездатність минає. Експертиза тимчасової непрацездатності здійснюється у лікувально-профілактичних установах і засвідчується лікарняним листом або відповідною довідкою. Якщо термін перебування на лікарняному за непрацездатністю перевищує 4 місяці, постраждалий проходить медико-соціальну експертну комісію (МСЕК), яка може визнати стійку втрату непрацездатності і встановити певну групу інвалідності» [2].

«Інвалідність *– соціальна недостатність (дезадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги»* [2].

«Постраждалим від нещасного випадку може бути встановлена перша, друга чи третя група інвалідності. Підставою для встановлення ***першої групи інвалідності*** є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюються, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі. Підставою для встановлення ***другої групи інвалідності*** є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій

здатності до самообслуговування, та не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі. Підставою для встановлення ***третьої групи інвалідності*** є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту» [2].

«Інвалідність може бути встановлена на строк від 1 до 3 років або безстроково. Безстрокова інвалідність означає постійну інвалідність, під якою розуміють фізичні або функціональні втрати, які наносять застрахованому непоправної шкоди. Ступінь втрати здоров'я впливає на величину страхової суми, що виплачується застрахованій особі за наслідками нещасного випадку. Максимальна страхова сума виплачується спадкоємцям у випадку ***смерті*** страхувальника» [2].

«Постановою Кабінету Міністрів України **№956** від 14.08.1996 р. «***Про порядок та умови здійснення обов'язкового особистого страхування від нещасних випадків на транспорті***» урегульовано порядок проведення обов'язкового особистого страхування від нещасних випадків на транспорті» [2].

«Дія постанови поширюється на пасажирів залізничного, автомобільного, електротранспорту (крім внутріміського, внутрішнього водного транспорту), а також водіїв, машиністів потягів, машиністів метрополітену, кондукторів, працівників вагонів-ресторанів та інший обслуговуючий персонал. Обслуговуючий персонал страхує транспортна організація. Страховий захист діє тільки під час перебування на роботі. Страховий тариф становить 0,18% від страхової суми, розмір якої від 2011 р. 6000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян» [2].

«З пасажира ***страховий платіж*** утримується транспортною організацією, яка має агентську угоду із страховиком, на лініях залізничного, морського, внутрішнього водного, автомобільного та електротранспорту на міжобласних і міжміських маршрутах у межах однієї області, Автономної Республіки Крим у розмірі до 1,5% вартості проїзду, на маршрутах приміського сполучення до 3% вартості проїзду. При страхуванні пасажирів усіх видів транспорту міжнародних сполучень страховий платіж включається у вартість квитка й утримується з пасажира транспортною організацією у розмірі 2% вартості проїзду в національній валюті України» [2].

«Для пасажира страховий захист починає діяти від моменту оголошення посадки на транспортний засіб; припиняється - після прибуття до кінцевого пункту і виходу за межі вокзалу. *Страховим випадком* є аварія на транспорті з відповідними наслідками для здоров'я пасажира:

а) загибель або смерть пасажира внаслідок нещасного випадку - 100% страхової суми;

б) інвалідність: I група - 90% страхової суми; II група - 75% страхової суми, III група - 50% страхової суми;

в) тимчасова втрата працездатності - 0,2% страхової суми щоденно, але в цілому не більше половини страхової суми» [2].

«Добровільне індивідуальне та колективне страхування від нещасних випадків передбачає, що ***страхувальником*** може бути юридична особа або дієздатний громадянин. Застрахованими можуть бути особи, які на час укладення договору страхування не є онкологічно хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, а також не перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах. До факторів, які суттєво можуть вплинути на страховий тариф, виставлений у договорі страхування від нещасних випадків, відносять групу ризику професії, вік і стан здоров'я страхувальника. Розмір страхової суми встановлюється за згодою сторін при укладенні договору страхування» [2].

«Страховик виплачує страхову суму:

* у разі загибелі або смерті страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку вигодонабувачу або спадкоємцю у розмірі 100% страхової суми;

* у разі отримання страхувальником травми внаслідок нещасного випадку і встановлення інвалідності йому виплачується:

I групи - 100% страхової суми;

II групи - 75% страхової суми;

III групи - 50% страхової суми;

*****у разі тимчасової втрати страхувальником працездатності йому виплачується за кожну добу 0,5% страхової суми, але не більше 50% страхової суми» [2].

«Страхова сума виплачується не пізніше 10 діб від дня одержання необхідних документів через касу страховика або перераховується на розрахунковий рахунок, зазначений у заяві, відповідно до рівня неоподатковуваного мінімуму доходів громадян» [2].

Страхування з відшкодуванням збитків (компенсація збитку) в Європейській класифікації включає страхування від нещасних випадків. Визначення нещасного випадку включає тілесне ушкодження і хвороба, що наступили під час дії трудової угоди або викликані його виконанням. До ризиків, які можуть повністю або частково охоплюватися цим класом страхування, відносяться наступні: фіксовані грошові допомоги, допомоги у вигляді відшкодування збитку (компенсації збитку), комбінація цих двох видів і, нарешті, страхування пасажирів на випадок тілесних ушкоджень.

Необхідно відзначити, що перший підклас за своєю природою більше підходить до страхування життя, але це - виняток з правила, згідно з яким фіксовані суми пов'язані зі страхуванням життя, а відшкодування збитків - зі страхуванням не-життя. Хвороба, яка настає під час дії трудової угоди і викликана виробничими причинами, характеризується не як хвороба, а як нещасний випадок. Важливим фактором у страхуванні на випадок хвороби є причина захворювання. Якщо причина захворювання пов'язана з виконанням трудових обов'язків, законодавство розглядає таке захворювання як нещасний випадок. Зв'язок між класифікацією страхування за видами і особистими правами / зобов'язаннями очевидна. Класифікація тісно пов'язана з особистими правами і

обов'язками, а не тільки з однорідністю ризиків.

Другий підклас відноситься до витрат, які прямо пов'язані з нещасним випадком.

Четвертий підклас відноситься тільки до нещасних випадків, які сталися з пасажирами під час їх перевезення, а не до відповідальності перевізника. Європейська класифікація не робить різниці між тим, засноване страхове покриття останнього ризику на системі відшкодування збитку або фіксованої суми, тому може бути досягнута домовленість про застосування обох систем виплати.

4. Медичне страхування любой

«Медичне страхування - *це страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку з хворобою та нещасним випадком»* [3].

«Як підгалузь особистого страхування відноситься до сфери загального страхування, але може бути як короткостроковим, так і довгостроковим. Суть медичного страхування полягає в тому, що відносно за невелику плату страхувальник отримує право на обслуговування в медичних закладах за рахунок страхового фонду страхової компанії» [2].

«В світі склалося два типи систем фінансового забезпечення охорони здоров'я:

1. *Американська,* яка базується переважно на приватних джерелах.
2. *Західноєвропейська*, яка базується на суспільних фондах охорони здоров'я. Але при цьому не відкидається участь держави у формуванні фондів охорони здоров'я» [4].

«Джерелом поповнення цих фондів є внески роботодавців та найманих працівників і величина внесків роботодавців залежить від рівня захворюваності найманих працівників» [5].

«Медичне страхування може проводитись як в добровільній, так і в обов'язковій формах. Обом формам властиві свої переваги та недоліки. В той же час обов'язкове медичне страхування має одну суттєву перевагу - воно забезпечує регулярність надходження грошових коштів, створюючи, тим самим можливість планування медичної допомоги. В різних країнах залежно від особливостей розвитку охорони здоров'я віддається перевага тій чи іншій формі медичного страхування» [8].

«Що стосується України, «то система охорони здоров'я населення має бюджетне фінансування. Медичне страхування знаходиться на першій позиції серед переліку видів обов'язкового страхування, визначених статтею 7 Закону України «Про страхування». Але поки що не існує єдиного концептуального підходу до запровадження обов'язкової форми медичного страхування» [2].

«Тим часом система охорони здоров'я населення України перебуває на дуже низькому та незадовільному рівні. Частково проблему поліпшення якості медичних послуг може вирішити ***добровільне медичне страхування як індивідуальне, так і колективне»*** [2]**.**

«Суб'єктами добровільного медичного страхування є:

1. страхові компанії, які мають відповідну ліцензію;
2. страхувальники: фізичні та юридичні особи;
3. медичні заклади незалежно від форми власності» [2].

«Відносини між суб'єктами добровільного медичного страхування будуються на основі двох договорів: договору страхування, що укладається між страховиком та страхувальником, і договору на надання лікувально-профілактичної допомоги, який укладається між страховиком та лікувально-профілактичним закладом» [8].

Договір добровільного медичного страхування «укладається на підставі відповідної програми добровільного медичного страхування.Страхувальники, фізичні особи, мають право укладати договір як на свою користь, так і на користь третьої особи, яка буде вважатись застрахованою за цим договором.Страхувальники, юридичні особи, укладають договори тільки на користь третіх осіб, тобто трудового колективу, на який буде поширюватись страховий захист згідно з договором добровільного медичного страхування.Обсяг страхової відповідальності за договором добровільного медичного страхування визначається переліком страхових випадків, при настанні яких у страховика виникає обов'язок зробити страхову виплату» [2].

Страховим випадком «визнається звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я за умови, що симптоми захворювання відповідають переліченим у договорі випадкам, що вважаються страховими» [5].

«Страхова сума, у межах якої страховик несе відповідальність щодо виплат, визначається вартістю обраної страхувальником програми добровільного медичного страхування» [5].

Програма є «невід'ємною частиною договору страхування. Страховики можуть пропонувати програми, що відрізняються обставинами, за яких страхувальник буде отримувати медичну допомогу: амбулаторно, у стаціонарі, шляхом виклику медичної допомоги чи лікаря додому. Крім того, програми можуть бути розраховані тільки на надання допомоги дітям чи дорослим, відрізнятися переліком медичних установ, залучених до реалізації послуг із медичного страхування. І, нарешті, програми відрізняються вартістю, на яку впливають усі вище перераховані умови» [4].

Отже, «страховик виступає посередником між страхувальником та медичною установ. Він бере на себе зобов'язання не лише оплатити, але й організувати застрахованому одержання гарантованої договором медичної допомоги. Відповідно, страхова компанія здійснює страхову виплату шляхом перерахунку вартості лікування на розрахунковий рахунок медичної установи на підставі виставлених останньою рахунків. При цьому страховик контролює не лише відповідність виставлених рахунків передбаченим договором переліку послуг, але й якість цих послуг, захищаючи в спірних ситуаціях страхувальника» [4].

«Медичне страхування осіб, які подорожують у різних справах за кордон, реалізується з використанням послуг *асистанських компаній*» [2].

Асистанська компанія *– «це організація, яка на високому професійному*

рівні здійснює цілодобову координацію надання допомоги застрахованим особам та контролює процес витрат для страхових компаній та корпоративних клієнтів» [2].

Асистанс *- перелік послуг (у рамках договору страхування), які надаються в потрібний момент через медичне, технічне і фінансове сприяння. Широко використовується в зарубіжних країнах для безпеки подорожуючих під час поїздок за кордон (у разі хвороби, нещасного випадку)* [2].

З практичної точки зору «такі компанії дозволяють страховим організаціям реально реалізувати закладені в страхових полісах механізми захисту застрахованих у таких видах страхування, як медичне, автомобільного транспорту, вантажів тощо. Тобто для страховика співробітництво з асистанською компанією є засобом підвищення конкурентоспроможності страхових послуг, їх привабливості для потенційних клієнтів, оскільки клієнт купує не лише фінансову послугу, а й можливість негайно отримати необхідну допомогу у будь-якій точці земної кулі. Саме необхідність надання такої допомоги у міжнародному масштабі зумовила виникнення асистанських мереж – компаній з розгалуженою системою філій, розміщених у різних країнах світу» [2].

Стосовно економічної основи асистансу, необхідно зазначити, «що страховим компаніям невигідно створювати у своїй структурі відповідні служби. По-перше, функція обслуговування не є власне функцією страхування, а, по – друге, - створення такого підрозділу є дуже затратним і призводить до збільшення витрат на ведення справи страховика. У той же час для асистанської компанії надання оперативної допомоги застрахованим – це основний вид діяльності, що дозволяє співробітничати з декількома страховиками, які потребують цих послуг» [8].

Стосовно медичного страхування «осіб, які від'їжджають за кордон, асистанські компанії, як правило, виконують такі функції:

1. цілодобово приймають заяви від застрахованих осіб зручною для них мовою;
2. укладають договори з медичними та технічними організаціями для швидкого реагування у випадку необхідності;
3. виступають незалежними експертами при оцінці страхового випадку;
4. спільно з іноземними партнерами здійснюють моніторинг страхового випадку від початку до закриття справи. Моніторинг страхового випадку для України має свою специфіку: виникає потреба більш ретельно перевіряти виставлені рахунки, при необхідності, вимагаючи додаткову інформацію та суму витрат по страховому випадку;
5. проводять аналіз та контроль рахунків щодо орієнтованої суми витрат, виставлених іноземними партнерами по кожному страховому випадку;
6. сприяють виявленню страхового шахрайства;
7. накопичують відомості та формують базу даних про недобросовісних страховиків та випадки шахрайства» [2].

Отже, «асистанс передбачає страховий захист не тільки застрахованих осіб, а й забезпечення ефективної діяльності страхової компанії, сприяючи

якісному та швидкому наданню послуг щодо медичної допомоги застрахованим особам, які перебувають за межами країни» [4].

Медичне страхування «дає змогу подорожуючим за кордон громадянам укласти договори страхування на випадок раптового захворювання, тілесних ушкоджень внаслідок нещасного випадку, а також смерті під час перебування за кордоном» [5].

«Щодо обсягу страхового захисту, який може бути обраний за полісом, то він розподіляється на чотири категорії: А, В, С, Д» [2].

«Категорія А передбачає лише надання послуг невідкладної медичної допомоги і оплату медичних витрат та перевезення транспортним засобом до найближчої медичної установи; репатріацію у випадку хвороби до місця постійного проживання; репатріацію у випадку смерті; невідкладну стоматологічну допомогу.***Категорія В*** включає всі пункти, передбачені категорією А і забезпечує додатково візит третьої особи у випадку перебування в лікарні понад 10 діб; дострокове повернення застрахованої особи у випадку смерті найближчих родичів (чоловік, дружина, діти, батьки); евакуацію дітей» [2].

«Категорія С, включаючи категорії А та В, передбачає ще надання юридичної та адміністративної допомоги:

1. можливість зв’язатися з адвокатом;
2. допомога у порушенні справи про захист застрахованої особи;
3. повернення та відправлення багажу за іншою адресою;
4. передача термінових повідомлень;
5. допомога при втраті або викраденні документів для їх заміни (як правило, на суму не більше 200 доларів США)» [2].

«Категорія D охоплює категорії А, В, С та додатково обумовлює надання допомоги при поломці особистого автотранспорту та захворюванні водія:

1.організація доставки всіх пасажирів до місця проживання в країні перебування (тільки в країнах Європи);

2.надання та оплата послуг іншого водія у разі захворювання водія;

3.забезпечення евакуації пасажирів у країну проживання» [2].

Страхування на випадок хвороби, як клас, в ЄС має таку ж структуру, що і страхування від нещасного випадку. У разі хвороби, яка покривається договором страхування, страховик може погодитися застрахувати ризик на фіксовану суму. Страховик також може погодитися виплатити як відшкодування витрат певну суму (тобто вартість лікування в лікарні).

Виплата також може являти собою комбінацію фіксованої суми і відшкодування збитків (третій випадок).

Загальні зауваження по страхуванню від нещасного випадку і на випадок хвороби:

1. Перші два класи страхування не-життя відносяться до особистого страхування. Так як вони мають змішаний характер, ними може займатися і компанія зі страхування життя. Це означає, що незважаючи на існування поділу на страхування життя / не-життя, компанія зі страхування життя, яка отримала ліцензію на страхування здоров'я, може займатися страхуванням від нещасного

випадку і на випадок хвороби, що відносяться до групи класів страхування не-життя. Незважаючи на те, що в такому випадку компанія зі страхування життя надає страхове покриття для нещасних випадків і хвороби у вигляді відшкодування збитків.

2. Хоча це є очевидним, але все ж варто зауважити, що страхова компанія, яка займається страхуванням від нещасного випадку і на випадок хвороби, може включати в той же поліс безліч інших видів покриття. Для видачі ліцензії на здійснення страхування від нещасного випадку і на випадок хвороби орган нагляду перевіряє тільки характер покриття: є воно фіксованим посібником, відшкодуванням шкоди, комбінацією обох видів або страхуванням на випадок перевезення пасажирів. Так, якщо страхова компанія має ліцензію на страхування на випадок хвороби, вона може домовитися, що страхувальнику або сплатять витрати на лікарняне лікування (ту частину, яка не покривається соціальним страхуванням), або виплатять фіксовану суму за кожен день, коли він не працює або лікується в лікарні, або повернуть певний відсоток страхового внеску після X років відсутності страхової події, або нададуть будь-яке інше покриття відповідно до договору. Видав ліцензію орган нагляду не втручається в політику компанії. Він перевіряє продукт, представлений органу нагляду в момент створення компанії. Страхова компанія, що має ліцензію на страхування від нещасного випадку і на випадок хвороби, під свою відповідальність може згодом надавати будь-який вид покриття в рамках отриманої ліцензії.

Страхова компанія, що має ліцензію на страхування від нещасного випадку і на випадок хвороби, повинна враховувати ще одне правило. При створенні сучасних складних страхових продуктів, страхове покриття може ставитися (і це насправді дуже поширене) до інших класів страхування, на які у компанії немає ліцензії. Страхової компанії не обов'язково мати ліцензію, щоб надавати новий продукт-компаньйон. Виходячи з принципу додаткових ризиків (введеного першими поколіннями Директив ЄС в 70-і роки минулого століття), страхові компанії можуть страхувати ризики, на які у них немає ліцензії, за умови, що ці ризики (1) пов'язані з основними ризиками та (2) передбачені одним і тим же договором страхування.

Виникає питання: що станеться, якщо страхова компанія страхує ризики, які не відповідають двом вищезазначеним умовам. Відповідь наступна: це не впливає на юридичну силу договору страхування. Права і зобов'язання страховика і страхувальника залишаються без зміни. Існують винятки, якщо страховик в полісі пообіцяв страхувальнику надати страхове покриття відповідальності, наприклад, коли у нього немає на нього ліцензії. Якщо страхова компанія надає страхове покриття відповідальності, як пов'язаного ризику, в той час як це - основний ризик, а не додатковий, компанія порушує закон, займаючись діяльністю, яка виходить за рамки виданих офіційних ліцензій. Вона порушує зобов'язання, яке вона має перед органом нагляду (норма публічного права), а також вона порушує свою обіцянку, дану страхувальнику, тому що вона вводить страхувальника в оману про наявність ліцензії, якої у компанії немає. Тому в цьому випадку застосовуються загальні правила договірного права. Дійсний поліс чи ні, а також, яким санкціям піддається

страхова компанія, залежить від обставин справи і від того, істотно були спотворені відомості чи ні. Застосовуються санкції публічного права. В таких обставинах держави-члени ЄС на свій розсуд застосовують до страховика гнучкі або негнучкі санкції.

Питання для самоперевірки

1. «Що являє собою особисте страхування?
2. Що є об'єктом особистого страхування?
3. Яким чином оцінюються об'єкти, які підлягають страхуванню в особистому страхуванні?
4. Чим відрізняється страхування від нещасних випадків від медичного страхування?
5. За рахунок яких джерел здійснюється індивідуальне та колективне особисте страхування?
6. Яким чином укладається договір страхування при обов'язковому страхуванні пасажирів?
7. Що є страховим випадком при страхуванні життя?
8. Від чого залежить термін дії договору особистого страхування?
9. Від чого залежить розмір страхової суми, яка вказується в договорі особистого страхування?
10. За наявності яких захворювань страхова компанія має право відмовити в укладанні договору особистого страхування» [2]

ЛЕКЦІЯ №8

ТЕМА 8
МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. **Сутність та особливості майнового страхування.**
2. **Страхування майна юридичних осіб.**
3. **Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств.**
4. **Страхування транспортних засобів та вантажів.**
5. **Страхування майна фізичних осіб**

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 26]

Основні терміни і поняття: «майнове страхування, страхування майна громадян, страхування майна юридичних осіб, система пропорційної відповідальності, страхова оцінка, застраховане майно, система страхового забезпечення, страховий акт, аварійний сертифікат, відшкодування збитків, система першого ризику, страхування вантажів, ІНКОТЕРМС, страхування тварин, страхування каско, страхування карго, генеральний поліс, страхування транспортних засобів, страховий оцінний лист» [2].

1. Сутність та особливості майнового страхування

Майнове страхування є «обов'язковим елементом кожної соціально-економічної системи і в страховій літературі *трактується як галузь страхової діяльності, де предметом страхового захисту виступають майнові інтереси фізичних та юридичних осіб, що не суперечать чинному законодавству і пов'язані з правом володіння, користування та розпорядження майном»* [3].

«Економічне призначення майнового страхування полягає у відшкодуванні збитків, заподіяних страхувальникові внаслідок знищення, пошкодження майна при настанні страхового випадку» [1].

«Усі види страхових послуг у галузі майнового страхування за статусом страхувальника поділяються на дві групи:

1. Послуги, що обслуговують майнові інтереси фізичних осіб;
2. Послуги, що обслуговують майнові інтереси юридичних осіб» [2].

«Такий розподіл пояснюється різним змістом правил страхування. З урахуванням цієї обставини структуру галузі майнового страхування формує дві підгалузі:

1. Страхування майна юридичних осіб;
2. Страхування майна фізичних осіб» [2].

«Проте є послуги, що мають універсальний характер і можуть бути реалізованими з метою забезпечення страхового захисту особистого майна громадян чи майна підприємств» [1].

«Галузь майнового страхування належить до сфери загального страхування (короткострокового ризикового) [2].

«Раніше уже зазначалось, що за формою проведення страхування класифікується на добровільне і обов'язкове» [2].

«Обов'язкове майнове страхування складається з такого переліку видів страхових послуг [2]***:***

1. страхування засобів водного транспорту;

2. страхування майнових ризиків користувача надр під час дослідно-промислового і промислового видобування та використання газу (метану) вугільних родовищ;

3. страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;

4. страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту й газ»;

5. страхування тварин (крім тих, що використовуються у цілях сільськогосподарського виробництва) на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, що визначені Кабінетом Міністрів України;

6. страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб;

7. страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, випадкового пошкодження або псування;

8. страхування майна, переданого у концесію;

9. страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням ДКА;

10. страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;

11. авіаційне страхування цивільної авіації (має комплексний характер і охоплює, крім авіаційних суден цивільної авіації, що включені до Державного реєстру повітряних суден, також об'єкти, що за своєю сутністю належать до інших галузей страхування)» [2].

«До ***добровільних видів майнового страхування***, на які видається відповідна ліцензія належать:

1. страхування залізничного транспорту;

2. страхування наземного транспорту (крім залізничного);

3. страхування повітряного транспорту;

4. страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту);

5. страхування вантажів та багажу (вантажобагажу);

6. страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ;

7. страхування майна іншого, ніж вище перелічені види» [1].

«Види добровільного страхування реалізуються згідно з розробленими страховиками правилами (умовами) страхування, зареєстрованими в Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг» [2].

У Додатку до Першої Директиви ЄС про страхування не-життя дається визначення страхування не-життя (або «загального страхування», як це прийнято називати в Великобританії) з точки зору подальших заходів у страхуванні та перераховуються його види. Спочатку було 17 видів страхування, включаючи страхування від нещасного випадку і хвороби (але виключаючи безперервне страхування здоров'я), морське страхування, страхування авіаційних ризиків і страхування перевезень, страхування вогневих ризиків та нанесення шкоди майну в результаті впливу інших ризиків, страхування загальногромадянської відповідальності, різних фінансових втрат, страхування кредитів, страхування судових витрат. Ще один вид (№ 18 Асистанс) був доданий на підставі Директиви про допомогу туристам, яка включає допомогу при поломці транспортного засобу під час подорожі за сплату премії. Необхідність в новому вигляді пояснюється особливістю цього бізнесу, а не диференціацією подаються ризиків.

Директива охоплює тільки пряме страхування, тому її положення не поширюються на перестрахування, в якому кожна держава-член ЄС залишається вільним в питаннях регулювання діяльності перестрахувальних компаній.

Таким чином, всі страхові підприємства, що працюють в країнах ЄС,

незалежно від того, є вони компаніями, що працюють на основі премії (у формі акціонерного товариства або іншого типу господарюючого суб'єкта) або працюють в якості компанії взаємного страхування, повинні визначити один з вищевказаних класів для свого бізнесу. За видами страхування на випадок хвороби і від нещасного випадку (під номером 1 і 2) може надаватися фіксована страхова сума, відшкодування збитків (компенсація збитку) або їх комбінація.

Страхування автотранспортних засобів і ж / д транспорту може охоплювати наземні транспортні засоби, але відмінності в типах авто-мототранспортних засобів, які стрімко розвиваються з технологічної точки зору, виправдовують виділення окремого виду. Інші транспортні засоби (водні суду і літальні апарати) традиційно ставилися до різних класів в деяких юрисдикціях, і в ЄС їм присвоєні окремі класи. Необхідно відзначити, що перераховані вище 4 класу, які відносяться до транспортних засобів, покривають збиток або збиток, заподіяний самому транспортному засобу, а не вантажу, що перевозиться. Транспортування вантажів відноситься до окремого виду страхування - страхування вантажів.

Страхування від вогню і стихійних лих є найстарішим видом, тому що воно відноситься до типового ризику, який становить загрозу для товарів. Цей клас має відношення до класу № 9 (страхування від збитку майну), але він охоплює ризики, які не включені в клас № 5. Класи з № 10 по № 13 взаємопов'язані, тому що вони покривають громадянську відповідальність, яка виникає при використанні водних та повітряних суден або наземних транспортних засобів, а також громадянську відповідальність осіб, які професійно виконують функції перевізника з використанням всіх зазначених видів транспорту. Тут необхідно зазначити, що відсутній окремий клас страхування відповідальності для ж / д транспорту. Цей випадок, як і будь-яке інше покриття цивільної відповідальності, підпадає під клас № 13 - загальногромадянський відповідальність.

Страхування кредитів і поручительства, хоча і пов'язані між собою, розділені на два різних класи (№№ 14 і 15). Є спеціальні класи страхування для судових витрат і допомоги туристам, або асистанс (№№ 17 і 18). Останній, але не менш важливий вид страхування відноситься до різних фінансових збитків і в класифікації стоїть під № 16.

2.Основні умови добровільного страхування майна юридичних осіб

«Умови добровільного страхування майна юридичних осіб, що пропонуються страховими компаніями, передбачають можливість страхового захисту не тільки майна, що належить підприємству, а й майна, що взяте у найм, лізинг, на зберігання переробку, комісію чи ремонт від фізичних та юридичних осіб» [2].

«Визначимо більш чітко можливі майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству і пов’язані з володінням, користуванням та розпорядженням такими видами майна» [2]:

1. «будівлями, спорудами, устаткуванням, інвентарем, товарно-

матеріальними цінностями, готовою продукцією, сировиною, матеріалами, та іншим майном, що належить підприємству та відображено у його балансі;

2. майно, отримане за договором лізингу, оренди (якщо воно не застраховане у орендодавця) чи прийняте від інших організацій і (або) населення» [2].

«Рухоме майно приймається на страхування і знаходиться під страховим захистом тільки на території, вказаній у договорі страхування. При зміні місця перебування застрахованого майна підприємство повинно завчасно повідомити страховика й у випадку збільшення ступеню ризику сплатити додаткову премію, визначену страховою компанією. На особливих умовах, визначених у договорі, страховик може взяти під страховий захист майно, незалежно від його місця перебування. Резервуари (трубопроводи, апарати і т.п.), інше технологічне обладнання знаходяться під страховим захистом за умови, якщо вони перебувають у тому технологічному зв'язку між собою і використовуються для тих речовин та матеріалів, які було відображено у заяві на страхування, технологічному регламенті, монтажно-технологічних схемах та в інших документах, що є доповненнями до договору страхування» [2].

«Страхова компанія дозволяє підприємству використати ***вибіркове страхування***. Тобто застрахувати окремі майнові об'єкти на власний вибір» [2].

«Не приймаються на страхування предмети, факт знищення яких складно встановити: грошові знаки, цінні папери, вироби з коштовних металів, напівкоштовного та коштовного каміння, рідкісні та антикварні предмети, слайди та фотокартки, предмети релігійного культу, філателістичні колекції, документи, рукописи, майно, яке знаходиться у застрахованому приміщенні, але не належить страхувальникові» [1].

«В договорі вказуються страхові ризики, обсяг страхової відповідальності, винятки зі страхових випадків та обмеження страхування» [2].

«Так***, страховими ризиками*** є:

1. знищення або пошкодження майна внаслідок пожежі, удару блискавки;
2. знищення або пошкодження майна внаслідок землетрусу, виверження вулкану та дії підземного вогню, гірського обвалу, цунамі, бурі, урагану, граду, сходження снігових лавин, злив, повені, сильного снігопаду, просідання ґрунту» [8].

«В договорі можуть бути передбачені й інші події: вибух газу, котлів, машин, апаратів; аварії опалювальної, протипожежної, водопровідної, каналізаційної систем; проникнення води із сусіднього приміщення; крадіжки» [2].

«Найчастішою з небажаних подій на підприємствах є *пожежі.* Під поняттям «пожежа» слід розуміти неконтрольоване горіння, яке спричинило матеріальний збиток. Том у при укладенні договорів більшим попитом користується ризик знищення або пошкодження майна внаслідок пожежі, удару блискавки. Таке страхування називається пожежним. Страхові компанії відшкодовують також збитки, які виникли внаслідок безпосередньої дії вогню (пожежі), а також дії побічних явищ (тиск повітря або газу, тепло, дим), хоча захист від комплексу ризиків (стихійних лих, неправомірних дій третіх осіб та

ін..) підвищує ступінь безпеки господарської діяльності підприємства. За погодженням сторін перелік страхових ризиків може бути розширений чи звужений» [2].

«Не відшкодовуються збитки, що виникли внаслідок таких причин» [2]*:*

1. «обробки вогнем, теплом чи іншим термічним впливом на майно з метою переробки або в інших цілях (сушіння, зварювання, копчення, гаряча обробка тощо);

2. пошкодження тиском, що виник унаслідок вибуху, а також обробка вибухом чи тиском у виробничих чи інших цілях (зварювання вибухом, закріплення матеріалів вибухом, штампування тиском тощо);

3. використання вибухових речовин (динаміт, тротил тощо) та інших хімічних сполук або сумішей речовин, яким властиві швидкі екзотермічні реакції, що супроводжуються виділенням великої кількості тепла чи газів, спеціально призначених для проведення вибухів у тій чи іншій формах, чи для екзотермічних реакцій у режимі теплового вибуху тощо);

4. груба недбалість чи намір страхувальника (у тому числі з метою збільшення розміру страхового відшкодування);

5. порушення встановлених законодавством чи іншими нормативними актами правил та норм безпеки чи інших аналогічних норм;

6. неминучі в процесі роботи чи природно пов’язані з нею випадки самозагорання, корозії, гниття, природного зносу;

7. усякого роду військові дії, громадянська війна, народні збурення, страйки та їх наслідки, реквізиція, арешт, конфіскація, знищення чи пошкодження майна за розпорядженням цивільної чи військової влади;

8. дія бомб, мін, снарядів та інших знарядь війни;

9. радіоактивне забруднення та (чи) вплив ядерної енергії у будь-якій формі;

10. дія гризунів чи інших шкідників;

11. обвал будівель чи їх частин, якщо такий обвал не викликаний страховим випадком;

12. викрадення майна під час або безпосередньо після страхового випадку» [2].

«Метою встановлення таких обмежень є підвищення відповідальності страхувальника за збереження майна» [2].

Статтею 9 Закону «Про страхування» визначено, «що при страхуванні майна страхова сума встановлюється в межах вартості (страхової оцінки) майна за цінами і тарифами, що діють на момент укладання договору, якщо інше не передбачено договором страхування» [3].

«Значення страхової оцінки полягає в тому, що вона слугує головним орієнтиром для визначення страхової суми і є кількісним показником обсягу відповідальності страхової компанії» [1].

«Для оцінювання основних фондів застосовується їх повна балансова вартість за вирахуванням величини зносу. Товарно-матеріальні цінності як власного виробництва, так і придбані підприємством оцінюються за розміром

фактичної собівартості або за цінами, що діяли на день укладання договору з вирахуванням зносу; об'єкти в стадії незавершеного будівництва – за розміром матеріальних і трудових витрат, фактично здійснених на час страхового випадку; продукція в процесі виробництва або обробки – за вартістю витрачених на момент страхового випадку сировини, матеріалів і вкладеної праці; для майна, отриманого за договорами оренди, лізингу - дійсна (балансова) вартість за даними бухгалтерського обліку підприємства, якому належить це майно, але не більше суми, в межах якої страхувальник несе відповідальність перед власником. Майно може бути також застраховане за ***відновною вартістю***. Знос за основними засобами розраховується на основі норм амортизаційних відрахувань, визначених діючим законодавством» [1].

«Страхова сума може дорівнювати дійсній вартості майна, що гарантує повне відшкодування завданих збитків з урахуванням механізму дії безумовної (умовної) франшизи, якщо вона передбачена договором страхування» [2].

«Якщо ж майно прийняте на страхування у певній частці (відсотку) від його повної вартості, то всі об'єкти вважаються застрахованими на таку частку (відсоток). Відхилення страхової суми від страхової оцінки змушує страхову компанію здійснювати відшкодування збитків за ***системою пропорційної відповідальності***, за якої страхове відшкодування виплачується пропорційно до тієї частки збитків, яку становить страхова сума до страхової оцінки» [2].

«Невідповідність між страховою сумою та страховою оцінкою породжує проблему неповного страхового захисту майна. Існує загроза, що в період дії договору може відбутися зростання цін. Повністю нейтралізувати вплив зростання цін на страхову оцінку майна неможливо, але є можливість зменшити його наслідки. Ефективним, але складним шляхом вирішення цієї проблеми є страхування з умовою відшкодування витрат, віднесених до реальної (ринкової) вартості майна на день його пошкодження (загибелі). У цьому разі можливе використання умов укладання договору на річний термін з періодичним коригуванням страхових платежів. Застосування таких договорів означає, що і страховик, і страхувальник беруть на себе ризик переплати або недоплати залежно від частоти настання страхового випадку» [2].

Страховий тариф «встановлюється персонально для кожного страхувальника і залежить від місця розташування майнового об'єкта, його технічного стану, організації охорони, пожежної безпеки, інших даних, що впливають на ступінь ризику, та статистичних даних збитковості» [2].

«Величина страхової премії залежить від страхового тарифу, страхової суми та деяких інших умов. Наприклад, франшизи. Якщо в договорі зазначається франшиза, то страхувальник може отримати знижку зі страхової премії. Якщо в період дії договору настає страховий випадок, то всі зусилля - страхувальник повинен спрямувати на зменшення його негативних наслідків, для страхової компанії однією з найскладніших і найвідповідальніших операцій є визначення розміру збитку та розміру виплати страхового відшкодування при настанні страхових випадків з майном підприємства» [3].

«Термін повідомлення про страховий випадок, як правило, встановлюється в межах трьох робочих днів. Страхова компанія, визнавши, що подія, яка

призвела до загибелі або пошкодження майна, є страховим випадком, протягом п’яти–десяти днів з моменту отримання заяви від страхувальника повинна скласти страховий акт, зазначивши в ньому факт, причини та наслідки страхового випадку, а також розмір матеріального збитку. Розмір збитку у разі загибелі (руйнування) будівель, споруд та іншого майна, що належить до основних засобів, визначається на основі його дійсної вартості за вирахуванням вартості залишків, а у разі пошкодження згаданих будівель, споруд тощо - на основі вартості відновлення (ремонту), але в межах страхової суми. До суми збитку входять також втрати внаслідок вжитих заходів, необхідних для рятування майна, зберігання та впорядкування застрахованого майна після настання страхового випадку. Термін виплати страхового відшкодування вказується у договорі страхування. У більшості випадків він не перевищує 15 днів від дня складання страхового акту та отримання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку» [8].

Страхування від вогню - найстаріший вид сучасного страхування. Вогневі ризики включають вибухи, шторм, стихійні лиха крім шторму, вплив ядерної енергії та осідання грунту. Законодавство ЄС чітко відокремлює від цього класу автострахування, авіаційне страхування, страхування ж / д транспорту, морське страхування і страхування товарів, що знаходяться в дорозі. Однак, як зазначалося раніше, такі додаткові ризики покриваються при невідворотних обставин.

Цей клас разом з класом № 9 дуже важливий для страхового договору, тому що він включає правила, які застосовуються до всіх видів пошкодження товару. Варто згадати, що поліс страхування від вогню зазвичай включає багато інших ризики, які становлять загрозу іншим товарам.

Примітно, що законодавство регулює договір страхування від вогню, і ті ж самі правила застосовуються за аналогією до страхування товарів від ризиків інших, ніж вогневі. Кожне страхування майна є страхуванням від вогневих ризиків.

3. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств

«Одним з найдавніших видів суспільних відносин є страхові відносини, зокрема і у сфері сільського господарства, які існували у формі натурального страхування, ще до виникнення товарно-грошових відносин. Так, страхування у натуральній формі передбачало створення запасів сільськогосподарської продукції (пшениця, просо, рис тощо), які формувалися за допомогою відповідних натуральних внесків, з метою надання допомоги населенню у несприятливі роки чи окремим постраждалим господарствам» [2].

«Для економічної і продовольчої безпеки держави та створення сприятливих умов для розвитку аграрного сектору економіки необхідно забезпечувати сільськогосподарським підприємствам належний страховий захист. З цією метою було запроваджено обов’язкове страхування врожаю, порядок та умови здійснення якого визначались Постановою Кабінету Міністрів

України від 11 липня 2002 року №1000 «Про затвердження порядку та правил проведення обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур та цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності» [2].

«Проте у 2012 році сільськогосподарське страхування зазнало значних змін у зв'язку з прийняттям Закону України «Про особливості страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою» від 02.09.2012 р. №4391-17 і зазначена вище постанова втратила свою чинність» [2].

«За формою сільськогосподарське страхування є добровільним та обов'язковим. Видом добровільного страхування (спеціальним видом), що характерний тільки для галузі сільського господарства, є страхування сільськогосподарської продукції (п. 22 ч. 4 ст. 6 Закону України Про страхування» [3].

«Крім того, видами страхування, які визначені ч. 4 ст. 6 Закону України "Про страхування» [3], що можуть існувати як у галузі сільського господарства, так і в інших галузях економіки, є страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ, страхування майна, страхування кредитів (зокрема відповідальності позичальника за непогашення кредиту), страхування інвестицій, страхування фінансових ризиків та інші види добровільного страхування. Серед видів обов'язкового страхування, що визначені ст. 7 Закону України "Про страхування» [3] у галузі сільського господарства, необхідно виділити:

– «страхування тварин (крім тих, що використовуються з метою сільськогосподарського виробництва) на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановлених Кабінетом Міністрів України (п. 30). При цьому Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. № 590 [6] до тварин, які потрапляють під обов'язкове страхування на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків, зараховано племінні тварини, зоопаркові тварини, циркові тварини» [3];

– «страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам (п. 34)» [3];

– «страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, випадкового пошкодження або псування (п. 35)» [3];

– «страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів (п. 41)» [3].

«Загальна класифікація (за інтересами страхувальників, на які спрямований страховий захист) включає (відповідно до ст. 4 Закону України "Про страхування» [3]): ·

«особисте страхування; · майнове страхування; · страхування відповідальності. Найпоширенішим за цією класифікацією є сільськогосподарське майнове страхування – страхування урожаю

сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень, страхування сільськогосподарських тварин, страхування землі, страхування сільськогосподарського інвентарю, устаткування, обладнання тощо. До страхування ж відповідальності у сільському господарстві належить страхування відповідальності сільськогосподарських товаровиробників на випадок відшкодування заподіяної шкоди особам, майну, навколишньому природному середовищу» [3].

За раніше діючих умов страховими ризиками «у разі страхування врожаю визнавались град, пожежа, вимерзання, ураган, буря, злива, зсув, повінь, сель, посуха, повне раптове знищення посівів карантинними шкідниками» [2].

Не підлягав обов'язковому страхуванню «врожай природних сінокосів і пасовищ; сільськогосподарських культур, що посіяні на зелене добриво; сільськогосподарських культур, що висівалися понад три роки і жодного разу підприємства не одержали врожаю; підпокривних та безпокривних багаторічних трав; посівів та багаторічних насаджень плодоносного віку, які не розміщені в зоні офіційного землевпорядкування» [2].

«Страхова оцінка (СО) врожаю с/г культур визначалась» [2]:

$$СО = В_{ср} х\ ЗП\ х\ Ц \qquad (8.1.)$$

$В_{ср}$ – врожайність середньорічна за попередні 5років (ц/га)

ЗП – фактична площа посіву чи посадки (га)

Ц – ціна одного центнера врожаю за минулий рік (грн.)

СО врожаю багаторічних насаджень визначається аналогічно.

«Страхова сума не могла перевищувати 70% розрахованої страхової оцінки врожаю.Загальним збитком вважалась повна чи часткова втрата застрахованого врожаю» [2].

«Якщо врожай повністю знищувався, то **збиток відповідав обсягу страхової суми,** якщо частково пошкоджувався, то для обчислення суми збитку (З) використовували такий підхід» [2]:

$$З = (В_{ср} – В_{ф})\ хЗП\ х\ Ц, \qquad (8.2.)$$

де $В_{ф}$ – фактична врожайність, ц/га

«Якщо на звільненій чи пошкодженій площі пересівались чи підсівались с/г культури, то сума збитків зменшувалась на вартість врожаю пересіяних або підсіяних культур» [2].

«Обов'язкове страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків *проводиться з метою забезпечення економічної та продовольчої безпеки держави та* на підставі Постанови Кабінету Міністрів від **23 квітня 2003р. №590 «Про затвердження порядку та правил проведення обов'язкового страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків»**, *а також з метою створення сприятливих умов для розвитку племінної справи в аграрному секторі економіки, захисту економічних інтересів сільськогосподарських товаровиробників»* [2].

«Обов'язковому страхуванню підлягали:

1. Племінні тварини: велика рогата худоба, свині, вівці, кози, коні (чистопорідні або одержані за затвердженою програмою породного

вдосконалення тварини, що мають племінну (генетичну) цінність і можуть використовуватися в селекційному процесі) віком від 1 року;

2. Зоопаркові тварини віком від 1 року;
3. Циркові тварини віком від 1 року» [2].

«Обов'язковому страхуванню не підлягали тварини, що перебувають у місцевості, в якій введено карантинні обмеження, за винятком видів тварин, несхильних до хвороби, щодо якої введено зазначені обмеження; хворі, виснажені та ті, що перебувають у стані дородового чи післяродового залежування; тварини, у яких за результатами останніх досліджень установлено позитивну реакцію на бруцельоз, лейкоз або туберкульоз» [2].

«Страхова сума визначається за балансовою вартістю, але не може перевищувати ринкової вартості тварини» [2].

«Договір передбачає **франшизу**, розмір якої становить 10% страхової суми на страховий випадок. Максимальні розміри **страхових тарифів** - 5% страхової суми. **Розмір прямих збитків** *у разі вимушеного забою тварин* ***визначається*** *як різниця між страховою сумою, встановленою договором на кожну тварину, і вартістю придатних до вживання/переробки м'яса, шкіри тощо.Під час визначення прямого збитку обов'язково враховується норматив виходу м'яса від живої ваги тварини, зданої на вимушений забій. Якщо кількість придатного до вживання/переробки м'яса менша за норматив виходу, розмір збитків обчислюється як різниця між страховою сумою, встановленою договором на кожну тварину, і вартістю придатного до вживання/переробки м'яса, вихід якого визначається за нормативом виходу м'яса живої ваги тварини, зданої на вимушений забій»* [2].

«Вартість придатних до вживання/переробки м'яса, шкіри тощо встановлюється на підставі документа спеціалізованого підприємства, до якого тварину здано на вимушений забій або якому продано м'ясо, шкіру тощо. У разі, коли внаслідок страхової події м'ясо, шкіру тощо вимушено забитої тварини спеціалістом ветеринарної медицини було визнано непридатними до вживання/ переробки і страхувальник здав його до спеціалізованого підприємства, страхове відшкодування виплачується у розмірі, що становить різницю між страховою сумою, встановленою договором на кожну тварину, і сумою, отриманою страхувальником за здане м'ясо, шкіру тощо. Якщо страхувальником було подано документ про вартість зданої на вимушений забій тварини у живій вазі, страхове відшкодування виплачується у розмірі, що становить різницю між страховою сумою, визначеною договором на кожну тварину, і сумою, отриманою страхувальником за здану тварину. Якщо м'ясо, шкіру тощо було визнано повністю непридатними до вживання/переробки, розмір збитків визначається в межах страхової суми, встановленої на кожну тварину» [2].

«У розрахунок прямих збитків включається також витрати на ліки, введення їх хворій тварині, транспортні витрати за доставку тварини за направленням спеціаліста ветеринарної медицини на м'ясозаготівельний пункт, а в разі загибелі тварини - витрати на розтин туші та доставку до відповідного спеціалізованого підприємства» [2].

«Якщо у день настання страхового випадку в господарстві страхувальника утримувалося більше тварин страхового віку і одного виду, ніж застраховано, страхова сума, визначена у договорі, ділиться на фактичну кількість тварин. Страхове відшкодування у такому разі виплачується у розмірі страхової суми на одну тварину» [3].

«Решта тварин вважається застрахованими до кінця терміну дії договору страхування. У разі внесення страхувальником чергового платежу не в повному обсязі прямий збиток відшкодовується пропорційно сумі внесених страхових платежів» [2].

4.Страхування транспортних засобів і вантажів

«Страхування транспортних засобів (страхування каско) охоплює страхування наземного, авіаційного та морського транспорту» [2].

«Страхування каско – страхування вартості засобів транспорту (суден, літаків, залізничних вагонів, автомобілів) без урахування вантажів» [1].

«Страхування авто-каско трактується як вид страхування, що передбачає страховий захист збитків, котрі можуть виникнути внаслідок пошкодження, повного знищення або втрати автотранспортного засобу чи окремих його частин у разі настання подій, передбачених страховим договором. Страховим захистом покриваються майнові інтереси страхувальника, що не суперечать чинному законодавству та пов'язані з правом володіння, користування й розпорядження засобом наземного транспорту, термін експлуатації якого не перевищує 10 років. Разом із транспортним засобом на страхування береться відповідне приладдя та додаткове обладнання до нього» [2].

«Страховими випадками є знищення пошкодження або втрата транспортного засобу внаслідок: дорожньо-транспортної пригоди; стихійних лих (бурі, повені, землетрусу та ін.), нападу тварин, пожежі або вибуху у транспортному засобів; протиправні дії третіх осіб (крім угону та крадіжки); угон та крадіжки. Не страхуються від угону автотранспортні засоби, які не обладнані протиугінними пристроями» [1].

«Страхова сума встановлюється на підставі страхової оцінки автотранспортного засобу. Дійсна вартість може бути визначена експертним шляхом, на підставі каталогу офіційного дилера чи рахунку-фактури заводу виробника» [1].

«На ринку пропонуються страхові тарифи в розрізі ризиків, сума яких становить сукупний базовий страховий тариф. Він може змінюватись у більшу чи меншу сторону в залежності від ступеню ризику, який визначають тип автотранспортного засобу, стаж водія, наявність та тип протиугінного пристрою тощо. На величину тарифної ставки впливає також тарифна політика страховика, що ураховує кон'юнктуру страхового ринку» [2].

«Договір може укладатись на термін від декількох днів до одного року і набуває чинності з 00 годин дня наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок страхової компанії. Власна участь страхувальника у покритті збитків реалізується за допомогою безумовної франшизи, що

встановлюється кожною страховою компанією з урахуванням індивідуальних рис об'єкта страхування, виду ризику тощо. Крім того існує численний перелік обмежень щодо виконання страховиком свого основного обов'язку. При настанні страхового випадку відшкодуванню підлягають тільки прямі збитки, виключаючи втрачену вигоду, витрати на оренду чи наймання транспортного засобу, моральну шкоду тощо» [2].

«Розмір збитку визначається:

1. при повному або конструктивному знищенні автотранспортного засобу – у розмірі його дійсної вартості по договору страхування за вирахуванням вартості вузлів, деталей та устаткування, що придатні для подальшого використання або реалізації;

2. при пошкодженні автотранспортного засобу чи додаткового обладнання – в розмірі витрат на його відновлення (з урахуванням зносу на день настання страхового випадку) згідно з кошторисом-розрахунком , який складено експертом страховика і погоджено зі страхувальником» [2].

«Витрати на відновлення включають:

1. витрати на матеріали і запасні частини , що необхідні для ремонту , по цінах на дату страхового випадку за вирахуванням зносу частин, вузлів, агрегатів та деталей, які замінюються в процесі відновлення (ремонту);

2. витрати на оплату ремонтних робіт за тарифами на дату настання страхового випадку» [2].

При визначенні суми страхового відшкодування «враховуються страхова сума, різниця між страховою сумою і зазначеною у заяві на страхування вартістю автотранспортного засобу та франшиза. Якщо майно було прийнято на страхування у зазначеній частці (%) від повної його вартості, то страховик здійснює виплату страхового відшкодування за системою пропорційної відповідальності. Остаточний розмір страхового відшкодування визначається за вирахуванням франшизи» [2].

Обов'язкове страхування каско повітряних суден

«Цей вид страхування здійснюється на основі Постанови Кабінету Міністрів України №1535 від 12.10.2002 р. «Про обов'язкове авіаційне страхування цивільної авіації» і з метою захисту майнових інтересів власника повітряного судна***, що пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням повітряним судном.*** Застрахованими вважаються ризики, що виникають під час руху, у повітрі чи на землі. Страхова сума, встановлена договором обов'язкового страхування, має бути не меншою, ніж балансова вартість повітряного судна» [2].

«На повітряне судно, що підлягає обов'язковому страхуванню, мають бути в наявності» [2]:

1.«посвідчення про державну реєстрацію цивільного повітряного судна;

2.документи, що підтверджують право власності на повітряне судно або його оренди» [2].

«Страхувальники мають право під час укладання договорів обов'язкового

страхування призначати громадян або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхового відшкодування. Якщо повітряне судно є власністю кількох осіб, кожна особа отримує страхове відшкодування пропорційно її частці у праві власності на повітряне судно. ***Розміри максимальних страхових тарифів*** на один рік для повітряних суден із максимальною злітною масою до 15 000 кілограмів мають не перевищувати восьми відсотків, від 15 001 кілограма і більше - шести відсотків, для вертольотів - десяти відсотків страхової суми. ***Страховим випадком є повна загибель повітряного судна, а також пошкодження окремих його частин, систем та елементів конструкції»*** [2]**.**

Страхування каско суден

«Страхування каско суден – *вид морського страхування, що забезпечує захист судновласників та інших осіб, пов'язаних з експлуатацією суден, від ризиків заподіяння збитку через загибель належних їм суден»* [3].

«Договір страхування може бути укладений на будь-який термін. У морському страхуванні прийнято укладати договір на термін 1 рік або на рейс (перехід судна від місця відправлення до місця призначення, а у випадку необхідності і зворотний перехід). Договір страхування чинний у межах певного географічного регіону» [2].

«Правила страхування передбачають п'ять різновидів умов страхування суден, але за будь-яких умов підлягають обов'язковому відшкодуванню збитки» [2]:

а) «від повної загибелі судна (фактичної або конструктивної) унаслідок вогню, блискавки, бурі, вихру та інших стихійних лих, катастрофи, посадки на мілину, зіткнення з іншим судном або яким-небудь нерухомим або плавучим об'єктом, включаючи криги, або внаслідок того, що судно перекинеться або затоне, а також унаслідок нещасних випадків при навантаженні, укладанні і вивантаженні вантажу або прийомі палива, вибуху на борті судна, вибуху котлів, недбалості або помилки капітана, механіка або інших членів команди або лоцмана» [2];

б) «від пропажі судна безвісті» [2].

«Різновиди умов страхування каско суден

1. Страхування на умовах «З відповідальністю за загибель і пошкодження».

Найбільш широкий обсяг відповідальності страховика по цих умовах виявляється, по-перше, у тому, що по страхових ризиках, перерахованим вище, страховик відшкодує збитки як від повної загибелі, так і від ушкодження судна; по-друге, у тому, що коло страхових ризиків при цих умовах значно ширше, ніж при інших, і містить:

* збитки від ушкодження судна внаслідок заходів, вжитих для порятунку або гасіння пожежі;

* збитки, внески і витрати по загальній аварії;

* збитки, що страхувальник зобов'язаний оплатити власникові іншого судна внаслідок зіткнення суден;

* усі необхідні і доцільні витрати з порятунку судна, по зменшенню збитку і по встановленню його розміру, якщо збиток підлягає відшкодуванню за умовами страхування» [2].

2. «Страхування на умовах «Без відповідальності за ушкодження крім випадків катастрофи». Дані умови зобов'язують страховика лише до відшкодування збитків від повної загибелі судна. Збитки від ушкодження підлягають відшкодуванню тільки якщо їх причинами явилися катастрофа, посадка на мілину, пожежа або вибухи на борту судна, зіткнення суден або судна з усякими нерухомими або плавучими предметом (включаючи лід), перевертання або затоплення судна, заходи, вжиті для рятування або для гасіння пожежі. По цих умовах страхування відшкодовуються також» [2]:

- «збитки від пропажі судна безвісті;
- збитки, внески і витрати по загальній аварії;
- збитки, що страхувальник зобов'язаний оплатити власникові іншого судна внаслідок зіткнення суден;
- усі необхідні і доцільно зроблені витрати по рятуванню судна» [2].

3. «Страхування на умовах «Без відповідальності за окрему аварію». Специфіка цих умов порівняно з попередніми полягає у подальшому обмеженні випадків, що стосуються відшкодування збитків при частковому пошкодженні судна. Збитки, що відносяться до загальної аварії, відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо ушкодження заподіяні устаткуванню, механізмам, машинам і котлам, але не корпусові судна і керму. По цих умовах відшкодовуються тільки збитки від ушкодження судна, заподіяні гасінням пожежі або зіткнення з іншим судном під час рятувальних операцій, і не відшкодовуються збитки, викликані посадкою судна на мілину, пожежею або вибухом на борті судна, зіткненням суден між собою (не вчасно здійснених рятувальних операцій) або судна з рухливим або нерухомим предметом (включаючи крижину), перекиданням або затопленням судна» [2].

4. «Страхування на умовах «З відповідальністю тільки за повну загибель судна, включаючи витрати по рятуванню». Ці умови страхування гарантують відшкодовування збитків тільки від повної загибелі судна і пропажі його безвісті (що прирівнюється до повної загибелі судна), а також розумні і необхідні витрати по рятуванню судна. Ніякі інші збитки, у тому числі ті , що відносяться до загальної аварії, не підлягають відшкодуванню» [2].

5. «Страхування на умовах «З відповідальністю тільки за повну загибель судна». Ці умови забезпечують відшкодовування збитків від повної загибелі судна і пропажі його безвісті. Не відшкодовуються навіть необхідні і доцільні витрати по рятуванню судна» [8].

«Страхування вантажів (cargo insuranse) – ***передбачає страхування вартості вантажів на всіх видах транспорту, без урахування страхового захисту самого транспортного засобу»*** [2]**.**

«При здійсненні зовнішньоторговельних операцій суб'єкти підприємницької діяльності використовують угоди, встановлені відповідно до Правил ІНКОТЕРМС. Ці угоди розподіляють зобов'язання між продавцями й покупцями, в тому числі визначають сторону, на яку покладається обов'язок

страхування вантажу» [2].

«Усі торговельні умови згідно з ІНКОТЕРМС поділено на чотири групи: E, F, C, D. ***Група E*** – продавець надає покупцеві товари безпосередньо у своїх приміщеннях. ***Група F*** – продавець зобов'язаний надати товар у користування перевізника, який визначається покупцем. ***Група C*** – продавець зобов'язаний укласти договір перевезення, проте без прийняття на себе ризику випадкового пошкодження товару або інших додаткових витрат після відвантаження товару. ***Група D*** – продавець несе всі витрати і приймає на себе всі ризики до моменту доставки товару в країну призначення» [2].

«Доведено, що найширшого застосування набули чотири основні базиси поставки продукції» [2]:

1. ***«CAF*** (Cost and Freight**)** ***Вартість і фрахт*.** Продавець зобов'язаний сплатити всі витрати і фрахт, необхідні для поставки товару у погоджений порт, проте ризик збільшення витрат, що виникає після перетину товаром борту судна переходить від продавця до покупця в момент переходу товару через поручні судна в порту відвантаження. Продавець здійснює митну очистку вартості товару» [2].

2. «CIF (Cost, Insurance and Freight**). *Вартість, страхування і фрахт.*** Продавець несе ті самі зобов'язання, що і за умовами CAF, проте він повинен забезпечити страхування від ризику пошкодження товару під час перевезення. Продавець здійснює митну очистку вартості товару перед експортом» [2].

3. «FOB (Free On Board) ***Вільно на борту***. Продавець виконав свою поставку, коли товар перейшов через поручні судна в названому порту відвантаження. З цього моменту всі витрати й ризики втрати або пошкодження товару повинен нести покупець. Продавець здійснює митну очистку вартості товару для експорту» [2].

4. «FAS (Free Alongside Ship) ***Вільно вздовж борту судна.*** Продавець вважається таким, що виконав свої зобов'язання з поставки, коли товар розміщений уздовж борту судна на причалі. З цього моменту покупець несе всі витрати й ризики втрати або пошкодження товару. Продавець здійснює процедуру митної очистки вартості товару» [1].

«Самі умови страхування вантажів визначаються правилами страхування, що розробляються індивідуально кожною страховою компанією. Різниця між правилами різних страховиків полягає у визначенні обсягу відповідальності. Ризики перевезення, як правило, досить докладно описано в правилах (умовах) страхування будь-якої страхової компанії, що страхує вантажі» [2].

5.Страхування майна фізичних осіб

Страхування будівель

«До переліку ***об'єктів, що підлягають страховому захисту***, належать різні споруди: житлові, садові й дачні будинки, господарські (сараї, підвали, люки, гаражі) та зовнішні (тротуари, тераси, огорожі, ворота) будівлі, зведені на постійному місці, у тому числі ті, під заставу яких страхувальник отримав кредит

в установі банку. Одночасно з будівлями приймається на страхування додаткове обладнання до них (газопровід, водяні, газові лічильники, грати на вікнах тощо)» [2].

«При цьому страхувальник має право використати вибіркове страхування. Винятком із переліку об'єктів страхування є будівлі, що підлягають знесенню, дуже старі, аварійні, а також ті, що містяться в зоні, якій загрожують обвали, зсуви, повені або інші стихійні лиха, якщо про це оголошено у встановленому порядку. У рамках страхування будівель не підлягає страхуванню рухоме майно, що там перебуває» [2].

«Відповідальність страховика зі страхування будівель полягає у відшкодуванні збитків, що виникли внаслідок ***стихійного лиха (буря, ураган, блискавка, злива, град, обвал, зсув, сель, вихід ґрунтових вод, осідання ґрунту, повінь, землетрус); нещасного випадку (пожежа, вибух, аварія опалювальної системи, водопровідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викид газу); неправомірних дій третіх осіб»*** [2]**.**

«Страхування будівель не передбачає відшкодування збитків, що виникли через гниття, знос, ураження домовим грибком; конструктивні вади будівель, які були відомі страхувальникові до настання страхового випадку; навмисні дії страхувальника; ведення військових дій, виникнення громадських заворушень, конфіскацію майна, екологічні катастрофи. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника терміном на 1 рік або на кілька місяців. Під час укладання договору страхування будівель насамперед важливо визначити їхню вартість (страхову оцінку). На її підставі визначають розмір страхової суми, страхового платежу, а в разі знищення або ушкодження будівель - розмір збитку та страхового відшкодування» [2].

«В Україні страхова сума визначається окремо для кожної будівлі, що приймається на страхування, за домовленістю страхувальника зі страховиком, але не може перевищувати дійсної вартості будівлі (страхова оцінка). Коли договір укладено на страхову суму, що менша за страхову оцінку, ***страховик несе пропорційну відповідальність»*** [2]**.**

«Страхові платежі визначаються за розміром страхової суми, терміном страхування та ступенем ризику з одночасним використанням граничних розмірів тарифних ставок. Сплата можлива готівкою – представникові страховика або безготівково – через бухгалтерію підприємства, де працює страхувальник. Договір страхування набирає чинності з наступного дня, якщо він сплачується готівкою, або з дня надходження його на рахунок страховика – у разі безготівкового розрахунку. Дія договору страхування припиняється через такий термін, на який його було укладено, у день, що передує числу, із якого договір набрав чинності. Водночас припиняється дія додаткового договору» [2].

«Передбачається також умова дострокового розірвання договору страхування з ініціативи страхувальника (наприклад, втрата права власності у разі продажу або дарування будівель та ін.). Тоді , якщо в період страхування не було страхового випадку, страхувальникові повертається частина сплаченого платежу» [2]:

$$СП = СП_1 – СП_1 \times К_1 , \qquad (8.3.)$$

де СП – премія, що підлягає поверненню у випадку дострокового розірвання договору страхування;

$СП_1$ – сплачена страхова премія;

$К_1$ – коефіцієнт, який враховує пропорційність терміну страхування та частку витрат на ведення справи [2].

У випадку збільшення страхової суми страхувальник сплачує додаткову страхову премію, величину якої можна обчислити за формулою:

$$ДП = (СП_2 - СП_1) \times \frac{T}{12} \quad (8.4)$$

де ДП – додаткова страхова премія;

$СП_1$ – премія, що визначена за меншою страховою сумою;

$СП_2$ – премія, що визначена за більшою страховою сумою;

Т – кількість місяців, що залишилась до закінчення терміну страхування від моменту збільшення страхової суми [2].

При зменшенні страхової суми страхувальник має право на повернення частки надмірно сплаченої страхової премії, величина якої розраховується за формулою [2]:

$$ЧП = СП_1 \text{ x } К_2 - СП_2 \text{ x } К_1, \quad (8.5)$$

де, ЧП – частина страхової премії, що підлягає поверненню страхувальникові у випадку зменшення страхової суми;

$СП_1$ – страхова премія, що обчислена за більшою страховою сумою;

$СП_2$ – страхова премія, що обчислена за меншою страховою сумою;

$К_1$ та $К_2$ – відповідні коефіцієнти, що враховують пропорційність терміну страхування та витрати на ведення справи залежно від моменту зменшення страхової суми [2].

«Укладений договір страхування свідчить про те, що в разі настання страхового випадку страхувальникові буде відшкодовано збиток. Методика визначення збитку залежить від ступеню знищення або пошкодження будівлі. У випадку повного знищення нерухомого майна збиток дорівнює його дійсній вартості з урахуванням витрат на рятування, а у випадку часткового пошкодження - величина збитку підраховується на основі вартості відновлювальних робіт» [2].

Страхування домашнього майна

«Страхуванням охоплюється різне майно, що належить по праву приватної власності страхувальникові і членам його родини, які разом із ним проживають і ведуть спільне господарство. Зокрема, це таке майно: меблі, радіо-, відео- і телеапаратура, електроприлади, килимові вироби, одяг, білизна, взуття, вироби з коштовних металів, предмети домашнього господарства та вжитку, господарський і спортивний інвентар; книжки, предмети образотворчого мистецтва тощо. На страхування приймаються не лише предмети домашньої обстановки, побуту та особистого споживання, а й будівельні матеріали, корми, паливо, сільськогосподарські культури, елементи оздоблення та обладнання житлових і господарських приміщень у будинках державного, громадського

фонду, житлово-будівельних кооперативів, приватизованих квартир» [1].

«На страхування може прийматися все домашнє майно, яке є в господарстві, окремі групи предметів або окремі предмети. Особливо цінне майно (вироби з коштовних металів, коштовне, напівкоштовне каміння, картини, колекції, унікальні та антикварні речі тощо) може прийматися на страхування за спеціальним договором» [2].

«Страховик відповідає за збитки, що виникли внаслідок таких причин: стихійне лихо, нещасний випадок (пожежа, вибух, аварія опалювальної системи, водопровідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викид газу, раптове зруйнування основних конструкцій житлових або підсобних приміщень); викрадення або неправомірні дії третіх осіб» [2].

«Страховий захист не поширюється на різні документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, фотознімки, кімнатні рослини, запасні частини, деталі, приладдя до транспортних засобів та інше майно, страхування якого провадиться за іншими правилами. Крім того, не вважаються застрахованими предмети, які використовуються з комерційною чи професійною метою чи не належать страхувальникові або членам його родини на правах особистої власності (наприклад, речі взяті на прокат, у тимчасове користування або на зберігання від інших осіб). Крім того, не приймається на страхування домашнє майно, що перебуває в аварійних або дуже старих будівлях чи в зоні, якій загрожують повені, зсуви, обвали та інші стихійні лиха, із моменту оголошення у встановленому порядку про таку загрозу» [2].

«До обсягу страхової відповідальності не включаються збитки, які виникли внаслідок ведення бойових дій, введення військового стану, зносу, технічного браку, технічних поломок, перевищення терміну експлуатації домашнього майна, навмисних дій страхувальника або члена його родини» [8].

«Дія договору страхування у просторі обмежена місцем страхування. Страхова сума кожного застрахованого предмета домашнього майна має відповідати страховій оцінці. Страховою оцінкою може бути погоджена сторонами страхування дійсна або первісна вартість майна з урахуванням витрат, пов’язаних із його рятуванням або приведенням у порядок під час страхового випадку. За бажанням страхувальника майно може бути застраховано на повну дійсну (первісну) вартість або на певну частину від цієї вартості. Тільки колекції, картини, унікальні та антикварні речі приймаються на страхування в розмірі їх повної вартості згідно з експертною оцінкою відповідних компетентних органів» [2].

«Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника. Термін страхування становить здебільшого 1 рік, але можуть бути встановлені інші терміни страхування згідно з конкретними запитами страхувальника. Розмір тарифної ставки залежить від обсягу відповідальності страховика, виду домашнього майна, типу будівлі, в якій міститься майно, умов дотримання безпеки житла та інших факторів. Порядок сплати страхових платежів і терміни договору здебільшого відповідають умовам, які передбачено в разі страхування будівель» [1].

«У розрахунку розміру ***збитку*** є такі особливості:

1)Розмір збитку визначається окремо за кожним предметом домашнього майна.

2)Збиток визначається окремо за кожним ризиком знищення або ушкодження домашнього майна (попри одночасність їх страхування), оскільки втрати в обох випадках будуть різні» [2].

«З огляду на сказане збиток визначається: у разі знищення майна – у розмірі дійсної (первісної) вартості застрахованого майна з урахуванням залишків (якщо такі є); у разі викрадення – у розмірі дійсної вартості; у разі пошкодження майна збиток дорівнює втраченій вартості, що визначається як різниця між дійсною вартістю та вартістю з урахуванням знецінення, тобто втрати якості та цінності майна через страховий випадок» [2].

«За електропобутовими виробами у випадку їх часткового пошкодження збиток дорівнює вартості ремонту, зменшену на величину зносу. У разі знищення чи пошкодження елементів оздоблення чи обладнання житлових та господарських приміщень збиток дорівнює вартості ремонту (відновлення) за розцінками, що діють на день страхового випадку. Страхове відшкодування виплачується за системою першого ризику» [8].

Питання для самоперевірки

1. «Назвіть суб'єктів договору майнового страхування.
2. Що покладено в основу класифікації об'єктів майнового страхування?
3. Як визначити страхову суму, страховий платіж та страхове відшкодування при страхуванні майна підприємств виробничої і невиробничої сфери?
4. Як установити страхову суму, страховий платіж та страхове відшкодування при страхуванні домашнього майна громадян?
5. У чому відмінність між поняттями «страхова оцінка» й «страхова сума» [2]

ЛЕКЦІЯ №9

ТЕМА 9
СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Характеристика страхування відповідальності.

2. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземного автомобільного транспорту.

3. Обов'язкове страхування відповідальності у сфері цивільної авіації.

4. Обов'язкове страхування відповідальності власників собак та громадян, що мають у власності зброю.

5. Добровільне страхування відповідальності суб'єкта

підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції.

6. Страхування професійної відповідальності.

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 23, 24, 25, 26, 29]

Основні терміни і поняття: «страхування відповідальності, ліміт відповідальності страхової компанії, Моторне (транспортне) страхове бюро України, внутрішній договір страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, міжнародний договір страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, Фонд страхових гарантій, Фонд захисту потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах, Зелена картка, забезпечений транспортний засіб, бонус-малус, адміністративна відповідальність, матеріальна відповідальність, цивільна (цивільно-правова відповідальність), страхування відповідальності на основі «прояву», страхування відповідальності на підставі «заявлених позовів», страхування професійної відповідальності, страхування відповідальності роботодавця, Авіаційне страхове бюро України, страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду заподіяну третім особам, страхування відповідальності авіаперевізника за шкоду, заподіяну пасажирам, багажу, пошті і вантажу, страхування відповідальності товаровиробника за якість продукції» [2].

1. Характеристика страхування відповідальності

«Страхування відповідальності *- це галузь страхової діяльності, де об'єктом страхування виступають майнові інтереси, що пов'язані з відшкодуванням збитків, завданих життю здоров'ю чи майну третьої фізичної особи, а також майну юридичної особи внаслідок будь-якої дії чи бездіяльності страхувальника»* [3]

«Розвиток галузі страхування відповідальності має важливе значення як для захисту майнових інтересів осіб, винних у заподіяних збитках, так і осіб, яким завдані збитки» [2].

Говорячи про сутність страхування відповідальності, варто відзначити, що даний вид страхування захищає майнові інтереси страхувальників тільки в тому випадку, коли ними було завдано шкоди особі або завдано збитків майну громадян, а також юридичних осіб. Тобто, якщо страхувальник або застрахована особа заподіює шкоду або завдає шкоди майну або особистості третім особам за договором страхування відповідальності, то даний шкоди буде відшкодовувати страховик, за тими умовами, які були прописані в договорі (наприклад, ліміт страхової суми).

Об'єктом при страхуванні відповідальності завжди виступає відповідальність страхувальника (застрахованої) згідно із законом або в силу укладеного договору перед третіми особами за заподіяння їм шкоди. Звідси випливає, що страхування відповідальності має на увазі крім відшкодування

збитку здоров'ю, відшкодування шкоди та майну третіх осіб, яким за рішенням суду або за законом має бути відшкодована заподіяна шкода.

Після того, як була розглянута зв'язок страхування відповідальності з іншими видами страхування, хотілося б розглянути відмінні риси даної галузі страхування.

До першої особливості страхування відповідальності варто віднести той факт, що страхування відповідальності має гарантувати охорону майнових інтересів самого страхувальника. Друга відмінна риса полягає в об'єкті страхування відповідальності, оскільки об'єктом в такому випадку є добробут страхувальника в цілому. Можна виділити ще такий аспект, що крім усього іншого страхування відповідальності виступає в якості страхування збитку. Розглядаючи третя відмінність від майнового страхування і особистого страхування, варто відзначити, що треті особи, зазвичай завжди відомі і прописані в договорі при двох зазначених видах страхування, в разі страхування відповідальності ніколи не можуть бути позначені в договорі страхування відповідальності конкретно. Це пов'язано з тим фактом, що не можна знати заздалегідь, яким саме особам і в якому розмірі буде виплачено страхове відшкодування. Такими третіми особами можуть бути як фізичні, так і юридичні особи. Отже, при страхуванні відповідальності подібні треті особи зазвичай призначаються законом.

Для того щоб зуміти розібратися в складних питаннях страхування відповідальності необхідно в першу чергу розуміти, що ж таке громадянська відповідальність, оскільки договори зі страхування цивільної відповідальності є одними з найбільш часто договорів, що укладаються по даному виду страхування. Перш ніж переходити до найбільш вузької класифікації страхування відповідальності, необхідно розбиратися в його основних видах.

На сьогоднішній день поняття цивільної відповідальності полягає в міру державного примусу, яка передбачена законом або договором. Такий захід може використовуватися для відновлення (відновлення) порушених прав потерпілого, оскільки ці порушення повинні бути задоволені за рахунок порушника.

Цивільно-правова відповідальність в свою чергу ділиться на два види: договірна і позадоговірна (деліктна). Перший вид відповідальності характеризується невиконанням або неналежним виконанням умов, які були вказані в договорі, другий вид відповідальності настає тільки у випадках заподіяння шкоди, який в свою чергу не пов'язаний з виконанням договору. Якщо розглядати більш детально, то варто сказати, що договірна відповідальність зазвичай проявляється в тих випадках, коли в законі визначені форми і межі відповідальності за порушення умов певних договорів, або ж сторони мають право самостійно визначити у договорах види і умови відповідальності. Деликтная відповідальність може визначатися тільки законом або положеннями інших правових актів.

Такі розмежування, які були представлені вище, є необхідними, оскільки можуть виникнути такі випадки, коли шкоди було завдано внаслідок протиправної дії, пов'язаного з виконанням договору. Іншими словами, коли делікт одночасно є порушенням зобов'язання за договором.

Для будь-якої страхової компанії знання, яким чином визначаються відповідальність страхувальника, по якій укладався договір і розмір цієї відповідальності, має велике значення. Також необхідно знати, чи визначено межі такої відповідальності. Існують такі фактори, які необхідно враховувати при укладанні договору страхування відповідальності. До цих факторів варто віднести розмір відповідальності, порядок визначення розміру відповідальності, заходи відповідальності, які згодом будуть застосовані до страхувальника. Дані фактори будуть відрізнятися в залежності від правового статусу страхувальника, знаходження страхувальника на території певної країни, особи, яким страхувальник може завдати якої-небудь шкоди, а також закони тієї держави, які будуть застосовуватися при настанні відповідальності.

Закон України «Про страхування» (стаття 7) зобов'язує до таких видів страхових послуг [3]:

1. «страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних з обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажирам, багажу, пошті та вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
2. страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
3. страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту;
4. страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварії екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
5. страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
6. страхування цивільної відповідальності тимчасового ліквідатора фінансової установи;
7. страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування збитків, які можуть бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
8. страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
9. страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних із підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
10. страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
11. страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, визначеним Кабінетом Міністрів;

12.страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;

13.страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;

14.страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;

15.страхування відповідальності морського судновласника;

16.страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам» [3].

«Щодо ***добровільних видів страхування відповідальності***, що потребують ліцензії, то їх в статті 6 Закону України «Про страхування» наведено чотири: страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника); страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника); страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника); страхування відповідальності перед третіми особами іншої, ніж передбачена попередніми» [3].

«На добровільних засадах, наприклад, може страхуватися відповідальність виробника за якість продукції, відповідальність роботодавця тощо» [2].

«Страхування відповідальності відноситься до сфери загального страхування і ***має деякі особливості***, які не властиві іншим галузям страхового ринку» [1].

«По – перше, страхування відповідальності не має підгалузевого поділу, що свідчить про універсальність страхових послуг, які можна розмежувати на дві групи:

1група – страхування відповідальності на транспорті;

2група – страхування інших видів відповідальності» [1]

«По – друге, в договорі страхування відповідальності наперед невизначеною є третя постраждала особа і невідомим розмір збитків. Тому страхова компанія обмежує свою відповідальність деякою сумою, що називається **лімітом відповідальності, тобто максимально можливою відповідальністю страховика, що випливає з умов договору страхування»** [2]**.**

2. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземного автомобільного транспорту

«Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності здійснюється з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну потерпілих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди та захисту майнових інтересів страхувальників. Уперше цей вид страхування в

Україні було запроваджено 1 січня 1996 року на підставі Положення про порядок і умови проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, затвердженого постановою КМУ від 28.09.1996р №1175» [2].

«Від 1 квітня 2005 року набув чинності Закон №1961- IV «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів», прийнятий Верховною Радою України 1 липня 2004 року (далі Закон № 1961)» [2].

«На сьогодні суб'єктами обов'язкового страхування цивільної відповідальності є страхувальники, страховики (страхові організації), Моторне (транспортне) страхове бюро України (далі МТСБУ) і треті особи - юридичні та фізичні особи, яким заподіяна шкода транспортним засобом внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Учасники бойових дій, інваліди I групи, які особисто керують транспортними засобами, звільняються від обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності на території України. Відшкодування збитків від дорожньо-транспортної пригоди, винуватцями якої є зазначені особи, проводить МТСБУ» [2].

«За умови страхування не більше одного транспортного засобу з робочим об'ємом двигуна до 1600 куб. см включно розміри страхових платежів за договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів - пенсіонерів - громадян України та інвалідів II групи, які особисто керують такими транспортними засобами, становлять 50 відсотків розміру базового платежу з урахуванням коригуючих коефіцієнтів, встановлених в установленому законодавством порядку» [2].

«Об'єктом обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням особою, цивільно-правова відповідальність якої застрахована, збитків, заподіяних життю, здоров'ю, майну потерпілих внаслідок експлуатації забезпеченого транспортного засобу» [1].

«Довідково: забезпечений транспортний засіб - *наземний транспортний засіб, зазначений у чинному договорі обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, або, залежно від умов договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, будь-який наземний транспортний засіб, який експлуатується особою, цивільно-правова відповідальність якої застрахована, на законних підставах»* [2].

«Страховим випадком є подія, внаслідок якої заподіяна шкода третім особам під час дорожньо-транспортної пригоди, яка сталася за участю забезпеченого транспортного засобу і внаслідок якої настає цивільно-правова відповідальність страхувальника» [2].

«Відповідно до Закону «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» укладаються такі види договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності» [2]:

1. ***«внутрішній договір*** обов'язкового страхування цивільно–правової відповідальності;

2***. договір міжнародного обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності»*** [2]**.**

«Внутрішні договори страхування діють виключно на території України. Договори міжнародного страхування діють на території країн, зазначених у таких договорах. Договори міжнародного страхування, які діють на території країн - членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», посвідчуються відповідним уніфікованим сертифікатом «Зелена картка», що визнається і діє в цих країнах» [8].

«Довідково: «Зелена картка» *– це страховий поліс цивільної відповідальності власників транспортних засобів, що визнається усіма державами міжнародної системи «Зелена картка»* [2].

«Зараз кількість учасників системи складає 45 країн, із них 6 – неєвропейські країни (деякі країни Північної Африки: Марокко, Туніс; Азії: Іран, Ірак, Ізраїль, Туреччина). У липні 1997 року наша держава стала членом міжнародної системи «Зелена картка». Договір обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності має бути укладений протягом трьох робочих днів з дня державної реєстрації транспортного засобу» [2].

«Обов'язковий ліміт відповідальності страховика за шкоду, заподіяну майну потерпілих, становить ***50000 гривень на одного потерпілого.*** У разі, коли загальний розмір шкоди за одним страховим випадком перевищує п'ятикратний ліміт відповідальності страховика, відшкодування кожному потерпілому пропорційно зменшується. Обов'язковий ліміт відповідальності страховика за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю потерпілих, становить ***100000 гривень на одного потерпілого***. Розмір безумовної ***франшизи*** при відшкодуванні шкоди, заподіяної майну потерпілих, встановлюється при укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності і не може перевищувати 2% від ліміту відповідальності страховика, в межах якого відшкодовується збиток. Франшиза при відшкодуванні шкоди, заподіяної життю та/або здоров'ю потерпілих, не застосовується» [2].

«Розміри індивідуальних страхових платежів (внесків, премій) встановлюються страховиками самостійно шляхом добутку базового платежу та відповідних коригуючих коефіцієнтів. Базовий платіж та коригуючі коефіцієнти за поданням МТСБУ затверджуються Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Для заохочення безаварійної експлуатації транспортних засобів, при укладанні договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності більше ніж на півроку, страховики мають право *застосовувати коефіцієнт страхових тарифів* залежно від наявності чи відсутності страхових випадків з вини осіб, відповідальність яких застрахована, в період дії попередніх аналогічних договорів (*бонус-малус*)» [4].

«Розміри страхових платежів щодо «Зеленої картки» не є предметом регулювання Законом **«Про затвердження порядку та правил проведення обов'язкового страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків»**. Вони визначені Постановою Кабінету Міністрів України №5 від 6 січня 2005 року

«Про встановлення розміру страхових платежів за міжнародними договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземного транспорту» [2].

«У разі настання ***страхового випадку*** учасники дорожньо-транспортної пригоди зобов'язані вжити заходів для невідкладного, але не пізніше 3-х робочих днів повідомлення страховика. Особа, що має право на отримання страхового відшкодування, подає страховикові (або якщо страховик невідомий - МТСБУ) відповідну заяву, довідки про дорожньо-транспортну пригоду, довідки відповідних закладів охорони здоров'я щодо тимчасової втрати працездатності або довідки спеціалізованих установ про встановлення стійкої втрати працездатності (інвалідності) у разі її виникнення, інші документи, які мають відношення до даної дорожньо-транспортної пригоди, завірені у встановленому порядку» [8].

«У зв'язку **з лікуванням** потерпілого відшкодовуються обґрунтовані витрати, пов'язані з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням, протезуванням та реабілітацією потерпілого у відповідному закладі охорони здоров'я, медичним піклуванням, лікуванням у домашніх умовах та придбанням лікарських засобів. Витрати та необхідність їх здійснення мають бути підтверджені документально відповідним закладом охорони здоров'я» [2].

«Мінімальний розмір страхового відшкодування за збитки, пов'язані з лікуванням потерпілого, становить 1/30 розміру мінімальної заробітної плати у місячному розмірі, встановленої законом на дату настання страхового випадку, за кожний день лікування, підтверджений відповідним закладом охорони здоров'я, але не більше 120 днів» [2].

«У зв'язку **з тимчасовою втратою працездатності** потерпілим відшкодовуються не отримані доходи за підтверджений відповідним закладом охорони здоров'я час втрати працездатності. Доходи потерпілого оцінюються в таких розмірах» [2]:

***** **«**для працюючої особи (особи, яка працює за трудовим договором) - недоотримана середня заробітна плата, обчислена відповідно до норм законодавства України про працю;

* для особи, яка забезпечує себе роботою самостійно, - недоотримані доходи, які обчислюються як різниця між доходом за попередній (до дорожньо-транспортної пригоди) календарний рік та доходом, отриманим у тому календарному році, коли особа була тимчасово непрацездатною;

* для непрацюючої повнолітньої особи - допомога у розмірі, не меншому мінімальної заробітної плати, встановленої чинним законодавством» [2].

«Якщо особа була в зазначеному статусі менше вказаних розрахункових термінів, то до уваги береться середньомісячний дохід з розрахунку суми сукупного доходу такої особи за попередній до настання страхового випадку календарний рік та доход протягом фактичного терміну (повні місяці) перебування особи в зазначеному статусі» [8].

«Мінімальний розмір страхового відшкодування (регламентної виплати) за шкоду, пов'язану **із стійкою втратою працездатності** потерпілим внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, становить» [2]:

* «у разі встановлення I групи інвалідності - 36 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених законом на дату настання страхового випадку;

* у разі встановлення II групи інвалідності - 18 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених законом на дату настання страхового випадку; у разі встановлення III групи інвалідності - 12 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених законом на дату настання страхового випадку;

* у разі визнання неповнолітньої (малолітньої) особи дитиною інвалідом - 18 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених на д ату настання страхового випадку» [2].

«Розмір здійснених страхових відшкодувань за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю однієї особи у разі її смерті, не може перевищувати страхову суму за таку шкоду. Проте страхове відшкодування утриманцям одного померлого не може бути меншим, ніж 36 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених законом на день настання страхового випадку» [1].

«Шкода, заподіяна в результаті дорожньо-транспортної пригоди майну потерпілого, пов'язується з пошкодженням чи фізичним знищенням транспортного засобу, доріг, дорожніх споруд, технічних засобів регулювання руху, майна потерпілого; з проведенням робіт, які необхідні для врятування потерпілих у результаті дорожньо-транспортної пригоди; з пошкодженням транспортного засобу, використаного для доставки потерпілого до відповідного закладу охорони здоров'я, чи забрудненням салону цього транспортного засобу; з евакуацією транспортних засобів з місця дорожньо-транспортної пригоди» [2].

«У зв'язку з пошкодженням транспортного засобу відшкодовуються витрати, пов'язані з відновлювальним ремонтом транспортного засобу з урахуванням зносу, розрахованого у порядку, встановленому законодавством, включаючи витрати на усунення пошкоджень, зроблених навмисно з метою порятунку потерпілих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, з евакуацією транспортного засобу з місця дорожньо-транспортної пригоди до місця проживання того власника чи законного користувача транспортного засобу, який керував транспортним засобом у момент дорожньо-транспортної пригоди, чи до місця здійснення ремонту на території України. Якщо транспортний засіб необхідно, з поважних причин, помістити на стоянку, до розміру шкоди додаються також витрати на евакуацію транспортного засобу до стоянки та плата за послуги стоянки» [2].

«Якщо транспортний засіб вважається знищеним, його власнику відшкодовується різниця між вартістю транспортного засобу до та після дорожньо-транспортної пригоди, а також витрати на евакуацію транспортного засобу з місця дорожньо-транспортної пригоди» [2].

«Розмір шкоди, пов'язаної з пошкодженням чи фізичним знищенням дороги, дорожніх споруд та інших матеріальних цінностей, визначається на підставі аварійного сертифіката, рапорту, звіту, акту чи висновку про оцінку, виконаного аварійним комісаром, оцінювачем або експертом відповідно до законодавства. Виплата страхового відшкодування здійснюється протягом

одного місяця з дня отримання страховиком документів або в строки та в обсягах, визначених рішенням суду» [2].

«Страховик або МТСБУ не відшкодовує:

* збитки заподіяні при експлуатації забезпеченого транспортного засобу, але за спричинення якої не виникає цивільно-правової відповідальності відповідно;

* збитки, заподіяні забезпеченому транспортному засобу, який спричинив дорожньо-транспортну пригоду;

* збитки, заподіяні життю та здоров'ю пасажирів, які знаходилися у забезпеченому транспортному засобі, який спричинив дорожньо-транспортну пригоду, та які є застрахованими відповідно до пункту 6 статті 7 Закону України «Про страхування»;

* збитки, заподіяні майну, яке знаходилося у забезпеченому транспортному засобі, який спричинив дорожньо-транспортну пригоду;

* збитки, заподіяні при використанні забезпеченого транспортного засобу під час тренувальної поїздки чи для участі в офіційних змаганнях;

* збитки, які прямо чи опосередковано викликана чи якій сприяли іонізуюча радіація, викликане довільним ядерним паливом радіоактивне отруєння, радіоактивна, токсична, вибухова чи в іншому відношенні небезпечна властивість довільної вибухової ядерної сполуки чи її ядерного компонента;

* збитки, пов'язані із втратою товарної вартості транспортного засобу;

* збитки, заподіяні пошкодженням або знищенням внаслідок дорожньо-транспортної пригоди антикварних речей, виробів з коштовних металів, коштовного та напівкоштовного каміння, біжутерії, предметів релігійного культу, картин, рукописів, грошових знаків, цінних паперів, різного роду документів, філателістичних, нумізматичних та інших колекцій;

* збитки, заподіяні в результаті дорожньо-транспортної пригоди, якщо вона відбулася внаслідок масових заворушень і групових порушень громадського порядку, військових конфліктів, терористичних актів, стихійного лиха, вибуху боєприпасів, пожежі транспортного засобу, не пов'язаної з цією пригодою;

* збитки, заподіяні життю та здоров'ю водія забезпеченого транспортного засобу, яки й спричинив дорожньо-транспортну пригоду» [2].

3. Обов'язкове страхування відповідальності у сфері цивільної авіації

«Обов'язкове страхування відповідальності у сфері цивільної авіації охоплює два види страхування (Порядок і правила затверджені Постановою Кабінету Міністрів України №1535 від 12.10.2002 р.)» [2]:

1. «страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду, що може бути заподіяна третім особам;
2. страхування відповідальності авіаперевізника за шкоду, заподіяну пасажирам, багажу, пошті і вантажу» [2].

«У разі страхування експлуатантом повітряного судна відповідальності за

шкоду, заподіяну третім особам, ***об'єктом страхування*** виступають майнові інтереси страхувальника, котрі виникають внаслідок зобов'язання відшкодовувати в порядку, встановленому законодавством, збитки третім особам, заподіяні під час експлуатації повітряного судна» [2].

«Третіми особами вважаються фізичні і юридичні особи (їх майно), які не пов'язані із страхувальником договірними зобов'язаннями (у тому числі договором на перевезення) та які не є працівниками страхувальника або не діють за його дорученням» [3].

Страхова сума для польотів, що виконуються у межах України залежить від злітної маси судна (табл. 9.1):

Таблиця 9.1 - **Залежність страхової суми від злітної маси судна**

Злітна маса судна, кг.	**Страхова сума , грн.**
до 500	100 000
501 до 1000	200 000
1001 до 2000	500 000
2001 до 6000	1000 000
6001 до 25 000	5000 000
25001 до 50 000	25 000 000
50 001 до 100 000	50 000 000
100 001 до 500 000	100 000 000
Понад 500 001	150 000 000

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Для міжнародних польотів страхова сума встановлюється у межах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країн (у тому числі для військових та пов'язаних із ними ризиків), на території яких виконуються польоти повітряного судна, відповідно до уніфікованих умов об'єднання лондонських страховиків або інших умов, що застосовуються у міжнародній практиці. Розмір максимального страхового тарифу на один рік має не перевищувати 1% страхової суми, визначеної договором обов'язкового страхування» [2].

«Страховим випадком вважається авіаційна подія за участю повітряного судна страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за шкоду, заподіяну життю й здоров'ю фізичних осіб, та майну фізичних і юридичних осіб» [3].

Страхування відповідальності повітряного перевізника за шкоду, заподіяну пасажирам, багажу, пошті та вантажу

«Відповідальність перед пасажиром вважається застрахованою за наявності у пасажира авіаквитка з моменту його реєстрації та внесення до поіменного списку перевізника до моменту, коли пасажир залишив перон аеропорту під наглядом уповноваженої особи повітряного перевізника» [8].

«Відповідальність за майнові збитки вважається застрахованою на час офіційного находження багажу, пошти та вантажу на борту повітряного судна та під час завантаження (розвантаження) повітряного судна» [2].

«Страхувальником є повітряний перевізник, який має право здійснювати пасажирські та вантажні перевезення» [2].

«Страхова сума, встановлена договором обов'язкового страхування, не може бути меншою» [2]:

► «*за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю пасажирів*» [2]:

«а) під час виконання польотів у межах України - суми, еквівалентної 20000 доларів США за офіційним обмінним курсом Національного банку, за кожне пасажирське крісло і відповідно до кількості пасажирських крісел, передбаченої сертифікатом експлуатанта повітряного судна. Страховик сплачує страхове відшкодування кожному пасажиру або його спадкоємцю;

б) під час виконання міжнародних польотів - у межах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країни (у тому числі для військових та пов'язаних із ними ризиків), на території якої здійснюються пасажирські перевезення, відповідно до уніфікованих умов об'єднання лондонських страховиків або інших умов, що застосовуються у міжнародній практиці;

►*за втрату або шкоду, заподіяну багажу, пошті або вантажу, - суми, еквівалентної 20 доларам США за офіційним обмінним курсом Національного банку, за кожен кілограм ваги;*

►*за речі (поклажу), що знаходяться у пасажира, - суми, еквівалентної 400 доларів США за офіційним обмінним курсом Національного банку*» [2].

«Розмір максимального страхового тарифу на один рік не може перевищувати 2% страхових сум, визначених договором обов'язкового страхування» [2].

4. Обов'язкове страхування відповідальності власників собак та громадян, що мають у власності зброю

«Мета страхування відповідальності власників собак - вираз своєрідного визнання людиною права тварин на особисту поведінку, відповідальність за яку несе власник собаки. Наприклад, якщо собака порвала одяг дитині, яка гралася у дворі, або напала на перехожого, чи знищила домашню птицю у сусіда страхові компанії здатні вирішити всі майнові претензії постраждалої сторони» [3].

«Страхова виплата здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів № 944 від 09.07.2002 року "Порядок проведення обов'язкового страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі". Собаківники, породи тварин яких вказані в цьому Порядку та Правилах, зобов'язані укласти "договір страхування про собак" при їх реєстрації, перереєстрації» [2].

Хто може застрахуватися від "собачих неприємностей"?

Фізичні та юридичні особи (крім державних органів, які утримують собак для виконання службових обов'язків), які є власниками собак.

«Іноді, допускається укладення страхових договорів юридичними особами на користь позаштатних і штатних співробітників, якщо вони для виконання службових обов'язків використовують особистих собак згідно із законодавством України» [2].

«Ризики покриваються "собачим полісом":

- знищення або пошкодження майна третьої особи (потерпілої сторони);
- тимчасовий розлад здоров'я у потерпілого;
- смерть потерпілого;
- інвалідність або втрата працездатності третьої особи (потерпілого).

При страхуванні тварин, як правило, страховими випадками є події через які настала відповідальність власника собаки про відшкодування їм шкоди, завданої потерпілому або його майну внаслідок агресивної та непередбачуваної дії собаки» [2].

«Страхова виплата встановлюється:

- за шкоду життю і здоров'ю кожного потерпілого третьої особи близько 10 тис гривень;
- за шкоду майну кожного потерпілого приблизно 30 тис гривень.
- Вартість страхування в Україні встановлюється за кожен рік страхування незалежно від породи собаки:
- для фізосіб в розмірі 1-го неоподатковуваного мінімуму доходів громадян (17 гривень);
- для юросіб - в розмірі 2-х неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (34 гривень)» [2].

Термін дії вищевказаних договорів від 1 року до 3 років.

«Страховики визначають відшкодування потерпілим наступним чином» [2]:

- «за кожен день непрацездатності - 20 гривень, але не більше 2 500 гривень;
- встановлення інвалідності III групи - 25% від страхової суми;
- встановлення інвалідності II групи - 50% від страхової суми;
- встановлення інвалідності I групи - 75% від страхової суми;
- смерть -100% від страхової суми;
- за знищення / пошкодження майна третьої особи - у розмірі його балансової (дійсної) вартості, але не більше 100% від страхової суми.

Документи необхідні для оформлення договору страхування тваринного:

- паспорт, ІПН (індивідуальний податковий номер) - для громадян;
- свідоцтво про реєстрацію, банківські реквізити, код ЄДРПОУ - для організацій;
- довідка ветеринара про стан тваринного і щеплення» [2].

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності зброю

«Даний вид страхування здійснюється на умовах , визначених Постановою

Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку і правил проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї» від 29.03.2002 р. №402» [8].

«Страхувальниками є громадяни України, які володіють, зберігають або використовують» [2]:

- «бойову нарізну вогнепальну зброю армійських зразків або зброю, виготовлену за спеціальним замовленням;
- вихолощену та навчальну зброю;
- несучасну стрілецьку зброю;
- мисливську нарізну вогнепальну зброю (карабіни, малокаліберні гвинтівки, комбіновані рушниці тощо);
- мисливську гладкоствольну вогнепальну зброю;
- спортивну вогнепальну зброю (спортивні пістолети, револьвери, гвинтівки, рушниці, призначені для використання в спортивних цілях тощо);
- холодну зброю (арбалети, луки, мисливські ножі, катани, мечі, палаші, ятагани, фінські ножі, кортики, кинджали, багнети, багнети-ножі, які не перебувають на озброєнні військових формувань);
- пневматичну зброю (пістолети, револьвери, гвинтівки калібру більш як 4,5 міліметра і швидкістю польоту кулі понад 100 метрів за секунду, в яких снаряд (куля) приводиться в рух за рахунок стиснутих газів)» [2].

«Страхувальниками є також громадяни, які на законних підстава зберігають та використовують зброю, власниками якої є юридичні особи (крім військовослужбовців Збройних Сил та інших військових формувань, працівників органів внутрішніх справ, прокуратури, суду та інших правоохоронних органів під час виконання ними службових обов'язків)» [2].

«Страхова сума встановлюється: у разі відшкодування спадкоємцям особи, яка загинула (померла) внаслідок страхового випадку, - 11000 гривень; у разі призначення потерпілій третій особі I, II або III групи інвалідності - відповідно 8250, 5500, 2750 гривень; за кожний день непрацездатності потерпілої третьої особи - 20 гривень, але не більш як 2500 гривень; у разі пошкодження (знищення) майна - у розмірі балансової вартості пошкодженого (знищеного) майна внаслідок страхового випадку, але не більш як 30000 гривень. У разі відсутності балансової вартості майна його розмір, що підлягає відшкодуванню, встановлюється за домовленістю між потерпілою третьою особою та страховиком, але не більш як 30000 гривень. Якщо така домовленість не була досягнута, розмір збитків встановлюється за рішенням суду. У разі часткового пошкодження майна для виплати страхового відшкодування оцінюється вартість майна, що підлягає заміні або відновленню (вартість відновлення), у визначеному законодавством порядку» [2].

«Страховий тариф встановлюється у розмірі ***одного неоподатковуваного мінімуму*** доходів громадян терміном на один рік незалежно від виду та кількості зброї в одного громадянина. Договір страхування

може бути укладений на термін від одного до десяти років» [2].

5. Добровільне страхування відповідальності суб'єкта підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції

Страхування відповідальності за якість є одним з актуальних питань розвитку страхування відповідальності та страхового ринку, одним з методів забезпечення відповідальності виробників перед споживачами, додатковою гарантією якості продукції.

В умовах розвитку інституту страхування і забезпечення державою необхідної захисту споживачів даний вид страхування відповідає інтересам всіх учасників ринку.

«Зупинимось більш докладно на добровільному страхуванні відповідальності суб'єкта підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції. ***Мета*** цього виду страхування – захистити страхувальника в разі претензій, що їх висувають споживачі його продукції (послуг), котрі ним надаються і за які він несе відповідальність згідно з цивільним законодавством» [2].

Страхування відповідальності за якість продукції має стати фінансовим інструментом управління якістю товарів, робіт і послуг, який буде вигідний і споживачам, і виробникам (майбутнім страхувальникам), і державним органам, відповідальним за управлінням якістю продукції. Зокрема, даний вид страхування дозволяє:

- отримати підприємцям додаткову фінансову гарантію для захисту економічних інтересів на випадок пред'явлення претензій споживачів, пов'язаних з неналежною якістю продукції і заподіянням шкоди;
- розширити межі поставок (страхування відповідальності за якість виступає

умовою, необхідною для міжнародного співробітництва та просування продукції на зовнішні ринки);

- підвищити конкурентоспроможність вітчизняної продукції та, як наслідок, обсяг валової виручки і економічний потенціал країни;
- підвищити економічну і соціальну ефективність технічного регулювання, сертифікації та добровільної стандартизації продукції;
- забезпечити додаткові гарантії реалізації прав споживачів на належну якість продукції за рахунок своєчасних страхових виплат за страховими випадками, що є важливою соціальною та економічною завданням держави;
- прискорити впровадження ринкових методів забезпечення відповідальності підприємців перед споживачами і замінити таким страхуванням ліцензування видів діяльності, які не потребують сертифікації;
- отримати достовірну статистичну базу станом якості продукції, що дозволить підвищити ефективність наглядової функції управління її якістю, створити статистичну базу для обґрунтування страхових тарифів, розробити методи своєчасного прогнозування потенційних економічних втрат і оцінки

фактичної шкоди від неякісної продукції.

Основою підвищення ефективності страхування відповідальності за якість можуть стати такі принципи:

- використання як обов'язкової, так і добровільної форм страхування відповідальності за якість і встановлення жорсткого фінансового контролю за проведенням даного виду страхування з боку держави;
- розробка стандарту за методикою збору і обробки статистичної інформації для розрахунку диференційованих страхових тарифів;
- встановлення в умовах страхування франшизи по відшкодуванню майнової шкоди;
- відшкодування шкоди не тільки громадянам, але і юридичним особам;
- формування резерву запобіжних заходів з собівартості страхових послуг як методу управління якістю продукції (повернути таку норму до Податкового кодексу);
- використання механізму перестрахування при прийнятті великих ризиків;
- підвищення кваліфікації співробітників страхових компаній, що займаються даним видом страхування.

«Страховик бере на себе зобов`язання відшкодувати витрати, які страхувальник буде зобов`язаний відшкодувати за випадкові пошкодження, спричинені здоров`ю, включаючи смерть, третіх осіб, що трапились у період терміну страхування та причиною яких була реалізована продукція підприємства – страхувальника» [8].

«Не визнаються страховими випадками події, що сталися в разі: навмисних дій страхувальника, спрямованих на настання страхового випадку або його грубої необережності; реалізації продукції, строк придатності якої закінчився; недотримання правил і умов зберігання продукції; недотримання правил і умов користування продукцією; недоліків (дефектів) продукції, які були відомі страхувальнику до їх реалізації; невиконання страхувальником обов`язку відкликати продукцію або інформувати споживачів про її небезпечні властивості, які стали відомі страхувальнику до настання страхового випадку; недодержанням страхувальником положень законодавства або відомчих нормативів, порушення яких призвело до настання страхового випадку або визначено як злочин; проведення третьою особою чи страхувальником експериментів та дослідів» [2].

«Страховий захист не розповсюджується на відповідальність страхувальника за моральну шкоду та непрямі збитки, завдану третім особам, а також його відповідальність перед органами державної влади та контрагентами по Договорах на реалізацію продукції. Страховик звільняється також від відповідальності за повне або часткове виконання своїх зобов`язань перед страхувальником, якщо це сталося внаслідок обставин непереборної сили, що виникли в результаті подій надзвичайного характеру, які страховик та страхувальник не могли передбачити та яким не могли запобігти розумними мірами, а саме: ядерний вибух, радіаційне випромінювання, військові дії, повстання та страйки, рішення вищих законодавчих та виконавчих державних

органів, які набрали чинності після укладання договору страхування які перешкоджають виконанню страховиком своїх зобов`язань» [2].

***«Страхова сума** зазначається в договорі страхування за домовленістю між страховиком та страхувальником, виходячи з річного обігу реалізації страхувальником продукції та виду продукції»* [3].

«В договорі визначається також страхова сума по відповідальності за кожен страховий випадок на одну потерпілу особу. Договір може передбачати умову власної участі страхувальника у відшкодуванні збитків - франшизу. Страхові тарифи розраховуються актуарно та ідентифікуються для кожного підприємства індивідуально» [2].

«Договір страхування переважно укладається на один рік і набирає чинності з 00 години дня, зазначеного в договорі страхування, як дата початку дії договору страхування, але не раніше надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок чи в касу страховика» [2].

«Підставою для укладання договору є заява страхувальника. Підприємство має також подати копії договорів поставок продукції, що планується до реалізації; ліцензію на право торгівлі продукцією (якщо така ліцензія передбачена чинним законодавством України на момент укладання договору страхування)» [2].

«Установлення правових зв'язків між страховиком та страхувальником визначає певне коло зобов'язань суб'єктів страхових відносин, детально прописаних у договорі» [2].

«При настанні страхового випадку страхувальник зобов`язаний повідомити про це протягом двох робочих днів після того, як стало відомо або мало було бути відомо про настання страхового випадку, шляхом подачі письмової заяви» [2].

«Страхувальник також зобов`язаний вжити всіх можливих заходів для з`ясування причин та наслідків страхового випадку; негайно сповістити страховика про обставини та обсяг всіх вимог, які пред`явлено страхувальнику в зв`язку зі страховим випадком або про розпочате проти нього судове провадження; забезпечити, наскільки це можливо, участь страховика у встановленні розміру заподіяної шкоди і надати йому всю доступну інформацію та документацію для висновків щодо причин, дії й наслідків страхового випадку, про характер та розмір заподіяного збитку; не відшкодовувати збитків, не визнавати частково або цілком вимоги, які пред`являються йому у зв`язку зі страховим випадком, а також не приймати на себе будь-яких прямих або непрямих зобов`язань з урегулювання таких вимог без попереднього узгодження із страховиком» [2].

«Для підтвердження настання страхового випадку та розміру збитків необхідно подати такі документи» [2]:

1. «заява страхувальника на виплату страхового відшкодування і договір страхування;

2. акт службового розслідування події, яка призвела до настання відповідальності страхувальника;

3. акти експертиз про оцінку наслідків використання продукції, що

складаються незалежними спеціалізованими організаціями, документи органів захисту прав споживачів, контролю за якістю продукції, правоохоронних органів, місцевих органів влади;

4. документи медичних установ, що свідчать про причинний зв`язок між настанням страхового випадку та використанням товару третьою особою (потерпілою особою);

5. судове рішення або претензію (позов) про майнову відповідальність страхувальника (документи та розрахунки);

6. при тимчасовій втраті працездатності потерпілою особою - документ, що свідчить про тимчасову втрату працездатності;

7. при встановленні групи інвалідності потерпілій особі - довідка МСЕК (медико-соціальної експертної комісії) про встановлення групи інвалідності;

8. у випадку смерті потерпілої особи - свідоцтво про смерть та документ, що підтверджує право спадкоємця на страхове відшкодування (право на спадок);

9. документи, що засвідчують понесені страхувальником витрати з метою запобігання чи зменшення розмірів збитків» [2].

«Виплата страхового відшкодування здійснюється страховиком на підставі складеного ним страхового акту протягом двох робочих днів після дати прийняття рішення про виплату страхового відшкодування, якщо інше не передбачене договором страхування. Рішення про виплату страхового відшкодування приймається страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування» [2].

«Страхове відшкодування *виплачується страхувальнику після отримання від нього платіжних документів про компенсацію суми відшкодування збитків третій особі або за письмовою заявою страхувальника - самій потерпілій особі»* [3].

«Конкретний розмір відшкодування по страховому випадку встановлюється страховиком на підставі отриманих від страхувальника документів. При цьому страхове відшкодування на одну потерпілу особу сплачується у відсотках від страхової суми: у випадку смерті потерпілої особи - 100% (страхове відшкодування сплачується спадкоємцю); при встановленні 1 групи інвалідності потерпілій особі - 100%; при встановленні 2 групи інвалідності потерпілій особі - 80%; при встановленні 3 групи інвалідності потерпілій особі - 60%; при тимчасовій втраті працездатності - 0,2% від страхової суми за кожний день непрацездатності, але не більше 50% від страхової суми» [2].

«Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається страховиком протягом десяти робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів і повідомляється страхувальнику письмово з обґрунтуванням причин відмови, протягом десяти робочих днів із дня прийняття рішення про відмову у виплаті» [1].

6.Страхування професійної відповідальності

«Страхування професійної відповідальності об’єднує види страхування майнових інтересів різних категорій осіб, які при виконанні професійної діяльності можуть завдати матеріальних збитків третім особам. На відміну від страхування майна або особистого страхування, при страхуванні професійної відповідальності настання страхового випадку залежить не від зовнішніх чинників (стихії, природних явищ, дії третіх осіб), а від кваліфікації особи, яка виконує професійну діяльність» [2].

«Необхідність укладання договорів страхування професійної відповідальності обумовлена тим, що, по – перше, ніхто не застрахований від помилок і упущень під час здійснення професійних обов’язків, а збитки, завдані такими помилками, підлягають обов’язковому відшкодуванню. Відомі випадки, коли неправильно зроблені нотаріусом виконавчі написи або помилки оцінювачів при оцінці нерухомості завдали їхнім клієнтам неабияких фінансових збитків. По-друге, фірми, що займаються оцінкою, наданням ріелторських послуг, лікарі, які мають приватну практику, нотаріуси та ін. не мають резервних фондів або інших джерел, що дають змогу компенсувати завдану шкоду. Уклавши договір страхування професійної відповідальності, фірма має фінансові гарантії перед своїми клієнтами» [2].

«Розглянемо докладніше страхування професійної відповідальності приватного нотаріуса» [2].

«Об’єктом страхування є професійна відповідальність приватного нотаріуса за шкоду, заподіяну фізичним або юридичним особам при вчиненні нотаріальних дій, передбачених ст. 34 та ст. 36 Закону України «Про нотаріат» [8].

«Страховим ризиком є спричинення страхувальником прямих матеріальних збитків третім особам (юридичним чи фізичним) внаслідок неналежного виконання ним своїх обов’язків або ненавмисні порушення при вчиненні нотаріальних дій, передбачених ст. 34 та ст. 36 Закону України «Про нотаріат». Страховик бере на себе зобов’язання відшкодувати третім особам прямі матеріальні збитки, що виникли в порядку правової відповідальності в період дії договору страхування внаслідок страхового випадку, яка підтверджена необхідними документами та за наявності рішення суду» [1].

«Страхова сума визначається за домовленістю сторін, але її розмір не може бути менше 100-кратної мінімальної заробітної плати» [2].

«Страхові платежі визначаються за тарифами до страхової суми залежно від професійного стажу роботи страхувальника на посаді нотаріуса й ступеню ризику в межах від 2 до 15 відсотків» [2].

«При внесенні нарахованого страхового платежу одноразово страхувальнику надається знижка в розмірі до 15 відсотків від суми страхового платежу. Якщо страхувальник безперервно відновлює страхування своєї відповідальності протягом одного, двох, трьох і більше років і не отримував при цьому страхового відшкодування, сума наступних страхових платежів зменшується відповідно на 5, 10 і 15 відсотків. Договір страхування професійної

відповідальності приватних нотаріусів має чинність лише на території України»[2].

Питання для самоперевірки

1. «У чому полягає зміст страхування відповідальності?
2. Назвіть суб'єкти та об'єкти договору обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів.
3. Який порядок розрахунку страхових платежів за договором обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів.
4. Яка мета створення Моторного (транспортного) страхового бюро України?
5. На яку суму має право розраховувати застрахований у разі настання страхового випадку за договором обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів?
6. У яких випадках виплату страхового відшкодування здійснює Моторне (транспортне) страхове бюро України?
7. Які централізовані страхові резервні фонди створює Моторне (транспортне) страхове бюро і за якими напрямами використовуються кошти цих фондів?
8. Що являє собою Міжнародна система автострахування «Зелена картка»?
9. Якими є особливості об'єктів страхування при укладанні договору професійної відповідальності?
10. У чому полягає необхідність запровадження страхування відповідальності виробника за якість продукції (робіт, послуг)» [2]

ЛЕКЦІЯ №10

ТЕМА 10
ПЕРЕСТРАХУВАННЯ І СПІВСТРАХУВАННЯ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. **Сутність перестрахування, його функції та призначення.**
2. **Методи перестрахування.**
3. **Форми перестрахування.**
4. **Особливості перестрахування ризиків у нерезидентів.**
5. **Співстрахування та механізм його дії**

Рекомендована література: [1-7, 11, 13, 26, 30]

Основні терміни і поняття: «перестрахування, співстрахування, нотис, цедент, факультативне перестрахування, ретроцесія, бордеро, ковер-нота, непропорційне перестрахування, ексцедент за договором, квотне

перестрахування, цесіонарій, пропорційне перестрахування, облігаторне перестрахування, тантьєма, сліп, цесія, власне утримання, комісійна винагорода, оригінальна комісія, брокерська комісія, непропорційне перестрахування, перестрахувальна комісія, активне перестрахування, пасивне перестрахування» [2].

1.Сутність перестрахування, його функції та призначення

Перестрахування (Reinsurance) - діяльність зі страхування одним страховиком (Перестрахувальником) майнових інтересів іншого страховика (перестраховика), пов'язаних з прийнятим останнім за договором страхування (основному договору) зобовязань по страховій виплаті.

Мета перестрахування - захист страхового портфеля від великих серійних страхових випадків або одного катастрофічного для страховика страхового випадку. Завдяки перестрахування страхова компанія підтримує необхідну рівновагу в своїй діяльності, яка постійно перебуває під загрозою багатьох несприятливих чинників:

ймовірність катастроф, кумуляції ризику, випадкові коливання збитковості і ін.

Система перерозподілу ризиків за допомогою перестрахування дозволяє страховикам:

- домогтися однорідності ризиків в страховому портфелі, що зміцнює фінансову стійкість страхової організації;
- брати на страхування великі ризики.

Перестрахування дозволяє істотно розширити можливості страхових організацій в прийнятті на себе значних ризиків. Ринок перестрахування інтернаціонален за своєю природою, практично всі великі українські страховики перестраховують свої ризики за кордоном, тим самим з'являється можливість подолати фінансові обмеження національного страхового ринку.

«Укладання договору страхування між страхувальником і страховиком є операцією, яка називається ***прямим страхуванням***. В той же час страхова компанія з огляду на деякі обставини може повторно застрахувати ризик, прийнятий від страхувальника, в іншого страховика. Така операція називається ***перестрахуванням»*** [2].

«Перестрахування *- це нове страхування вже застрахованого ризику. Згідно із ЗУ «Про страхування» перестрахування - це страхування одним страховиком (цедентом, перестрахувальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (перестраховика) резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика, згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований*» [3].

«В Україні ризик підлягає обов'язковому перестрахуванню, якщо його страхова сума перевищує 10% сформованого статутного капіталу та страхових резервів» [3].

«У перестрахуванні **цедент** – це компанія, яка передає ризик у перестрахування. Компанія, що приймає ризик у перестрахування, називається **цесіонарієм»** [3]**.**

«Сам процес передачі ризику у перестрахування називається **цедируванням ризику** або **страховою цесією**. Цесіонарій може ще раз перестрахувати прийнятий від цедента ризик. Такий процес називається **ретроцесією**. Укладається договір **ретроцесії**, в якому цесіонарій стає **ретроцедентом**, а компанія, що приймає ризик у ретроцесію називається **ретроцесіонарієм**. Ретроцесій може бути декілька. В результаті відбувається багаторазовий розподіл ризику. Але, не зважаючи на це, компанія-цедент (прямий страховик) залишається повністю відповідальною перед страхувальником за виконання своїх зобов'язань. Вона може не повідомляти страхувальника про те, що його ризик перестраховано, У разі настання страхової події прямий страховик відшкодовує всі збитки страхувальникові, а частки страхових виплат, що перераховуються пере-страховиками, відносяться до доходів від іншої операційної діяльності цедента» [2].

«Прояв перестрахування у дії реалізується через ***ряд функцій***. ***Найважливіша серед них*** – це функція вторинного перерозподілу ризику. Крім того перестрахування дозволяє страхувати дорогі та унікальні ризики (наприклад, космічні проекти), виступає формою торгівлі страхових послуг на міжнародному ринку, що дозволяє виділити активне і пасивне перестрахування» [2].

«Активне перестрахування пов'язане з проведенням перестрахових операцій у межах вітчизняного страхового ринку, в тому числі розміщення іноземних ризиків серед вітчизняних страховиків» [8].

«Пасивне перестрахування передбачає передачу ризиків іноземним перестраховикам, тобто нерезидентам. Пасивне перестрахування забезпечує відтік капіталів за кордон і негативно впливає на частку страхових премій у валовому внутрішньому продукті країни» [8].

«Крім основної, існують ***додаткові функції,*** зміст яких полягає в тому, що перестрахування» [1]:

- «дає змогу брати на страхування дуже дорогі та унікальні ризики;
- сприяє запровадженню нових видів страхування;
- створює умови для формування збалансованого страхового портфеля.
- забезпечує фінансову стійкість та рентабельність страхових операцій» [1].

«Перестрахування є важливим чинником, що впливає на фінансову надійність страхових компаній. Воно використовується з метою забезпечення збалансованості страхового портфеля за рентабельністю і фінансовою стійкістю страхових операцій. Дозволяє страховій компанії бути фінансово конкурентоспроможною. При укладанні договору перестрахування, перестрахувальник перераховує перестраховикові деяку частину страхової премії, отриманої від страхувальника. В той же час перестрахувальник як прямий страховик несе певну суму витрат, пов'язаних з укладанням прямого договору страхування. З урахуванням цих обставин компанія перестраховик компенсує

узгоджену частину понесених витрат на ведення справи шляхом виплати комісійної винагороди» [2].

«Отже, **комісійна винагорода** – це узгоджена частина витрат на ведення справи, що перераховується перестраховиком на користь перестрахувальника» [2].

«Розрізняють ***оригінальну комісію***, що існує в перестрахувальній цесії. ЇЇ отримує цедент і включає до доходів від іншої операційної діяльності» [2].

«Перестрахувальна комісія є і в ретроцесії. Досить часто перестрахування ризику вимагає послуг *перестрахового брокера*, якій отримує брокерську комісію. Комісійною винагородою є також **тантьєма**. Вона виплачується цесіонарієм цеденту за рахунок чистого прибутку, отриманого від розміщення перестрахувальних премій у цінні папери та інші об'єкти інвестування. Існує переважно у страховій цесії і є своєрідною подякою зі сторони цесіонарія за те, що ризик перестраховується саме у нього. Тантьєма включається до доходів від фінансово-інвестиційної діяльності прямого страховика (цедента)» [2].

2.Методи перестрахування

«За методом передавання ризиків у перестрахування і за оформленням правових відносин сторін перестрахувальні операції поділяються на такі: факультативні, облігаторні (договірні), факультативно-облігаторні і облігаторно-факультативні (змішані)» [1].

«Факультативний метод перестрахування характеризується повною свободою сторін договору перестрахування. Перестрахувальник 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» [2].

«Головна особливість цього методу перестрахування полягає в можливості індивідуальної оцінки ризику» [2]**.**

«Факультативне перестрахування в багатьох аспектах схоже на пряме страхування, зокрема в тому, що перестраховик, приймаючи ризик, дуже докладно його вивчає, знайомиться з практикою страхових операцій цедента. Переваги факультативного методу полягають у можливості вибору для компанії-цедента якомога сприятливіших умов перестрахування (розміщення ризику в кількох перестрахувальних компаніях, вибір найкращих пропозицій); у використанні цедентом перестрахування 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 перестрахування є можливість регулювання страховиком (цедентом) розміру ***власного утримання»*** [2]**.**

«Власне утримання - економічно обґрунтована частина страхової суми, яку страхова компанія залишає на своїй відповідальності. Власне утримання встановлюється в абсолютній сумі або у відсотках страхової суми об'єкта» [8].

«В багатьох країнах світу розмір власного утримання регламентується

законодавством або самими учасниками перестрахування» [2].

«Порядок укладання перестраховувального договору на факультативній основі такий. Спочатку перестрахувальник та перестраховик укладають між собою договір про співробітництво з факультативного перестрахування. 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 перестрахування. Факультативне перестрахування передбачає рішення перестраховика в кожному окремому випадку» [2].

«Коли у страховика з'являється ризик, який він бажає перестрахувати згідно з Договором про співробітництво з факультативного перестрахування, він надсилає пере-страховикові ***ковер-ноту»*** [2]**.**

«Ковер-нота містить таку інформацію: вид страхування, територію страхування, об'єкт страхування, страхову суму, ставку премії, власне утримання, премію перестраховика, комісію» [2].

«Після вивчення інформації щодо ризику перестраховик повідомляє страховика (цедента), яку частку він приймає в факультативне перестрахування» [2].

«Факультативний договір є чинним лише на період дії оригінального поліса. ***Облігаторне перестрахування*** передбачає обов'язкове віддавання перестрахувальником раніше узгодженої частини ризику за всіма покриттями. Перестраховик також обов'язково має приймати ці частини ризиків згідно з умовами договору» [3].

«У договорі облігаторного перестрахування обов'язково визначаються ліміти відповідальності, термін дії договору, перестраховувальна премія, перестраховувальна комісія, обмеження щодо покриття, схема розрахунків тощо» [2].

«В облігаторному перестрахуванні перестрахувальник має систематично висилати перестраховикові ***бордеро-премії і бордеро-збитки»*** [2]**.**

«Бордеро - премії це перелік ризиків, які підпадають під дію облігаторного договору перестрахування» [2].

«Стосовно збитків, що сталися, перестрахувальник надсилає перестраховикові бордеро – збитки. Договір облігаторного перестрахування частіше укладається на невизначений термін з правом взаємного розірвання шляхом повідомлення сторін щодо прийнятого рішення» [2].

«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 пере-страховика» [2].

«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» [2].

3.Форми перестрахування

«Всі договори перестрахування 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» [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» [2].

«У пропорційному перестрахуванні розрізняють квотний договір перестрахування, договір ексцедента суми і квотно-ексцедентний договір. Крім того, використовуються різні системи чи модифікації цих форм» [2].

«Згідно з ***квотним договором*** перестрахування перестрахувальник зобов'язується передавати перестраховикові частку в усіх ризиках певного виду, а перестраховик зобов'язується приймати її. Частка участі в перестрахуванні може бути встановлена у відсотках від страхової суми або в абсолютному вираженні. Перестраховик має право встановлювати ліміти відповідальності за договором» [2].

«Наприклад, перестрахувальник має договір з квотою 80%. Ліміт відповідальності перестраховика згідно з договором встановлено в 300 тис. грн. Розподіл відповідальності наведено в табл. 10.1» [2].

Таблиця 10.1 - **Розподіл відповідальності між цедентом і цесіонарієм за квотним договором**

Страхова сума ризику, тис. грн.	Обсяг квоти, %	Обсяг відповідальності цедента, тис.грн.	Обсяг відповідальності цесіонарія, тис. грн..
100	80	20	80
400	80	80	300 (20 тисяч залишається поза межами квотного договору)

*Джерело: складено автором на основі [1]

«Збитки у квотних договорах також розподіляються пропорційно до участі сторін у ньому. Квотний перестрахувальний договір має переваги, які більше стосуються компанії-цедента» [2].

«Квотне перестрахування широко використовується в страхуванні цивільної відповідальності власників транспортних засобів, а також в страхуванні авто каско. Часто цей вид договору застосовують у пропорційних ретроцесіях. Основним недоліком квотного перестрахування 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 перестрахування на факультативній основі» [2].

«Збитки у квотних договорах також розподіляються пропорційно до участі

сторін у ньому. Квотний перестрахувальний договір має переваги, які більше стосуються компанії-цедента» [8].

«Квотне перестрахування широко використовується в страхуванні цивільної відповідальності власників транспортних засобів, а також в страхуванні авто каско. Часто цей вид договору застосовують у пропорційних ретроцесіях. Основним недоліком квотного перестрахування 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 пере страховика в деяких випадках змушує здійснювати додаткове перестрахування на факультативній основі» [8].

«Ексцедентне перестрахування - складніший вид пропорційного перестрахування. Такий вид перестрахування використовується в тих випадках, коли застраховані ризики істотно відрізняються за страховими сумами. За договором ексцедента суми перестраховик отримує визначену частку в усіх договорах, що перевищує власне утримання цедента» [2].

«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 перестрахуванні називають лінією (часткою)» [1].

«Місткість ексцедентного договору (МЕД) складається із суми власного утримання цедента (ВУ) і покриття пере страховика чи ексцедента суми (ЕС) Показує, ризик якої вартості можуть покрити спільно перестраховик і перестрахувальник. Наприклад, якщо розмір власного утримання страхової компанії дорівнює 20 тис. ум. од. (1 лінія), сума ексцедента (покриття пере страховика) - 100 тис. ум. од. (5 ліній), тоді місткість ексцедентного договору - 120 тис. ум. од.» [2]

«Для організації взаєморозрахунків (розподілу премій і збитків) між цедентом і цесіонарієм обчислюється процент перестрахування (П)» [2]:

$$П_{П} = \frac{ЕС}{МЕД} \times 100\% \qquad (10.1)$$

«Для покриття всього ризику буває достатньо одного ексцедентного договору, тому крім договору першого ексцедента укладаються договори другого, третього і наступних ексцедентів» [2].

«Ексцедентне перестрахування найчастіше застосовується у страхуванні від вогню, нещасних випадків, а також у страхуванні життя» [2].

«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» [2].

«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» [2].

«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 установлюється 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» [8].

«Непропорційне перестрахування представлене договором ексцедента збитку та договором ексцедента збитковості» [2].

«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» [2].

«Наприклад, існує договір ексцедента збитку 500 тис. ум. од. понад 200 тис. ум. од. Розглядається декілька можливих варіантів збитків: 200, 400 і 500 тис. грн. Розподіл відповідальності між цедентом і цесіонарієм за договором ексцедента збитку наведено в табл.10.2» [2].

Таблиця 10.2 - **Розподіл відповідальності між цедентом і цесіонарієм за договором ексцедента збитку**

Збитки, тис. грн.	**Обсяг відповідальності цедента (франшиза) тис. грн.**	**Обсяг відповідальності цесіонарія, тис. грн.**
200	200	-
400	200	200
500	200	300
800	200 + 100	500

*Джерело: складено автором на основі [1]

4.Особливості перестрахування ризиків у нерезидентів

«Для України питання перестрахування ризиків у нерезидентів є особливо актуальним через незначну місткість внутрішнього страхового ринку. Українські законотворці пішли шляхом підвищення вимог з боку держави до іноземних перестраховиків. В 2004 році новий Порядок та вимоги щодо здійснення операцій з перестрахування у страховика (перестраховика) нерезидента було затверджено Постановою Кабінету Міністрів України №124 від 4 лютого» [2].

«На сьогодні укладення страховиками договорів перестрахування за межами України із страховиками нерезидентами дозволяється тільки у разі, коли» [2]:

1. «Законодавством країни, в якій зареєстрований страховик нерезидент, передбачений державний нагляд за страховою і перестраховою діяльністю.

2. Страховик-нерезидент провадить безперервну страхову (перестрахову) діяльність не менше ніж три роки до дати укладення договору перестрахування; відсутні факти порушення страховиком (перестраховиком) нерезидентом законодавства про страхову і перестрахову діяльність і з питань запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, та боротьби з тероризмом країни його реєстрації [8].

Дотримання зазначених вимог підтверджує інформація у письмовій формі або у вигляді електронних даних, надана на звернення Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг органом, який виконує функції нагляду за страховою і перестраховою діяльністю у країні реєстрації страховика-нерезидента, або Міжнародною асоціацією органів нагляду за страховою діяльністю (IAIS)» [2].

«У разі потреби українські страховики звертаються до Комісії із запитом щодо відповідності страховиків-нерезидентів встановленим вимогам. Страховики (цеденти) не пізніше ніж у десятиденний строк після укладення договорів перестрахування із страховиками нерезидентами інформують Комісію про їх укладення» [1].

«Українські страховики можуть укладати договори перестрахування за участю перестрахових брокерів – нерезидентів лише через їх постійні представництва в Україні, зареєстровані як платники податку відповідно до законодавства України та включені до державного реєстру страхових або перестрахових брокерів» [2].

«Для укладення договору перестрахування із страховиками нерезидентами за участю перестрахових брокерів-нерезидентів їх постійні представництва подають страховикам (цедентам) засвідчені в установленому порядку копії таких документів: свідоцтва про державну реєстрацію постійного представництва перестрахового бро-кера-нерезидента в Україні як платника податку; документа, що підтверджує взяття на облік в органі державної податкової служби; свідоцтва про включення до державного реєстру страхових і перестрахових брокерів» [2].

«Існує іще одна особливість, пов’язана з перестрахуванням ризиків у перестраховиків-нерезидентів. Вона стосується фінансових відносин між суб’єктами договору перестрахування і регулюється Положенням «Про застосування іноземної валюти в страховій діяльності», затвердженим Постановою Правління НБУ від 11 квітня 2000 року №135» [2].

«В Положенні зазначено, що страхувальник-резидент згідно з укладеними договорами страхування має право вносити страховику-резиденту страхові платежі лише у валюті України, а страхувальник-нерезидент – у вільно конвертованій валюті або у валюті України у випадках, передбачених чинним законодавством України» [2].

«Якщо виникає потреба визначення розміру страхового платежу у вільно конвертованій валюті для надання послуг страхувальникам-нерезидентам, то здійснюється відповідне перерахування суми платежу у валюті України у вільно конвертовану валюту за офіційним обмінним курсом Національного банку

України на день проведення платежу» [2].

«Страховики-резиденти можуть **купувати іноземну валюту** на міжбанківському валютному ринку України з такою метою» [2]:

1. «**Для забезпечення виплат нерезидентам страхового відшкодування за страхувальників-резидентів відповідно до договорів страхування, дія яких поширюється на іноземну територію.** Для цього страховики надають уповноваженим банкам:

заяву страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) про виплату страхової суми (страхового відшкодування);

страховий акт (аварійний сертифікат) і документи, які підтверджують розмір завданих збитків та пов'язаних з ними витрат;

договір страхування або страхове свідоцтво (поліс, сертифікат)» [2].

2. «**Для забезпечення виплат страхового відшкодування страхувальникам-нерезидентам** - юридичним особам відповідно до укладених договорів страхування, дія яких поширюється на іноземну територію. Для цього страховики надають уповноваженим банкам» [2]:

«заяву страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) про виплату страхового відшкодування;

страховий акт (аварійний сертифікат) і документи, які підтверджують розмір завданих збитків та пов'язаних з ними витрат;

договір страхування або страхове свідоцтво (поліс, сертифікат);

довідку щодо договорів страхування, укладених із страхувальниками-нерезидентами - юридичними особами, засвідчену відбитком печатки (за наявності), підписами керівника та головного бухгалтера страховика, а також відбитком печатки (за наявності) про її отримання Уповноваженого органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг» [2]

3. «**Для розрахунків з нерезидентами відповідно до угод страховиків з цими нерезидентами про виконання останніми зобов'язань через мережу закладів «Асістанс» («Assistance»)** щодо забезпечення надання послуг фізичним особам за договорами страхування, дія яких поширюється на іноземну територію, якщо страхувальник вносить страхові платежі у валюті України» [8].

«Для цього страховики надають уповноваженим банкам угоду з нерезидентом про порядок та умови надання послуг фізичним особам під час їх перебування за кордоном у разі настання певних подій, які передбачені договором страхування або страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом)» [2].

«У разі проведення розрахунків за надані страхувальникам послуги, крім вище вказаних документів також надаються примірник звіту перед нерезидентом (бордеро/bordereau) або інший документ, який згідно з угодою оформляється страховиком і містить перелік договорів страхування (страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів), і рахунок-фактура (інвойс/invoice)» [2].

4. «Для здійснення розрахунків за договорами про перестрахування з перестраховиками-нерезидентами» [2]**.**

«Для цього страховики подають уповноваженим банкам один із трьох таких пакетів документів: договір про перестрахування або свідоцтво про перестрахування (сертифікат, поліс), а також підтвердження про прийняття

ризику в перестрахування [ковер-нота (cover note)]; договір про перестрахування або свідоцтво про перестрахування (сертифікат, поліс), а також примірник звіту перед нерезидентом [бордеро (bordereau)] або інший документ згідно з договором про перестрахування, який оформляється страховиком; договір про перестрахування або свідоцтво про перестрахування (сертифікат, поліс), а також рахунок-фактуру [інвойс (invoice)]» [1].

5. «Для здійснення розрахунків за договорами про перестрахування з перестрахувальниками-нерезидентами» [2]**.**

«Для цього страховики надають уповноваженим банкам» [2]:

«договір про перестрахування або свідоцтво про перестрахування (сертифікат, поліс, ковер-нота/cover note тощо), що посвідчує прийняття ризику від перестрахувальника-нерезидента;

вимогу (заяву) перестрахувальника-нерезидента про виплату перестрахового відшкодування (здійснення перестрахової виплати);

наказ (розпорядження) страховика про виплату перестрахового відшкодування (здійснення перестрахової виплати) перестрахувальнику-нерезиденту;

документи, які за договором про перестрахування надаються для підтвердження настання страхового випадку та розміру завданих збитків (акт про збитки, понесені перестрахувальником-нерезидентом (бордеро/bordereau збитків), страховий акт (аварійний сертифікат) тощо);

довідку про перестрахове відшкодування (виплату) за договором про перестрахування, укладеним з перестрахувальником-нерезидентом, що засвідчена відбитком печатки Уповноваженого органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг» [2].

6. «**Для забезпечення виплат нерезидентам страхового відшкодування за страхувальників-резидентів або осіб, відповідальність яких застрахована відповідно до внутрішніх договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності»** [1]**.**

«Для цього страховики надають уповноваженим банкам» [1]:

«заяву про виплату страхового відшкодування від особи, яка має право на таке відшкодування;

внутрішній договір страхування (поліс обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів /сертифікат/);

документи, що підтверджують факт настання дорожньо-транспортної пригоди;

страховий акт (аварійний сертифікат) і документи, які підтверджують розмір завданих збитків та пов'язаних з ними витрат» [1].

7. «**Для покриття частини страхових резервів в іноземній валюті за договорами страхування життя в межах, установлених чинним законодавством України, якщо страховики несуть відповідальність за своїми страховими зобов'язаннями в іноземній валюті.** Резерв утворюється у тих валютах, у яких страховики несуть відповідальність за своїми страховими зобов'язаннями» [8].

«Для цього страховики подають уповноваженим банкам довідку щодо договорів страхування життя, які використовувалися для розрахунку розміру резервів довгострокових зобов'язань для покриття відповідальності перед страхувальниками в іноземній валюті, засвідчену відбитком печатки (за наявності), підписами керівника, головного бухгалтера страховика та актуарія, а також відбитком печатки про її отримання Уповноваженого органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг» [2].

«Купівля страховиками іноземної валюти з метою, передбаченою у договорі здійснюється протягом 90 календарних днів від дня засвідчення відбитком печатки про отримання довідки органом, уповноваженим здійснювати державний нагляд за страховою діяльністю» [3]

«Страхові (перестрахові) брокери-нерезиденти мають право здійснювати розрахунки за послуги з перестрахування в Україні відповідно до договорів про перестрахування лише через власні постійні представництва, через які вони надають такі послуги» [5]**.**

«Постійні представництва страхових (перестрахових) брокерів-нерезидентів і страхові (перестрахові) брокери – резиденти можуть купувати іноземну валюту на міжбанківському валютному ринку України для здійснення розрахунків за договорами про перестрахування, укладеними з перестраховиками-нерезидентами та/або перестрахувальниками-нерезидентами за посередництвом страхових брокерів» [2].

5. Співстрахування та механізм його дії

Беручи на страхування ризики страхувальника, страховик сам стає носієм ризику порушення фінансової стійкості і платоспроможності в випадках реалізації страхового ризику, здатного спричинити за собою великі збитки страхувальника.

Прикладом таких ризиків є збитки при загибелі майна: будівель, споруд від пожежі, зникнення безвісти морського судна, авіаційні катастрофи і т.д.

У сучасному страхування існує дві системи перерозподілу великих ризиків між страховиками: состраховане і перестрахування.

Співстрахування (Co-insurance) - діяльність зі страхування, яка передбачає в щодо об'єкта страхування висновок кількома страховиками і страхувальником договору страхування, на підставі якого страхові ризики, розмір страхової суми, страхова премія (страховий внесок) розподіляються між страховиками у встановленій таким договором частці.

Співстрахування і перестрахування є системи перерозподілу страхового ризику між страховими компаніями.

При настанні страхового випадку за договором страхування, укладеним на умовах состраховання, страхувальники, застраховані особи, вигодонабувачі вправі звернутися з вимогою про страхову виплату до будь-якого страховика, вказаною в такому договорі.

Якщо в договорі страхування, укладеному на умовах співстрахування, не визначені права і обов'язки кожного із страховиків, вони солідарно відповідають

перед страхувальниками, застрахованими особами, вигодонабувачами за здійснення страхової виплати.

При **співстрахуванні** участь кожного страховика в страхуванні оформляється:

- окремим договором кожного страховика зі страхувальником;
- спільним договором від імені всіх страховиків зі страхувальником.

При **співстрахуванні** при настанні страхового випадку кожен страховик відповідає перед страхувальником за виконання своїх зобов'язань. Розмір зобов'язань страховика перед страхувальником по страховому збитку визначається відповідно до часток відповідальності за прийнятим на страхування ризику.

«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» [1].

«За наявності угоди між співстрахувальниками та страхувальником один зі спів-страховиків може представляти всіх інших у відносинах із страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише у розмірі своєї частки. Якщо страхувальник застрахував об’єкт не на повну суму, він розглядається як один із страховиків і несе відповідальність за недострахованою часткою» [2].

«Співстрахувальні ознаки можна спостерігати на прикладі перестрахувальних 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» [2].

«Пул страховий – це об’єднання страховиків для спільного страхування певних ризиків, зокрема особливо небезпечних, значних маловідомих чи нових» [3].

«Страховий пул не є юридичною особою. Він створюється на підставі угоди між зазначеними компаніями з метою забезпечення фінансової стійкості страхових операцій на умовах солідарної відповідальності за виконання зобов’язань за договорами страхування» [2].

«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» [2].

«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» [5].

«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 має 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» [1].

«Об'єднання «Ядерний страховий пул» було створено наприкінці 2003 р. відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України N 953 від 23 червня 2003 р. на виконання міжнародних зобов'язань Держави Україна за Віденською (1963 р.) Конвенцією про цивільну відповідальність за ядерну шкоду, вимог Законів України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку», «Про цивільну відповідальність за ядерну шкоду та її фінансове забезпечення» та Закону України «Про страхування». Цією ж Постановою затверджено Положення про Пул та Правила страхування» [36].

«Основним завданням Пулу є організація та координація страхування і перестрахування ризиків, що виникають під час експлуатації українських ядерних установок та при транзитному транспортуванні територією України ядерних матеріалів, а також перестрахування ризиків іноземних операторів ядерних установок» [38].

«Наразі Український Ядерний страховий пул є невід'ємною складовою світової системи ядерних страхових пулів, що існує вже більше 60 років, та працює на його правилах та процедурах. У свою чергу світова спільнота, до якої входить 26 національних ядерних страхових пулів, є складовою глобальної системи ядерної безпеки» [38].

«Починаючи з червня 2004 р. українським пулом застраховано цивільну відповідальність (ЦВ) за ядерну шкоду ДП НАЕК «Енергоатом» . Пул також страхує ЦВ за ядерну шкоду двох українських операторів дослідницьких реакторів. У 2012-14 р.р. страхувалась цивільна відповідальність Чорнобильської АЕС. Наразі, після завершення робіт з будівництва нового безпечного конфайнменту ЧАЕС, починається оцінка ризиків задля подовження страхування цивільної відповідальності оператора станції за ядерну шкоду» [39].

«Відповідно до діючого законодавства, саме ЯСПУ страхує відповідальність при транзиті ядерних матеріалів через територію України. 2013 року українським ЯСП першим у Центральній та Східній Європі укладено договір із перестрахування будівельно-монтажних ризиків будівництва АЕС (Островецька АЕС, Біларусь)» [39].

«Станом на 01.01.2017 р. до складу Ядерного страхового пулу входить 20 українських страховиків. Вимоги ЯСП до учасників пулу і банків, фінансові інструменти яких приймаються у якості фінансового забезпечення, значно жорсткіші, ніж вимоги відповідних регуляторів - Нацкомфінпослуг та НБУ» [40].

«Ємність пулу наразі складає 6 млн СПЗ. Решта відповідальності перестраховуються ЯСП у 18 іноземних Ядерних страхових пулах, до складу яких входить >200 провідних іноземних страховиків. Операції з перестрахування відповідно до чинного законодавства здійснюються виключно до іноземних ядерних страхових пулів» [40].

«У рамках інтеграції до світової системи ядерного страхування ЯСП активно працює над збільшенням портфелю із вхідного перестрахування. Наразі Українському ЯСП довіряють у перестрахування ядерні ризики вже із 18 країн світу: Бельгії, Білорусі, Болгарії, Індії, Іспанії, Канади, Китаю, Нідерландів, Росії, Словаччини, Словенії, Угорщини, Фінляндії, Франції, Хорватії, Чехії, Швейцарії та Швеції. Всього за період 2003-2016 р.р. заявлено виплат на суму -3,0 млн євро. Із них вже виплачено по збитках (найбільші - по Франції та Швеції) 2,5 млн євро» [36].

«У рамках діяльності Insurance Europe - організації, що об'єднує національні страхові асоціації Європи, та Організації Європейських Ядерних Форумів FORATOM представники ЯСП брали участь у Робочих групах, що працюють над удосконаленням ядерного страхового законодавства ЄС та країн, що мають приєднатися до Євросоюзу» [40].

«Інженери Українського ЯСП запрошувались до участі у міжнародних страхових інспекціях на іноземних АЕС у 13 країнах» [40].

«Пул працює у Громадських Радах Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, Антимонопольного Комітету, Держатомрегулювання, Державної фіскальної служби, Мінпаливенерго України, є членом Ліги страхових організацій України, Українських ядерного товариства та ядерного форуму» [38].

«У відповідь на виклики останніх років минулого року у ЯСП було започатковано радикальні реформи. Спільно із Нацкомфінпослуг розроблено Дорожню карту реформування ядерного страхування (додається), яку було представлено на засіданні Національної Ради із фінансової стабільності під головуванням Прем'єр-міністра України» [38].

«Реформи включають актуалізацію національного законодавства та регуляторних актів: від питань ратифікації державою Україна останніх міжнародних Конвенцій, приведення умов страхування ЦВ за ядерну шкоду до сучасних стандартів, внесення змін до Законів України, відповідних регуляторних актів Нацкомфінпослуг, КМУ та НБУ до внутрішніх регуляторних документів ЯСП» [40].

Питання для самоперевірки

1. «Що називається перестрахуванням?
2. Які фактори впливають на ліміт власного утримання?
3. Чим відрізняється активне перестрахування від пасивного?
4. Назвіть види договорів пропорційного перестрахування.
5. Назвіть види договорів непропорційного перестрахування.
6. Чим відрізняється квотний договір перестрахування від ексцедентного?
7. У чому полягає зміст перестрахування перевищення збитків?

8. Як і кому здійснюється страхове відшкодування страховиком і перестраховиком у разі настання страхового випадку у страхувальника?» [2]

ЛЕКЦІЯ №11

ТЕМА 11
ДОХОДИ, ВИТРАТИ І ПРИБУТОК СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Сутність документування і види доходу страхової компанії.
2. Структура витрат страховиків.
3. Фінансові результати діяльності страхових компаній та порядок їх обчислення
4. Оподаткування нерезидентів-перестраховиків та нерезидентів-страхувальників.

Рекомендована література: [1-7, 11-14, 20]

Основні терміни і поняття: «прибуток, доходи, витрати, чистий прибуток, зароблена страхова премія, фінансова діяльність, інвестиційна діяльність, операційна діяльність, звичайна діяльність, аквізиційні витрати, ліквідаційні витрати, прямі податки, непрямі податки, тантьєма, місцеві податки, прибуток від страхової діяльності, інкасаційні витрати, страхова виплата, рентабельність страхових операцій, податкова ставка, загальнодержавні податки» [2].

1. Сутність документування і види доходу страхової компанії

<u>Документування страхових операцій</u>

Кожен факт господарського життя страхової організації повинен бути оформлений первинним обліковим документом. Форми первинного облікового документа стверджує керівник страхової організації. Обов'язковими реквізитами первинного облікового документа є:

- назва документу;
- дата складання документа;
- найменування страхової організації або її філії;
- зміст факту господарського життя;
- величина натурального або грошового виміру факту господарського життя із зазначенням одиниць виміру;
- найменування посадової особи яка вчинила операцію і відповідального за правильність її оформлення, або найменування посади особи, відповідальної за правильність оформлення

події, що відбулася;

- підписи зазначених вище осіб.

При розробці форм первинних облікових документів страховик повинен враховувати свою організаційну структуру, умови складання договорів страхування, перестрахування і співстрахування.

Документи страхової організації можна розділити на наступні групи:

- розпорядчі (накази, розпорядження, рішення);
- організаційні (структура компанії, штатний розклад, посадові інструкції, положення, регламенти тощо);
- інформаційні (листи, доповідні і службові записки, протоколи нарад і т.д.).

Кількість і різноманіття внутрішніх документів кожної страхової організації залежить від її структури, видів і особливостей здійснюваної діяльності, конкретних потреб.

В даний час існує перелік, відповідно до якого страховики зобов'язані забезпечити збереження зазначених в ньому документів. До зазначеного переліку входять такі документи, як установчі, протоколи зборів засновників, бланки страхових полісів та інші документи (бланки) суворої звітності, договори страхування, програми та додаткові угоди до них, розрахунки страхових тарифів, журнал обліку страхових полісів та інших документів (бланків) суворої звітності, статистична, бухгалтерська звітність і звітність в порядку нагляду, представлена страховиком в органи державної влади і професійні об'єднання, аудиторські та актуарні укладення та ряд інших документів.

Обов'язковими для страховиків заходами, які забезпечують збереження зазначених документів, є:

- ведення обліку документів;
- розробка та затвердження номенклатури справ;
- створення архіву для зберігання справ;
- створення оптимальних умов зберігання документів, що забезпечують їх збереження і оперативність отримання;
- дотримання порядку видачі справ з архіву;
- перевірка наявності справ відповідно до їх номенклатурою;
- забезпечення фізико-хімічної збереженості документів;
- твердження інструкції з діловодства.

Зберігання документів повинно бути організовано таким чином, щоб була забезпечена можливість їх надання на запит органів державної влади.

Місце і спосіб зберігання визначається страховиком самостійно.

Доходи страхової компанії

«Страхова діяльність відноситься до сфери фінансових послуг і тому ця обставина суттєво впливає на склад доходів страхових компаній. В бухгалтерському обліку дохід визнається під час збільшення активу або зменшення зобов’язання, що зумовлює зростання власного капіталу (за винятком зростання капіталу за рахунок внесків учасників підприємства), за умови, що оцінка доходу може бути достовірно визначена» [2].

Усі доходи страховиків залежно від виду діяльності можна поділити на

декілька груп [2]*:*

«Дохід від основної діяльності (від реалізації страхових послуг);

Дохід від надання послуг для інших страховиків та інших послуг (виконання робіт);

Інші операційні доходи;

Фінансові доходи;

Інші доходи від звичайної діяльності (інвестиційної та іншої);

Доходи від надзвичайних подій» [2].

«У сфері загального страхування дохід від основної діяльності формується на основі сум страхових платежів та резерву незароблених премій і називається такий дохід зароблеою премією. Формується в наступній послідовності: страхові платежі – частки страхових платежів, належних перестраховикам (у тому числі перестраховикам-нерезидентам) + резерв незароблених премій на початок звітного періоду – резерв незароблених премій на кінець звітного періоду - частка перестраховиків у резерві незароблених премій на початок звітного періоду + частка перестраховиків у резерві незароблених на кінець звітного періоду» [1].

«У сфері страхування життя дохід від реалізації страхових послуг визначається так: страхові платежі – частки страхових платежів, належні перестраховикам» [2]

Дохід від надання послуг для інших страховиків та інших послуг (виконання робіт) складається з сум агентських винагород (в тому числі тих, що отримуються від страховиків, які здійснюють страхування життя, а також доходу від надання послуг (виконання робіт), які безпосередньо пов’язані з видами діяльності, зазначеними у статті 2 закону України «Про страхування» [3]

«Інші операційні доходи складаються із2 [2]*:*

«1.сум, що повертаються з технічних резервів, інших ніж резерв незароблених премій;

2. сум, що повертаються з резервів із страхування життя;

3.часток страхових виплат та відшкодувань, що отримуються від перестраховиків;

4.частки викупних сум, що отримуються від перестраховиків;

5.сум, що повертаються з централізованих страхових резервних фондів;

6.сум, що отримуються в результаті реалізації переданого страхувальником або іншою особою права вимоги до особи, відповідальної за заподіяні збитки;

7.сум комісійних винагород за перестрахування;

8.інших доходів (дохід від операційної оренди, дохід від реалізації оборотних активів, дохід від реалізації іноземної валюти, дохід від списання кредиторської заборгованості, одержані штрафи, пені, гранти, субсидії тощо)» [2].

Фінансова та інвестиційна діяльність страхових компаній

Результатом фінансової та інвестиційної діяльності страхових компаній є відповідні доходи. Згідно з національними стандартами бухгалтерського обліку

фінансова діяльність – діяльність, що призводить до зміни розміру й складу власного та позичкового капіталу підприємства (у результаті здійснення емісій акцій акціонерними товариствами, виплати дивідендів за акціями, одержання та погашення банківських позик, виплати процентів за ними тощо).

«*Інвестиційна діяльність* – операції з придбання й реалізації тих необоротних коштів, які не є складовою частиною еквівалентів грошових коштів. Напрямками інвестиційної діяльності є придбання та реалізація основних фондів, нематеріальних активів, вкладення капіталу в акції, облігації, їх реалізація, одержання дивідендів, процентів, тощо» [2].

Інвестиційна діяльність у всіх її формах і видах пов'язана з ризиком. Ступінь ризику зростає з наростанням невизначеності і швидкої мінливістю ситуації в країні і на інвестиційному ринку. Страхова компанія виступає акумулятором різних страхових ризиків. Однак страхова компанія набуває безліч інших ризиків, пов'язаних з особливістю її діяльності. Основний ризик - ризик інвестицій.

Ризик збільшується з появою нових фінансових інструментів для інвестування. Тому вибір варіанта вкладення грошей важливий. Інвестиції з низьким ризиком вважаються безпечним засобом отримання певного доходу, а з високим ризиком вважаються спекулятивними.

Звичайно, при більш високого ступеня ризику від спекуляції очікується і більш високий дохід.

«Свобода дій страховика у сфері інвестиційної та фінансової діяльності безпосередньо пов’язана з джерелом походження коштів. що використовуються для інвестування. Страховик має у своєму розпорядженні дві групи коштів» [2]:

«1.Власні кошти у формі статутного і резервного капіталу, нерозподіленого прибутку;

2. Кошти страхових резервів» [2].

«Використання 1 групи коштів державою жорстко не регулюється. Виняток становить статутний капітал. Так, Закон України «Про страхування» вимагає формування статутного капіталу новоствореного страховика або збільшення статутного капіталу вже діючого страховика за рахунок внесків виключно у грошовій формі. Закон допускає як частку у статутному капіталі державні цінні папери у розмірі 25%. Обмежені також засновницькі можливості страховиків. У цілому сукупний внесок до статутних капіталів інших страховиків має не перевищувати 30% у тому числі до статутного капіталу окремого страховика – 10%» [2].

«Інвестування коштів страхових резервів жорстко регламентується державою. Згідно з чинним законодавством за рахунок коштів страхових резервів можна здійснювати як фінансові так і реальні інвестиції. Реальні інвестиції обмежуються тільки правом на придбання нерухомого майна. Решта вкладень – фінансові інвестиції і то тільки портфельні. Це означає, що страхова компанія має право купувати цінні папери на вторинному біржовому ринку. Тим самим обмежуються можливості страховиків щодо реалізації корпоративних прав шляхом участі у статутних фондах емітентів акцій» [1].

«Кошти страхових резервів мають розміщуватися з урахуванням

безпечності, прибутковості, ліквідності, диверсифікованості та мають бути представлені активами таких категорій: грошові кошти на поточному рахунку; банківські вклади (депозити); валютні вкладення згідно з валютою страхування; нерухоме майно; акції, облігації, іпотечні сертифікати; цінні папери, що емітуються державою; права вимоги до перестраховиків; інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України; банківські метали; кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, в межах викупної суми на момент видачі кредиту та під заставу викупної суми. У цьому разі кредит не може бути видано раніше, ніж через один рік після набрання чинності договором страхування, та на строк, який перевищує період, що залишився до закінчення дії договору страхування; готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України» [8].

«Кошти резервів із страхування життя можуть використовуватися для довгострокового кредитування житлового будівництва, у тому числі індивідуальних забудовників, у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України» [2].

Диверсифікація інвестиційного портфеля дозволяє знизити систематичні ризики, пов'язані з індивідуальним об'єктом інвестування. Тому необхідно ввести обмеження, ліміт на інвестиції в цінні папери одного емітента на рівні 5%. Обмеження по надійності придбаних паперів дозволяє уникнути інвестування в спекулятивні папери з високим ступенем ризику, що є не допустимим для страхових компаній.

Інвестиції страховими компаніями робляться періодично і регулярно, і дохідність інвестиційного портфеля коливається набагато менше, ніж динаміка фондового індексу. Ринковий ризик необхідно враховувати при перших пенсійні виплати. До цього періоду необхідно прийняти заходи по виділенню необхідної частини портфеля і перекладу його в більш ліквідну форму з прогнозованою дохідністю.

«Відповідно до вище розглянутих обмежень можна виділити такі види доходів від інвестування та розміщення тимчасово вільних коштів» [2]:

«1.відсотки, що їх нараховує банк на суми залишків на розрахунковому рахунку;

2.відсотки за депозитами;

3.відсотки за облігаціями;

4.дивіденди за акціями;

5.участь у прибутку перестраховиків (тантьєма);

6.участь у прибутку підприємств, у складі засновників яких виступає страхова компанія (доходи від реалізації корпоративних прав);

7.відсотки, сплачені страховикові за надання довгострокових кредитів на будівництво житла в межах викупної суми страхувальникам , що мають діючі договори страхування життя [2].

Доходами від надзвичайних подій є відшкодування збитків, отриманих внаслідок настання страхових ризиків та інші надзвичайні доходи» [2].

«Докладніше склад доходів страховика буде розглянуто в п. 4 «Основні положення реформи оподаткування страхового підприємництва в Україні» цієї

теми2 [2].

2. Структура витрат страховиків

«Витрати в бухгалтерському обліку визначаються як зменшення економічних вигод у вигляді вибуття активів (нарахування амортизації) чи збільшення зобов'язань, що призводить до зменшення розміру власного капіталу (за винятком зменшення капіталу за рахунок його вилучення або розподілу власниками)» [2].

«1.Страхові виплати, страхові відшкодування і викупні суми (витрати основної діяльності)» [2]

1.1. «Страхові виплати та страхові відшкодування у тому числі, що здійснюються за договорами страхування, термін дії яких на дату прийняття рішення про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) закінчився» [2].

1.2. «Виплати викупних сум» [2];

2. «Операційні витрати» [2]

2.1. Відрахування у технічні резерви, інші ніж резерв НЗП;

2.2. Відрахування у резерви зі страхування життя;

2.3. Відрахування у централізовані страхові резервні фонди;

2.4. Аквізиційні витрати, у тому числі: на агентські винагороди, із яких – страховикам-нерезидентам;

2.5. «Витрати, пов'язані з укладанням (пролонгацією) договорів перестрахування, у тому числі» [2]:

- «на винагороди брокерам, із яких брокерам-нерезидентам,
- на комісійні винагороди перестрахувальникам, із яких – перестрахувальникам-нерезидентам» [2].

2.6. «Ліквідаційні витрати, в тому числі» [2]:

- «на оплату судових (юридичних, арбітражних) затрат,
- на оплату експертних (оцінних) робіт, із яких – на оплату послуг аварійних комісарів,
- на оплату послуг установ асістансу, із яких – на оплату послуг установ асістансу – нерезидентів;
- витрати, що здійснюються у зв'язку з урегулюванням страхових випадків (ліквідаційні витрати), які сталися в попередніх звітних періодах, у тому числі: на оплату судових (юридичних, арбітражних) витрат; на оплату експертних (оцінних) робіт, із яких на оплату послуг аварійних комісарів, на оплату послуг установ асістансу, з яких – на оплату послуг установ асістансу – нерезидентів» [2].

2.7. «Інші витрати, що належать до собівартості реалізованих страхових послуг» [2];

2.8. «Адміністративні витрати» [2];

2.9. «Інші витрати на збут» [2];

2.10. «Інші операційні витрати (інкасаційні, інші)» [2]

3. «Витрати, що пов'язані з фінансовою та інвестиційною діяльністю» [2]

3.1. «Витрати на сплату процентів за користування кредитом» [2];

3.2. «Витрати на сплату доходів за облігаціями, емітованими підприємством» [2];

3.3. Витрати,пов'язані з фінансовою орендою активів;

3.4. Втрати від участі в капіталі (збитки від інвестицій в асоційовані, дочірні або спільні підприємства);

3.5. «Собівартість реалізації фінансових інвестицій необоротних активів, майнових комплексів» [2].

«В діяльності страхових компаній можуть також виникають втрати від надзвичайних подій, що пов'язані із збитками, завданими страховим компаніям випадковими подіями» [2].

3. Фінансові результати діяльності страхових компаній та порядок їх обчислення

«Фінансовий результат *- це вартісний підсумок діяльності страхової компанії, що може бути виражений прибутком або збитком»* [1].

«Фінансовий результат (прибуток) суб'єктів господарювання в тому числі страхових організацій, складається з таких елементів» [2]:

* «фінансові результати від звичайної діяльності;
* фінансові результати від надзвичайних подій» [2].

«Різниця між доходами і витратами страховика, які є наслідками звичайної діяльності та надзвичайних подій за вирахуванням податків, являє собою чистий прибуток, отриманий ним у звітному періоді» [2].

«Варто зауважити, що Форма 2 специфіку страхової діяльності не відображає, бо ця форма є стандартною і однаковою для всіх без винятку суб'єктів господарювання. Особливості формування прибутку від страхової діяльності знаходять своє відображення лише у спеціалізованій страховій звітності» [2]

«На основі форми №2 можна визначити і проаналізувати динаміку показників рентабельності. Найбільш важливими серед них є чиста рентабельність (чистий прибуток поділити на страхові премії за період), рентабельність активів (чистий прибуток поділити на середню величину активів), рентабельність власного капіталу (чистий прибуток поділити на середню величину власного капіталу)» [1].

4. Оподаткування нерезидентів-перестраховиків та нерезидентів-страхувальників

«Передача частки страхових ризиків у перестрахування на міжнародні перестрахувальні ринки є міжнародною практикою і реаліями, які давно склалися у світовій практиці страхування, і українські страховики в цьому процесі не є винятком» [8].

«З моменту формування українського страхового ринку вітчизняні страховики отримали змогу вступати у різноманітні взаємовідносини з

іноземними компаніями. Таким чином, українські страховики як суб'єкти зовнішньоекономічної діяльності впливають на формування та розвиток зовнішньоекономічних зв'язків України» [2].

«Зовнішньоекономічні взаємовідносини страховиків формуються у таких трьох напрямах: безпосередньо у процесі надання страхового захисту іноземним компаніям як страхувальникам; при користуванні українськими страховиками послугами, пов'язаними з організацією страхування (експертними, банківськими, юридичними, консультаційними тощо); у процесі розміщення частки страхових ризиків на міжнародних перестрахувальних ринках (операції з перестрахування)» [2].

«Саме процес розміщення частки страхових премій в перестрахування представляє практичний інтерес з точки зору оподаткування. У зв'язку з цим є нагальна потреба проаналізувати основні податкові аспекти таких операцій» [2].

«Стаття 134 Податкового кодексу визначає об'єкт оподаткування у вигляді прибутку із джерелом походження з України та за її межами, а також дохід (прибуток) нерезидента, що підлягає оподаткуванню згідно зі ст. 160 Податкового кодексу як дохід (прибуток) нерезидента з джерелом походження з України» [1].

«У Податковому кодексі визначено чинну на сьогодні норму щодо оподаткування за власний рахунок у момент перерахування коштів за ставкою 15% виплат у вигляді страхових внесків, сплачених страховиками-резидентами за договорами перестрахування нерезидентам, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких не відповідає вимогам, встановленим уповноваженим органом (Нацфінпослуг України). При цьому якщо перестрахування здійснюється через або за посередництвом перестрахових брокерів, які в порядку, визначеному таким уповноваженим органом, підтверджують, що перестрахування здійснено в перестраховика, рейтинг фінансової надійності (стійкості) якого відповідає вимогам, встановленим зазначеним уповноваженим органом, а також при укладанні договорів перестрахування з обов'язкового страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, то ставка оподаткування дорівнює 0%» [1].

«Як і раніше, до будь-яких доходів, отриманих нерезидентом із джерелом їх походження з України, належать внески та премії на страхування або перестрахування ризиків в Україні (у тому числі страхування ризиків життя) або страхування резидентів від ризиків за межами України. На ці доходи поширюються положення міжнародних договорів про уникнення подвійного оподаткування» [2].

«Водночас є нововведення, яке полягає в такому. Останнім часом спостерігається тенденція до прийняття вітчизняними страховими компаніями у страхування ризиків нерезидентів, у зв'язку з чим можливі виплати страхових відшкодувань страхувальникам-нерезидентам, які не є доходом з джерелом походження з України і не підлягають оподаткуванню податком на доходи (прибуток) нерезидентів. За умови відсутності нормативно-правового регулювання процедури підтвердження настання страхових випадків за межами України страхові виплати можуть використовуватися як механізм витоку

капіталів з України. У зв'язку з цим Податковим кодексом передбачено новий порядок оподаткування страхових виплат (страхових відшкодувань) на користь нерезидентів, а саме: страховики, які здійснюють страхові виплати (страхові відшкодування) у межах договорів страхування ризиків за межами України на користь нерезидентів, оподатковують ці виплати за ставкою 4% суми, що перераховується, за власний рахунок страховика у момент здійснення перерахування такої суми, крім договорів з обов'язкових видів страхування, за якими страхові виплати (страхові відшкодування) здійснюються на користь фізичних осіб – нерезидентів, а також за договорами страхування у межах системи міжнародних договорів «Зелена карта» [2].

Питання для самоперевірки

1. «З яких джерел страховик може одержувати доходи?
2. Назвіть складові доходів страховика від страхової діяльності.
3. За якими напрямами страховик може проводити інвестиційну діяльність?
4. Що являють собою доходи страховика від здійснення інших операцій?
5. За якими напрямами поділяються витрати страхової компанії?
6. Назвіть складові витрат страховика від страхової діяльності.
7. Як визначається прибуток страхової компанії?
8. Що таке резерв незароблених страхових премій?
9. Як визначається валовий дохід страховика від страхової діяльності?
10. У чому полягають особливості оподаткування страхової діяльності» [2]

ЛЕКЦІЯ №12

ТЕМА 12
ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ

ЗМІСТ ТЕМИ

1. Загальні відомості про фінансову надійність страхових компаній та фактори, що на неї впливають.

2. Порядок формування страхових резервів страховиків.

3. Інвестиційна політика страхових компаній.

4. Оцінка платоспроможності страховиків.

Рекомендована література: [1-7, 11-14, 32, 40]

Основні терміни і поняття: «резерв незароблених премій, фінансова надійність страховика, резерв катастроф, технічні резерви, страхові резерви, фактичний запас платоспроможності, нормативний запас платоспроможності, резерв коливань збитковості, резерв збитків, власний капітал страховика, гарантійний фонд страховика, фінансова стійкість страхових операцій, рейтинг страхової компанії, фінансові ресурси страхової компанії, вільні резерви, резерви із страхування життя, розміщення коштів страхових резервів, фінансові активи,

збалансованість страхового портфеля, тарифна політика, платоспроможність страховика, диверсифікованість, прибутковість, безпечність, ліквідність» [2].

1.Загальні відомості про фінансову надійність страхових компаній та фактори, що на неї впливають

«У найпершому в Україні підручнику з теорії страхування ***фінансова надійність страховика*** трактується як його спроможність 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» [8].

«Проте у теорії фінансового аналізу використовується категорія «фінансова стійкість», що спонукає до дискусії і проведення компаративного аналізу категорій «фінансова стійкість» і «фінансова надійність» страховика» [2].

«Серед дослідників сфери страхування досі точаться дискусії щодо відмінності або подібності категорій «фінансова стійкість» і «фінансова надійність». При цьому одні вчені-економісти ототожнюють терміни «стійкість» і «надійність». Другі вважають, що фінансова стійкість є «частковим виявом фінансової надійності страховика» або характеристикою терміна «надійність». Третя група вчених заперечує згаданий вище підхід, визнаючи фінансову надійність похідною категорії «фінансова стійкість», або наголошуючи на тому, що поняття «фінансова стійкість» є більш фундаментальним поняттям порівняно з надійністю. Науковець підтримує останню групу науковців. Вона вважає, що термінологічна плутанина виникає внаслідок прагнення розв'язати проблему поверхнево, не вдаючись до фундаментального обґрунтування своїх поглядів. Оскільки терміни «стійкість» і «надійність» спершу з'явилися в техніці, пропонує розглядати наведені поняття у їх вузькій (предметній) технічній інтерпретації, з урахуванням положень теорії стійкості, рівноваги і руху механічних систем» [2].

«Узагальнюючий висновок Ткаченко Н.В. полягає в тому, що категорія «фінансова надійність» змістовно значно вужча порівняно з категорією «фінансова стійкість» [1].

«Фінансова надійність виявляється лише в момент урегулювання фінансових зобов'язань страховиком, за умов стабільного середовища, в якому внутрішні та зовнішні фактори впливу заздалегідь відомі й не змінюються впродовж певного проміжку часу. Те, що поняття «фінансова надійність» підпорядковане поняттю (або іншими словами, включене, у поняття) «фінансова стійкість», а отже є вужчим за нього ілюструє така ситуація: між моментом укладення договору страхування (за умов сплати страховику страхової премії) та моментом виконання страховою компанією своїх зобов'язань існує часовий розрив. Тому на час настання страхового випадку страховик, унаслідок впливу негативних чинників, може перебувати в зміненому середовищі. Отже, виходячи

з на ведених вище міркувань головною характеристикою страхової компанії є фінансова стійкість, а не фінансова надійність. Остання не завжди може свідчити про те, що страхова компанія є фінансово стійкою. Водночас фінансово стійка страхова компанія завжди буде фінансово надійною. Щоб наочно пояснити два останніх твердження, вкажемо на можливість наступної ситуації, коли виконання фінансових зобов'язань страховиком призведе до порушення його фінансової стійкості, в результаті чого відбудеться зменшення обсягів прибутку, а в найгіршому ви падку - виникнуть збитки. Отже надійний страховик, може бути фінансово нестійким» [2].

«Вкажемо на найбільш важливі чинники, що впливають ***на фінансову надійність страховика, це»*** [2]***:***

1) «достатність власних коштів (капіталу);
2) обґрунтованість та виваженість тарифної політики;
3) збалансованість страхового портфеля;
4) достатність коштів страхових резервів.

Щодо достатності власного капіталу, то до його обсягу для страховиків існують законодавчі вимоги» [2].

«Власний капітал страховика – *частина капіталу, що залишається в активах після вирахування зобов'язань. Його* характеристику розпочнемо із статутного капіталу. Він є головним елементом функціонування будь-якого суб'єкта господарської діяльності незалежно від форми власності і сумою вкладів засновників для забезпечення життєдіяльності компанії»[3].

«Нагадаємо, що основними вимогами до створення українських страхових компаній є наявність мінімального розміру статутного капіталу - 1 млн. євро для страховика, який займається видами страхування іншими, ніж страхування життя, а страховика, який займається страхуванням життя, - 1,5 млн. євро за валютним обмінним курсом валюти України. Важливо, що 100% статутного капіталу має бути внесено у грошовій формі. Страховик у ході діяльності повинен мати не тільки статутний капітал, 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» [2].

«Фінансова надійність страховика залежить також від правильного розрахунку тарифних ставок, які є ціною за страхову послугу (див. тему «Теоретичні основи оцінки страхових ризиків») та тарифної політики, що являє собою процес розробки, обґрунтування та визначення порядку застосування страхового тарифу» [2].

«Фінансова надійність страховика забезпечується і таким інструментом, як перестрахування. 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% 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» [2].

«Страхові резерви 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. Акумульовані у страхові резерви премії деякий час перебувають у розпорядженні страховика і можуть бути інвестовані з метою одержання додаткового доходу. Проте тимчасово вільні кошти страхових резервів, інвестовані страховиком, підлягають регулюванню з боку держави. Активи страховика, сформовані за рахунок страхових резервів, є гарантією виконання його зобов'язань та повинні розміщуватися з метою забезпечення ліквідності, диверсифікованості, надійності та прибутковості» [1].

2.Порядок формування страхових резервів страховиків

«*Проведення страхування потребує спочатку внесення страхової премії,* а потім надання страхової послуги у вигляді виплати страхової суми і страхового відшкодування. Моменти надходження страхових премій і виплати страхового відшкодування, як правило, не збігаються, і це дає змогу страховикові акумулювати значні кошти у вигляді *страхових резервів,* що являють собою систему резервів страховика, утворених залежно від видів страхування з метою забезпечення гарантії майбутніх страхових відшкодувань і виплат страхових сум» [2]

«При страхуванні життя згідно з особливостями його проведення формуються ***резерви зі страхування життя»*** [2]**.**

«За видами страхування, відмінними від страхування життя, формуються ***технічні резерви»*** [3]**.**

«Страхові резерви зі страхування життя є оцінкою вартості грошових зобов'язань страховика за договорами та майбутніх витрат для забезпечення їх виконання» [2].

«Страхові резерви зі страхування життя поділяють на:

* резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви);
* резерви належних виплат страхових сум.

Резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви) складаються з:

* резервів нетто-премій;
* резервів витрат на ведення справи;
* резерву бонусів» [2].

«Розрахунок математичних резервів проводять з використанням актуарних методів та окремо за кожним чинним на звітну дату договором з урахуванням темпів зростання інфляції. Загальна величина математичного резерву дорівнює сумі резервів, розрахованих окремо за кожним договором» [2].

«Розрахунок резерву нетто-премій на страхову річницю здійснюють

проспективно - як різницю між актуарною вартістю потоку майбутніх страхових виплат (без урахування бонусів) та актуарною вартістю потоку майбутніх страхових нетто-премій. У разі якщо особливості окремих видів договорів (окремих страхових ризиків, передбачених у договорі) не можуть бути повною мірою враховані проспективно, розрахунок резерву нетто-премій за такими договорами (ризиками) здійснюють ретроспективно - на підставі інформації про отримані страхові внески (премії) та здійснені страхові виплати» [8].

«Розрахунок резерву витрат на ведення справи на страхову річницю здійснюють проспективно - як різницю між актуарною вартістю потоку майбутніх витрат страховика із забезпечення виконання зобов'язань за договором після закінчення строку сплати страхових внесків та актуарною вартістю потоку наступних надходжень тієї частини брутто-премії, що йде на покриття майбутніх витрат» [2].

«Резерв бонусів є оцінкою додаткових зобов'язань страховика, що виникають при збільшенні розмірів страхових сум та (або) страхових виплат за результатами отриманого інвестиційного доходу та за іншими фінансовими результатами діяльності страховика (участь у прибутках страховика). Резерв бонусів розраховують на страхову річницю як актуарну вартість додаткових виплат страховика» [2].

«Якщо умовами договору передбачено право страхувальника в майбутньому вибрати спосіб виконання страховиком зобов'язань за договором (здійснити одноразову страхову виплату в разі досягнення застрахованою особою визначеного договором віку чи виплату ануїтету, змінити періодичність виплати ануїтету тощо), то для розрахунку резервів використовують варіант, за яким актуарна вартість майбутніх страхових виплат більша» [2].

«Якщо умови договору страхування передбачають можливість сплати додаткових страхових премій і відповідний перерахунок страхових сум та (або) виплат, то для розрахунку резерву нетто-премій розміри страхових сум та (або) виплат визначають на дату його розрахунку, а розміри майбутніх страхових премій вважають такими, що відповідають умовам договору та забезпечують найбільший розмір резерву» [1].

«Розрахунок резерву нетто-премій та резерву витрат на ведення справи на звітну дату, що не збігається зі страховою річницею, здійснюють методом інтерполяції між розмірами цих резервів на найближчі страхові річниці» [2].

«Страхові річниці можуть бути замінені на найближчі до звітної дати календарні дати, які відповідають цілому числу кварталів (місяців), що минули з дня набрання договором чинності» [2].

«На дати, наступні за днем закінчення строку дії договору, математичні резерви вважають рівними нулю» [8].

«Страховик одночасно з розрахунком страхових резервів за кожним договором на визначену дату оцінює обсяг страхових зобов'язань перестраховика на базисі розрахунку резерву» [1].

«Викупна сума на будь-яку дату має не перевищувати математичного резерву на цю дату. Розмір викупної суми залежить від строку дії договору, його розраховують згідно з методикою, яка є невід'ємною частиною правил

страхування життя» [2].

«Резерв належних виплат страхових сум складається з: резерву заявлених, але не врегульованих збитків; резерву збитків, що виникли, але не заявлені. Розрахунок резерву заявлених, але не врегульованих збитків здійснюють за кожним чинним на звітну дату договором окремо. Розрахунок резерву збитків, що виникли, але не заявлені, здійснюють за сукупністю договорів у цілому. Загальна величина резерву належних виплат страхових сум дорівнює сумі зазначених резервів» [1].

«Резерв заявлених, але не врегульованих збитків є оцінкою грошових зобов'язань страховика щодо страхових випадків, що мали місце у звітному або звітних періодах, що передують йому, але не були виконані або виконані не повністю на звітну дату» [2].

«Величину резерву заявлених, але не врегульованих збитків визначають у сумарному розмірі не сплачених на звітну дату грошових сум, що мають бути виплачені» [2]:

а) «у зв'язку зі страховими випадками, про факт настання яких заявлено страховику в установленому законодавством та договором порядку;

б) при настанні термінів здійснення виплат ануїтету, за якими (термінами) згідно з умовами договору не вимагається заява на виплату;

в) у зв'язку з достроковим припиненням дії договору або зі змінами умов договору» [2].

«Резерв збитків, що виникли, але не заявлені, є оцінкою грошових зобов'язань страховика за ризиками нещасного випадку та (або) хвороби щодо страхових випадків, які могли статися у звітному або звітних періодах, що передують йому, але не були заявлені на звітну дату» [8].

«Оцінку резерву збитків, що виникли, але не заявлені, здійснюють актуарними методами» [2].

«З метою врахування витрат на укладання договору може здійснюватися модифікація (зменшення) резерву нетто-премій (модифікація резерву)» [2].

«Модифікацію резерву застосовують лише за умови сплати страхових премій частинами протягом не менше 3-ох років. Модифікацію резерву здійснюють шляхом зменшення розміру резерву нетто-премій на фіксований для даного договору відсоток (рівень модифікації) актуарної вартості потоку майбутніх нетто-премій» [2].

2Процедура модифікації має відповідати таким загальним вимогам» [2]:

* «на кінець першої страхової річниці модифікований резерв не може бути від'ємним;

* рівень модифікації має не перевищувати 5%» [2].

«Якщо протягом першого страхового року модифікований резерв набирає від'ємного значення, вважають, що він має нульове значення.

Базис розрахунку математичних резервів установлює страховик. Він включає:

* демографічні показники тривалості життя (таблиці смертності);

* імовірності настання ризиків певної хвороби та (або) нещасного випадку чи їх наслідків, якщо страхування на випадок настання таких подій передбачене

правилами страхування;

* річну ставку інвестиційного доходу» [2].

«Річна ставка інвестиційного доходу не може перевищувати 4%» [2]**.**

«Базиси розрахунку математичних резервів за групами договорів можуть відрізнятися2 [8].

«Базис розрахунку математичних резервів має бути таким, щоб за кожним договором і на будь-яку страхову річницю актуарна вартість потоку майбутніх нетто-премій була меншою, ніж 97% від актуарної вартості потоку майбутніх страхових брутто-премій, що обчислюють на базисі розрахунку резервів» [1].

«Рішення щодо формування резерву витрат на ведення справи та резерву збитків, що виникли, але не заявлені, приймає страховик. У разі, якщо зазначені резерви не формують, їх вважають рівними нулю» [2].

«При розрахунку страхових резервів допускають спрощення та наближення у разі, якщо може бути обґрунтовано, що їх вплив на результати розрахунку резервів несуттєвий» [2].

«Технічні резерви - це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і одночасно - сума коштів, яка є гарантією виконання зобов'язань перед страхувальниками. Обсяг технічних резервів має бути достатнім для покриття відшкодування всіх збитків за діючими договорами страхування навіть у випадках припинення надходження премій за цими договорами. Виходячи з цього, при оцінюванні фінансового стану страховика та його надійності, розміру статутного фонду, правильно розрахованої тарифної ставки та збалансованого страхового портфеля важливе місце слід відводити достатності страхових резервів» [3].

«Страховики, які здійснюють види страхування, інші, ніж страхування життя, зобов'язані формувати і вести облік таких технічних резервів за видами страхування: незароблених премій (резерви премій), що включають частки від сум надходжень страхових платежів, що відповідають страховим ризикам, які не минули на звітну дату; збитків, що включають зарезервовані несплачені страхові суми та страхові відшкодування за відомими вимогами страхувальників, з яких не прийнято рішення щодо виплати або відмови у виплаті страхової суми чи страхового відшкодування» [2].

«Страховики можуть прийняти рішення про запровадження з початку календарного року формування і ведення обліку таких технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя» [2]:

«резерв незароблених премій;

резерв заявлених, але не виплачених збитків;

резерв збитків, які виникли, але не заявлені;

резерв катастроф;

резерв коливань збитковості» [2].

«Призначення кожного виду технічних резервів різне. Спільним є те, що протягом певного часу в період дії договору страхування вони являють собою кошти страхувальників, а не страховиків, і призначені для виплати страхових відшкодувань за договорами страхування, які не минули на звітну дату» [2].

«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» [2].

«Незароблена премія в зароблену перетворюється поступово за таким принципом: за кожен місяць терміну страхування вважається зробленою 1/12 річної премії. Для розрахунку резерву незароблених премій можуть бути використані: метод 1/365 (найбільш точний) та паушальні методи (1/4, 1/8, 1/12). В Україні офіційно визнаною є методика ¼» [2].

«За методикою 1/365 резерв незароблених премій обчислюється у такий спосіб» [2]:

$РНП_i = СП_i \text{ x}(m_i – n_i)/m_i$ (12.1)

$РНП_i$ – резерв незароблених премій, за і-тим договором;

$СП_i$ – страхова премія;

m_i – тривалість страхування виражена в днях;

n_i – термін страхування, що минув [2].

«Необхідно врахувати, що при використанні методу «1/365» («prorata temporis») незароблена страхова премія визначається **за кожним договором** як добуток частки надходжень суми страхового платежу, яка не може бути меншою 80% суми надходжень страхового платежу, та результату, отриманого від ділення строку дії договору, який ще не минув на дату розрахунку (у днях), на весь строк дії договору (у днях)» [2].

«За методом ¼ величина резерву незароблених премій на будь-яку звітну дату встановлюється залежно від часток надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), які не можуть бути меншими 80% загальної суми надходжень страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), з відповідних видів страхування у кожному місяці з попередніх дев’яти місяців (розрахунковий період), і обчислюється в такому порядку» [2]:

1) «частки надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), за перші три місяці розрахункового періоду множаться на одну четверту (1/4);
2) частки надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), за наступні три місяці розрахункового періоду множаться на дві четвертих (1/2);
3) частки надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), за останні три місяці розрахункового періоду множаться на три четвертих (3/4);
4) одержані добутки додаються» [2].

РНП з.д. = (0.25×П1 + 0,5×П2 +0,75×П3) × 0.8, (12.2)

де РНП з.д. - резерв незароблених премій на звітну дату;

П1 - сума надходжень страхових премій у першому кварталі розрахункового періоду;

П2 - сума надходжень страхових премій у другому кварталі розрахункового періоду;

П3 - сума надходжень страхових премій у третьому кварталі розрахункового періоду.

0,8 - мінімальний коефіцієнт встановлений ст. 31 закону України «Про страхування» [2].

«Величина резерву незароблених премій, яка розраховується методом «1/24», залежить від часток надходжень сум страхових платежів, які також не можуть бути меншими за 80% загальної суми надходжень страхових платежів, з відповідних видів страхування та коефіцієнтів для його обчислення. Принцип методу 1/24 полягає у тому, що за всіма договорами страхування, що укладаються протягом місяця терміном на один рік, припускається, що страхова премія надходить в середині місяця. Отже, на кінець місяця зароблену 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 зароблену 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» [2].

«Резерв катастроф формується з метою здійснення страхових виплат у разі настання природних катастроф або значних промислових аварій, у результаті яких буде завдано збитків численним страховим об'єктам, і коли настає потреба здійснювати виплати страхового відшкодування в сумах, що значно перевищують середні розміри збитків, узяті за основу при розрахунку страхових тарифів» [2].

«Резерв катастроф формується за видами страхування, умовами яких передбачені обов'язки страховика забезпечити страхову виплату у зв'язку зі шкодою, заподіяною внаслідок дії нездоланної сили або аварії великого масштабу, та в порядку, визначеному законодавством» [2].

«Резерв коливань збитковості призначений для компенсації виплат страховика, що пов'язані з відшкодуванням збитків, у разі, якщо фактична збитковість за видами страхування у звітному періоді перевищує очікуваний середній рівень збитковості, взятий за основу при розрахунку тарифної ставки за цими видами страхування» [2].

«Розрахунок резерву коливань збитковості (РКЗ) здійснюється таким методом: фактична збитковість за видом страхування за звітний період розраховується як відношення сум, які фактично сплачені страхувальникам за страховими випадками (за вирахуванням частки перестраховика в сумі виплачених збитків), та зміни величини резервів збитків на звітну дату (за вирахуванням частки пере страховика в резервах збитків) до зароблені страхової премії у звітному періоді» [1]:

$$ЗФ = \frac{ФВ + (РЗЗ_к - РЗЗ_п) + (РЗНЗ_к - РЗНЗ_п)}{ЗСП} \qquad (12.3)$$

де *ЗФ* - збитковість фактична;

ФВ - фактичні виплати за страховими випадками у звітному періоді;

РЗЗк - величина резерву заявлених, але не виплачених збитків на кінець періоду за вирахуванням частки пере страховика;

РЗЗп - величина резерву заявлених, але не виплачених збитків на початок періоду за вирахуванням частки перестраховика;

РЗНЗк - велична резерву збитків, які виникли, але не заявлені на кінець періоду за вирахуванням частки перестраховика;

РЗНЗп - велична резерву збитків, які виникли, але не заявлені на початок періоду за вирахуванням частки перестраховика;

ЗСП - зароблена страхова премія [1].

«Далі розраховується резерв коливань збитковості (РКЗ) за формулою» [2]:

$$РКЗ = РКЗ_{п} - (ЗФ - ЗР) \times ЗСП \quad (12.4)$$

де РКЗ - резерв коливань збитковості на початок звітного періоду;

ЗФ - п показник фактичного рівня збитковості за видом страхування у звітному періоді;

ЗР - показник середнього очікуваного рівня збитковості, який взято за основу при розрахунку тарифної ставки за видом страхування;

ЗСП - зароблена страхова премія у звітному періоді [2].

«Якщо страховик до початку звітного періоду не розрахував резерв коливань збитковості за видом страхування, то резерв коливань збитковості на початок звітного періоду приймається рівним нулю» [2].

«Якщо розрахована величина резерву коливань збитковості набирає від'ємного значення, то вважається, що резерв коливань збитковості має нульове значення» [2].

«Підставою для формування резерву збитків є забезпечення можливості відшкодувати збитки в майбутньому періоді за страховими випадками» [2].

«Визначення ***резерву збитку*** можна поділити на кілька етапів» [2].

«*Перший етап* - настання страхового випадку: страховик не отримав повідомлення про його настання і розмір збитку не визначений [2].

На другому етапі - страховик на підставі заяви страхувальника про випадок, який настав, у журналі реєстрації збитків фіксує страхову суму за даним договором страхування» [2].

«*Наступний етап* - визначення фактичної суми збитку» [2].

«І *останній етап* - розрахунок зі страхувальником за збитками, що заявлені. Отже, резерв збитків поділяється на резерв заявлених, але не виплачених збитків і резерв збитків, що виникли, але ще не заявлені» [2].

«Резерв заявлених, але невиплачених збитків – оцінка обсягу зобов'язань страховика для здійснення виплат страхових сум (страхового відшкодування) за відомими вимогами страхувальників, включаючи витрати на врегулювання збитків (експертні, консультаційні та інші витрати, пов'язані з оцінкою розміру збитку), які не оплачені або оплачені не в повному обсязі на звітну дату та які виникли в зв'язку зі страховими подіями, що мали місце в звітному або попередніх періодах, та про факт настання яких страховика повідомлено відповідно до вимог законодавства України та/або умов договору»

[8].

«Величина резерву заявлених, але невиплачених збитків визначається страховиком (цедентом, перестрахувальником) за кожним видом страхування з урахуванням умов відповідних договорів на підставі відомих вимог страхувальників, отриманих у будь-якій формі (письмова заява, факсимільне повідомлення тощо), у залежності від сум фактично зазнаних або очікуваних страхувальниками збитків (шкоди) у результаті настання страхового випадку. Величина резерву заявлених, але невиплачених збитків визначається як сума резервів заявлених, але невиплачених збитків, розрахованих за всіма видами страхування» [1].

«Величина резерву заявлених, але невиплачених збитків за видом страхування визначається страховиком за кожною неврегульованою претензією. Якщо про страховий випадок заявлено (повідомлено), але розмір збитку не визначений, для розрахунку резерву використовують максимально можливу величину збитку, яка не перевищує страхової суми за договором» [2].

«Величина резерву заявлених, але невиплачених збитків відповідає сумі заявлених збитків у звітному періоді, збільшеній на суму невиплачених збитків на початок звітного періоду за попередні періоди, зменшеній на суму виплачених збитків у звітному періоді плюс витрати на врегулювання збитків у розмірі 3% від суми невиплачених збитків на кінець звітного періоду» [1].

«Необхідно зазначити, що при визначенні величини резерву заявлених, але невиплачених збитків страховиками - повними членами Моторного (транспортного) страхового бюро України враховуються вимоги (повідомлення) іноземних страхових бюро з виплати суми шкоди на території країн - членів міжнародної системи автострахування «Зелена картка», спричиненої власниками (користувачами) зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники надали відповідним іноземним органам страховий сертифікат «Зелена картка» [1].

«Відповідно до умов укладених договорів перестрахування страховики (цеденти, перестрахувальники) на підставі відомих вимог страхувальників, залежно від сум фактично зазнаних або очікуваних страхувальниками збитків (шкоди) у результаті настання страхового випадку визначають величину частки перестраховиків у резервах заявлених, але невиплачених збитків» [1].

«Резерв збитків, які виникли, але не заявлені – це оцінка обсягу зобов’язань страховика для здійснення страхових виплат, включаючи витрати на врегулювання збитків, які виникли у зв’язку зі страховими випадками у звітному та попередніх періодах, про факт настання яких страховику не було заявлено на звітну дату в установленому законодавством України та/або договором порядку. Розрахунок резерву здійснюється за кожним видом страхування окремо. Його величина визначається як сума резервів збитків, які виникли, але не заявлені, розрахованих за всіма видами страхування» [2].

«Розрахунок резерву збитків, які виникли, але не заявлені, здійснюється із застосуванням актуарних методів для аналізу розвитку збитків у страхуванні. До таких методів належать:

а) модифікація ланцюгового методу (Chain Ladder);

б) метод фіксованого відсотка;

в) метод Борнхуеттера - Фергюсона (Bornhuetter-Ferguson)» [2].

«У разі вибору методу фіксованого відсотка резерв збитків, які виникли, але не заявлені, визначається у розмірі 10 відсотків від зароблені страхової премії з попередніх чотирьох кварталів, які передують звітній даті» [2].

2Зароблена страхова премія визначається збільшенням суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика) на суму незароблені премії на початок звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика) і зменшенням отриманого результату на суму незароблені премії на кінець звітного періоду (за вирахуванням частки пере страховика). Резерви формуються в тій валюті, в якій сплачуються страхові платежі» [2].

3. Інвестиційна політика страхових компаній

«У зв'язку з тим, що існує ймовірність настання страхової події, більша частина коштів страхових резервів є тимчасово вільними. Законодавство дозволяє за рахунок цієї частини проводити фінансову та інвестиційну діяльність. Страхові компанії формують свою інвестиційну політику на основі вимог законодавства та з урахуванням сфери своєї діяльності. У загальному страхуванні горизонт планування інвестиційної діяльності дорівнює 1 року, а кошти вкладаються у більш ліквідні активи» [1].

«Активи - ресурси, контрольовані підприємством у результаті минулих подій, використання яких, як очікується, призведе до надходження економічних вигод у майбутньому» [3]**.**

«У сфері страхування життя мінімальний горизонт прогнозування становить 3 роки, кошти можуть бути вкладені у більш ліквідні активи. Але загалом існують такі вимоги, встановлені Законом України «Про страхування»: вкладення коштів на основі безпечності, прибутковості, ліквідності та диверсифікованості» [2].

«Безпечність вкладень свідчить про мінімальний інвестиційний ризик, вона може досягатися шляхом диверсифікованості коштів. Що ж до ***прибутковості*** активів страховика, то вона істотна при визначенні загального фінансового результату. Адже іноді в кінці звітного періоду страховик компенсує збитки, пов'язані зі страховою діяльністю, за рахунок прибутку від інвестиційної діяльності» [2].

«Говорячи про ***ліквідність*** активів страхових компаній, мають на увазі можливість оперативної конвертації їх у готівкові платіжні кошти, за рахунок яких страховик дістає змогу виконати свої зобов'язання. Але безпечність, прибутковість, ліквідність активів не є взаємозамінюваними характеристиками. Збалансований портфель інвестування досягається за допомогою диверсифікації вкладень» [2].

Диверсифікованість - *це розподіл інвестиційних коштів між категоріями активів інвестування.*

«Що до обсягів технічних резервів, то вони мають бути представлені

такими категоріями дозволених активів: грошові кошти на поточному рахунку; банківські вклади (депозити); валютні вкладення згідно з валютою страхування; нерухоме майно; акції, облігації, іпотечні сертифікати; цінні папери, що емітуються державою; права вимоги до перестраховиків; інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України; банківські метали; готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України» [2].

«Величину окремих категорій активів, у тому числі утворених в іноземній валюті, приймають для представлення технічних резервів у таких обсягах:

а) грошові кошти на поточних рахунках - не більше 5% від загального розміру технічних резервів;

б) банківські вклади (депозити), валютні вкладення згідно з валютою страхування - не більше 70% від загального розміру технічних резервів, у кожному банку не більше 10% від загального розміру технічних резервів;

в) нерухоме майно - не більше як 20% від загального розміру технічних резервів, при цьому вкладення в один або декілька об'єктів нерухомості, які розглядаються як один цілісний майновий комплекс, - не більше 10% від загального роз міру технічних резервів;

г) акції та облігації - не більше 40% від загального розміру технічних резервів, у тому числі» [2]:

* «акції українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, обсяги торгів на яких становлять не менше 25% від загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України, - не більше 30% від загального розміру технічних резервів, при цьому не більше 5% від в акції одного емітента;

* облігації українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, - не більше 30% від загального розміру технічних резервів, при цьому - не більше 5% від в облігації одного емітента, який провадить свою діяльність не менше 5-ти років» [2].

«Акції й облігації емітентів, які провадять свою діяльність менше 5-ти років, - не більше 10% від загального розміру технічних резервів, при цьому не більш як 3% в облігації одного емітента; акції, облігації іноземних емітентів та цінні папери іноземних держав, рейтинг зовнішнього боргу та визначення рейтингових компаній яких здійснюється Національною комісією з цінних паперів та фондового ринку, - не більше 10% від загального розміру технічних резервів. При цьому акції та облігації мають перебувати в обігу на організованих фондових ринках та пройти лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або в торговельно-інформаційній системі НАСДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій та облігацій повинен провадити свою діяльність не менше 10-ти років і бути резидентом країни; іпотечні сертифікати, визначені законодавством України, – не більше 10% від загального розміру технічних резервів, при цьому не більш як 2% від в

іпотечні сертифікати одного емітента» [2];

г) «цінні папери, що емітує держава, – не більше 40% від загального розміру резервів» [2];

д) «права вимоги до перестраховиків – не більше 50% від загального розміру технічних резервів. У випадку, якщо рейтинг фінансової надійності (стійкості) перестраховика нижчий за один з таких: «B+» (A. M. Best), «Baa» (Moody's Investors Service), «BBB» (Standard & Poor's) або «BBB» (Fitch Ratings), то права вимоги до кожного такого перестраховика-резидента приймаються в розмірі не більше 20% від загального розміру технічних резервів та до кожного такого перестраховика-нерезидента – не більше 10% від загального розміру технічних резервів» [2];

е) «інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України (Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 року №1211 «Про затвердження напрямів інвестування галузей економіки за рахунок коштів страхових резервів»), – не більше 15% від загального розміру технічних резервів, з них в окремий об'єкт інвестування – не більше 5% від загального розміру технічних резервів» [2];

є) «банківські метали – не більше 10% від загального розміру технічних резервів» [2].

«Для представлення технічних резервів акціями та облігаціями приймають лише ті акції, за якими в попередньому році виплачувалися дивіденди на рівні не нижче облікової ставки НБУ, та ті облігації та іпотечні сертифікати, за якими гарантовано виплату доходу на рівні не нижче облікової ставки НБУ» [1].

«Для представлення технічних резервів не можна використовувати позикові кошти, кредити банків, поворотну фінансову допомогу, цінні папери із зобов'язаннями зворотного викупу, вклади (депозити) строкові (строком менше одного місяця), помилково перераховані кошти на рахунок страховика, суми страхових платежів, які мають бути повернені страхувальнику в період, наступний за звітним, відповідно до чинного законодавства» [1].

«Величина активів, що приймаються на покриття технічних резервів, зменшена на суми довгострокових та поточних зобов'язань (розділи III, IV пасиву балансу страховика), має бути не меншою, ніж сумарна величина технічних резервів, що розраховують відповідно до чинного законодавства на будь-яку дату» [1].

«У разі, якщо кошти технічних резервів представлені правами вимоги до перестраховиків-нерезидентів, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких не нижчий за один з таких: *B+» (A.M.Best), «Baa» (Moody's Investors Service), «BBB» (Standard 6 Poor's) або «BBB» (Fitch Ratings), то не менше 50% від коштів технічних резервів мають бути розміщені на території України» [2].

«В іншому разі кошти технічних резервів мають бути розміщені на території України в розмірі не менше 90% від загального розміру технічних резервів» [2].

«Важливо. *Кошти страхових резервів зі страхування життя мають бути представлені активами таких категорій: грошові кошти на поточному рахунку; банківські вклади (депозити;%; валютні вкладення згідно з валютою*

страхування; нерухоме майно; акції, облігації, іпотечні сертифікати; цінні папери, що емітуються державою; права вимоги до перестраховиків; інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України; банківські метали; кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, у межах викупної суми на момент видачі кредиту та під заставу викупної суми; готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України» [2].

«Величину окремих категорій активів, у тому числі утворених в іноземній вільно конвертованій валюті, приймають для представлення коштів страхових резервів зі страхування життя в таких обсягах» [2]:

«Грошові кошти на поточних рахунках – не більше 5% від загального розміру резервів.

1.Банківські вклади (депозити), валютні вкладення згідно з валютою страхування – не більше 50% від загального розміру резервів (у зобов'язаннях одного банку повинно бути не більше 10% від загального розміру резервів.

2.Нерухоме майно – не більше як 20% від загального розміру резервів (вкладення в один або декілька об'єктів нерухомості, які розглядають як один цілісний майновий комплекс, – не більше 5% від загального розміру резервів.

3.Цінні папери за вказаним нижче переліком – не більше 50% від загального розміру резервів, з них: акції українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, обсяги торгів на яких становлять не менше 25% від загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України, – не більше 30% від загального розміру коштів страхових резервів, при цьому заборонено вкладати в акції одного емітента більше 5% від загального розміру страхових резервів; облігації українських емітентів – не більше 40% від загального розміру страхових резервів для облігацій українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, при цьому не більше 10% в облігації одного емітента, який провадить свою діяльність не менше 5-ти років. Для емітентів, які свою діяльність провадять менше 5-ти років, – не більше 10% від загального розміру страхових резервів, при цьому не більше 3% в облігації одного емітента; акції, облігації іноземних емітентів та цінні папери іноземних держав, рейтинг зовнішнього боргу яких та визначення рейтингових компаній здійснюються Національною комісією з цінних паперів та фондового ринку, – не більше 20% від загального розміру резервів. При цьому акції та облігації іноземних емітентів мають перебувати в обігу на організованих фондових ринках та пройти лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або в торговельно-інформаційній системі НАСДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій та облігацій повинен провадити свою діяльність не менше 10-ти років; облігації місцевих позик – не більше 10% від загального розміру резервів;іпотечні сертифікати, визначені законодавством України, – не більш як 10% від загального розміру резервів» [2].

«Цінні папери, що емітує держава, – не більше 50% від загального розміру резервів» [2].

6. «Права вимоги до перестраховиків – не більше 40% від загального розміру резервів, з них права вимоги до перестраховиків-нерезидентів – не більше 25% від загального розміру резервів» [2].

«Не приймають до структури активів права вимоги до перестраховиків-нерезидентів за ризиками, пов'язаними з дожиттям застрахованої особи до певного віку, події чи закінчення дії договору, крім ризиків, які пов'язані зі смертю застрахованої особи в будь-якому випадку та/або з нещасним випадком, що трапився, та/або в разі стійкої непрацездатності (інвалідності) внаслідок хвороби застрахованої особи» [1].

7.«Довгострокове фінансування (кредитування) житлового будівництва – не більше 10% від загального розміру резервів» [2].

8.«Банківські метали – не більше 10% від загального розміру резервів» [2].

9.«Кредити страхувальникам – не більше 10% від загального розміру резервів. Для представлення страхових резервів зі страхування життя величина активів у вигляді акцій, емітованих банком та банківських вкладів (депозитів), розміщених у цей банк, не може перевищувати 20% від загального розміру резервів при розміщенні в одній банківській установі» [2].

«Для представлення страхових резервів зі страхування життя не можуть використовуватися позикові кошти, кредити банків, поворотна фінансова допомога, цінні папери із зобов'язаннями зворотного викупу, вклади (депозити) строкові (строком менше одного місяця), помилково перераховані кошти на рахунок страховика, суми страхових премій, які повертаються протягом наступного за звітним кварталу. Для представлення страхових резервів зі страхування життя не приймають акції, емітовані будь-яким страховиком» [8].

4. Оцінка платоспроможності страхової компанії

«Платоспроможність страхової компанії - об'єктивний показник поточного фінансового стану страховика шляхом його прогнозування в осяжному майбутньому. Інакше, це можливість виконання в осяжному майбутньому його зобов'язань завдяки тим активам, які є в розпорядженні страховика, являють собою реальні цінності, а тому є ліквідними» [2].

«Оцінка платоспроможності страхових компаній здійснюється з урахуванням всіх зобов'язань як зовнішніх, так і внутрішніх. Зовнішні зобов'язання – це зобов'язання перед страхувальниками, фінансовими установами, перестраховиками, бюджетом і т. ін.. Внутрішні зобов'язання - це зобов'язання перед засновниками, представництвами та філіями, співробітниками. За обсягом перевагу мають зовнішні зобов'язання, які можна поділити на страхові та інші. Обсяг зовнішніх зобов'язань є основним п-казником для визначення платоспроможності. Забезпечення платоспроможності страховиків України контролюється згідно із Законом України «Про страхування», яким передбачено» [3]:

1. «наявність сплаченого статутного фонду та наявність гарантійного

фонду страховика, яким чинне законодавство вважає спеціальні та резервні фонди, а також суму нерозподіленого прибутку страховика;

2. створення страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;

3. перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим нормативним запасом платоспроможності» [3].

«Фактичний запас платоспроможності визначається у такий спосіб: активи – нематеріальні активи - зобов'язання. Він показує величину чистих активів страховика, тобто активів вільних від зобов'язань» [2].

«Принциповим моментом в українському законодавстві є введення маржі платоспроможності, тобто перевищення фактичного запасу платоспроможності над розрахунковим, де розрахунковий нормативний запас встановлюється на рівні двох коефіцієнтів: 0,18 та 0,26, відповідно взятих від надходжень страхових премій за звітний період та від страхових відшкодувань за той самий період» [2].

«Нормативний запас платоспроможності (НЗП) за показником страхових премій та страхових виплат розраховується таким чином» [2]:

$$НЗП = (СП – СП_п х 0,5) х 0,18, \quad (12.5)$$

СП – премії за попередні 12 календарних місяців;

$СП_п$ – премії, що перераховані перестраховикам;

0,18 – понижуючий коефіцієнт, взятий на рівні стандартів директив ЄС.

$$НЗП_{св} = (СВ – СВ_п х 0,5) х 0,26 \quad (12.6)$$

СВ – страхові виплати за попередні 12 календарних місяців;

$СВ_п$ – виплати, сплачені перестраховиками;

0,26 – понижуючий коефіцієнт [2].

«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. Фактичний запас платоспроможності страховика має перевищувати розрахунковий нормативний запас платоспроможності. Нормативний запас платоспроможності страховика дорівнює більшій з двох визначених величин» [2].

«Платоспроможність залежить також від розміру ресурсів страховика і зобов'язань, які бере на себе страховик. Якщо страховик бере страхові зобов'язання, які не відповідають його фінансовим можливостям, то частина зобов'язань лишається не покритою ресурсами, за рахунок яких страховик мав би змогу їх виконати. З урахуванням забезпечення виконання зобов'язань перед страхувальниками Законом України «Про страхування» передбачено обов'язкове укладання договору перестрахування в разі, коли страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10% суми сплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів» [1].

«У сфері страхування життя нормативний запас визначається шляхом множення резерву довгострокових зобов'язань на 0,05» [1].

Одним з головних напрямків реформування європейського нагляду за

страховим ринком пов'язано з прийняттям Директиви ЄС 2009/138 / ЄС про затвердження системи Solvency II.

Основна мета реформи - перехід наглядової практики за платоспроможністю суб'єктів страхового ринку від нагляду, заснованого на правилах, до системи, заснованої на принципах управління ризиками. Контроль платоспроможності будується на створенні та впровадженні системи вимог до власних коштів суб'єктів європейського страхового ринку, заснованої на оцінці ризику - SCR - Solvency Capital Requirements. Передбачається, що впровадження системи Solvency II сприятиме підвищенню ефективності захисту споживачів страхових послуг. Якщо мінімальний розмір власного капіталу страховика не відповідає вимогам до капіталу, то страховик повинен буде припинити свою діяльність. Вимоги до платоспроможності будуть формуватися на підставі розрахункової моделі, узгодженої з органами страхового нагляду.

На другому рівні регулювання платоспроможності страховика проводять розрахунок кількісних показників оцінки ризиків, надійності і платоспроможності страховика. На даному етапі проводиться перевірка процедур управління та контролю, оцінка надійності страховика, внутрішня оцінка ризиків і платоспроможності.

На третьому етапі регулювання платоспроможності формуються звітність страховика органам страхового нагляду, проводиться розкриття ризиків діяльності страхової компанії. Головна концепція реалізації Solvency II - необхідність взаємодії органів страхового нагляду та суб'єктів страхового ринку на основі співпраці.

Система регулювання платоспроможності суб'єктів страхового ринку Solvency II поки не розглядається як міжнародний стандарт, дуже впливає на розвиток всього світового страхового ринку. Принципи регулювання платоспроможності Solvency II обов'язкові для страховиків більшості країн ЄС.

Питання для самоперевірки

1. «Якими показниками забезпечується фінансова надійність страхової компанії?

2. Чим пояснюється збільшення статутного фонду страхових компаній в останні роки?

3. Яку роль відіграють страхові компанії в довгостроковому фінансуванні галузей народного господарства?

4. Яке значення має інвестиційна політика для страхових компаній?

5. За допомогою яких умов можливо забезпечити фінансову стійкість страховика?

6. Доведіть, що не допустити збиток завжди вигідніше, ніж відшкодовувати його.

7. Назвіть основні умови забезпечення платоспроможності страхової компанії.

8. Які резерви створює страховик та з якою метою» [2]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1.Фисун І.В. Страхування: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 240 с.

2. Говорушко Т.А., Стецюк В.М. Страхування: навч. посіб. / за ред. Т.А. Говорушко. Львів: «Магнолія 2006», 2014. 328 с.

3.Про страхування: Закон України від 07.03.96 р. №86/96-ВР (зі змінами та доповненнями) / Верховна Рада України. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр/ (дата звернення: 26.04.2019).

4.Безугла В.О. Страхування: Навч. посіб. / за ред. В.О. Безугла, І.І. Постіл, Л.П. Шаповал. Київ: ЦУЛ, 2008. 582 с.

5.Страхування: Практикум: Навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і доп. Рекомендовано МОН / За ред. В.Д. Базилевича. Київ, 2011. 607 с.

6.Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV// Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, №№ 40 – 44, ст.356.

7.Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг» від 12.07.2001 р. № 2664 – III. // Режим доступу: www.rada.gov.ua.

8.Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук, ред. С.С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2002. 599 с.

9. Гаманкова О.О. Ринок страхових послуг в Україні: теорія, методологія і практика: монографія / Державний вищий навчальний заклад «Київський національний ун – т ім. Вадима Гетьмана. Київ.: КНЕУ, 2009. 283 с.

10. Долгошея Н.О. Страхування в запитаннях і відповідях: Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2010. 318с.

11. Дьячкова Ю.М. Страхування. Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 240 с.

12. Козьменко О.В. Страховий ринок України у контексті сталого розвитку: монографія / Суми: ДВНЗ «УАБС НБУ», 2008. 350 с.

13. Олійник О.С. Страхування: навч. посібник / О.В. Олійник, Г.О. Нагаєва: Харківський національний аграрний університет ім. В.В. Докучаєва. Харків: 2008. 283 с.

14. Страхування в системі економічної безпеки: монографія / Р.І. Тринько (Керівник авт. кол.): Львівський держ. ун – т внутрішніх справ. Кафедра теоретичної та прикладної економіки. Львів: ЛьвДУВС, 2008. 328 с.

15. Лайко П.А., Пушак С.Д.. Страхування природно – кліматичних ризиків у рослинництві: монографія / Київ : ННЦ «Інститут аграрної економіки», 2009. 320 с.

16. Ткаченко Н.В. Забезпечення фінансової стійкості страхових компаній: теорія, методологія та практика: монографія / Національний банк України, Університет банківської справи. Черкаси: Черкаський ЦНТІ, 2009. 578 с.

17. Нагайчук Н.Г., Гончаренко О.О. Фінанси страхових компаній.

Навчальний посібник/ Київ: УБС НБУ, 2010. 585 с.

Допоміжна

18. Абрамов В.Ю. Страхование: теория и практика: практик. пособие. Москва: Волтерс Клузер, 2007. 505 с.

19. Абрамов В.Ю. Страховой риск: понятие и оценка: Правовые аспекты. Москва: Анкил, 2006. 128 с.

20. Бабенко В.Г. Механізм страхування фінансових ризиків: монографія / Таврійський державний агротехнічний університет. Мелітополь: ТДАТУ, 2009. 287 с.

21. Василенко А.В. Інвестиційна стратегія страхових компаній: Навч. посібник / Київський торговельно-економічний ун-т . Київ: КНТЕУ, 2006 . 168 с.

22. Внукова Н.М., Смоляк В.А. Економічна оцінка ризику діяльності підприємств: проблеми теорії і практики: Монографія. Харків : ВД «ІНЖЕК», 2006. 184 с.

23. Юнацький М.О. Бухгалтерський контроль: проблеми організації та звітність. бюджету / М.О. Юнацький // Глобальні та національні проблеми економіки. Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського. – 2016. – Вип.10. – С. 124-136

24. Юнацький М.О. Облікова політика казначейства щодо виконання бюджету / М.О. Юнацький // Глобальні та національні проблеми економіки : [Електронний ресурс]. – 2018. – Вип. 23. – Режим доступу: http://global-national.in.ua/issue-22-2018

25. Юнацький М.О. Впровадження зарубіжного досвіду реформування системи добровільного пенсійного забезпечення України. / М.О. Юнацький, Н.О.Слободянюк, К.Х. Реха // Вісник ДонНУЕТ. Серія: Економічні науки: [Електронний ресурс]. - 2019. №1 (70). – Режим доступу: http:// visnik.donnuet.edu.ua/uk/%D0%B0%D1%80%D1%85%D1%96%D0%B2.html#30-1-70-2019

26.Юнацький М.О. Дисконтування як фінансовий інструмент вартісної оцінки об'єктів обліку: проблеми реалізації в умовах МСФЗ. / М.О.Юнацький, В.А. Шепелюк // Збірник «Вчених записок» «Університету економіки та права «КРОК». - 2019. №2 (54). С. 80-84

27.Юнацький М.О. Innovative Method of Risk Assessment of the Company's Economic Processes. / О.М. Брадул, С.К.Лаптєв, М.О. Юнацький // Academy of Strategic Management Journal. 2019, Vol. 18, Issue 1.

Інформаційні ресурси

28.Кодекс торговельного мореплавства України від 23.05.1995 № 176/95-ВР / *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1995. №№ 47, 48, 49, 50, 51, 52, Ст.349.

29.Повітряний кодекс України від 04.05.1993 № 3167-XII / *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. № 25. Ст.274.

30. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України

від 01 червня 2000 р. № 1775 –III / Верховна Рада України. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

31. Про особливості страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою: Закон України від 09.02.2012 № 4391-VI / Верховна Рада України. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

32. Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземного транспорту: Закон України від 01.07.2004 р. № 1961-IV. / Верховна Рада України. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

33. Про затвердження Положення про обов'язкове особисте страхування від нещасних випадків на транспорті :Постанова Кабінету Міністрів України від 14. 08.1996 р. №959. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

34. Про затвердження Положення про порядок провадження діяльності страховими посередниками: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.1996 р. №1523. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

35. Про затвердження порядку та вимог щодо здійснення перестрахування у страховика (перестраховика) нерезидента: Постанова Кабінету міністрів України від 04.02.2004 № 124. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

36. Про затвердження Порядку та правил обов'язкового авіаційного страхування цивільної авіації: Постанова Кабінету Міністрів України від 12.10.2002 р. № 1535. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

37. Про затвердження Порядку та правил обов'язкового страхування відповідальності власників собак за шкоду, що може бути заподіяна третім особам: Постанова Кабінету Міністрів України від 9.09.2002 р. № 944. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

38. Про затвердження Порядку та правил обов'язкового страхування сільськогосподарських тварин: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.04.2003 р. №590. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

39. Про затвердження Порядку та правил проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. № 402. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

40. Про затвердження розмірів страхових платежів за міжнародними договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів: Постанова Кабінету Міністрів України від 6.01.2005 р. № 5. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 26.04.2019)

41.Ліга страхових організацій України : веб-сайт. URL: http://www.uainsur.com (дата звернення: 26.04.2019)

42.Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України : веб-сайт. URL: http://www.dfp.gov.ua (дата звернення: 26.04.2019)

43.Інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку : веб-сайт. URL: http://ufin.com.ua/ (дата звернення: 26.04.2019)

44.Страхування : веб-сайт. URL: http://www.forinsurer.com (дата звернення: 26.04.2019)

45.Сайт економічних новин та інформації : веб-сайт. URL: http:// www.economics.com.ua (дата звернення: 26.04.2019)

Навчальне видання

Юнацький *Мар'ян Олегович*

Кафедра фінансів і банківської справи

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ

СТРАХУВАННЯ

Формат 60×84/8. Ум. др. арк. 10,5.

Донецький національний університет економіки і торгівлі
імені Михайла Туган-Барановського
50005, Дніпропетровська обл.,
м. Кривий Ріг, вул. Трамвайна, 16.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4929 від 07.07.2015 р.