



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА  
СПОРТУ УКРАЇНИ**

**ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ХАРЧУВАННЯ ТА ТОРГІВЛІ**

# **СТРАХУВАННЯ**

## **КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ**

для студентів за напрямом підготовки  
6.14010101 «Готельно-ресторанна справа»

Харків 2012

Рекомендовано до друку  
кафедрою економіки підприємств  
харчування та торгівлі,  
протокол № 13 від 07.04. 2012р.

Схвалено науково-методичною  
радою факультету менеджменту,  
протокол № 9 від 14.05. 2012р.

РЕЦЕНЗЕНТ:

к.е.н., доцент Дядюк М. А.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>ТЕМА 1. СУТНІСТЬ, ПРИНЦИПИ ТА РОЛЬ СТРАХУВАННЯ</b> .....	5
Лекція 1 .....	5
<b>ТЕМА 2. СТРАХОВИЙ РИНОК ТА ЙОГО УЧАСНИКИ</b> .....	13
Лекція 2 .....	13
Лекція 3 .....	20
<b>ТЕМА 3. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ ТА СПІВСТРАХУВАННЯ</b> .....	29
Лекція 4 .....	29
<b>ТЕМА 4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА ЇХ ОЦІНКА</b> .....	36
Лекція 5 .....	36
<b>ТЕМА 5. ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ</b> .....	44
Лекція 6 .....	44
<b>ТЕМА 6. СТРАХУВАННЯ МАЙНА</b> .....	52
Лекція 7 .....	52
<b>ТЕМА 7. СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ</b> .....	60
Лекція 8 .....	60
<b>ТЕМА 8. ДОХОДИ, ВИТРАТИ ТА ПРИБУТОК СТРАХОВИКА</b> .....	70
Лекція 9 .....	70
<b>ЛІТЕРАТУРА</b> .....	79

## ВСТУП

Лекційні заняття є однією з головних форм організації навчального процесу, оскільки на них студенти опановують теоретичні матеріали, які у подальшому використовуються під час підготовки до семінарських та практичних занять, самостійної роботи та у подальшому, – під час виконання курсових та дипломних робіт.

Конспект лекцій підготовлений відповідно до навчальної робочої програми дисципліни «Страховання» за напрямом підготовки 6.14010101 «Готельно-ресторанна справа» та охоплює всі теми курсу.

Метою дисципліни «Страховання» є оволодіння студентами та магістрами теоретико-методичними та практичними навичками розробки та здійснення страхових операцій як для страхових компаній, так і їх партнерів у сучасних умовах ринкових відносин.

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 ринкової економіки;
- розкрити механізм управління інвестиційними ризиками в системі страхового підприємництва;
- визначити особливості процесу державного регулювання інвестиційної діяльності страховиків в умовах перехідної економіки;
- визначити напрямки антимонопольної політики держави та обґрунтувати умови створення конкурентного середовища на страховому ринку України.

Вивчення основ страхової справи та практичне застосування її методів та послуг перебуває у взаємодії з іншими дисциплінами: економічною теорією, фінансами підприємства, інвестиційним та фінансовим менеджментом, основи статистики тощо.

Курс «Страховання» формує фінансово-аналітичний підхід майбутнього фахівця до прийняття управлінських рішень, на конкретних прикладах дає можливість застосовувати методичні прийоми визначення ефективності страхового захисту.

Матеріал конспекту надає можливості студентам заздалегідь готуватися до семінарських та практичних занять, спрямовує їх самостійну роботу та підвищує її ефективність.

Конспект лекцій пропонується для студентів за напрямом підготовки 6.14010101 «Готельно-ресторанна справа» денної та заочної форм навчання та може використовуватися як для аудиторного, так і для і самостійного вивчення дисципліни «Страховання».

# Тема 1. Сутність, принципи та роль страхування

## Лекція 1

1. Необхідність страхового захисту від ризику.
2. Роль страхування в ринковій економіці.
3. Функції та принципи страхування.
4. Класифікація страхування.

Література – [3 с. 8-25], [4 с. 17-32], [6 с. 5-23], [7 с. 9-30]

### **1. Необхідність страхового захисту від ризику.**

Ризик - це небезпека виникнення непередбачуваних витрат у зв'язку із випадковими обставинами змін економічної діяльності. А страхування - це система економічних відносин, яка дозволяє відшкодувати ці витрати, а також захистити майнові інтереси підприємців та фізичних осіб від стихійних явищ та інших непередбачуваних подій.

Страхування - перспективний сектор ринкової інфраструктури, а також невід'ємний атрибут суспільства в умовах розвинутої економіки. Без страхового поліса не відбуваються фінансово-економічні відносини при реалізації проектних рішень.

Страховий поліс - документ страхової компанії, що підтверджує наявність угоди про страхування.

Страховий захист - економічна категорія, що відображає сукупність розподільчих та перерозподільчих відносин, пов'язаних із подоланням і відшкодуванням втрат, які можуть бути спричинені різними винятковими обставинами.

Сутність страхового захисту полягає в нагромадженні й витрачання грошових та інших ресурсів для здійснення заходів щодо попередження, подолання або зменшення негативного впливу ризиків та відшкодування пов'язаних із ними втрат.

Для реального страхового захисту створюється страховий фонд, який призначений для покриття надзвичайного збитку, що спричиняється суспільству стихійними лихами, техногенними аваріями та різними випадковостями.

Страховик - фінансова установа, яку створено у формі акціонерного, повного, командитного товариства або товариства з додатковою відповідальністю відповідно до Закону України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», а також яка одержало у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Учасників страховика повинно бути не менше трьох.

Виділяють такі організаційні форми суспільних страхових фондів:

- централізовані резерви держави у натуральній та грошовій формі;
- фонди самострахування окремих господарюючих суб'єктів (самострахування);

- фонди, створювані методом страхування.

Розмір і структура фондів, які використовують з метою страхового захисту юридичних та фізичних осіб, залежать від багатьох факторів: концепції формування фонду, стану розвитку економіки, співвідношення форм власності, методів залучення коштів для реалізації соціальних програм, традицій населення, міжнародних відносин тощо.

## **2. Роль страхування в ринковій економіці.**

В Україні формується власна модель ринкової економіки, що враховує ту ситуацію, в якій опинилася держава на момент визнання її політично незалежною. Звідси закономірна поява особливостей розбудови й окремих сегментів ринкової інфраструктури. Великої перебудови поряд з державними фінансами, банківською справою зазнало страхування. Воно стало налаштовуватися на потреби захисту підприємницької діяльності та вирішення соціальних проблем, тобто наблизитись до ролі, яку виконує страхування у країнах ринкової орієнтації.

У чому ж полягає роль страхування в ринковій економіці? розглянемо головні напрямки прояву позитивного впливу страхування.

**Страхування надає впевненості в розвитку бізнесу.** В умовах формування приватної власності не можна централізовано в наказовому порядку керувати розміщенням фінансових ресурсів. Таке керування – справа окремого власника, причому діє він згідно зі своїми інтересами, що постійно коригуються ситуацією на ринках товарів, цінних паперів, кредитів. Жодний власник не інвестує свого капіталу в розвиток виробництва тих чи інших товарів або у сферу послуг, не врахувавши можливого ризику втрати авансованих ресурсів.

Завдяки переданню за окрему порівняно невелику плату відповідальності за наслідки ризикованих подій страховим організаціям інвестор упевнений, що в разі пожежі, стихійного лиха або іншого страхового випадку завдані збитки будуть відшкодовані.

Страхування дуже важливе як для тих підприємств, що вже давно функціонують, так і для новостворених, або тих, що тільки організуються і ще не набули достатнього виробничого потенціалу та не нагромадили власних резервних фондів. Страхування не лише забезпечує відшкодування фактичних збитків, зумовлених певною подією. Наявність відповідної страхової угоди дає змогу впевненіше користуватися кредитом, щоб спорудити чи придбати необхідні засоби виробництва, поповнити товарну масу у торговельній мережі тощо.

Часто страхування сприяє появі й упровадженню нової техніки та технологій, наукових розробок.

Особливо велику роль може відігравати страхування в аграрному секторі. Тут надзвичайно багато ризиків, зумовлених природними факторами, що призводять до великих втрат. Нині страховий захист сільськогосподарських підприємств, а також фермерських господарств перебуває на дуже низькому рівні. Здійснення аграрної реформи зумовлює потребу серйозного посилення

страхування на селі. Цьому має сприяти прийняте рішення про відновлення обов'язкового страхування урожаю зернових культур та цукрових буряків підприємств усіх форм власності з частковим покриттям витрат на страхові платежі за рахунок бюджету.

Ненормальним є становище, коли страхування ризиків ще нерідко ігнорують замовники, підрядчики та всі ті, хто пов'язаний зі спорудженням складних промислових, комунальних і транспортних будівель і споруд.

Перспективним є якомога ширше застосування зарубіжного досвіду страхування втрат від переривання виробництва на час, потрібний для відновлення зруйнованих або пошкоджених страховими випадками об'єктів.

Страхування прямо стосується розвитку міжнародного бізнесу. Україна – держава в центрі Європи. Тут перетинаються і транспортні артерії, що сполучають Схід і Захід. Зростає товарообмін інших країн з нашою державою, збільшуються транзитні вантажопотоки. Страхування вантажів, туристів, транспортних засобів, інвестиційних проектів є необхідним компонентом формування нормальних міжнародних відносин.

Цивілізований бізнес не можна уявити без страхування відповідальності партнерів за виконання контрактів, відповідальності товаровиробника за якість продукції та послуг, відповідальності роботодавця перед своїми працівниками, професійної відповідальності працівників за шкоду, завдану споживачам товарів та послуг. У підвищенні комерційної дисципліни велика роль належить страхуванню юридичних витрат.

Отже, страхування майнових ризиків так само, як і розширення страхування відповідальності, спрямовані на підтримку розвитку комерційної діяльності. Від її стану залежить задоволення потреб споживачів матеріальних благ, наповнення дохідної частини бюджету.

**Страхування дає змогу оптимізувати ресурси, спрямованні на організацію економічної безпеки.** Раніше вже йшлося про те, що страховий захист є проявом економічної безпеки фізичних і юридичних осіб. Серед багатьох форм страхового захисту страхуванню належить особлива роль. Воно дає змогу досягти раціональної структури коштів, що спрямовуються на запобігання (або оперативне усунення) наслідкам стихії чи іншим чинникам, які перешкоджають діяльності тієї чи іншої особи.

Страхування, маючи великі можливості маневрування резервами, є важливою ланкою формування всієї системи економічної безпеки. Така роль стає реальною тільки за належного рівня розвитку страхової справи.

Тепер, коли страхуванням в Україні охоплено менш як 10 % страхового поля, роль цього економічного важеля ще мало помітна, на відміну, наприклад, від більшості країн Європейського союзу, США, Японії, де страхуванням охоплені практично всі підприємства й громадяни.

Важко уявити на Заході підприємця, який ризикнув би зайнятись тим чи іншим бізнесом, проігнорувавши страхування. Такі дії суперечили б здоровому економічному глузду.

Це особливо важливо для підприємств малого і середнього бізнесу, які мають великі можливості для розвитку і в Україні.

Можливості страхування зростають із розширенням кола страхувальників, а це, у свою чергу, підвищує фінансовий потенціал страховиків. На посилення саме цих тенденцій слід очікувати в найближчій перспективі.

Чим вищий коефіцієнт освоєння страхового поля та чим більша концентрація страхових фондів, тим більші можливості для зниження ціни страхування.

**Страхування забезпечує раціональне формування й використання коштів, призначених для здійснення соціальних програм.**

Світовий досвід довів доцільність нагромадження і використання коштів на соціальні програми страховим методом. Сформовані цим методом ресурси застосовуються як доповнення до державних ресурсів, спрямованих на фінансування освіти, охорони здоров'я, пенсійне забезпечення та деякі, інші соціальні заходи.

Перевага страхового методу формування й використання коштів соціального спрямування полягає ось у чому. Він усуває знеособлення таких коштів, а завдяки цьому й зрівнялівку в їх розподілі, коли однакові за розміром пенсії одержують головні конструктори та прибиральниці, підвищує відповідальність за якість медичних та інших соціальних послуг.

Створення завдяки страхуванню можливостей накопити кошти для виплати майбутніх пенсій, придбання житла, оплати витрат на навчання у вищому навчальному закладі сприяє тому, щоб кожний громадянин реалізував свої можливості і задовольнив потреби. У такому разі зменшується навантаження на державний бюджет, а контроль за раціональним використанням коштів переноситься безпосередньо на споживача соціальних послуг і виплат.

Останнім часом в Україні йде підготовча робота до проведення реформи соціального страхування. З деяких питань (страхування на випадок безробіття, страхування працівників від нещасних випадків та ризикованої професійної діяльності) уже прийняті відповідні законодавчі акти й розпочалася організація спеціальних фондів. У стадії завершення знаходяться умови проведення пенсійної реформи.

**У страхуванні створюються значні резерви грошових ресурсів, які стають джерелом зростання інвестицій в економіку.** Грошові резерви тим відрізняються від натуральних, що вони навіть і тоді, коли тимчасово виходять із обігу коштів конкретного підприємства-власника, не перестають «працювати» на нього та економіку країни в цілому.

Ресурси, які тимчасово вивільняються на одних підприємствах, через кредитну систему, ринок цінних паперів, інвестиційні товариства переходять у користування інших суб'єктів господарювання. Останні, у свою чергу, сплачують власникам залучених ресурсів відсотки – дивіденди.

Страхові компанії, отримуючи прибуток від інвестиційної діяльності, дістають змогу знижувати тарифи на страхові послуги, збільшувати власні резерви, здійснювати відрахування до бюджету, стимулювати персонал, збільшувати дивіденди своїх акціонерів.



Акумуляовані у страхових компаніях ресурси через систему інвестування сприяють розширенню виробництва або прискоренню виконання інших програм. Це вигідно страхувальникам, страховим компаніям, банкам та іншим підприємницьким структурам і державі в цілому.

Отже, страхування має величезні можливості сприяти економічному й соціальному розвитку країни, задовольняти інтереси щодо захисту майна та доходів як юридичних, так і фізичних осіб.

### **3. Функції та принципи страхування.**

Зміст страхування, як і інших категорій, розкривається в його функціях. Страхування виконує такі функції: ризикову, превентивну та заощаджувану.

Сутність ризикової функції полягає в передаванні страховикові за певну плату матеріальної відповідальності за наслідок ризику, зумовленого подіями, передбаченими чинним законодавством або договором страхування.

Економічна сутність превентивної функції полягає в тому, що страхова компанія об'єктивно зацікавлена в більш тривалому використанні коштів страхового фонду. Страхова компанія намагається зменшити ймовірність виплат шляхом зменшення ймовірності страхового випадку.

Заощаджувана функція пов'язана з тим, що договори довгострокового страхування життя мають накопичувальний характер. Сприяючи розвитку заощаджуваних видів страхування, держава дає змогу активно впливати на вирішення соціальних проблем, поживлявати грошовий обіг, підвищувати купівельну спроможність національної валюти, збільшувати інвестиційні можливості країни.

Знання принципів страхування необхідно для всіх учасників страхового процесу на всіх його стадіях.

Основні принципи страхування такі:

- майновий економічний інтерес. Економічний інтерес майнового захисту пов'язаний із зацікавленістю юридичних і фізичних осіб у збереженні об'єктів власності та збереженні життя та здоров'я при настанні несприятливих подій або нещасних випадків. Відшкодовуються лише конкретні збитки конкретної особи.

- найвищий ступінь довіри сторін. Принцип найвищої довіри сторін полягає в тому, що на стадії укладення договору страхування страховик може нічого не знати про об'єкт страхування, а клієнт - майбутній страхувальник - повинен розкрити суттєві обставини про останніх, зокрема, всі відомості, що дозволили б зробити висновки про ступінь ризику, інформацію про попередні збитки, наявність інших страхових полісів та ін.

- причинно-наслідковий зв'язок подій. Основою договору страхування є причина виникнення збитку. Причому, деякі причини ведуть до страхової виплати на користь страхувальника, а інші - ні. Важливим є визначення саме фактичної причини настання збитку.

- виплата відшкодування в розмірі реального збитку. Це центральний принцип страхування. Страхове відшкодування - страхова виплата, яка

здійснюється страховиком у межах страхової суми за договорами майнового страхування і страхування відповідальності при настанні страхового випадку.

Розрахунок страхового відшкодування (Q) при системі пропорційної відповідальності виконується за формулою:

$$Q=T(S/W),$$

де T - фактична сума збитку;

S - страхова сума за договором;

W - вартісна оцінка об'єкта.

- використана франшиза. Франшиза – це визначена договором страхування частина збитків, яка в разі страхового випадку не підлягає відшкодуванню страховиком. Вона може бути визначена у вигляді певної грошової суми або у відсотках до всієї страхової суми. Завдяки застосуванню франшизи досягається поєднання самострахування зі страхуванням. Підприємства, щоб забезпечити самострахування дрібних (а іноді й середніх) ризиків, створюють власні фонди ризику (резервні фонди). З огляду на наявність такого фонду страхувальники можуть звертатися до страховиків із проханням узяти ризик на страхування частково. Застосовувати франшизу зацікавлені й страховики. Оскільки при цьому частина ризику утримується на відповідальності страхувальника, він стає більш заінтересованим вжити превентивних заходів, щоб зберегти здоров'я, майно або знизити ризик відповідальності перед третіми особами. Розрізняють умовну та безумовну франшизу.

Умовна франшиза означає, що страховик не несе відповідальність за збиток, якщо його розмір не перевищує розмір франшизи, але відшкодовує збиток повністю, якщо розмір збитку перевищує суму франшизи.

Безумовна франшиза означає, що страховик виплатить страхувальнику суму збитку за мінусом суми франшизи, тобто страхове відшкодування дорівнює збитку, зменшеному на франшизу.

- суброгація. Не слід думати, що відшкодування страховиком страхувальникові (застрахованому) завданих збитків завжди означає уникнення відповідальності справжніх їх винуватців. Адже це перешкоджало б насамперед боротьбі зі злочинністю, тягло б за собою значне подорожчання страхових послуг.

Суброгація – це передання страхувальником страховикові права на стягнення заподіяної шкоди з третіх (винних) осіб у межах виплаченої суми.

У тих випадках, коли страхувальник отримає кошти на відшкодування збитків з іншого джерела, він має повідомити про це страховика, який візьме їх до уваги, коли розраховуватиме страхове відшкодування й оформлятиме регрес.

- контрибуція. Обставини іноді складаються так, що один і той самий предмет стає об'єктом страхування більш як один раз. Наприклад, одяг може бути об'єктом страхування у складі полісу на домашнє майно, багаж – у складі автомобільного полісу чи полісу зі страхування туристських подорожей і т. ін. Таке дублювання стає ще виразнішим, коли йдеться про страхування комерційних ризиків, причому поліси, що тією чи іншою мірою дублюють відповідальність

за збереження одних і тих самих матеріальних цінностей, видаються здебільшого різними страховими компаніями.

Контрибуція – це право страховика звернутися до інших страховиків, які за проданими полісами несуть відповідальність перед одним і тим самим конкретним страхувальником, з пропозицією розділити витрати з відшкодування збитків.

Цей принцип дуже важливий ще й ось чому: його застосування стримує нечесних страхувальників від бажання застрахувати одне й те саме майно або життя й здоров'я кілька разів з метою наживи.

- диверсифікація ризиків. Законодавством багатьох країн світу можливості диверсифікації, тобто поширення активності страхових товариств за рамки основного бізнесу, обмежені. Закон України «Про страхування» передбачає, що предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням і розміщенням страхових резервів та управлінням ними.

Страховики мають право розміщувати свої кошти на депозитних рахунках у банках, у цінних паперах та нерухомості. Проте можливості маневрування розміщенням коштів з метою підвищення ступеня їх ліквідності й отримання інвестиційних доходів ще обмежені.

За формою взаємодії страхувальників та страхових товариств виділяють обов'язкове та добровільне страхування.

Принципи добровільного та обов'язкового страхування відрізняються. До перших з них відносяться добровільна участь, обмежений договором термін, обов'язкова платність та обов'язкове відшкодування. Принципи обов'язкового страхування: відповідність закону, цілковите охоплення вказаних в законі об'єктів чи осіб, автоматичність поширення, дія незалежно від внесення страхових сум, безстроковість.

#### **4. Класифікація страхування.**

Класифікація страхування - наукова система розподілу страхування на різні сфери діяльності, галузі, підгалузі, види, підвиди та форми, яка спирається на специфіку діяльності страхових компаній, об'єкти страхування та категорії страхувальників.

У теорії страхування виділяють декілька класифікаційних ознак:

**За економічною ознакою** страхування класифікують за спеціалізацією страховика, яка призводить до виділення двох сфер діяльності.

- «Life insurance» - страхування життя.

- «Non-life» - загальні види страхування, що включають ті види страхування, які не підпадають під ознаки договорів страхування життя. Договори загального страхування є коротко строкowymi та призначені лише для забезпечення компенсації збитків внаслідок страхових подій певного періоду.

**За орієнтацією страхових інтересів** страхові послуги поділяються на такі, що обслуговують інтереси:

- громадян, орієнтовані на соціальні та майнові потреби родини або окремої людини:

- юридичних осіб.

### **За статусом страховика виділяють:**

- державне страхування (спеціалізовані державні страхові організації);
- комерційне страхування (страхові компанії різних форм власності).
- взаємне страхування (товариства взаємного страхування).

### **За формою організації страхування:**

- індивідуальне (договори укладаються з окремими фізичними особами в індивідуальному порядку; вони забезпечують урахування визначених потреб окремих осіб, виходячи із їхнього суспільного, майнового та сімейного стану);
- колективне (передбачає укладання договорів з адміністрацією підприємств, організацій, установ, які виступають у ролі страхувальника; застрахованими є особи, які працюють на цьому підприємстві, в установі, організації).

### **За юридичними ознаками:**

- за вимогами міжнародних угод. Сприяння формуванню єдиного страхового ринку країн, що є членами ЄЕС. Ця класифікація є впорядкованою системою, яка складається з 7 класів довгострокового страхування (життя і пенсій) і 18 класів загального страхування.
- відповідно до потреб внутрішнього законодавства країни.

### **За об'єктами:**

Важливою є класифікація залежно від об'єкта страхування, на який спрямовано страховий захист. Закон України «Про страхування» передбачає виділення трьох галузей.

1. Особистого страхування, що пов'язане з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи.

2. Майнового страхування, пов'язаного з володінням, користуванням і розпорядженням майном страхувальника. Майнове страхування об'єднує різноманітні види страхування, які розподіляються на дві групи - страхування майна юридичних і фізичних осіб. Страхування майна юридичних осіб включає страхування будівель, споруд, обладнання; транспорту; вантажів і багажу; врожаю; худоби; технічних ризиків; фінансових ризиків та інших майнових ризиків. Страхування майна громадян включає страхування автомобілів; будівель; домашнього майна; майна в господарствах; домашніх тварин та інші види.

Залежно від форм власності та категорій страхувальників у майновому страхуванні можна виділити такі групи страхування майна; державних підприємств; колективних господарств; орендарів; фермерів; громадських організацій тощо.

3. Страхування відповідальності пов'язано з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. У чому полягає зміст страхового захисту?
2. Що таке страховий фонд? У чому його призначення?

3. Які теорії страхового фонду є найбільш поширеними? Які з них є пріоритетними в Україні?
4. Які форми страхового фонду існують в сучасних умовах в Україні?
5. В чому полягає сутність страхування як економічної та фінансової категорії?
6. У чому полягає мета страхування?
7. Кого визнають страхувальником?
8. Кого визнають страховиком?
9. Що може бути предметом безпосередньої діяльності страховика?
10. Які характерні ознаки страхування?
11. Які макроекономічні функції страхування?
12. Які мікроекономічні функції страхування?
13. Які є сучасні принципи страхування і в чому полягає їх зміст?
14. Які основні напрямки впливу страхування на економіку держави?
15. Що розуміють під класифікацією у страхуванні?
16. Які критерії покладено в основу класифікації у страхуванні?
17. Які ознаки використовують для класифікації у страхуванні?

## **Тема 2. Страховий ринок та його учасники**

### **Лекція 2**

1. Сутність страхового ринку.

2. Страховий ринок України.

Література – [3 с. 95-140], [4 с. 62-87], [5 с. 324-377], [6 с. 25-49], [7 с. 42-51].

#### **1. Сутність страхового ринку.**

У розвинених країнах страхування є одним із найважливіших секторів національної економіки і забезпечує перерозподіл 8-12 % валового внутрішнього продукту. Загальний обсяг надходжень до бюджетів цих країн від страхової галузі порівнянний з обсягом відповідних надходжень від банківської системи. Акумуляовані через страхування грошові кошти є джерелом великих інвестицій. Український страховий ринок порівняно з провідними країнами, де він розвивається протягом кількох століть, ще молодий і перебуває у стадії формування. Тому його частка у вітчизняній економіці ще доволі мала.

Поняття «страховий ринок» у пострадянській економіці склалося на початку 90-х років. Саме на цей період припало створення поряд з Держстрахом перших альтернативних страхових організацій.

**Страховий ринок** – це система фінансово-економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу виступає страхова послуга, формуються попит і пропозиція на неї. Необхідність забезпечення безперервності відтворювального процесу у випадку непередбачених несприятливих обставин обумовлює розвиток страхового ринку. Страховий ринок є також формою організації фінансових відносин у формуванні та розподілі страхового фонду для

забезпечення страхового захисту. Систему суб'єктів страхового ринку, які обслуговують процес страхування, подано на рисунку.



Рисунок - Структура страхового ринку

Обов'язковою умовою існування страхового ринку є наявність суспільної потреби на страхові послуги і наявність страховиків, спроможних задовольнити ці потреби. Перехід вітчизняної економіки до ринку істотно змінює роль і місце страховика в системі економічних відношень. Страхові компанії перетворюються на повноправних суб'єктів господарського життя.

Страховий ринок, що функціонує, являє собою складну, інтегровану систему, яка включає різноманітні структурні ланки.

Базова ланка страхового ринку – страхове товариство, або страхова компанія. Саме тут здійснюється процес формування і використання страхового фонду, формуються й з'являються інші економічні відносини, особисті, групові, колективні інтереси.

**Страхова компанія** – історично визначена суспільна форма функціонування страхового фонду, є відособленою структурою, що здійснює укладання договорів страхування та їх обслуговування. Страховій компанії властива техніко-організаційна єдність. Економічна відокремленість страхової компанії полягає в повній відокремленості її ресурсів, їх самостійному повному обсягу. Економічно самостійні страхові компанії будують свої відносини з іншими страховиками на основі перестраховування і співстрахування.

Ринкова економіка ґрунтується на свободі вибору громадян. Кожний може вирішити сам, як йому вчинити: вільно витратити свої прибутки, і крім того, споживач має свободу укладання угод з іншими суб'єктами. Все це враховує страховий ринок, пропонуючи широкий набір страхових послуг.

Вільна гра попиту та пропозиції в умовах ринкової економіки стимулює появу таких страхових послуг, які необхідні потенційному страхувальнику.

Свобода ціноутворення, виражена в тарифних ставках на страхові послуги, створює умови для конкуренції між страховиками. Страховий ринок виконує регулюючу функцію за умови існування економічної конкуренції. Успіхи на страховому ринку значною мірою залежать від страховика, що мотивує співробітників страхового товариства до постійного пошуку нових потенційних клієнтів, удосконалення форм і методів страхового обслуговування. Важливо, особливо на етапі створення страхового товариства, щоб страховик особисто керував усією внутрішньою і зовнішньою діяльністю, закладаючи тим самим основи корпоративної страхової культури.

У широкому значенні страховий ринок є сукупністю економічних відносин із приводу купівлі-продажу страхового продукту. Ринок забезпечує зв'язок між страховиком і страхувальником. Тут здійснюється суспільне визнання страхової послуги. Базовими економічними законами функціонування страхового ринку є закон вартості і закон попиту та пропозиції.

Страховий ринок формується в процесі становлення товарного господарства і є його невід'ємним та важливим елементом. Умовою виникнення того чи іншого типу ринку є суспільний поділ праці та існування різноманітних власників – відокремлених товаровиробників. Реальне співвідношення даних умов визначає ступінь розвитку ринкових відносин. Страховий ринок припускає самостійність суб'єктів, їх рівноправне партнерство з приводу купівлі-продажу страхової послуги, розвиток системи горизонтальних і вертикальних зв'язків.

Елементом державного регулювання страхової діяльності є запобігання змови, угоди, а також дій страхових компаній щодо поділу ринку з метою обмеження конкуренції, виключення або обмеження доступу на ринок інших учасників. Вважається неприпустимим використання засобів і методів недобросовісної конкуренції: штучного підвищення або зниження тарифів, спроби ввести страхувальника в оману в результаті необ'єктивного інформування про умови даного виду страхування або своїх конкурентів.

Структура страхового ринку може бути охарактеризована в інституціональному та територіальному аспектах.

В інституціональному аспекті вона представлена акціонерними, корпоративними, взаємними і державними страховими компаніями. У територіальному аспекті можна виділити місцевий (регіональний) страховий ринок, національний (внутрішній) і світовий (зовнішній) страхові ринки.

У залежності від масштабів попиту та пропозиції на страхові послуги можна виділити внутрішній, зовнішній і міжнародний страхові ринки.

Внутрішній страховий ринок – місцевий ринок, в якому є безпосередній попит на страхові послуги та який тяжіє до задоволення конкретними страховиками.

Зовнішнім страховим ринком називають ринок, який перебуває за межами внутрішнього ринку і тяжіє до суміжних страхових компаній як у даному регіоні, так і за його межами.

Під світовим страховим ринком варто розуміти пропозицію і попит на страхові послуги в масштабах світового господарства.

За галузевою ознакою виділяють ринок: особистого страхування, майнового страхування, страхування відповідальності. У свою чергу кожний із них можна розділити на відокремлені сегменти, наприклад, ринок страхування від нещасних випадків, ринок страхування домашнього майна.

Учасниками страхового ринку виступають продавці, покупці і посередники. Категорію продавців складають страхові і перестраховальні компанії. У ролі покупців виступають страхувальники – фізичні та юридичні особи, що вирішили оформити договір страхування з тим або іншим продавцем. Посередниками між продавцями і покупцями є страхові агенти та страхові брокери, які своїми зусиллями сприяють укладанню договору страхування.

**Страхова послуга** – специфічний товар, запропонований на страховому ринку. Вона може бути надана фізичній або юридичній особі на основі договору (у добровільному страхуванні) або закону (в обов'язковому страхуванні). У тих випадках, коли надання страхового захисту необхідно з позицій суспільних інтересів, страхування носить обов'язковий характер. Акт купівлі-продажу страхової послуги оформляється укладанням договору страхування, на підтвердження чого страхувальнику видається страхове посвідчення (поліс). Перелік видів страхування, яким може скористатися страхувальник, становить асортимент страхового ринку.

У самому характері сучасних страхових послуг відбулися істотні зміни, викликані так званим технологічним вибухом, широким упровадженням електроніки й автоматики у страхову сферу.

На сьогодні у світовій практиці страхування посилюються дві тенденції: спеціалізація й універсалізація діяльності страховиків. Перша безпосередньо пов'язана із суспільним поділом праці, який поглиблюється відповідний процес стає об'єктивно необхідним і в страховій справі. В останні роки поряд із спеціалізацією страховиків посилюються тенденції до універсалізації їх діяльності. Страховики, які традиційно займалися тими або іншими видами страхування, пропонують суміжні види діяльності (наприклад, купують біржові маклерські фірми, підприємства роздрібної торгівлі, готелі та ін.).

## **2. Страховий ринок України.**

За роки незалежності в Україні, в основному, створено законодавчу та нормативну базу страхування. Це дало можливість розбудувати страховий ринок на засадах конкуренції, що сприяє підвищенню якості надання страхових послуг.

Сьогодні в Україні зареєстровано понад 310 страхових компаній, з яких майже третина працює масштабно і ефективно. Проте рівень розвитку страхового ринку в Україні покриває ще не більше 10% потенційних ризиків, тоді як в більшості розвинутих країн це не менше 90-95%.

Питома вага нашої країни в світовому ринку сягає лише 0,01% і близько 0,05% обсягу страхових послуг, які надаються в Європі, при тому, що в Україні проживає понад 7% населення Європи та є великий промисловий, аграрний і науковий потенціал. Низькими залишаються фінансові можливості вітчизняних страхових компаній щодо покриття великих ризиків.



Не сприяє розвитку страхової справи в Україні і відсутність законодавчо визначених механізмів стимулювання власників майна як юридичних, так і фізичних осіб, до ширшого використання можливостей страхового захисту своїх майнових інтересів.

У той же час, входження України в міжнародну спільноту, зокрема, виконання Угоди про партнерство і співпрацю між Україною і Європейським Союзом та підготовка вступу України до Всесвітньої організації торгівлі, здійснення широкої програми приватизації об'єктів державної власності, зміни в економічному механізмі управління державним сектором економіки, спрямовані на розширення самофінансування виробничих потреб, вимагають зміцнення ринкових відносин у системі страхового захисту.

Можна відокремити чотири основні чинники, які сприяли розвитку на ринку повноцінних суб'єктів страхування.

**Чинник 1-й** – створення порівняно великих страхових організацій союзного значення з широкою мережею периферійних філій, у тому числі й в Україні, що перетворилися згодом на самостійних юридичних осіб. Так, скажімо, виникла теперішня компанія АСКА.

**Чинник 2-й** – створення комерційних страхових організацій на базі розміщених в Україні установ системи колишнього Держстраху СРСР і Індержстраху СРСР. Цей процес відбувався поступово і певною мірою опосередковано. Оскільки до кінця 1993 року Держстрах залишався повністю державною організацією, то через слабкий розвиток на той час ринкового законодавства він був істотно обмежений щодо можливостей підписувати вигідні страхові угоди, отримувати доходи від інвестиційної діяльності, впроваджувати ефективні форми мотивації праці тощо. Система ще тривалий час пропонувала підприємствам і населенню «застарілі» шаблонні страхові продукти доринкового періоду. Державний страховик мав здійснювати обов'язкове страхування, яке було, здебільшого, збитковим. Імідж Держстраху багато втратив через гіперінфляцію і неможливість з багатьох (переважно не залежних від страховика) причин своєчасно компенсувати втрати й виплачувати громадянам за попередніми договорами змішаного страхування життя, укладеними ще за радянських часів.

З огляду на сказане кваліфіковані працівники Держстраху почали переходити до інших компаній, створювати страховиків-супутників, які активно залучалися до страхування «вигідних» ризиків, запроваджуючи ті види страхування, яким не надавалося належної уваги в Держстраху. Навіть і тоді, коли в 1992-1993 роках законодавством України Держстрах (на той час уже Національна акціонерна страхова компанія «Оранта») було поставлено в однакові умови з іншими компаніями, страхові компанії-супутники не зникли, а, набувши певного досвіду, працювали й далі (щоправда, поступово втрачаючи зв'язки зі своєю «базою»). Зауважимо, що зазначений процес не був результатом спеціальної політики з боку Держстраху: його ініціювали й втілювали на місцях працівники регіональних установ.

Що ж до Індержстраху, то він ще до розпаду СРСР перетворився на холдинг з великими правами своїх філій, зокрема й в Україні. Тому протягом

1991-1992 років для створення на базі цих філій самостійних страховиків не довелося докладати великих зусиль.

**Чинник 3-й** – створення страхових компаній комерційними, торговельними, банківськими та іншими підприємницькими структурами. Перші роки самостійності української держави характеризувалися заснуванням багатьох банків, торговельних корпорацій, інвестиційних компаній, інших комерційних структур. Ці суб'єкти, розвиваючи свій бізнес, доходили висновку про необхідність здійснення страхування. Оскільки на страховому ринку ще не було великих надійних компаній, то структури в інших галузях бізнесу почали засновувати своїх страховиків, щоб ті їх обслуговували. Надалі страхові компанії такого типу почали працювати універсально, не обмежуючись потребами своїх засновників.

**Чинник 4-й** – створення так званих кептивних страховиків при галузях, підгалузях, сферах виробництва. З розвитком ринкових відносин у різних сферах виробництва постала потреба створити обслуговуючу, комерційну інфраструктуру. Тому поряд з банками, торговельними посередниками, зовнішньоекономічними фірмами почали засновуватись і страхові компанії, які на перших порах брали на себе внутрішньогалузеві ризики. Характерною особливістю таких компаній було те, що на їхню роботу істотно впливали міністерства, відомства, державні корпорації тощо.

У жовтні 2001 року прийнято зміни до Закону України «Про страхування». Новим є таке:

- збільшення розміру статутного фонду страхових компаній протягом двох років із дня вступу Закону в силу від EUR 100 тис. до EUR 500 тис; протягом ще одного року – до EUR 1 млн.

- зняте обмеження на наявність іноземного капіталу в українських страхових компаніях;

- істотна зміна режиму перестрахування. Наприклад, скасована вимога першочерговості перестрахування великих ризиків в українських страхових компаніях;

- введення додаткових видів обов'язкового страхування, що може в найкоротший термін значно збільшити обіги ринку страхових послуг;

- розширення можливості компаній, що спеціалізуються на страхуванні життя. Тепер вони зможуть надавати кредити своїм клієнтам і номінувати свої зобов'язання перед клієнтами у валюті.

Нове страхове законодавство також регулює ліцензування та питання державного регулювання страхування.

14 вересня 1998 року Кабінетом Міністрів України було затверджено Програма розвитку страхового ринку, у ній передбачалося розв'язати пряму присутність іноземного страховика в Україні в 2000 році. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейським Союзом містить ряд досить жорстких положень, що потребують виконання ряду зобов'язань, у тому числі і зобов'язань зі страхування. У цій галузі встановлюється п'ятирічний перехідний період, протягом якого Україна повинна «адаптувати своє страхове законодавство або умови здійснення страхової діяльності

страховиками, їх дочірніми підприємствами, а також філіями країн Європейського Союзу». Іншими словами, ці умови повинні бути не гірше, ніж Україна надає третім країнам або своїм національним страхувальникам.

Реорганізація страхового ринку необоротна. Компаній знову може стати менше. Між тим, іноземний страховий інвестор розважливий і консервативний, він прийде сюди тільки тоді, коли мова йтиме про реальні гроші.

Зсередины 1999 року, коли іноземні страховики одержали можливість присутності в Україні, багато хто з них прийшов сюди як брокер.

Страхові брокери – юридичні особи або громадяни, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, вони здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у страхуванні від свого імені на підставі брокерської угоди з особою, яка має потребу у страхуванні як страхувальник. Страхові брокери – громадяни, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, не мають права отримувати та перераховувати страхові платежі, страхові виплати та виплати страхового відшкодування.

Перестрахові брокери – юридичні особи, які здійснюють за винагороду посередницьку діяльність у перестраховуванні від свого імені на підставі брокерської угоди зі страховиком, який має потребу у перестраховуванні як перестраховальник.

Українською федерацією убезпечення протягом останніх декількох років напрацьовано десятки пропозицій, в тому числі у вигляді конкретних проектів законів, концепцій, рішень органів державної влади з питань оздоровлення страхового ринку України та його подальшого розвитку, оновлення законодавства про страхування, протидії та подолання наслідків фінансової кризи на цьому ринку. Всі ці пропозиції та документи спрямовані на розбудову в нашій державі прозорого, конкурентоспроможного страхового ринку європейського зразка, з високим рівнем якості послуг та захисту прав споживачів. УФУ завершило роботу над власним проектом Стратегії розвитку страхового ринку України в 2012-2020 роках, метою якої є відродження первинної ролі страхування як суспільно-корисної функції захисту майнових інтересів громадян, суб'єктів економічної діяльності та держави на основі розбудови конкурентоспроможного, відкритого, платоспроможного, оснащеного найсучаснішими інфраструктурою, технологіями страхового ринку, з привабливим та широким асортиментом якісних страхових послуг та інструментів, гарантованим рівнем захисту прав споживачів та сучасними методами регулювання і нагляду із залученням інститутів саморегулювання.

Досягнення мети Стратегії є одним з найважливіших пріоритетів довгострокової економічної політики держави у фінансовій сфері.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. Що включає в себе поняття «страховий ринок»?
2. Які необхідні умови існування страхового ринку?
3. Що є об'єктом страхового ринку?

4. Хто є основними суб'єктами страхового ринку?
5. Яка структурна будова страхового ринку?
6. Дати характеристику елементам страхового ринку.
7. Які є регулятори та інструменти страхового ринку?
8. В чому полягає зміст страхових продуктів та страхових послуг?
9. В чому полягає особливість страхового продукту як товару?
10. Які страхові послуги та страхові продукти реалізуються на страховому ринку?
11. Які є способи реалізації страхових продуктів?

### Лекція 3

1. Державне регулювання страхової діяльності.
  2. Страхові компанії як частина економічної системи.
  3. Організаційна структура страхової компанії.
- Література – [5 с. 50-101], [7 с. 42-51].

#### **1. Державне регулювання страхової діяльності.**

У 2000 році Кабінетом Міністрів України було прийнято Державну програму розвитку страхового ринку України на період до 2015 року.

Необхідність прийняття такої Програми була зумовлена значним відставанням розвитку ринку страхування в Україні та потребою забезпечення надійних гарантій відновлення порушених майнових прав та інтересів у випадках матеріальних втрат, заподіяних вогнем, стихійними лихами, транспортними пригодами та іншими непередбачуваними обставинами.

Мета Програми – зміцнення правового середовища і на основі цього здійснення ефективної системи страхового захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб. З метою її реалізації необхідно забезпечити:

- удосконалення законодавчої і нормативної бази страхування, приведення її у відповідність із міжнародними нормами;
- підвищення ефективності державного регулювання страхової діяльності;
- надійність і фінансову стійкість системи страхування;
- визначення форм та перспективних напрямків страхової діяльності, які відповідають ринковим формам розвитку економіки та потребам держави, страховиків і страхувальників;
- формування світогляду господарюючих суб'єктів щодо необхідності страхового захисту та підвищення страхової культури населення;
- законодавче врегулювання питань захисту заощаджень громадян при довгостроковому страхуванні життя, здоров'я і пенсій;
- широке використання заощаджень у страхових компаніях як джерела для довгострокових Інвестицій в економіку країни;

- реальну компенсацію збитків, спричинених стихійними лихами природи, катастрофами та техногенними аваріями, і таким чином значно зменшити навантаження на державні бюджетні джерела;

- упровадження міжнародної системи обліку та звітності про страхову діяльність, формування банку достовірної офіційної інформації та забезпечення її доступності;

- розширення ефективних інтеграційних процесів між страховими компаніями України та зовнішніми страховими ринками;

- належну фахову підготовку кадрів для страхового ринку та упровадження в програми навчання у вищих і середніх навчальних закладах.

Відзначаючи позитивну роль державного нагляду у формуванні національного ринку страхування та зважаючи на здійснення адміністративної реформи управління, яка істотно підвищила статус служби нагляду за страховою діяльністю, Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг слід забезпечити:

- посилення функцій нагляду щодо відповідності страховиків вимогам Закону України «Про страхування», забезпечення виконання зобов'язань перед страхувальниками, дотримання умов вільної конкуренції та антимонопольного законодавства;

- встановлення економічно обґрунтованих нормативів діяльності страхових компаній, дотримання яких мінімізує ризик дестабілізації їх роботи, в першу чергу тих, які здійснюють довгострокові види страхування;

- підготовку пропозицій щодо підвищення ролі страхових компаній в реалізації державної політики в області страхування, визначення порядку їх участі в державних програмах страхування, надання їм державної підтримки;

- розробку законодавчих процедур, що дозволять ефективно попереджувати незаконну діяльність іноземних страховиків, брокерів та інших суб'єктів страхових відносин;

- удосконалення умов ліцензування страхової діяльності, створення диференційованої системи санкцій, які застосовуються до страхових організацій за порушення встановлених вимог, принципів добросовісної конкуренції;

- визначення умов, які запобігають допуску до керівництва страховою або брокерською організацією осіб, дії яких в минулому призвели фінансово-кредитну або іншу комерційну організацію до банкрутства, або вони мали судимість за шахрайство, крадіжку та інші протиправні дії;

- кваліфіковане здійснення обов'язкового щорічного аудиту страхових компаній шляхом визначення переліку аудиторських фірм, яким, виходячи із забезпечення необхідними фахівцями, можна доручити здійснення аудиту;

- удосконалення механізмів створення, реорганізації, об'єднання та ліквідації страхових компаній;

- залучення науковців та практиків до розробки проектів нормативно-правових та інструктивних документів відповідно;

- організацію роботи щодо професійного висвітлення проблем вітчизняного і закордонного досвіду розвитку страхової справи;

- визначення обсягів та термінів публікації в пресі інформації (рейтингів) про стан та розвиток страхового ринку.

6 березня 1996 року Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про страхування», до якого 4.10.2001 р. Верховною Радою внесено зміни та доповнення. Він є головним законодавчим актом у цій галузі в нашій державі.

Закон України «Про страхування» має 5 основних розділів.

**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.

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 визначати лише цим Законом, а не іншими законодавчими актами. При цьому Кабінетові Міністрів України надається право регулювати порядок проведення кожного виду обов'язкового страхування умови, що цей вид передбачено Законом.

**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.

**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.

**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.

**П'ятий розділ** передбачає регулювання таких загальних моментів, як урахування міжнародного права, порядок та етапи застосування певних норм і т. ін.

Законом України «Про страхування» було визначено єдиний орган державної виконавчої влади, що здійснює відповідний нагляд: Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю – Укрстрахнагляд, утворений 17 вересня 1993 року. Укрстрахнагляд був центральним органом державної виконавчої влади, який підпорядковувався Кабінетові Міністрів України. За своїм статусом Комітет мав ранг Державного комітету України.

У процесі адміністративної реформи Указом Президента України «Про зміни в структурі центральних органів виконавчої влади» від 15 грудня 1999 року за № 1573/99 функції Укрстрахнагляду було покладено на Міністерство фінансів України.

Законом України «Про страхування» визначені такі основні функції органу нагляду:

- ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та державного реєстру страхових та перестрахових брокерів;
- видача ліцензій на здійснення страхової діяльності;
- контроль за платоспроможністю страховиків щодо виконання ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;
- установлення правил формування, розміщення та обліку страхових резервів;
- проведення перевірок страховиків та страхових посередників щодо дотримання ними законодавства про страхову діяльність і достовірності їх звітності;
- розробка нормативних і методичних документів з питань страхової діяльності, що віднесена цим Законом до компетенції органу нагляду за страховою діяльністю;
- узагальнення практики страхової діяльності, розробка та подання в установленому порядку пропозицій щодо розвитку й удосконалення законодавства України про страхову діяльність;
- участь у здійсненні заходів, спрямованих на підвищення кваліфікації кадрів для страхової діяльності;
- участь у міжнародному співробітництві і сфері страхування та перестраховання.

## **2. Страхові компанії як частина економічної системи.**

Діяльність будь-якої страхової компанії як історично визначеної організаційної форми страхового фонду завжди перебуває в тісній залежності від економічного середовища, у межах якого здійснюють свою діяльність страховики. Сукупність страхових компаній, що функціонують у даному економічному середовищі, і фінансово-економічних відносин між ними утворюють страхову систему

В економіці ринкового типу основною задачею страхової системи є надання комплексу страхових і консультаційних послуг, що забезпечують певні

гарантії підприємствам і компаніям у безперервності виробничого або торгового циклу; індивідуальним клієнтам – надійне страхове обслуговування, досягнення довгострокових індивідуальних цілей.

В останні десятиліття в банківській практиці одержав досить широке поширення термін «банкассяранс» (bankassurance), дослівно перекладений як «банківське страхування». Уперше банки стали проводити страхові операції у Франції, але потім ці операції впровадили банки Великобританії та інших країн. Багато банків прагнуть до придбання уже функціонуючих страхових компаній. Такий союз є вигідним як для банків, що одержують стабільно прибуткові страхові компанії, так і для останніх, котрим дається можливість використовувати широку мережу банківських філій та відділень на території всієї країни та за кордоном.

Однією з форм упровадження банків у страхову справу є створення **страхових трастів**. Це довірчі операції банків, що здійснюються за домовленістю з клієнтом. Страховий траст виникає, якщо клієнт призначає банк довіреною особою за страховим полісом (особисте страхування) і доручає йому виплачувати страхову суму дружині, що втратила чоловіка, у випадку своєї смерті і передати суму полісу дітям після смерті іншої людини.

Страхові компанії складають основу інституціональної структури страхового ринку.

**За характером виконуваних операцій** страхові компанії поділяються на спеціалізовані (особисте або майнове страхування), універсальні і перестраховальні. У ряді закордонних країн діяльність універсальних страхових компаній заборонена законом. В Україні страхові компанії поділяються на такі, що займаються страхуванням життя, і такі, що надають страхові послуги інші, ніж страхування життя.

**За зоною обслуговування:** поділяються на місцеві, регіональні, національні і міжнародні (транснаціональні), а **за розміром статутного капіталу** й обсягу надходження страхових платежів, а також за іншими техніко-економічними показниками, що визначають їхнє місце на страховому ринку, на великі, середні і дрібні.

Акціонерне страхове товариство – форма організації страхового фонду на основі централізації коштів за допомогою продажу акцій.

Акціонерне страхове товариство – юридична особа, що має свій статут, у якому визначені мета товариства, розмір капіталу, порядок управління. Вищим органом управління акціонерного страхового товариства є загальні збори акціонерів. Збори скликаються, як правило, один раз на рік, а поточними справами керує правління або рада директорів. Перевірку оперативно-фінансової діяльності акціонерного товариства здійснює обрана ревізійна комісія. Результати роботи ревізійної комісії доповідаються на загальному засіданні акціонерів. До виняткової компетенції загального засідання належать визначення стратегічних напрямків роботи страхового товариства, затвердження документів, що регламентують його діяльність, і внесення в них змін, обрання правління і наглядової ради, які представляють власників і контролюють діяльність страхового товариства в період між засіданнями, а



також приймають у разі потреби рішення про ліквідацію страхового товариства.

Виконавчим органом страхової компанії є дирекція, що здійснює керівництво діяльністю та представляє страховика при укладанні договорів і угод з іншими юридичними та фізичними особами. Компетенція Дирекції визначається загальним засіданням і закріплюється в статуті страхового товариства.

Статутний капітал акціонерного страхового товариства формується за допомогою акції.

Акціонерне страхове товариство може включати, крім головної компанії, різноманітні за рівнем самостійності та операцій підрозділи. У країнах з ринковою економікою філії страхового товариства можуть бути юридичними особами, а представництва, агентства і відділення такої самостійності не мають.

Представництво страхової компанії займається, як правило, збиранням інформації, рекламою, представницькими функціями, пошуком клієнтів в інтересах страховика в даному регіоні або іншій країні, але не веде страхову діяльність.

Агентству страхової компанії дозволено виконувати усі функції представництва і визначені страхові операції: укладання й обслуговування договорів страхування.

Філія (відділення) страхової компанії є відокремленим підрозділом страховика. Вона здійснює свою діяльність на підставі положення, затвердженого президентом компанії, керується законодавством, нормативними актами, статутом компанії, а також рішеннями загального засідання акціонерів, ради директорів, виконавчої дирекції та президента компанії. Результати роботи філії (відділення) відображаються в консолідованому балансі страхової компанії.

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.

**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.

**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.

**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.

Державна страхова компанія – правова форма організації страхового фонду, єдиним власником якого є держава. Організація державних страхових компаній здійснюється шляхом їх заснування з боку держави або націоналізації акціонерних страхових компаній.

Приватні страхові компанії належать одному власнику або його сім'ї.

Кептив (captive) – акціонерна страхова компанія, що обслуговує цілком або переважно корпоративні страхові інтереси засновників, а також суб'єктів, що самостійно господарюють, які входять до структури багатопрофільних концернів або великих фінансово-промислових груп. Кептив може бути дочірньою страховою компанією. Переваги організації кептиву полягають у великій потенційній ємності великого сегмента страхового ринку, що обслуговується корпоративним страховиком.

### **3. Організаційна структура страхової компанії.**

Формування організаційної структури страхової компанії здійснюється на основі таких принципів:

- централізації (децентралізації);
- географії (території);
- функціональної побудови;
- спрямованості послуг;
- спеціалізації за групами клієнтів.

Принцип централізації (децентралізації) визначає структуру компанії, виходячи із розмежування відповідальності між рівнями управління. Цей принцип тісно пов'язаний з географічним принципом побудови страхової компанії. Це означає, що багато компаній мають декілька регіональних управлінь, які контролюють роботу філій, відділень на їх території.

Принцип функціональної побудови припускає формування підрозділів страхової компанії за напрямками діяльності: андеррайтинг, постачання, збут, фінансування, врегулювання збитків та ін. Іноді таку структуру визначають як орієнтовану на конкретний страховий продукт

Збільшення ємності страхового ринку (ріст кількості потенційних страхувальників) обумовлює зміни в організаційній структурі страхової компанії.

З метою надання комплексного страхового захисту страхова компанія у своїй організації враховує групи, які обслуговують клієнтів,

Організаційна структура такої страхової компанії відповідає сучасним тенденціям і вимогам страхового ринку.

Структура компанії повинна будуватися таким чином, щоб забезпечувати досягнення мети своєї діяльності з максимальною ефективністю.

Вищим органом управління страхової компанії є збори акціонерів (якщо страхова компанія створена як акціонерне товариство). Директори – керівники, обрані загальними зборами акціонерів, які мають закріплені статутом повноваження та можуть бути внутрішніми (внутрішнє керівництво) і зовнішніми (радниками). Рада директорів страхової компанії утворює правління.

Голова правління обирається загальними зборами акціонерів страхової компанії, може одночасно займати посаду головного виконавчого директора, має значні повноваження і виконує представницькі функції, а також здійснює координацію взаємодій з органами законодавчої і виконавчої влади.

Президент – вищий керівник страхової компанії, може бути одночасно членом Спостережної ради страхової компанії. Якщо він є і головним виконавчим директором, то може за рангом перевершувати голову.

Віце-президент – головний фінансовий директор страхової компанії (оскільки в страховій компанії домінують фінансова діяльність).

Секретаріат – постійний орган при раді директорів, президенті та віце-президенті для перевірки виконання їх рішень. До секретаріату входить група, що здійснює зв'язки з громадськістю,

Виконавчі директори – керівники основних напрямків діяльності компанії, які очолюють відділи або управління за кожним видом страхування

Президент, віце-президент, виконавчий директор у своєму підпорядкуванні мають певні підрозділи. Так, президенту підпорядковуються безпосередньо кадрова служба і юридичний відділ; віце-президенту – відділ актуарних розрахунків, економічного аналізу, бухгалтерія.

Структура управління компанією може будуватися за декількома принципами підпорядкованості:

- лінійна (вертикальне управління);
- функціональна (управління за функціями);
- лінійно-штабна, що відрізняється від лінійної наявністю «штабів» консультантів, які не мають адміністративних функцій.

**Принцип лінійного підпорядкування.** Це означає, що вищі керівники наділяються правом давати розпорядження підлеглим співробітникам з усіх питань, що впливають з їхньої діяльності. Наприклад, указівки керівника страхової компанії є обов'язковими для всього персоналу. Такий порядок, коли підлеглим структурам доводиться вирішувати справи виключно через «верхи», забезпечує відповідний рівень контролю за діями структурних підрозділів компанії. Проте в разі додержання лише функції лінійного підпорядкування центральний апарат, і особливо керівництво, перевантажується розглядом порівняно дрібних питань. Внаслідок цього управління втрачає оперативність, кваліфікованих працівників відволікаються від опрацювання перспективних, глобальних проблем розвитку компанії.

**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.

**Принцип лінійно-штабного підпорядкування.** Це, здебільшого, «мозкові» центри (штаби), які виконують консультативні 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.

Страхові компанії, формуючи свої організаційні структури, використовують, зазвичай, усі три принципи. Важко уявити, наприклад, Національну акціонерну страхову компанію (НАСК) «Оранта» без урахування можливостей раціонального поєднання лінійного та функціонального підпорядкування підрозділів, їх співробітників. Що ж до принципу лінійно-штабного підпорядкування, то він у багатьох компаніях довго недооцінювався.

Зарубіжний досвід показує, що останніми роками структури управління спрощуються. Так, у Великій Британії є чималі за нашими мірками компанії, які мають всього два-три структурні функціональні підрозділи. Багато компаній практикують періодичне переміщення співробітників з одного підрозділу до іншого. Це сприяє підвищенню їхньої кваліфікації, допомагає оволодіти знаннями з ведення справи й на інших ділянках роботи компанії. Працівники сприймають такі заходи позитивно, як один із способів боротьби із закостенінням організаційної структури.

Організаційна структура страхової компанії вдосконалюється в кілька етапів.

Перший передбачає вивчення всіх переваг і недоліків існуючої системи управління. Тут слід з'ясувати, на яких саме видах робіт позначається дефіцит потужностей компанії, а на яких є зайві ресурси. Доцільно порівняти структуру своєї компанії зі структурами аналогічних за профілем вітчизняних і зарубіжних страховиків. Докладний аналіз дасть багатий ґрунт для висновків і пропозицій щодо потреби внесення змін до організаційної структури компанії.

На другому етапі опрацьовується проект створення (для нових компаній) або вдосконалення організаційної структури компанії. Важливішу інформацію для опрацювання містять матеріали, отримані на першому етапі роботи, а також стратегічні наміри компанії щодо її подальшого розвитку. Проект має передбачати можливість забезпечення його реалізації фінансовими, трудовими та іншими ресурсами.

На завершальному, третьому, етапі впроваджується нова організаційна структура компанії. Ця робота має бути виконана з мінімальними витратами часу на пристосування до неї як персоналу компанії, так і споживачів її послуг. Не

завжди всі структурні підрозділи починають діяти з моменту відкриття компанії. Мають рацію ті компанії, які поступово, у міру ресурсного забезпечення і готовності до надання відповідних послуг, доводять фактичну структуру до проектної.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. Як характеризується сучасний стан страхового ринку?
2. Які проблеми на страховому ринку України?
3. Які напрямки розвитку страхового ринку України?
4. Які канали реалізації страхових послуг використовуються страховими компаніями?
5. Що таке маркетинг у страхуванні?
6. Хто здійснює нагляд за страховою діяльністю в Україні?
7. Як побудований Закон України про страхування?
8. Які вимоги щодо організації діяльності страховика в Україні?
9. Які виділяють типи регулювання страхової діяльності? Який з них застосовується в Україні?
10. Які основні засади державної політики в галузі страхування?
11. Які тенденції розвитку державної політики в страхуванні?
12. В чому полягає необхідність регламентації страхової діяльності в державі?
13. Який документ підтверджує право його власника на проведення конкретних видів страхування (перестраховання)?

## **Тема 3. Перестраховання та співстраховання**

### **Лекція 4**

1. Необхідність та сутність перестраховання.
  2. Особливості операцій перестраховання.
  3. Види та форми перестрахових операцій.
- Література – [3 с. 407-435], [4 с. 274-297], [5 с. 302-323], [6 с. 84-93].

#### **1. Необхідність та сутність перестраховання.**

Кожна страхова компанія прагне створити стійкий стабілізований страховий портфель. Але жорстка конкуренція на страховому ринку не дає можливості для вільного відбору сприятливих ризиків, тому у портфелі страховика можуть опинитися ризики з дуже високою відповідальністю. У такій ситуації настання лише одного великого збитку може призвести до значних фінансових втрат компанії. Страховій компанії загрожують також великі збитки від масових дрібних ризиків, сконцентрованих на невеликій території (наприклад, коли йдеться про страхування будівель у сільській

місцевості). І саме перестраховання дає змогу передбачити всі зазначені випадковості. Отже, потреба в ньому виникає за таких обставин.

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

**Перестраховання** – страхування одним страховиком (цедентом) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх зобов'язань перед страхувальником іншого страховика (перестраховика).

Страхова організація має забезпечувати створення такого страхового портфеля, що складався б із можливо більшої кількості страхових договорів, але з невисоким ступенем відповідальності за кожним прийнятим ризиком. Це повинно відповідати фінансовим можливостям страховика, щоб при настанні страхового випадку фінансовий стан не погіршився.

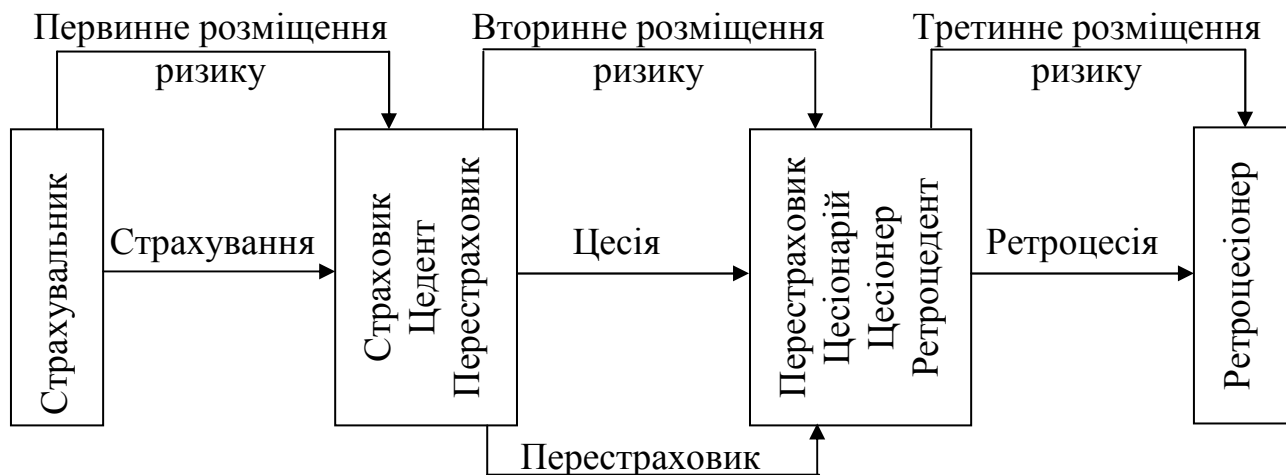


Рисунок - Схема передачі страхового ризику

Процес передачі ризику називається цесією. Страховик, що передає ризик, називається цедентом, а той, хто приймає цей ризик – цесіонарієм. Подальша передача цесіонарієм (частково або цілком) ризику наступному перестраховальникові називається ретроцесією. Сторона, що передає третьому учасникові ризик у наступне перестраховання, називається ретроцедентом, а сторона, що бере на себе ретроцедентний ризик, називається ретроцесіонарієм.

Страховик (цедент) зобов'язаний повідомити перестраховика про всі зміни свого договору зі страхувальником.

Власне утримання, або власна участь цедента в покритті збитків – це частина страхової суми, в межах якої цедент несе відповідальність за застрахованим ризиком, передаючи решту у перестраховання.

Максимум власної участі цедента в покритті ризику, який цедент встановлює, виходячи зі своїх фінансових можливостей, називається лімітом перестрахового покриття. Перевищення цього ліміту передається в перестраховання і має назву ексцеденту.

Функції перестраховання.

1. Головна – вторинний перерозподіл ризиків.

## 2. Допоміжна:

- взяття на страхування дорогих та унікальних ризиків;
- інноваційна – розширення нових видів страхування;
- створення умов для формування однорідного збалансованого портфеля.
- невидимий експорт-імпорт страхових гарантій.

З метою запобігання можливим фінансовим проблемам страховики використовують інститут перестрахування, який є системою економічних відносин, у процесі якої страховик, приймаючи на страхування ризики різноманітного розміру, частину відповідальності з ними відповідно до своїх фінансових можливостей передає на визначених умовах іншим страховикам із метою створення збалансованого портфеля власних договорів та забезпечення фінансової стійкості та рентабельності договорів. Отже, економічною сутністю перестрахування є перерозподіл між страховими компаніями створеного первинного страхового фонду.

## 2. Особливості операцій перестрахування.

1. Ризик невиконання страхового відшкодування або страхової суми, прийнятий на себе страховиком за договором страхування, може бути ним застрахований цілком або частково в іншого страховика (страховиків) за укладеним з останнім договором перестрахування.

2. До договору перестрахування застосовуються ті ж правила, які підлягають застосуванню відносно страхування підприємницького ризику, якщо договором перестрахування не передбачене інше. При цьому страховик за договором страхування (основним договором), що уклав договір перестрахування, вважається у цьому останньому договорі перестраховальником.

3. При перестрахованні відповідальним перед страхувальником за основним договором страхування за виплату страхового відшкодування або страхової суми залишається страховик за цим договором.

4. Можливо послідовне укладання двох або кількох договорів перестрахування.

У договорі перестрахування виступають дві сторони: страхове товариство, що передає ризик, тобто перестраховальник, і страхове товариство, що приймає на свою відповідальність ризик, тобто перестраховик.

Оскільки передані ризики придбані перестраховиком, який бере їх під власне утримання, ця операція виконується за винагороду. Вона називається перестраховальною комісією, яка утримується перестраховиком із переданої перестраховальникам частки страхової премії за цими ризиками.

Як правило, за перспективними ризиками перестраховик очікує від перестраховальників участі в їх майбутньому прибутку за даними ризиками (тантьєми) і надання адекватної участі в їх перестрахованні.

Умовами страхування звичайно покриваються різноманітні небезпеки, яким застраховані об'єкти можуть піддатися одночасно при настанні певних випадків: землетрусів, повеней, пожеж та ін. Оскільки всі активи будь-якого страхового товариства можуть становити лише невеличку частку загальної

суми його відповідальності перед страхувальниками за прийнятими страхуваннями, катастрофічний страховий випадок може істотно вплинути на фінансовий стан страхового товариства.

Кількісне і якісне вирівнювання страхового портфеля є головною функцією перестраховування. Розподіл ризику відбувається не тільки в межах національних економік, а набуває міжнародного масштабу. Перерозподіл ризику між страховими товариствами різних країн у сутності є різновидом зовнішньої торгівлі послугами, тому що об'єктом обміну є не споживчі вартості в натурально-речовинній формі, а фінансові послуги та страхові гарантії.

Перестраховальники мають велику кількість компаній-партнерів, кожна з яких бере у перестраховування невеличку частку запропонованого ексцеденту. Страхова компанія, що передає ризик, потребує перестраховального захисту на весь період своєї практичної діяльності. Це зумовлює довготривалі фінансові відносини із перестраховиками на умовах ефективної співпраці.

Системою перестраховування досягається подрібнення значних ризиків, у покритті яких бере участь велика кількість страхових організацій світу. Бувають випадки, коли якась частка ризику за каналами перестраховування знову повертається для покриття до страховика цього ризику.

### **3. Види та форми перестрахових операцій.**

Перестрахові операції у кожному окремому випадку мають свої особливості, що дозволяє їх розрізнити за: частками участі перестраховальників у договорі; ставками премії; власним утриманням перестраховика; комісійним відрахуванням; свободою участі сторін у прийнятті рішень та ін.

У залежності від ступеня участі перестраховика і перестраховальника в системі передачі та прийому до перестраховування окремих ризиків виділяють факультативне, облігаторне та факультативно-облігаторне перестраховування.

**Факультативна форма** перестраховування є найбільш ранньою формою цього виду діяльності. Таке перестраховування передбачає для перестраховика і цедента право вибору. Для першого – чи приймати пропозицію про перестраховування договору, а для другого – чи передавати ризик, і якщо так, то кому із перестраховиків надавати кожний конкретний ризик у перестраховування, базуючись у кожному конкретному випадку на визначених умовах.

Факультативне перестраховування побудовано на передачі ризику страховиком (цедентом) іншим страховим компаніям у розмірах, що перевищують установлений нею ліміт власного утримання. Компанія може передавати в перестраховування будь-яку частину і весь ризик у цілому, не маючи при цьому ніяких зобов'язань стосовно інших страхових компаній, яким вона пропонує цю передачу. У перестраховування може бути запропонований і якийсь окремий вид відповідальності із загальної кількості видів, що страхуються цією компанією. Зі свого боку перестраховики також не мають ніяких зобов'язань перед стороною, що передає: вони можуть прийняти ризик цілком або частково, можуть поставити зустрічні умови або відмовитися від прийому ризику.

Відмінною рисою факультативного перестраховування є те, що як цеденту, так і перестраховику надано можливість індивідуальної оцінки ризику й у



залежності від цього прийняття певного рішення: цеденту – про передачу ризику, перестраховику – про прийняття ризику.

Недоліком факультативного перестрахування є те, що цедент повинен передати частину ризику до початку відповідальності за нього. Перестраховик звичайно має у своєму розпорядженні невеликий проміжок часу для докладного аналізу одержуваного в перестрахування ризику

**Облігаторне перестрахування** – форма перестрахування, яка побудована на передачі частини відповідальності за кожним окремим ризиком із сукупного портфеля того або іншого виду страхування, передбаченого умовами договору, у перестрахування. При цьому перестраховик зобов'язаний приймати на утримання кожну таку цесію. Крім ризиків, що підлягають перестрахуванню, в облігаторному договорі подаються також умови, на яких здійснюється перестрахування, ліміти відповідальності, перестраховальна премія, перестраховальна комісія й інші умови

За умовами облігаторного договору за конкретним видом страхування, страховик зобов'язаний передавати в перестрахування всі ризики, передбачені договором. Договір облігаторного страхування найбільш вигідний для цедента, оскільки уже заздалегідь певні ризики автоматично отримують покриття у перестраховика, на відміну від факультативного перестрахування, де предметом договору є кожний відокремлений ризик з обліком умов, обумовлених в індивідуальному порядку. Облігаторне перестрахування охоплює весь страховий портфель або значну частину страхового портфеля страховика, його обслуговування дешевше для сторін у порівнянні з договором факультативного перестрахування. Тому в практиці міжнародного перестраховального ринку найбільше зустрічається така форма перестрахування.

**Факультативно-облігаторне перестрахування** – змішана форма договору перестрахування. Ця форма договорів називається договором «відкритого покриття». Вона дає цеденту свободу прийняття рішень відносно ризиків і розмірів їх передачі перестраховику. У свою чергу останній зобов'язаний прийняти цедовані частки ризиків на встановлених умовах.

Перестраховальні платежі за договорами «відкритого покриття» визначаються на індивідуальній основі за згодою сторін або пропорційно страховим платежам, одержаним при укладанні первинного договору страхування. Перестраховику договір «відкритого покриття» може бути не вигідним і небезпечним, оскільки цедент, здійснюючи селекцію ризиків у страховому портфелі, передасть у перестрахування тільки найбільш небезпечні. Тому договори «відкритого покриття» перестраховики укладають тільки з такими цедентами, що користуються повною довірою, виходячи з багаторічної практики їх взаємного співробітництва.

У залежності від системи розподілу ризиків між перестраховиком і перестраховальником виділяють пропорційні і непропорційні договори.

Договір **пропорційного перестрахування** передбачає, що частка перестраховика в кожному, переданому йому для покриття, ризику визначається за заздалегідь встановленим співвідношенням власної участі

цедента. Участь перестраховика у платежах і відшкодуванні збитку відбувається за таким же співвідношенням, що і його участь у покритті ризику. В узагальненій формі пропорційне перестраховування діє за принципом «перестраховик розділяє ризик цедента».

У практиці страхової роботи сформувалися такі форми договорів пропорційного перестраховування: квотний, ексцедентний, квотно-ексцедентний.

Названі договори є базисними. На практиці застосовуються різні модифікації цих основних, базисних форм договорів перестраховування.

**Квотний договір** є найбільш простою формою. За його умовами страховик (перестраховувальник) передає перестраховику узгоджену частку всіх прийнятих ним ризиків за певним видом страхування або групі суміжних страхувань. У цій же частці перестраховик одержує премію і відшкодовує перестраховувальнику всі оплачені ним збитки за прийнятими страхуваннями.

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

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

**Ексцедентне страхування** є більш складним видом пропорційного перестраховування. Воно застосовується у випадках, коли застраховані ризики істотно різняться за страховою сумою. Даний вид перестраховування передбачає встановлення «абсолютного власного утримання» компанії цедента, у рамках якого він сам відповідає за всіма ризиками із розміром страхової суми, меншим або рівним власному утриманню до певного ліміту відповідальності у відповідній пропорції за всіма ризиками. Страховик у такий спосіб прагне, як правило, одержати перестраховувальний захист за найбільш небезпечним ризикам.

**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 перестраховуванні називають лінією (часткою).

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

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

До переваг ексцедентного перестраховування можна віднести:

- можливість компанії-цедента встановлювати ліміт власного утримання з урахуванням свого фінансового становища;

- цедент при старанному визначенні суми власного утримання залежно від характеристик застрахованих об'єктів може досягти не тільки обмеження своєї відповідальності, а й якісної зміни страхового портфеля.

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

Тантьєма - комісія з отриманого прибутку, яку перестраховик щорічно виплачує цедентові за наслідками проходження договорів перестрахування.

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

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

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

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

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

Непропорційне перестрахування має такі особливості:

- страховик може захиститися від великих збитків, що впливають на його фінансові результати;

- перестраховик не бере участі у відшкодуванні дрібних збитків, які легко покриваються страховиком;

- обсяг обліку бухгалтерських операцій зменшується, оскільки враховуються лише окремі збитки або фінансові результати страхування. Але водночас зростає потреба в підготовчій роботі;

- тантьєма в договорах цієї форми, як правило, не передбачається;

- перестраховувальна премія за непропорційними договорами підраховується не для кожного окремого ризику, що передається, а для всього портфеля з одного або кількох видів страхування за рік.

До договорів непропорційного перестраховання належать договори ексцеденту збитків і ексцеденту збитковості

**Договір ексцеденту збитків** – найбільш поширена форма непропорційного перестрахового покриття для захисту від великих і непередбачених збитків за окремими видами страхування. Перестраховання на умовах ексцеденту збитків значно відрізняється від перестраховання на умовах ексцеденту сум (пропорційне перестраховання), тому що в першому випадку перестраховик бере на себе відповідальність за кожним збитком цедента, який перевищив заздалегідь зафіксований рівень у межах певної суми (ліміту).

**Договір ексцеденту збитковості** – форма перестрахового покриття, що відрізняється від розглянутих договору ексцеденту сум і ексцеденту збитків тим, що вона покриває не окремі збитки, а весь або частину рахунку компанії, надаючи покриття після інших форм перестраховання на суму збитків, що перевищують визначений процент заробленої премії.

#### Запитання для самоперевірки знань

1. Який економічний зміст закладено в механізм перестраховання?
2. Що таке перестраховання?
3. Які особливості проведення операцій перестраховання?
4. Які є методи проведення перестраховальних операцій?
5. Які є форми проведення перестраховальних операцій?
6. В чому полягають вигоди перестраховання й співстраховання?
7. Які є недоліки у окремих видах перестраховальних операцій?

### Тема 4. Страхові ризики та їх оцінка

#### Лекція 5

1. Поняття ризик-менеджменту в страхуванні.
2. Склад та структура тарифної ставки. Урахування ризику під час розрахунку тарифної ставки.

3. Тарифна політика страхових компаній.

Література – [3 с. 53-86], [4 с. 52-61], [5 с. 151-168].

## **1. Поняття ризик-менеджменту в страхуванні.**

Менеджмент у страхуванні може бути визначений як науково-практичний напрямок, орієнтований на забезпечення ефективного функціонування страхових організацій у ринкових умовах господарювання. Сучасний менеджмент у страхуванні містить в собі управління інтелектуальними, фінансовими, матеріальними ресурсами з метою забезпечення найбільш ефективної діяльності страховика.

Відповідно, менеджер – це фахівець із управління, що ставить завдання, визначає, що і коли робити, як і хто буде їх виконувати (управління персоналом), розробляє процедури (управлінські технології) стосовно всіх стадій управлінського циклу, здійснює контроль. Менеджер планує, організовує, керує, контролює виконання функцій організації.

Мета менеджменту – створити ефективну страхову організацію і при необхідності піддавати її коригуванню так, щоб вона відповідала задачам і обставинам страхового ринку, що змінюються, з його непередбачуваністю можливого результату, тобто ризиковим характером.

Необхідність управління ризиками постає як перед страхувальниками, так і перед страховиками. Менеджмент починається з усвідомлення ситуації ризику, її вивчення й аналізу, інформації, що дає можливість керівникам прийняти рішення та розробити заходи, спрямовані на усунення або максимальне обмеження негативних наслідків ризику, розмірів збитку.

Загальний підхід, що лежить в основі страхування, - створення протягом стабільної діяльності резервів, спроможних здійснювати діяльність з ризиком. Цілеспрямовані дії з обмеження або мінімізації ризику визначають сутність поняття управління ризиком або ризиком-менеджментом у страхуванні, що включає: організацію роботи з вивчення ризиків за допомогою різних методів; виявлення наслідків діяльності економічних суб'єктів у ситуації ризику; уміння реагувати на можливі негативні наслідки цієї діяльності; розробку і здійснення заходів, за допомогою яких можуть бути нейтралізовані або компенсовані ймовірні негативні результати.

Суспільно-господарська практика виробила чимало методів і форм ефективної протидії ризикам та ліквідації їх негативних наслідків. Водночас відчувалася потреба системного підходу до вибору форм протидії ризикам як детермінанти їх оптимізації. Логічну послідовність здійснення ефективних антиризикованих заходів було запропоновано багатьма спеціалістами ще на початку ХХ століття. Визначені ними форми обмеження та ліквідації ризиків зводилися до таких дій:

1. Запобігання появі випадкових подій, які формують ризиковані ситуації в суспільному житті.
2. Подолання (репресія) випадкових подій, появи яких усе ж не вдалося запобігти.
3. Задоволення потреб, які виникли внаслідок дії ризику (компенсація втрат, збитків).

Наведений троїстий поділ антиризикованої діяльності було повсюдно визнано фахівцями як такий, що має ознаки системності та комплексності.

Згодом зазначені методи боротьби з ризиками були трансформовані у специфічні функції страхування.

Розвиток економічної науки, а також страхової справи засвідчив, що антиризикована діяльність має ґрунтуватися на залученні вельми широкого кола управлінських інструментів, склад та послідовність застосування яких постійно вдосконалюються.

Найповніша сукупність послідовних заходів антиризикованої діяльності, застосування яких має комплексний, системний характер, у сучасній економічній теорії та практиці визначається терміном – «ризик-менеджмент», тобто управління ризиками в його найширшому розумінні. Ризик-менеджмент як система охоплює три послідовні етапи:

- аналіз ризику;
- контроль за ризиком;
- фінансування ризику.

Кожний із цих етапів передбачає здійснення багатьох різноманітних заходів організаційно-фінансового характеру.

Аналіз ризику є комплексним етапом, протягом якого передбачається:

- діагностика, або ідентифікація, ризиків;
- оцінювання ризиків кількісними методами;
- визначення послідовності подальших дій на підставі загальної оцінки ризику в даній конкретній ситуації.

Контроль над ризиками здійснюється різними способами:

- уникненням ризику;
- зменшенням (мінімізацією) ризику;
- обмеженням (локалізацією) ризику;
- розсіюванням (поділом) ризику.

Усі наведені способи контролю над ризиками застосовуються одночасно. Але висувається вимога додержувати оптимального співвідношення між цими способами з погляду їх ефективності.

Головним етапом ризик-менеджменту є покриття негативних наслідків (збитків) ризиків фінансовими засобами. Кожний суб'єкт господарювання може сам фінансувати свої ризики або передавати їх іншому суб'єктові господарювання згідно з попередньою взаємною домовленістю.

Самофінансування ризиків, відоме також як самострахування, є формою безпосереднього самостійного покриття збитків власними коштами. За наявності коштів у фондах та резервах вони можуть бути використані аж до повного задоволення відповідної потреби. Істотним недоліком самофінансування ризиків є неможливість точного визначення потреби в резервних коштах через недостатню статистичну та розрахункову базу. А створення фонду в обсязі, меншому за майбутню реальну потребу, призведе до неповного фінансування ризику. Проте формування фондів та резервів у обсягах, більших за майбутні потреби в коштах, неминуче призведе до вилучення з господарського обігу значних фінансових ресурсів.

У тих випадках, коли збитки очікуються більшими за можливості господарського суб'єкта самому фінансувати свої ризики, постає потреба

передати власну фінансову відповідальність за ними іншим суб'єктам, здатним до фінансування таких ризиків на певних умовах. Передання (трансфер) ризиків може здійснюватися у двох основних формах:

- ризики передаються під фінансову гарантію іншого суб'єкта;
- ризики передаються професійним страховикам на підставі договору страхування за відповідну плату.

Перша форма досить широко реалізується укладенням договорів поруки, згідно з якими на певних умовах ризик передається одним суб'єктом іншому. Ця форма має обмежене застосування, оскільки вимагає надзвичайно високої довіри між суб'єктами. Крім того, вона містить елементи гри.

Найпоширенішою формою трансферу ризиків є передання їх професійним страховикам. Страховик, на відміну від поручителя, беручи на себе зобов'язання за ризиками, має змогу вирівняти їх перерозподілом між багатьма суб'єктами. Вирівнювання ризиків за допомогою страхового механізму має ту перевагу, що воно здійснюється не лише в часі, а й у просторі, тобто серед суб'єктів певного середовища.

## **2. Склад та структура тарифної ставки. Урахування ризику під час розрахунку тарифної ставки.**

Розрахунок тарифів з будь-якого виду страхування (актуарні розрахунки) є процесом, у ході якого визначаються витрати на страхування даного об'єкта. За його допомогою визначаються собівартість і вартість послуги, що надається страховиком страхувальникові. В узагальненій формі актуарні розрахунки можна представити як систему математичних і статистичних закономірностей, що регламентують взаємини між страховиком і страхувальниками. На їх основі визначається частка участі кожного страхувальника у створенні страхового фонду (резервів), тобто визначаються розміри тарифних ставок. Саме через систему актуарних розрахунків встановлюється обсяг фінансових зобов'язань страховика, ліквідність його страхових зобов'язань.

Страховий тариф – ставка страхових внесків з одиниці страхової суми за період страхування.

Так подає цей термін Закон України «Про страхування». Тобто страховий тариф або страхова тарифна ставка є ціною страхової послуги, за яку платить страхувальник страховикові. Вартість страхової послуги обчислюється шляхом множення страхової суми на страхову тарифну ставку.

Страховий тариф визначається за допомогою актуарних розрахунків (розрахунок тарифів з будь-якого виду страхування) Основна мета цього розрахунку пов'язана із визначенням тієї суми страхового внеску, яка буде достовірно відображати ймовірний збиток та забезпечувати необхідний розподіл збитків між страхувальниками. Таким чином, страховиком визначається частка участі кожного страхувальника у створенні страхового резервного фонду.

**Економічний зміст страхового тарифу** можна визначити як одиницю виміру взаємних зобов'язань страховика і страхувальника (принцип еквівалентності).

Тарифну ставку, що становить основу страхового внеску, називають **брутто-ставкою**. Вона складається з нетто-ставки і навантаження. (рис.)

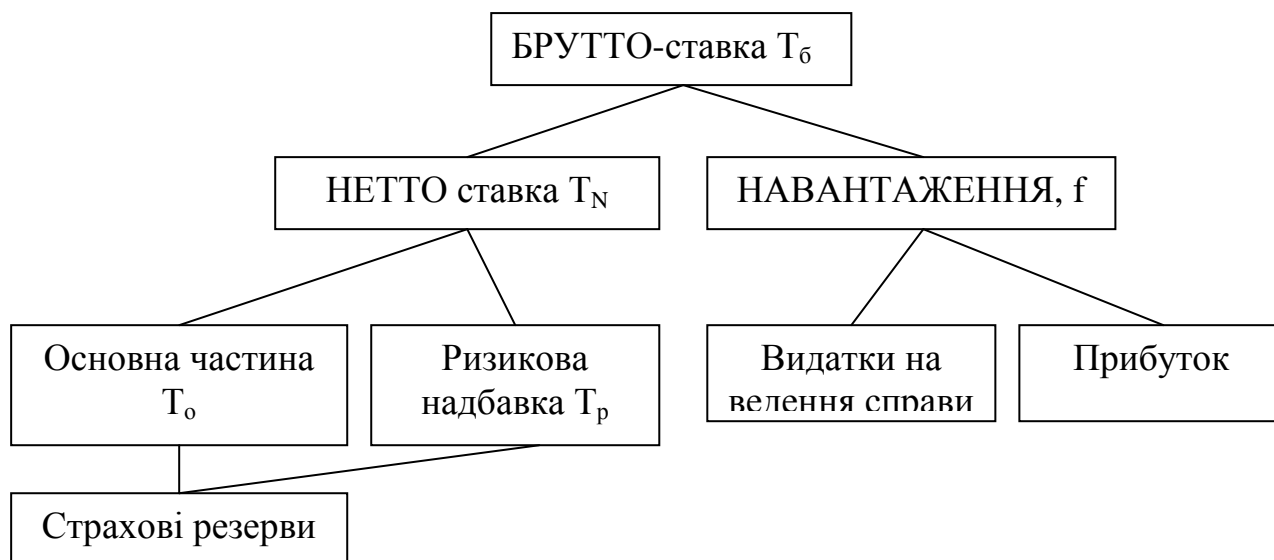


Рисунок - Структура страхового тарифу

Нетто-ставка призначена для формування страхових резервів, їх основної частини, що використовується для виплат страхового відшкодування.

Навантаження необхідне для покриття витрат на проведення страхування, тобто накладних витрат страховика. Навантаження становить меншу частину брутто-ставки (у залежності від форми і виду страхування становить від 6 до 40%).

Нетто-ставка як ймовірність нанесення страхувальникам визначеного збитку, відбиває кожен вид страхової відповідальності, що взяв на себе страховик.

Якщо умови страхування даної групи ризиків містять кілька видів страхової відповідальності, то сукупна нетто-ставка може складатися із суми окремих нетто-ставок.

На розмір нетто-ставки впливають фактори, які викликають розходження в ступені ймовірності збитку, що враховується в розрахунку ризикової надбавки.

Навантаження включає такі складові:

1. Оплату праці працівників страхової компанії.
2. Витрати на виготовлення документації.
3. Витрати на рекламу.
4. Адміністративно-господарські витрати, зокрема, банківське обслуговування.
5. Нарахування на заробітну плату (Пенсійний фонд, соціальне страхування).

Прибуток у тарифі закладається як самостійний елемент ціни на страхову послугу при калькуляції навантаження, збільшуючи вартість страхування.



Норматив на формування прибутку від страхової діяльності в структурі тарифу складає 4-6%.

Завищення тарифів призводить до перерозподілу через страховий фонд залишків засобів, а зниження - до створення дефіциту фінансових ресурсів у страховому фонді і невиконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальниками.

Правильний розрахунок страхового тарифу гарантує беззбиткове або рентабельне проведення страхування.

У цілому система страхових тарифів повинна бути простою, зрозумілою і максимально вигідною як для страхувальника, так і для страховика.

#### **Коллективний розподіл збитку.**

Надзвичайні події найчастіше виникають випадково та тягнуть за собою збиток, який також є випадковою величиною. Ідея відшкодування збитку шляхом колективного розподілу збитків базується на цій основі.

Немає сенсу окремому власнику створювати матеріальні та грошові резерви, які б дорівнювали вартості майна цього власника. Доцільніше зацікавленим особам створити загальний резервний фонд шляхом внесення кожним учасником невеликої суми коштів. Страхування саме й функціонує за принципом колективного розподілу.

#### **Принцип еквівалентності зобов'язань.**

В основу розрахунку страхового тарифу покладено принцип еквівалентності зобов'язань, який означає встановлення рівноваги між внесками страхувальників та страховим забезпеченням, яке надається страховиком.

При розрахунку зобов'язань страховика враховуються ймовірність настання страхового випадку, особливості розподілу величини збитку та витрати на організацію страхової справи.

#### **Встановлення страхового тарифу.**

Страховий тариф, який розраховується актуарієм, найчастіше називають базовим. Для цього повинні бути встановлені та розраховані базові величини: ймовірність страхового випадку, середня страхова виплата та страхова сума, ризикова надбавка та навантаження (його частка).

Це можна представити у вигляді формули:

$$T = P \cdot \frac{\bar{V}}{C} + R + N,$$

де  $T$  - страховий тариф (брутто-ставка);

$P$  - ймовірність настання страхового випадку ( $q$ );

$\bar{V}$  - середня страхова виплата на один договір ( $S_v$ );

$\bar{C}$  - середня страхова сума на один договір ( $S$ );

$R$  - ризикова надбавка (надбавка безпеки) ( $T_p$ );

$N$  - навантаження ( $f$ ).

При укладанні договору андеррайтер, фахівець з оцінки ризику, встановлює страховий тариф для конкретного договору страхування. З цією

метою він використовує базовий тариф та поправочні коефіцієнти до нього, які враховують не тільки рівень ризику, але й умови договору страхування. Процедура встановлення тарифу для конкретного договору страховики називають «котируванням ризику».

Для кращого розуміння того, як впливають різноманітні ситуації на розмір страхового тарифу, розглянемо кілька прикладів.

1. Будівля, яка страхується від вогню, знаходиться поруч з пожежною частиною. У цьому випадку середня страхова виплата буде меншою (пожежники швидше зможуть загасити пожежу, збитки будуть меншими), що відповідно зменшує страховий тариф.

2. Термін дії договору страхування - 6 місяців. Ймовірність настання страхового випадку за півроку менше, ніж за рік, тому страховий тариф буде меншим.

3. Умовами договору страхування передбачено безумовну франшизу. Середня страхова виплата буде менше на цю франшизу, за рахунок чого страхова тарифна ставка зменшується.

4. Чоловік віком 55 років укладає договір страхування здоров'я на випадок хвороби. Ймовірність настання страхового випадку та середня страхова виплата для віку, більшого за середній, збільшуються. Тому тариф повинен бути більшим, ніж середній базовий.

5. Страхова компанія планує збільшити кількість договорів страхування. Це вплине на ризикову надбавку. Вона буде меншою, ніж при невеликій кількості договорів страхування. Більша кількість договорів підвищує надійність страхового портфелю, тому надбавка зменшується. Постійні витрати компанії залишаються практично на тому ж рівні, але на один договір страхування частка цих витрат буде меншою, тому зменшується і навантаження. Таким чином, страхова тарифна ставка буде меншою.

6. Страхова компанія вносить зміни до правил страхування від нещасних випадків. Відсоток виплати за кожен день непрацездатності зменшується з 0,3 до 0,25 відсотків. У цьому випадку зміни торкнуться середньої страхової виплати, тому страховий тариф зменшиться.

### **3. Тарифна політика страхових компаній.**

Кожна страхова компанія здійснює свою тарифну політику, як і будь-яке підприємство – свою цінову політику.

**Тарифна політика** представляє собою процес розробки, обґрунтування та визначення порядку застосування страхового тарифу. Зазначений процес є цілеспрямованою діяльністю страховика по встановленню, уточненню, упорядкуванню страхових тарифів з метою забезпечення поєднання інтересів учасників страхових відносин: успішного та беззбиткового розвитку страховика та встановлення раціональної ціни на страхові послуги для страхувальників.

Тарифна політика здійснюється за наступними принципами:

Принцип **еквівалентності страхових відносин** сторін угоди страхування передбачає, що тарифи-нетто повинні максимально відповідати

ймовірності збитку. За цим принципом забезпечується зворотність коштів страхового фонду за тарифний період тій сукупності страхувальників, в масштабі якої будувався страховий тариф. Зазначений принцип відповідає перерозподільній сутності страхування, як замкнутої розкладки збитку.

Принцип **доступності страхових тарифів** забезпечує доступ до страхування широкого кола страхувальників. Надто високі тарифні ставки гальмують розвиток страхування, яке стає не вигідним. Вартість страхування повинна відповідати обсягам страхової відповідальності, яку на себе приймає страховик.

**Розширення обсягів страхової відповідальності** характеризує напрямок розвитку діяльності страховика, забезпечує страхування багатьох ризиків за однією угодою, підвищує інтерес страхувальників до здійснення страхового захисту, дозволяє знизити розмір страхових тарифів у зв'язку з економією витрат на ведення страхової справи.

**Забезпечення самоокупності та рентабельності страхових операцій** вимагає, щоб страхові тарифи забезпечували не тільки відшкодування собівартості страхової послуги (страхових виплат, витрат на ведення страхової справи тощо), а й отримання страховиком прибутку, за рахунок якого формуються додаткові резерви, вільні резерви для підвищення рівня платоспроможності та фінансової стійкості страховика, здійснюється розширене відтворення, а також покращується добробут його працівників, акціонерів, власників.

Принцип **стабільності розмірів страхових тарифів на протязі тривалого часу** забезпечує підвищення рівня довіри до даної страхової компанії. При чому, цього принципу доцільно раціонально дотримуватись як при зниженні показників збитковості страхової суми, так і при їх певному зростанні в межах релевантного діапазону.

Зазначені принципи вимагають свого організаційного удосконалення, оптимізації проведення розрахунків, їх раціоналізації, інформаційного забезпечення, підвищення професійного рівня працівників.

Досить суттєвим для ефективного використання визначених страхових тарифів є їх диференціація в залежності від видів та форм страхування, ступеню ризику, територіального місцезнаходження об'єктів страхування тощо.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. Що таке «ризик-менеджмент»?
2. Які основні етапи охоплює ризик-менеджмент як система?
3. Яке місце посідає ризик-менеджмент у страхуванні?
4. Для чого призначений страховий тариф?
5. З чого складається зміст страхового тарифу?
6. Які складові елементи страхового тарифу? В чому полягає їх призначення?
7. Які відмінності в побудові страхових тарифів за різними видами страхування? Чим вони зумовлені?
8. Як поділяють страхові внески за своїм призначенням?

9. З якою метою страховики утворюють страхові резерви?
10. Від чого залежить розмір збитків, завданих підприємству страховим випадком?
11. Що таке тарифна політика і в чому полягає її зміст?
12. Які принципи реалізації тарифної політики страхової компанії? В чому полягає їх зміст?

## **Тема 5. Особисте страхування**

### **Лекція 6**

1. Сутність особистого страхування.

2. Види особистого страхування.

Література – [3 с. 205-256], [4 с. 132-159], [7 с. 143-163], [8 с. 77-99].

#### **1. Сутність особистого страхування.**

Згідно з класифікацією страхування за об'єктами особисте страхування розглядається як окрема галузь. Особисте страхування має на меті надання певних послуг як фізичним (окремим громадянам, членам їхніх сімей), так і юридичним особам (наприклад, страхування працівників за рахунок коштів підприємств від нещасних випадків). Ці послуги передбачають страховий захист страхувальників (застрахованих) у разі настання несприятливих подій для їхнього життя і здоров'я.

За часів існування в колишньому СРСР єдиної державної страхової компанії – Держстраху – найбільш розвиненою галуззю було особисте страхування, яке забезпечувало понад 60% загального щорічного обсягу надходжень страхових премій. Об'єктом особистого страхування є життя, здоров'я людей. Предметом особистого страхування є події, настання яких, з визначеною ймовірністю, здатне завдати шкоди окремій особі або деякій сукупності осіб, пов'язаних з їх життєдіяльністю.

Особисте страхування має багато спільного із соціальним страхуванням, і насамперед щодо об'єктів страхового захисту громадян. Проте між особистим страхуванням і соціальним є відмінності. Головна з них стосується джерел формування страхових фондів. В особистому страхуванні ними є переважно індивідуальні доходи громадян, а в соціальному – кошти підприємств, установ, організацій.

В особистому страхуванні розглядають такі страхові ризики: смерть страхувальника (застрахованого); тимчасова втрата працездатності; постійна втрата працездатності; закінчення страхувальником (застрахованим) активної трудової діяльності у зв'язку із виходом на пенсію; дожиття страхувальника (застрахованого) до закінчення строку страхування.

Здійснення особистого страхування пов'язане з певними труднощами. При його проведенні дуже важко, зокрема, правильно оцінити ті ризики, які приймаються на страхування. Через це таке страхування пов'язане, по суті, із

встановленням умовної страхової суми, яка лише наближено відбиває збиток, що його може завдати страховий випадок.

Поділ страхування на окремі підгалузі зумовлюється сукупністю ризиків, які вони об'єднують, тривалістю дії договорів страхування, а також порядком накопичення коштів для здійснення страхових виплат. Враховуючи останнє, страхування життя, що характеризується поступовістю такого накопичення протягом дії договору страхування, об'єднує накопичувальні види особистого страхування, а страхування від нещасних випадків і медичне страхування – ризиковані.

Світова страхова практика поділяє страхування життя на страхування капіталів та страхування рент. У свою чергу, страхування капіталів передбачає можливість укласти договори страхування з умовою виплати певної суми при дожитті страхувальника до зазначеного в договорі строку (події) або в разі його смерті. Страхування капіталів передбачає створення нових капіталів. Великим попитом у страхувальників користується змішане страхування життя, згідно з умовами якого передбачається виплата, якщо страхувальник доживе до зазначеного строку (віку) або помре протягом дії договору страхування.

Якщо йдеться про рентне страхування, то певна обумовлена договором частка виплачується страхувальникові (застрахованому) у вигляді регулярних періодичних виплат, а загальна сума останніх залежить від тривалості його життя.

Класифікація страхування за об'єктами передбачає поділ його на види. Це дає змогу страховикам розробляти єдині правила страхування певних об'єктів від характерних для них ризиків, застосовувати методи розрахунку тарифів, які розробляються для різних видів страхування, визначати особливості формування резервів страхової компанії.

Практика радянського страхування передбачала такі види страхування життя: змішане страхування життя, страхування дітей, страхування до вступу в шлюб (весільне), довічне страхування і страхування додаткової пенсії.

Оцінюючи в цілому зацікавленість страхувальників у цих видах страхування, можна сказати, що вони були популярними (за винятком довічного страхування), давали змогу страхувальникові захистити себе або своїх дітей від різних несприятливих подій (травма, інвалідність, смерть), накопичити певну суму до закінчення строку договору страхування або певної події (вступ у зареєстрований шлюб, вихід на пенсію).

Страхування життя є дуже важливим напрямком діяльності на переважній більшості страхових ринків економічно розвинених країн світу. Потреба розвивати його надалі існує і в Україні. Україна вже має певний досвід щодо страхування життя за умов ринкової економіки. Цей досвід пов'язаний, зокрема, з ухваленням у травні 1993 року Декретом Кабінету Міністрів України «Про страхування», який передбачив формування страхових резервів зі страхування життя на загальних засадах, не враховуючи його особливостей, а через це не забезпечив страховикам можливості формувати резерви в обсязі, достатньому для здійснення майбутніх виплат. Окрім того, цей документ не

висував вимог до переліку страхових випадків, які можуть бути передбачені договорами страхування життя, до обсягу зобов'язань страховика тощо.

У червні 1997 року Укрстрахнагляд затвердив Методику формування резервів зі страхування життя, яка є нині тим документом, що визначає механізм виконання актуарних розрахунків і формування резервів із страхування життя. Згідно з Методикою страховими подіями, у разі настання яких здійснюється виплата із страхування життя, можуть бути смерть застрахованої особи, дожиття її до закінчення строку дії договору, страхування, досягнення застрахованою особою пенсійного віку або віку, обумовленого в договорі страхування, смерть найближчого родича застрахованого.

У жовтні 2001 року було введено в дію нову редакцію Закону України «Про страхування», в якій багато уваги приділено такому важливому напрямку діяльності страховиків, як страхування життя. Зокрема, визначено, що страхування життя передбачає обов'язок страховика здійснити страхову виплату відповідно до договору страхування у разі смерті застрахованого, а також, якщо це передбачено договором страхування, у разі його дожиття до закінчення строку дії договору і/або досягнення ним визначеного в договорі віку. Умови страхування життя можуть передбачати і обов'язок страховика здійснити страхову виплату у разі нещасного випадку із застрахованою особою і/або її хворобою. Якщо при настанні страхового випадку передбачаються регулярні довічні страхові виплати (страхування довічної пенсії), у договорі страхування неодмінно має передбачатися ризик смерті застрахованої особи протягом періоду між початком дії договору страхування і першою страховою виплатою з-поміж довічних страхових виплат. В інших випадках неодмінно має передбачатися ризик смерті застрахованої особи протягом усього строку дії договору страхування життя. Підвищені також вимоги до розміру мінімального статутного фонду страховиків, які займаються страхуванням життя. Він повинен становити 1,5 млн. євро за валютним обмінним курсом валюти України.

## **2. Види особистого страхування.**

Особисте страхування поділяється на три підгалузі.

- страхування життя;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування.

На сьогодні на страховому ринку України виділено компанії, що займаються страхуванням життя.

Батьківщиною страхування життя вважають Англію, де в 1699 році вперше з'явилася професійна організація, що займалася страхуванням життя вдів, яка перетворилася в страхову компанію і стала родоначальником історії особистого страхування. Лідером страхування життя є Японія, на другому місці – Швейцарія.

Відмінною рисою страхування життя (накопичувального страхування) від усіх ризикових видів є те, що сукупна ймовірність настання страхових випадків

завжди дорівнює 1, тобто виплата страхової суми повинна бути здійснена за будь-яких обставин.

У той же час найбільш привабливим є змішане страхування життя, коли страховими випадками є смерть і дожиття, а також можуть бути передбачені додаткові страхові випадки, пов'язані з хворобою або нещасним випадком у період дії договору страхування життя.

Страхова відповідальність за змішаним страхуванням життя передбачає виплати страхових сум у разі:

а) дожиття застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування;

б) при втраті здоров'я від нещасного випадку або хвороби застрахованої особи;

в) смерті застрахованої особи у період дії договору страхування.

Критерії вибору страхувальника: вік; стан здоров'я, що впливає на смертність; стать; громадянство.

Договори змішаного страхування життя укладають із громадянами здебільшого у віці від 16 до 75 років терміном на 3, 5, 10, 15 або 20 років. Розмір страхової суми визначає страхувальник. На сьогодні найчастіше на страхування життя приймаються громадяни від 16 до 70 років.

Договори укладають за згодою сторін на будь-які страхові суми у залежності від матеріального становища страхувальника. Умови страхування можуть бути змінені в будь-який момент дії договору за бажанням страхувальника.

**Додаткове страхування пенсій** як різновид страхування життя спрямоване на підвищення розміру пенсії, що виплачується щомісяця і довічно.

Пенсійне забезпечення в більшості країн світу здійснюється за рахунок державних пенсійних систем (у межах соціального страхування), пенсійними фондами і страховими компаніями та іншими фінансовими організаціями.

У багатьох країнах пенсійне забезпечення громадян здійснюється приватними пенсійними фондами (наприклад, пенсійні фонди підприємств). Зацікавленість підприємств у розвитку приватного страхування пояснюється тим, що продумана пенсійна програма може сприяти зменшенню плинності найбільш кваліфікованих кадрів. Крім того, підприємство, яке робить внески на страхування пенсії своїх працівників, має пільги щодо сплати податків.

Приватні пенсійні фонди найбільш розвинені саме в тих країнах, де недостатній розвиток одержали державні пенсійні системи. Виплати з приватних пенсійних фондів можуть значно перевищувати розміри державних пенсій.

Пенсійні фонди мають значні кошти, які вони інвестують в акції, облігації, нерухомість.

Пенсійні фонди можна поділити на фонди із встановленими розмірами внесків і фонди із встановленими розмірами виплат. Фонди із встановленими розмірами внесків можуть бути накопичувальними, з виплатою прибутку й ощадні. Накопичувальні фонди створюються за участю роботодавців, які сплачують внески, встановлені у відсотках до заробітної плати працівників. Другий тип передбачає, що частина прибутку, на яку має право працівник, передається йому, а інша частина – у пенсійний фонд. Ощадні фонди створюються

за рахунок коштів працівників, які самі здійснюють відрахування в пенсійний фонд, і роботодавців. Фонди із встановленими розмірами виплат можуть бути із встановленими твердими розмірами виплат протягом того часу, коли здійснюються внески в пенсійний фонд (рік, квартал, місяць); ставити розміри виплат залежно від кількості років і середнього заробітку за весь період роботи; ставити розміри виплат в залежність від числа років і середнього заробітку за кілька років.

Роботодавець, який має намір розробити пенсійну схему, може піти кількома шляхами. По-перше, він може виходити з того, що це буде самостійно керована схема із залученням консультантів-професіоналів. По-друге, повністю або частково передати пенсійну схему страховій компанії, що, до речі, має певні переваги, оскільки саме страхова компанія може забезпечити фундаментальний захист, має більше адміністративного досвіду і більше можливостей для інвестування.

Пенсійне забезпечення може бути здійснене і шляхом купівлі індивідуальних страхових полісів у страхових компаній. На Заході, наприклад, послугами приватних страхових компаній користується значна частина населення, незважаючи на те, що страхування пенсій є одним із найдорожчих видів довгострокового особистого страхування.

Договори страхування пенсій укладаються як індивідуально, так і з групою осіб.

Індивідуальні договори страхування додаткової пенсії укладаються з дієздатними громадянами з урахуванням їх віку та статі і незалежно від стану здоров'я. Час початку виплати додаткової пенсії може бути пов'язаний як із настанням пенсійного віку, так і визначений за домовленістю сторін. страхова сума обумовлюється при укладенні договору страхування. При її визначенні враховується розмір поточних виплат, що їх має здійснити страхова компанія. Крім цих основних виплат, у договорі страхування можуть бути передбачені й додаткові виплати, які являють собою наслідок участі страхувальника у прибутку страхової компанії. Страхувальникові надається право сплатити страхові платежі за один раз або періодичними внесками. Розмір страхових внесків залежить від страхової суми, від віку і статі страхувальника (застрахованої особи).

### **Страхування від нещасних випадків**

Страхування від нещасних випадків – це ризиковане страхування, яке, на відміну від накопичувального довгострокового страхування життя, передбачає виплату страхової суми лише в разі настання страхового випадку (у повному розмірі або певної її частини). Виплата страхової суми або повернення сплачених внесків по закінченні терміну дії договору страхування не передбачається.

Досвід страхування від нещасних випадків свідчить, що воно може здійснюватись у різних формах, але при цьому зберігається єдиний соціально-економічний зміст.



Розглядаючи страхування від нещасних випадків, слід мати на увазі, що Закон України «Про страхування» чітко визначає види та поняття добровільного і обов'язкового страхування.

За видами страхування від нещасних випадків поділяється так:

- індивідуальне – у даному разі страхувальником є фізична особа, яка укладає договір стосовно самої себе або іншої фізичної особи, а сплата страхових платежів здійснюється за рахунок застрахованих;

- колективне – коли страхувальником є юридична особа (підприємство або організація), яка укладає договір страхування на користь своїх працівників, і сплата страхових платежів здійснюється за рахунок організацій, з якими застраховані перебувають у трудових або інших передбачених законом відносинах.

Удосконалення індивідуального та колективного страхування відбувається насамперед за рахунок розширення обсягів страхової відповідальності, контингенту страхувальників і застрахованих, підвищення рівня страхового забезпечення, платоспроможності страховиків, спрощення порядку та механізму виплат.

Відповідно до Закону України «Про страхування» страхування від нещасних випадків може мати обов'язкову або добровільну форму.

Обов'язкові види страхування запроваджуються законами України. З метою захисту інтересів не лише окремих страхувальників, а й усього суспільства в цілому та його складових зокрема здійснюється обов'язкове страхування в порядку та за умовами, що їх затверджує Кабінет Міністрів України.

Добровільне страхування здійснюється на підставі договору між страхувальником і страховиком. Умови та порядок проведення страхування визначаються правилами, які встановлюються страховиком самостійно, але з урахуванням чинного законодавства.

Обсяг страхової відповідальності в зв'язку з настанням смерті від нещасного випадку охоплює перелік наслідків: травми випадкового гострого отруєння і прирівняних до нього подій, що ведуть до втрати здоров'я. За індивідуальним страхуванням від нещасного випадку виплати, у тому числі за втрату здоров'я і з нагоди смерті, обмежуються розміром однієї страхової суми, на яку було укладено договір страхування. Термін страхування від 1 року до 5 років.

При професійному страхуванні тарифні ставки встановлюються у залежності від ступеня небезпеки професії страхувальника або виконуваної ним конкретної роботи.

Поширене страхування дітей. Школярі страхуються на період навчання в школі. Договори страхування укладаються терміном на 1 рік, а розмір тарифної ставки визначається у відповідності з віком дитини.

Обов'язковому особистому страхуванню властиві такі риси:

1. Встановлення законодавством.
2. Повне охоплення всіх об'єктів.
3. Автоматичність поширення страхування на об'єкти, які зазначені в законі.

4. Незалежність дії страхування від внесення платежів, крім страхування пасажирів.

5. Нормування страхового забезпечення. Нормований розмір страхової суми за Положенням «Про обов'язкове особисте страхування від нещасних випадків» на повітряному транспорті – одна тисяча неоподатковуваних мінімальних доходів громадян (17 тис. грн.); на залізничному транспорті – 50 неоподатковуваних мінімальних доходів громадян (850 грн.). Обсяг страхової відповідальності пов'язаний із наслідками нещасного випадку, що трапився з пасажиром у дорозі. Страхове відшкодування виплачується в зв'язку з втратою здоров'я або з настанням смерті застрахованого.

### **Медичне страхування.**

Організація охорони здоров'я, яка забезпечує право кожного громадянина на одержання медичної допомоги, може бути забезпечена системою страхової медицини. За допомогою страхової медицини вирішуються питання гарантованості і доступності медичних послуг для широких верств населення, залучення додаткових ресурсів у сферу охорони здоров'я.

Страхова медицина базується на певних принципах, серед яких можна назвати забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення, гарантованість прав кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як громадян, так і юридичних осіб.

Важливішим елементом системи страхової медицини є медичне страхування. Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно забезпечує більшу доступність, якісність і повноту щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я.

Медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я.

Соціальна та економічна ефективність медичного страхування залежить від того, наскільки глибоко і всебічно пророблено концепцію розвитку страхової медицини в країні.

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

Медичне страхування може проводитися в обов'язковій і добровільній формах. Вибір форми медичного страхування в кожній країні залежить від конкретних економічних і культурно-історичних умов, від особливостей демографічних і соціальних показників, рівня захворюваності та інших факторів, які характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування.

Принцип обов'язкового медичного страхування діє, наприклад у Франції, Канаді, Німеччині, Нідерландах.

В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове існує лише щодо осіб окремих професій.

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

В Україні ще не прийнято закону про медичне страхування і воно не діє, як обов'язкове. Добровільне медичне страхування є формою соціального захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією витрат громадянином (зумовлених оплатою медичної допомоги). Воно може бути індивідуальним і колективним. Тарифи на медичні послуги встановлюються за згодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих.

Під якістю медичної допомоги слід розуміти виконання медичним персоналом професійних функцій, ефективне використання ресурсів, ступінь ризику для застрахованих (небезпека травми або захворювання внаслідок медичного втручання), задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Для контролю за якістю медичних послуг у страхових медичних організаціях, як правило, створюються спеціальні експертні комісії, які мають перевіряти в медичних установах правильність встановленого діагнозу, лікування тощо.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. В чому полягає зміст, призначення особистого страхування?
2. Які основні риси особистого страхування?
3. Які види страхування життя є найпоширенішими у практиці страхової діяльності?
4. За чий рахунок здійснюють обов'язкове державне страхування працівників підприємства?
5. Які особливості властиві сфері страхування життя?
6. На яких умовах реалізується послуга змішаного страхування життя?
7. Які переваги страхувальникам надає страхування додаткової пенсії?
8. Які випадки в правилах добровільного страхування вважаються нещасними?
9. Що таке нещасний випадок та які критерії відбору ризику використовується страховими компаніями при вирішенні питання про укладення договору страхування?
10. Що є страховим випадком за правилами добровільного страхування від нещасних випадків?
11. Якими можуть бути наслідки нещасного випадку для застрахованої особи і з якою метою вони встановлюються?
12. Що повинен зробити страхувальник при настанні події, визначеної договором добровільного страхування від нещасних випадків?
13. Які існують форми медичного страхування.
14. Розкрийте переваги соціальної системи організації охорони здоров'я.
15. Дайте характеристику основним умовам добровільного медичного страхування.

## Тема 6. Страхування майна

### Лекція 7

1. Необхідність та сутність страхування майна.

2. Транспортне страхування.

Література – [3 с. 268-352], [4 с. 160-188], [5 с. 223-254], [7 с. 182-189].

#### **1. Необхідність та сутність страхування майна.**

Переважну частину національного багатства країни становить майно підприємств різних форм власності. Нерідко на діяльність підприємств впливають непередбачені обставини. А такі явища, як стихійні лиха, пожежі й крадіжки, негативно впливають на відтворювальний процес, оскільки матеріальні носії основних і оборотних засобів істотно пошкоджуються. Щоб забезпечити відшкодування збитків, потрібні грошові резерви. Своїх коштів вистачає, як правило, лише на покриття незначних збитків. Що ж до великих збитків, то для їх відшкодування практично жодне підприємство не має коштів. Постає потреба у страхуванні. Світовий досвід довів, що найекономнішою формою страхового захисту є страхування майна.

Для того щоб підприємство змогло захистити себе від фінансових збитків у разі настання непередбачених обставин, укладаються договори добровільного страхування майна державних, кооперативних, громадських, акціонерних, орендних, приватних та інших форм власності підприємств і організацій незалежно від видів діяльності.

**Майнове страхування** – галузь страхування, у якій об'єктом страхових відносин виступає майно в різних його видах. Майно – сукупність речей і матеріальних цінностей, що знаходяться у володінні будь-якої особи.

У цивільному праві майно – матеріальний об'єкт цивільних прав власності, сукупність майнових прав або майнових прав та обов'язків, які належать визначеній особі.

Майнове страхування об'єднує різноманітні види страхування, які розподіляються на дві групи – страхування майна юридичних і фізичних осіб. Страхування майна громадян включає страхування автомобілів; будівель; домашнього майна; майна в господарствах; домашніх тварин та інші види.

Страхування майна юридичних осіб включає страхування за різними видами договорів.

За основним договором страхуванню підлягає все майно, що належить підприємству:

- будівлі, споруди, передавальні пристрої, силові, робочі та інші машини, обладнання, транспортні засоби, риболовецькі судна, знаряддя лову, об'єкти незавершеного будівництва, інвентар, готова продукція, сировина, товари, матеріали та інше майно.

За додатковими договорами може бути застраховане:

- майно, одержане підприємством згідно з договором майнового найму (якщо воно не застраховане у наймодавця), або прийняте від інших підприємств та населення для переробки, ремонту, перевезення, зберігання, на комісію тощо.

- майно на час проведення експериментальних або дослідницьких робіт, експонування на виставках.

Не приймаються на умовах добровільного страхування:

- а) гроші готівкою;
- б) акції, облігації та інші цінні папери ;
- в) рукописи, креслення й інші документи, бухгалтерські та ділові книги;
- г) дорогоцінні метали;
- д) технічні носії інформації, комп'ютерних та аналогічних систем (магнітні плівки, касети, магнітні диски і т. ін.);
- е) майно, яке знаходиться в застрахованому приміщенні, але не належить страхувальникові.

Не можуть бути застрахованими також будівлі, споруди, які перебувають в аварійному стані чи розташовані в зоні, якій загрожують обвали, зсуви, повені та інші стихійні явища.

Закономірності розвитку майнового страхування: поширення на всій території держави; розширення переліку об'єктів, зростання кількості страхувальників; підвищення рівня забезпечення, тобто збільшення страхової суми; розширення переліку страхових ризиків; поєднання обов'язкової та добровільної форми страхування.

Основні принципи майнового страхування – відшкодування прямого фактичного збитку застрахованого об'єкта.

Добровільне страхування майна підприємств забезпечує захист від пошкодження та загибелі майна внаслідок пожежі, вибуху газу тощо. Відшкодуванню підлягають збитки, яких зазнав страхувальник, вживаючи заходи, спрямовані на врятування майна, запобігання поширенню пожежі тощо. За додатковим договором можуть бути застраховані збитки внаслідок стихійного лиха, аварії електричної мережі, крадіжки зі зломом та грабежу, биття скла, дзеркал та з інших причин за домовленістю сторін. Основою для визначення страхової суми є дійсна вартість застрахованого майна на час підписання договору; яка визначається за балансовою вартістю придбання за вилученням зносу, у випадку втрати або пошкодження майна через необачність страхувальника відшкодування зменшується на 30%. Якщо за фактами знищення або пошкодження майна відкрито кримінальну справу, то страховик сплачує 30% відшкодування, а решту 70% - після закінчення розслідування.

Витрати, пов'язані з рятуванням майна та обмеженням його пошкодження відшкодовуються страховиком страхувальнику. Страховик, який виплатив відшкодування має право вимагати компенсації від особи, винної за причинені збитки.

Об'єктами страхування домашнього майна громадян можуть виступати: стіни, стеля, підлога, дах, огорожа і т.п., а також меблі, одяг, інші предмети

довгострокового користування. Мінімальний термін страхування - два тижні, максимальний – рік.

Підприємство має право страхувати будь-яку частину свого майна. У майновому страхуванні поширений стандартний набір ризиків, однак у ліцензуванні страхових компаній окремо виділено вогневі ризики і ризики стихійних лих . Страхування майна промислових підприємств від вогню є традиційним і найпоширенішим видом страхування. Сутність страхування від вогню – відшкодування збитку від раптових і непередбачених випадків пожежі або вибуху.

У класифікації майнового страхування є виділення небезпек, за ієрархією не пов'язаних між собою:

1. Страхування від вогню та інших стихійних лих (землетрусів, повеней тощо) таких матеріальних об'єктів, як будівлі, споруди, обладнання, продукція, сировина, матеріали, домашнє майно тощо.

2. Страхування сільськогосподарських культур від посухи та інших стихійних лих.

3. Страхування на випадок падежу чи вимушеного забою худоби.

4. Страхування засобів транспорту від аварій, крадіжок та інших небезпек.

Правила страхування майна часто включають зобов'язання відшкодувати збитки від неправомірних дій трьох осіб.

У Законі України «Про лізинг» - окремим видом майнового страхування виступає страхування майна за лізинговими операціями. Перелік ризиків визначається лізингодавцем та узгоджується зі страховою компанією.

Відмінною рисою умов страхування майна, що використовується в міжнародній практиці, є докладний перелік подій, при яких збитки підлягають компенсації, і страхових випадків, коли відшкодування не виплачується.

Передумовою повноти відшкодування збитку виступає оцінка майна.

Для оцінювання основних фондів застосовується їх повна балансова вартість за вирахуванням величини зносу.

Товарно-матеріальні цінності як власного виробництва, так і придбані підприємством оцінюються в розмірі фактичної собівартості або в цінах, що діяли на день укладання договору з вирахуванням зносу.

Об'єкти у стадії незавершеного будівництва – у розмірі матеріальних і трудових витрат, фактично здійснених на час страхового випадку.

Продукція у процесі виробництва або обробки – вартості витрачених на момент страхового випадку сировини, матеріалів і вкладеної праці.

Страхування не може бути джерелом збагачення страхувальника. Тому основою для визначення страхової суми є дійсна вартість застрахованого майна на дату настання страхового випадку. За кожним застрахованим об'єктом страхова сума має відповідати його дійсній вартості.

Договір страхування укладається на підставі письмової заяви страхувальника. Страхувальник подає окремо заяву про добровільне страхування майна, що належить підприємству, і заяву про добровільне страхування майна згідно з договором майнового найму. Якщо договір

страхування укладається щодо частини майна (вибіркове страхування), то до заяви додається опис відповідного майна.

Для постійних страхувальників, які безперервно страхували майно на повну вартість і протягом одного, двох, трьох, чотирьох і більше років не одержували страхового відшкодування, річна сума страхових платежів зменшується відповідно на 15, 20, 25 і 30 відсотків.

Страхувальникам, котрі страхували майно не менше як 2 роки підряд, надається місячний пільговий строк для укладання нового договору. Він набуває чинності від дня закінчення строку дії попереднього договору. З цього дня обчислюються страхові платежі за новим договором.

Якщо протягом пільгового строку станеться страховий випадок, а новий договір на цей час не буде укладено, то відшкодування виплачується за умовами, установленими останнім договором страхування.

Основні фактори, що визначають розмір ставки премії, такі: вірогідність страхового випадку; вірогідний розмір збитку.

Розраховуючи тарифну ставку, страхова компанія виходить із умов, що зібраних коштів зі страхувальників має бути достатньо для страхових виплат усім застрахованим особам.

Розраховуючи ставки страхових платежів, які залежать від конкретних об'єктів та умов страхування, застосовуються різні знижки-надбавки та пільги. При страхуванні майна державних підприємств і організацій ставки диференційовані залежно від галузі, якій належить страхувальник. Якщо підприємство бажає застрахувати все своє майно, застосовуються знижені ставки. У разі вибіркового страхування, коли укладається договір страхування частини майна, ставки страхових платежів значно вищі.

Ураховуються також технічний стан підприємства, а саме: якщо він гірший за середній, засоби технічної безпеки застарілі або їх мало, персонал мало кваліфікований, тарифна ставка може бути підвищена.

Визначення розміру збитку і виплати страхового відшкодування – одна з найскладніших і найвідповідальніших операцій страхових компаній. Від умілого, чіткого та якісного регулювання збитків, які виникли у страхувальника, залежить імідж страхової компанії.

Методика визначення збитку та страхового відшкодування залежить від об'єкта страхування (будівлі, засоби виробництва, товари і т. ін.), суб'єкта страхування (державне підприємство, колгосп і т. ін.), стихійного лиха (пожежа, землетрус, повінь тощо).

Розмір збитку і сплати страхового відшкодування визначають у такій послідовності: 1) установлюють факт страхового випадку; 2) визначають розмір збитку і страхового відшкодування, складають страховий акт про страховий випадок; 3) здійснюють страхову виплату.

Страхова установа, яка виплатила страхове відшкодування за пошкоджене або загибле майно, набуває права висунути (у межах суми, виплаченої страхувальникові) вимоги, які підприємство має до особи, відповідальної за завдану шкоду.

Договір страхування, за яким виплачено страхове відшкодування, зберігає чинність до кінця зазначеного в ньому строку в розмірі різниці між страховою сумою, обумовленою договором, і сумою виплаченого страхового відшкодування. Якщо страхове відшкодування виплачене в розмірі повної страхової суми, то чинність договору припиняється.

Не підлягають відшкодуванню збитки:

- завдані внаслідок перебігу процесів, яких не можна уникнути в роботі або таких, що природно впливають з них (корозія, природне спрацювання та інші природні властивості окремих предметів);

- завдані через те, що страхувальник не вжив належних заходів для рятування майна, забезпечення його зберігання і запобігання подальшому пошкодженню чи знищенню;

- завдані внаслідок викрадення майна, якщо факт крадіжки не підтверджено міліцією або іншими правоохоронними органами.

## **2. Транспортне страхування.**

Засоби транспорту, як і домашнє майно, страхуються добровільно. Як наказує практика найпоширенішим видом майнового страхування є страхування автотранспортних засобів. У США, на даний вид припадає близько 45% загального збору премій за майновим страхуванням. Статистичні дані свідчать про те, що число загиблих на 1 млн. км. становить: для автотранспорту – 16 чоловік, для повітряного – 6,5, для залізничного – 1,2 чол.

У сфері транспорту, що становить 30% основних фондів, зайнято 20% працездатного населення. 15% вантажних перевезень здійснюється автомобільним транспортом. Кількість автомобілів на 1000 чоловік в Україні – 62, у Німеччині – 486, Італії – 422, Франції – 410.

Головним ризиком знищення або пошкодження транспортного засобу є дорожньо-транспортна пригода (ДТП). За даними МВС в Україні скоюється щорічно приблизно 40 тис. ДТП з людськими жертвами, в яких гине до 5 тис. і травмується до 40 тис. осіб. Кількість ДТП без заподіяння шкоди життю і здоров'ю в загальнодержавному обсязі не обліковується, але за експертними оцінками таких ДТП скоюється до 150 – 200 тис. за рік.

Сама дорожньо-транспортна пригода має ряд характерних статистичних показників щодо місця, часу настання, стажу водія і т. ін.

Наприклад, понад 30% усіх ДТП відбувається в обласних центрах, найбільша кількість ДТП припадає на жовтень, який за показниками аварійності майже вдвічі випереджає лютий та березень, а за часом доби лівова частка ДТП припадає на вечірні години «пік».

Існує досить цікава залежність імовірності настання ДТП від стажу водія. Наприклад, водії зі стажем до одного року їздять обережно і скоюють менше за всіх аварій. Більш ніж удвічі частіше порівняно з новачками скоюють аварії водії зі стажем від 6 до 10 років, що пояснюється зниженням пильності та уваги. Решта водіїв посідають місце посередині між цими двома групами, але водії зі стажем 10 – 15 років їздять дещо краще.



При визначенні вірогідності настання ДТП враховують також і інші фактори. Так, помічено, що автомобілі яскравих кольорів – червоні, жовті – менше потрапляють у ДТП, ніж сірі та чорні.

Усі ці фактори слід урахувати при визначенні тарифу в разі укладання договору страхування на випадок пошкодження транспортного засобу внаслідок ДТП. Велика вірогідність настання ДТП порівняно з протиправними діями компенсується невеликою збитковістю цього ризику, який становить у середньому 2 – 5 тис. грн., тому середній тариф за цим ризиком становить 1,5 – 3,5 %.

Інших значних збитків завдають протиправні дії третіх осіб, викрадення та пограбування транспортних засобів. Зауважимо, що при укладанні договору страхування повного каско тариф від викрадення становить більш як половину в частці страхового тарифу і досягає близько 4 – 6 %. Це пояснюється майже 100 %-ою збитковістю страхової суми. Тобто в разі настання страхового випадку необхідно виплачувати всю страхову суму. До того ж такий «страховий випадок» досить легко сфальсифікувати. Тому більшість страховиків узагалі не беруть на страхування транспортних засобів від крадіжки. У разі ж прийняття такого ризику застосовують великі розміри франшизи.

Цей ризик має свої особливості. Ризик пограбування залежить насамперед від престижності автомобіля, місця його зберігання, наявності охоронних пристроїв та сигналізації, терміну експлуатації транспортного засобу.

Ще одна група ризиків – стихійні лиха. Тут суб'єктивні фактори не впливають на вірогідність настання збитків. Значне місце в цьому питанні посідає регіон експлуатації транспортного засобу. Тариф від стихійних лих рідко перевищує 1 %.

Українські страховики пропонують різноманітні умови страхування засобів наземного транспорту. Але рідко можна знайти страхову компанію, яка взяла б на страхування автомобіль від усіх ризиків, незалежно від країни його виробництва і терміну експлуатації. І це зрозуміло: старі автомобілі і найбільш престижні моделі належать до категорії з підвищеним ризиком. Перші більше потерпають в ДТП, а другі частіше стають об'єктом для викрадення.

Транспортне страхування – це сукупність видів страхування від небезпек, що виникають на різних шляхах сполучення.

Об'єкти страхування: засоби транспорту (механізований та інший автотранспорт) – КАСКО; перевезені вантажі – КАРГО.

Страхування АВТО-КАСКО передбачає страховий захист від будь-яких збитків. Засоби транспорту страхуються за адресою, яку зазначено в страховому договорі. Необхідні документи для прийняття ризику на страхування: заява та висновок інспектора, що перевіряє документи на транспорт. Термін страхування найчастіше триває не більше 1 року. Страхове відшкодування виплачується у випадках: ушкодження або знищення автомобіля внаслідок ДТП (75%), інших видів аварій; падіння авто; стихійні лиха.

За умовами страхування АВТО-КАСКО страховик не відшкодовує збитків, якщо: вони є наслідком навмисних дій страхувальника, членів його сім'ї, вони є наслідком воєнних дій, громадського обурення, страйків, вони конфісковані, арештовані, знищені за розпорядженням влади; засіб експлуатувався несправним; водій був у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння; засіб використовувався з метою навчання водити; встановлено природний знос засобу, або його окремих вузлів.

У транспортному страхуванні часто використовується страхування АВТО-КОМБІ: транспорт; багаж; водій; пасажир.

Страхування від усіх видів ризиків передбачає найповніше страхове покриття. Воно забезпечує відшкодування збитків спричинених втратою або пошкодженням застрахованого транспортного засобу, фізичними травмами людей та пошкодженням майна третьої сторони.

У міжнародній торгівлі постачання товарів морським шляхом покладає обов'язок укладання договору страхування або на постачальника, або на споживача.

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів здійснюється з метою забезпечення відшкодування збитку, заподіяного третім особам у результаті ДТП.

З цього приводу прийнято Постанову Кабінету Міністрів №1175 від 28 вересня 1996 року, у яку вносилися зміни в 1998 – 2002 рр. Дії Положення поширюються на нерезидентів та резидентів власників транспортних засобів.

Існує два види договорів:

- звичайний договір, що діє на території України;
- додатковий договір, що діє на території держав, які входять до Моторного страхового бюро («Зелена картка»).

Страхова сума і розміри страхових платежів встановлюються Кабінетом Міністрів України. Розмір франшизи при відшкодуванні збитків, заподіяних майну третіх осіб, становить 2% від страхової суми. Страховик, що має ліцензію на даний вид страхування, не може відмовити в укладанні договору будь-якому страхувальникові. Диференціація транспортних ставок враховує потужність двигуна і вид транспорту.

Можливе укладання договору страхування з умовою урахування ступеня зносу автотранспортного засобу, а також з урахуванням втрати товарної вартості.

Іншим важливим застереженням є застосування франшизи. Договір страхування укладається, як правило, за умови власної участі страхувальника у відшкодуванні збитків з установленим розміром безумовної франшизи.

За бажанням страхувальника при укладанні договору страхування може бути заявлена також умовна франшиза, що дає змогу застосувати знижки зі страхової премії.

Страхова премія обчислюється страховиком залежно від страхової суми та обраних страхувальником страхових випадків – чинників, що впливають на рівень імовірності виникнення страхового випадку: марки автомобіля, року його випуску, стажу та віку водія (якщо водіїв кілька – то кожного з них), а

також наявності охоронної сигналізації і протиугінного пристрою та розміру умовної франшизи.

При розрахунку розміру відшкодування розмір матеріального збитку, якщо є сенс відновлювати пошкоджений ТЗ, визначається як сума вартості відновлювальних робіт з урахуванням експлуатаційного зношення замінних деталей, а також втрати товарної вартості.

Втрата товарної вартості є умовною величиною, значення якої становить зниження дійсної вартості відновленого після пошкодження ТЗ (коли виконуються вимоги щодо якості ремонту) порівняно з аналогічним непошкодженим транспортним засобом.

Отже, втрата товарної вартості враховується, коли потрібно виконувати ремонтні роботи з відновленням пошкоджених деталей (вузлів, агрегатів) усіх типів ТЗ, незалежно від характеру та переліку пошкоджень.

Втрата товарної вартості не враховується, якщо:

а) строк експлуатації легкових ТЗ перевищує 5 років для ТЗ виробництва країн СНД і 7 років для іноземних ТЗ;

б) легкові ТЗ експлуатуються в інтенсивному режимі (фактичний пробіг щонайменше вдвічі більший за нормативний), а строк експлуатації перевищує 3,5 року для ТЗ виробництва країн СНД, 5 років для ТЗ виробництва країн далекого зарубіжжя;

в) строк експлуатації вантажних ТЗ та автобусів перевищує 3 роки для країн СНД, 4 роки – для ТЗ виробництва країн далекого зарубіжжя;

г) ТЗ раніше був перефарбований зовні (для автобуса і причепа-дачі – коли відбулося повне перефарбування ззовні та всередині салону);

д) ТЗ має сліди минулих аварій або корозійні руйнування;

е) здійснено заміну кузова;

ж) заміна окремих деталей ТЗ (скло, фари, пластмасові бампери, декоративні накладки, шини, зовнішня та внутрішня фурнітура тощо) не зумовлює потреби фарбування та не погіршує зовнішнього вигляду. Але якщо, крім зазначених деталей, пошкоджено й інші деталі, то розрахунок втрати товарної вартості необхідно проводити з урахуванням усіх пошкоджених деталей у комплексі;

з) якщо ТЗ був виданий громадянинуві безкоштовно, через органи соціального захисту населення (крім випадків, коли нарахування втрати товарної вартості здійснюється за завданням особи або органу, які призначили експертизу).

При визначенні розміру прямої шкоди обов'язково враховується вартісне збільшення ціни досліджуваного автомобіля в результаті його додаткового переобладнання чи реконструкції до часу страхового випадку. Але ціна та строк експлуатації додатково встановленого обладнання (оснащення) та вартість ремонтних робіт, пов'язаних з реконструкцією даного ТЗ, обов'язково повинні бути документально підтверджені. Відсутність таких документів не дає права на врахування таких змін у розрахунку вартості транспортного засобу.

Страхування водних транспортних засобів ґрунтується переважно на тих же засадах, що й автомобільне. Договір страхування може бути укладено на

одній із перелічених далі умов: з відповідальністю за загибель та пошкодження; з відповідальністю за певну загибель с урахуванням втрат на врятування; без відповідальності за ушкодження, крім випадків загибелі. Договір укладається на окремий рейс або на певний строк.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. Яка економічна сутність майнового страхування?
2. Які особливості та основні риси майнового страхування?
3. Що виступає об'єктом добровільного страхування майна підприємств, установ, організацій?
4. Як визначається страхова оцінка рухомого та нерухомого майна?
5. Які існують види страхування майна підприємства?
6. Розкрийте форми організації страхового захисту майна юридичних осіб.
7. Які системи страхового забезпечення можуть бути використані фізичною особою при укладенні договору страхування?
8. Які ризики може обрати фізична особа з метою захисту майна, що їй належить?
9. Чи зберігається обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування, якщо страхувальник доведе, що старість або довготермінова експлуатація майна не вплинула на розмір збитку?
10. У яких випадках договір страхування майна юридичних осіб припиняє свою дію?
11. Що є об'єктом транспортного страхування?
12. З якою метою було запроваджено у Україні обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів та хто є суб'єктами цього страхування?
13. Від яких ризиків страхуються транспортні засоби?
14. На яких засадах страхуються пасажирів від нещасних випадків на транспорті?
15. Що означає втрата товарної вартості?

## **Тема 7. Страхування відповідальності**

### **Лекція 8**

1. Юридичні поняття відповідальності та підстави для її страхування.
  2. Поліси страхування загальної цивільної відповідальності.
  3. Страхування відповідальності виробника за якість продукції.
  4. Страхування відповідальності роботодавця.
  5. Страхування професійної відповідальності.
- Література – [3 с. 363-399], [4 с. 189-226], [7 с. 244-248], [8 с. 99-109].

## **1. Юридичні поняття відповідальності та підстави для її страхування.**

Згідно з вітчизняним законодавством види страхування, де об'єктами страхування є майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди юридичній або фізичній особі, її майну, належать до страхування відповідальності.

Страхування відповідальності спрямоване як на захист майнових прав осіб, постраждалих у результаті дії або бездіяльності страхувальника, так і на захист фінансового стану самого страхувальника. За наявності страхового полісу відшкодування збитків постраждалим гарантується страховою компанією і не залежить від платоспроможності страхувальника. Страхувальник на суму страхового відшкодування звільняється від витрат, пов'язаних із компенсацією спричиненої ним шкоди. Суми компенсацій можуть бути дуже значними (збитки часто мають катастрофічний характер), та й процес урегулювання позовів за такими збитками доволі тривалий.

Страхування відповідальності з огляду на його економічну доцільність і соціальну вагомість з'явилося й на українському ринку. Страхування відповідальності перевізників, власників транспортних засобів, туристичних організацій, імпортерів фармацевтичної продукції, нотаріусів та аудиторів вже широко здійснюється українськими страховиками як в обов'язковій, так і в добровільній формі.

**Правова основа страхування відповідальності.** Рівень розвитку страхування відповідальності прямо залежить від досконалості національних правових інститутів та законодавства, оскільки в основу цього напрямку страхування покладено норми національного та міжнародного права. Для страхування становить інтерес цивільна відповідальність, яка має майновий характер і пов'язана з компенсацією завданої шкоди.

**Цивільна (цивільно-правова) відповідальність** страхувальника виникає як юридичний наслідок невиконання або неналежного виконання ним передбачених цивільним правом обов'язків, через що було порушено суб'єктивні цивільні права третьої особи. До страхувальника в інтересах потерпілого застосовуються встановлені законом або договором санкції майнового характеру. Ідеться про відшкодування збитків, які реально завдані третій особі, та неoderжану користь.

Для накладання відповідальності на страхувальника потрібна наявність його вини; проте можливі випадки, коли відповідальність настає незалежно від вини та навіть без вини; іноді навіть дія непереборної сили не звільняє страхувальника, який заподіяв шкоду, від відповідальності. Це залежить від специфіки діяльності страхувальника та правових норм, які її регламентують.

Цивільне право засновується на презумпції вини, тому страхувальник вважається винним доти, доки він не доведе свою невинність, а потерпіла третя особа зобов'язана довести факт здійснення проти неї правопорушення, наявність у неї збитків та наявність причинного зв'язку між протиправною поведінкою страхувальника та збитками. Страховикові потрібно ураховувати, що сам факт заподіяння шкоди вважається протиправним, доки страхувальник

не доведе, що мав право на дії, які спричинили шкоду. Протиправна заподіяна шкода підлягає відшкодуванню в усіх випадках. Шкода, спричинена правомірними діями, підлягає відшкодуванню лише у випадках, передбачених законом.

Не вимагається наявності вини страхувальника, який заподіяв шкоду, якщо він є власником джерела підвищеної небезпеки (безумовна відповідальність).

Ці умови виникнення відповідальності страхувальника визначають положення договору страхування відповідальності (перелік страхових ризиків, винятки зі страхового покриття, ліміт відповідальності, страховий тариф тощо).

**Типи договорів страхування відповідальності.** Позови за договором страхування відповідальності потенційно можуть бути подані протягом кількох років, а отже, це може статися тоді, коли страхувальник страхуватиметься вже в іншого страховика. Через це постають труднощі з визначенням «відповідального» за такими претензіями страховика. Тому важливо, які саме принципи покладено в основу договору страхування. Вибір залежить від діяльності страхувальника та національного законодавства.

Страхування відповідальності здійснюється, як правило, на підставі події. Це означає, що страховик несе відповідальність за шкоду, яка є наслідком події, що настала протягом дії договору. При цьому причиною виникнення такої події може бути діяльність страхувальника до початку дії договору страхування. Якщо збитки стали очевидні після закінчення терміну страхування, але подія відбулася ще в момент дії договору; то ці збитки також покриваються страховиком згідно зі строком позовної давності.

## **2. Поліси страхування загальної цивільної відповідальності.**

Страхування загальної цивільної відповідальності дуже популярне у світі. Законодавства багатьох країн вимагають здійснювати таке страхування обов'язково. Покриття надається стосовно компенсації третім особам за будь-яку шкоду, нанесену страхувальником їхньому життю, здоров'ю, майну, за винятком випадків, що обумовлюються у договорі окремо. Страхувальниками є фізичні або юридичні особи. Залежно від цього розрізняють поліси страхування персональної відповідальності та відповідальності підприємств.

**Страхування персональної відповідальності.** Необережність, легковажність або забудькуватість людини може завдати шкоди здоров'ю або майну третіх осіб.

Особа, яка винна в таких збитках, несе цивільну відповідальність перед постраждалими особами та зобов'язана компенсувати завдану шкоду. Якщо винна особа має поліс страхування персональної відповідальності, ці збитки відшкодує страховик.

**Умови страхування.** Цікавим є принцип побудови страхового захисту. Вважається, що все, що не обумовлене як виняток, покривається страхуванням. Страховий поліс неодмінно містить застереження, що збитки, які підлягають відшкодуванню за іншими полісами, не підпадають під дію полісу страхування

персональної відповідальності (наприклад, ризик цивільної відповідальності власників транспортних засобів).

Страхування деяких ризиків визначається на особливих умовах. Так, ризики забруднення навколишнього середовища покриваються страхуванням, якщо забруднення є випадковим та непередбаченим. Крім того, страховик може установити окремий невеликий ліміт відповідальності. За додаткову страхову премію до страхового полісу можуть включатися ризики відповідальності домовласників, власників тварин, відповідальність мисливців, спортсменів.

Страховий захист поширюється на чоловіка (дружину) страхувальника, неповнолітніх дітей або осіб, які перебувають на його утриманні, а також осіб, котрі доглядають за домом, дітьми, тваринами страхувальника або працюють на нього (якщо ця відповідальність страхувальника застрахована). Вони є застрахованими на тих самих умовах та в тому самому розмірі, як і сам страхувальник.

Страховик бере на себе обов'язок не лише визначити наявність та розмір відповідальності страхувальника, відшкодувати збитки третій особі, а й захищає страхувальника від необґрунтованих вимог. Якщо претензія розглядається в суді, страховик діє в суді від імені страхувальника та компенсує судові витрати, тобто надає юридичний захист.

**Страхування відповідальності юридичних осіб.** Усі підприємства – від дрібних виробників до транснаціональних корпорацій – несуть відповідальність за шкоду, завдану у процесі їх діяльності життю, здоров'ю та майну третіх осіб. Отже, умови, які можуть призвести до відповідальності, дуже широкі. Тому поліс страхування відповідальності покриває ризики відповідальності комерційної, виробничої та торговельної діяльності, крім чітко визначених у полісі винятків.

**Андеррайтинг.** Страхувальник заповнює заяву, де особлива увага приділяється: 1) стану приміщення страхувальника, освітленню, огорожі, східцям; 2) роботі працівників страхувальника на території третіх осіб, характеру послуг (товарів) страхувальника; 3) майну страхувальника, яке він здає в оренду, спортивній та соціальній діяльності страхувальника, стану дитячих і медичних закладів, які належать страхувальникові. Ця інформація дає змогу страховикові оцінити можливість нанесення тілесних пошкоджень людині або шкоди її майну, передбачити необхідні ліміти відповідальності.

У договорі страхування ліміт відповідальності визначається на рік або агрегатний (тобто сумарний). Крім того, страховик установлює ліміт на кожний страховий випадок (подію), а також безумовну франшизу в розмірі 10% і більше від суми збитку.

Страхова премія визначається на основі валового обігу або заробітної плати, якщо премія розраховується від кількості працівників. Договір страхування може містити умову перерахунку страхової премії після закінчення дії договору.

До стандартного покриття страхування цивільної відповідальності додаються доповнення, де залежно від діяльності страхувальника визначаються особливі умови та винятки:

- страхування відповідальності за забруднення навколишнього середовища;
- страхування відповідальності перед споживачем;
- страхування відповідальності за орендоване страхувальником майно;
- страхування фінансових збитків.

**Відповідальність перед споживачем** може включатися й до полісу відповідальності товаровиробника за якість продукції, що поширює надане покриття.

Наприклад, вантажники, які занесли в дім нові меблі, ненавмисне розбили антикварну вазу, яка була в кімнаті. Усі витрати будуть компенсовані за полісом, який містить ризик відповідальності перед споживачем. Можливо, це буде поліс відповідальності роботодавця, можливо, товаровиробника. Якщо ж інше не передбачено, то компенсація буде виплачена за полісом цивільної відповідальності. Щоб уникнути складної ситуації, коли ризик може бути включений до інших договорів страхування відповідальності, у договорі страхування загальної цивільної відповідальності застосовується застереження: «страховик компенсує страхувальникові суми збитків третім особам, якщо шкода не покривається ніяким іншим полісом страхування».

У полісі страхування цивільної відповідальності **фінансові збитки** визначаються як прямо не пов'язані зі шкодою здоров'ю або майну збитки третіх осіб.

Наприклад, під час ремонтних робіт у приміщенні страхувальника було пошкоджено електричний провід і в сусідньому офісі не стало світла. Страхувальник має відшкодувати фінансові збитки цієї фірми, які виникли внаслідок перерви в роботі.

Страхування відповідальності охоронних служб, будівельних компаній, власників готелів, товаровиробників, роботодавців здійснюється на особливих умовах, які визначаються в додатках До полісу страхування цивільної відповідальності або розглядаються як окремі види страхування. Так, Мюнхенське перестраховальне товариство рекомендує страховикам ризики відповідальності товаровиробників та загальної цивільної відповідальності розглядати як одне комбіноване покриття. Однак андеррайтинг здійснюється по кожній групі ризиків. Тому далі розглянемо особливості та умови страхування деяких видів ризиків окремо.

### **3. Страхування відповідальності виробника за якість продукції.**

Мета цього виду страхування – захищати страхувальника в разі претензій, що їх висувають споживачі його продукції (послуг, котрі ним надаються) і за які він несе відповідальність згідно із цивільним законодавством.

**Поняття продукції та дефекту.** Поняття «продукція» охоплює будь-які товари, комплектуючі, сировину, електроенергію. Не входять до цього поняття природні ресурси, продукти тваринництва, рибальства, мисливства, а також сільськогосподарська продукція, не піддана промисловій переробці.



Дефектною є продукція, безпечність якої не відповідає рівню, на який має право розраховувати споживач з огляду на всі обставини (призначення продукції, зовнішній вигляд, упаковка, наявність інструкцій та правил експлуатації і т. ін.). Під дефектом розуміють також недоліки конструкції, виробничі огріхи, помилки в інструкції, недоліки контролю за якістю продукції.

**Визначення відповідальності.** Питання про вину виробника не порушується – відповідальність виникає із самого факту шкоди, заподіяної позивачеві, тобто «відповідальність без вини». Для одержання компенсації особа, котра постраждала, має довести, що їй було завдано шкоди і що шкода є наслідком дефекту цієї продукції.

Відповідальність за шкоду покладається не лише на виробника кінцевого продукту або комплектуючих, використаних у виробництві зазначеного продукту, а й на тих, хто пропонує продукт як «свій» (наприклад, супермаркети та фірмові магазини несуть відповідальність за продукцію з нанесеним власним фірмовим знаком або своєю назвою).

**Способи захисту виробника.** У разі висунення позову тягар доказів (тобто збір та надання доказів на свій захист) повністю лягає на виробника. При цьому він може знизити відповідальність, довівши таке:

- він ужив усіх необхідних кваліфікованих заходів, аби унеможливити дефекти у продукції на етапі виробничого процесу, або діяв згідно з певним законодавчим актом;
- не передав дефектну продукцію до сфери збуту;
- поставка здійснювалась не в ході бізнесу з метою отримання прибутку(наприклад, подарунок);
- він виготовив тільки частину продукції, а дефектною виявилась уся продукція, або причиною стала інструкція, надана на наступному етапі;
- на момент передавання товару до збуту він не міг виявити цей дефект, виходячи з рівня наукових і технічних знань того періоду (так званий ризик розвитку; не всі члени ЄС прийняли цей вид захисту);
- дефект настав у результаті неправильного, необережного використання продукту або ремонту, а також недотримання правил обережності й інструкцій, що додаються до продукту.

Директива зберігає право виробника на регрес або відхилення розміру заявленого збитку за умови, що потерпілий сам винний у заподіянні шкоди.

**Позовна давність.** Позивач за своїм вибором може подати позов або у країні виготовлення, поставки продукції, або у країні, в якій настав факт завдання шкоди. Це право позивача закріплене Брюссельською конвенцією ЄС «Про судові рішення та обов'язкове виконання судових рішень з цивільних та комерційних справ». Позивач має право подати позов протягом 10 років з моменту завдання шкоди. Протягом трьох років позов має бути вирішений.

**Умови страхування.** За договором страхування відповідальності виробника за якість продукції страховик зобов'язується відшкодувати всі суми, які страхувальник буде зобов'язаний виплатити:

- за випадкову шкоду, завдану здоров'ю деякої особи, включаючи смерть;

- випадкові знищення і/або пошкодження майна, що трапились у період терміну страхування у визначених договором географічних межах, і причиною яких була продукція страхувальника (продана, надана, доставлена, встановлена, відремонтована, перероблена або перевірена ним).

#### **Винятки з договору страхування.**

Як правило, відповідальність виключається, якщо дефект зумовлюється природними властивостями або коли шкода здоров'ю та майну вважається неминучою. Скажімо, у разі навмисних дій або грубої необережності страхувальника. Деякі із зазначених ризиків вносяться до розширеного страхового покриття.

**Територіальні межі страхування.** Більшість договорів надають захист по всьому світу. Але страховик може внести умову, що обмежує територію страхування. Наприклад, страховики неохоче надають захист для продукції, що експортується до США, оскільки американські суди присуджують вищі суми компенсацій.

**Ліміт відповідальності страховика.** Договір страхування передбачає агрегатний ліміт відповідальності за весь термін страхування. Це захищає страховика від катастрофічних збитків і водночас дозволяє уникнути суперечок у суді про те, що вважати одним випадком. Можуть також установлюватися субліміти щодо окремих груп продукції.

**Розрахунок премії.** Як правило, ставка премії обчислюється у відсотках річного грошового обігу страхувальника на підставі даних попередніх періодів. Наприкінці року ставка коригується згідно з реальним обігом.

**Страхування гарантії продукції.** За бажанням страхувальника страховик може додатково розширити страхове покриття за можливий непрямий збиток. Покриття може бути надане у трьох формах: відповідальність за фінансовий збиток, відповідальність за витрати з повернення продукції, відповідальність за витрати із заміни продукції.

#### **4. Страхування відповідальності роботодавця.**

Розвиток законодавства європейських країн привів до встановлення суворої відповідальності роботодавця за шкоду життю та здоров'ю службовця. Якщо нещасний випадок стався не внаслідок грубої помилки, якої припустився службовець, чи навмисного невиконання ним своїх зобов'язань, йому має бути виплачена компенсація. Наприкінці 60-х років багато європейських країн ввели закон про обов'язкове страхування відповідальності роботодавця.

**Визначення відповідальності.** Роботодавець несе відповідальність перед службовцями в разі, коли:

- він припустився особистої необережності (якщо роботодавець є фізичною особою);
- не зміг забезпечити відповідного та безпечного обладнання, устаткувати безпечні робочі місця й підібрати кваліфікованих, компетентних службовців;
- сталися порушення законодавчих актів, які можуть призвести до відповідальності роботодавця;

- необережність одного зі службовців призвела до травми іншого службовця.

Службовці – це особи, які працюють за наймом або навчаються, стажуються на підприємстві роботодавця. Службовцем вважається також будь-яка особа, найнята за договором субпідряду.

Кожний службовець під час роботи має додержувати розумної обережності щодо свого здоров'я та безпеки, а також щодо здоров'я та безпеки інших осіб, які можуть постраждати від його хибних дій.

Обов'язок кожного роботодавця:

- забезпечити охорону здоров'я, безпеку та благополуччя своїх службовців під час робіт;

- вжити всіх заходів, щоб запобігати будь-якому ризику для здоров'я осіб, які не є службовцями роботодавця, та гарантувати їх безпеку;

- усіма можливими засобами запобігати викидам у атмосферу отруйних і шкідливих речовин.

Якщо працівникові було завдано шкоди під час виконання роботи в будь-якому місці, не пов'язаному з діяльністю роботодавця, останній жодної відповідальності за це не несе і компенсація не виплачується.

**Умови страхування.** За договором страхування відповідальності роботодавця страховики відшкодовують збитки страхувальникові в разі притягнення його до відповідальності за шкоду, якої було заподіяно життю та здоров'ю службовця, і сталося це в період дії договору страхування, коли службовець працював на страхувальника, виконуючи службові обов'язки. Додатково страховики сплатять витрати страхувальника, понесені ним за згодою страхової компанії і пов'язані з розслідуванням, медичними та технічними звітами про обставини пригоди, а також із захистом у суді.

**Строк страхування.** Роботодавцеві зручно постійно страхуватись в одного страховика. Наприкінці року переглядаються умови договору страхування, уточнюється страхова премія.

**Територіальні межі страхування.** Здебільшого в полісі обумовлюється територія страхування – конкретна країна або навіть чітко визначені ділянки, наприклад територія заводу, будівельного майданчика.

**Ліміт відповідальності страховика.** Донедавна страховики не обмежували суми відшкодування за угодами страхування відповідальності роботодавців. Багато страхових компаній почали вводити ліміти відповідальності на поодинокі катастрофічні збитки. Однією з причин таких змін стала катастрофа на морській платформі «Пайпер Альфа», де в результаті вибуху загинуло 165 із 226 працівників. Службовці, які працюють у різних роботодавців, піддалися ризику одного нещасного випадку, тобто сталась кумуляція ризику. Загальна сума сплачених позовів досягла 2 млрд. доларів.

Страховики обов'язково застосовують франшизу по одному страховому випадку, а також по збитках стосовно одного службовця.

**Розрахунок премії.** Поліси, як правило, оформляються на регульованій основі. Страхувальник виплачує депозитну страхову премію, сума якої

залежить від річної суми заробітної плати (брутто-заробітної плати за страховий рік, включаючи всі оподатковувані прибутки).

Другий метод підрахунку страхової премії ґрунтується на сумах річного обігу – прибутків від продажу продукції та побічних операцій, а також від кількості зайнятих у виробництві.

### **5. Страхування професійної відповідальності.**

Відповідальність за помилки або упущення, що їх припустила особа під час виконання професійних обов'язків, базується на законодавчих та нормативних актах, які регламентують зобов'язання сторін у тій чи іншій сфері діяльності. Основу професійної відповідальності становить порушення контракту між професіоналом та клієнтом щодо надання послуг. Будь-яка особа, що придбає послугу, розраховує на компетентність та сумлінність професіонала. Якщо клієнтові завдано шкоди, він має право притягти до відповідальності професіонала в судовому порядку.

**Визначення відповідальності.** Головним джерелом претензій до професіоналів є упущення, помилки або хибні дії, які призвели до фінансових збитків клієнтів або третіх осіб. Природа шкоди залежить від характеру професійної діяльності.

**Способи захисту професіонала.** Захистом проти висунених претензій може бути доказ, що професіонал не перевищив, своїх повноважень, був обережний та що його дії відповідали рівню кваліфікації, яка вимагається від професіоналів у цій галузі. Він повинен переконати суд, що діяв чесно та розумно.

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

**Термін страхування.** Поліс покриває всі позови, які були подані в період його дії. Не має значення, коли припустили необережності, що викликала позов, - під час дії цього полісу чи раніше. Тому страхувальник має бути дуже уважним, відповідаючи на запитання страховика під час укладання договору страхування. Це дозволить страховикові надати адекватне страхове покриття.

**Територіальні межі страхування.** Договір страхування передбачає покриття робіт, виконуваних у межах країни. Під час виконання робіт за кордоном страхувальник має додатково повідомляти страховика, щоб розширити страхове покриття.

**Ліміт відповідальності страховика.** Здебільшого встановлюється агрегатний ліміт відповідальності за весь період страхування. Ліміт за однією подією, за одним позовом, як правило, не застосовується. Проте договір передбачає поновлення ліміту за додаткову платню.

**Розрахунок премії.** Премія розраховується за одним із принципів:

- відсотки від річного грошового обігу страхувальника плюс фіксовані суми премій за кожну застраховану особу (тобто службовця);

- згідно із сумами компенсацій з додаванням оплати за кожного службовця.

**Страховання від клевети, поговори та дискредитації.** У такому покритті мають потребу особи, пов'язані з друком та виданням книжок, журналів, газет, ведучі телевізійних та радіопрограм. Позови можуть висуватися, якщо через поговор завдано шкоди репутації інших осіб. Наклепи, поговори можуть викликати до них ненависть, зневагу, насмішки, завдати шкоди роботі. При цьому недостатньо самого лише ущемлення гідності та почуттів постраждалих. Має бути факт завдання шкоди репутації.

Якщо клеветні заяви стають доступними третій стороні і такі заяви прямо або посередньо вказують на постраждалого, то це може стати основою для порушення позову.

**Нечесність працівників.** Страховання ризиків відповідальності страхувальника у зв'язку з нечесністю службовців не покриває нечесності партнерів та керуючих директорів. Таке страхування не поширюється на шкоду страхувальникові (його грошовим коштом, власності та ін.) внаслідок нечесності службовців. Шкоду страхувальникові розумніше страхувати у того самого страховика, у якого одержано поліс професійної відповідальності з розширенням на ризики нечесності. На практиці можуть виникнути обставини, що об'єднують обидва покриття. Нечесність з боку особисто страхувальника виключається.

**Втрата, шкода документам.** Часто професіонали утримують у себе різні документи своїх клієнтів – заповіти, закладні, сертифікати. Договір може передбачати покриття витрат на заміну або відновлення таких документів унаслідок їх часткової втрати або знищення. Покривається і відповідальність перед третіми особами, що постраждали внаслідок такої втрати.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. В чому економічний зміст страхування відповідальності? Яка його характеристика?
2. Згідно з цивільним правом хто вважається правопорушником?
3. Які з видів відповідальності страхуються?
4. Хто сплачує внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві?
5. Чи нещасний випадок або професійне захворювання, яке сталося внаслідок порушення нормативних актів про охорону праці застрахованим, є страховим випадком?
6. Яка шкода не компенсується за полісом страхування відповідальності роботодавця?
7. Які позови охоплює договір страхування на підставі події?
8. Через помилки у розрахунках міцності бетону, що був використаний при будівництві балконів, виникла небезпека настання нещасного випадку. Балкони необхідно перебудувати. Яким договором страхування збитки можуть бути відшкодовані?

9. У якому випадку поліс цивільної відповідальності покриває шкоду в результаті забруднення навколишнього середовища?
10. Поясніть сутність системи пропорційної відповідальності. З якою метою вона використовується страховими компаніями?

## **Тема 8. Доходи, витрати та прибуток страховика**

### **Лекція 9**

1. Основні принципи організації фінансів страховика.
  2. Доходи та витрати страхових організацій.
  3. Сутність фінансової надійності страхової компанії.
- Література – [3 с. 446-474], [4 с. 298-337], [6 с. 178-183, 195-200].

#### **1. Основні принципи організації фінансів страховика.**

Фінанси страховика – засоби, які забезпечують його діяльність з надання страхового захисту та дозволяють відшкодувати страхувальнику нанесену йому шкоду (збиток).

Відповідно до ст. 2 Закону України «Про страхування» страховик безпосередньо в повному обсязі не може займатися інвестиційною діяльністю тому, що його фінансова діяльність може бути пов'язана тільки з формуванням, розміщенням та управлінням страховими резервами, як власними, так і в якості умов для інших страхових компаній.

Фінанси страховика забезпечують його діяльність при здійсненні страхування. Страховик формує та використовує кошти страхових резервів, покриває збиток страхувальника та фінансує власні витрати при організації страхової справи.

Грошовий обіг страхової компанії включає в себе два потоки: обіг коштів, що забезпечує страховий захист, та обіг коштів, пов'язаний з організацією страхової справи. При цьому обіг коштів, що забезпечує страховий захист відбувається у двох напрямках: на першому – формуються та розподіляються страхові резерви, а на другому – їх частина інвестується з метою отримання прибутку.

Важливою особливістю грошового обігу, безпосередньо пов'язаного з наданням страхового захисту, є його ризиковий, імовірнісний характер, тому що до основи формування страхових резервів покладена імовірність збитку страхувальника.

Особливості тимчасового розкладання збитку в ризикових видах страхування (як правило, короткострокових) та накопичення страхової суми в довгострокових видах страхування життя сформували два типи запасних фондів: запасний фонд з ризикових видів страхування та резерви внесків.

Чим вище ймовірність того, що створені страховиком страхові резерви виявляться достатніми для виконання ним своїх зобов'язань (відшкодування збитку), тим вище фінансова стійкість страховика. Рух коштів, пов'язаний з

формуванням та використанням запасних фондів, викликаний безпосередньо ризиковим характером грошового обігу.

Формування запасного фонду може виявитися не під силу одному страховику, навіть тому, який має значні фінансові ресурси.

У страховій справі практикується формування запасних фондів двох рівнів – звичайного запасного фонду та фонду катастроф. При цьому звичайний запасний фонд, розрахований на нормальні статистичні відхилення рівня збитковості, формується кожною страховою організацією, а фонд катастроф, розрахований на екстраординарні збитки, створюється в об'єднаннях страховиків.

Головні складники фінансів страховика враховують активи та пасиви страхової компанії.

#### **Активи страхової компанії.**

Основні засоби – матеріальні активи, які підприємство утримує з метою використання їх у процесі виробництва або постачання товарів, надання послуг, здавання в оренду іншим особам або для здійснення адміністративних і соціально-культурних функцій, очікуваний термін корисного використання (експлуатації) яких більше одного року (або операційного циклу, якщо він довший за рік).

Основні засоби можуть набуватися страховими організаціями:

- у результаті капітальних вкладень;
- унаслідок безоплатної передачі;
- як внесок до статутного фонду страхової організації;
- шляхом оренди.

Фінансові інвестиції – активи, що перебувають у розпорядженні підприємства з метою збільшення прибутку (процентів, дивідендів та ін.), збільшення вартості капіталу чи інших вигод інвестора.

Дебіторська заборгованість – сума заборгованості дебіторів підприємству на відповідну дату. Дебітори – юридичні та фізичні особи, які внаслідок минулих подій заборгували підприємству певні суми грошових коштів, їх еквівалентів або інших активів. У страховика може виникнути дебіторська заборгованість за розрахунками зі страхувальниками.

Нематеріальний актив – немонетарний актив, який не має матеріальної форми та може бути ідентифікований та утримується підприємством з метою використання впродовж періоду більше одного року (чи одного операційного циклу, якщо він перевищує один рік) для виробництва, торгівлі, в адміністративних цілях чи надання в оренду іншим особам. Для страхових організацій це можуть бути права використання чи володіння землею, нерухомістю, ноу-хау та ін.

Грошові кошти та їх еквіваленти в національній та в іноземній валюті знаходяться у касі страховика та на рахунках у банках.

#### **Пасиви страхової компанії.**

Власний капітал страхових організацій може складатися з статутного капіталу, додаткового капіталу, резервного капіталу та суми нерозподіленого прибутку.

Статутний капітал створюється за рахунок сукупності вкладень (в грошовому вимірі) власників (учасників) в майно підприємства для забезпечення його діяльності, що передбачено установчими документами (статутом).

При створенні страховика або збільшенні зареєстрованого статутного фонду статутний фонд повинен бути сплачений виключно в грошовій формі. Дозволяється формування статутного фонду страховика цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному спеціальним уповноваженим центральним органом виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю (далі – Уповноважений орган), але не більше 25 відсотків загального розміру статутного фонду. Забороняється використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, а також кошти, отримані в кредит, позику та під заставу, і вносити нематеріальні активи. Згідно з Законом України «Про страхування» мінімальний розмір статутного фонду страховика, який займається видами страхування іншими, ніж страхування життя, встановлюється в сумі, еквівалентній 1 млн. євро, а страховика, який займається страхуванням життя, – 1,5 млн. ЄВРО за обмінним курсом валюти України.

Додатковий капітал створюється у процесі діяльності страховика за рахунок дооцінки активів, вартості безкоштовного надходження майна від юридичних та фізичних осіб та інших джерел.

Резервний капітал створюється за рахунок прибутку страхової компанії з метою усунення можливих у майбутньому тимчасових ускладнень та забезпечення достатнього рівня платоспроможності.

Нерозподілений прибуток – сума чистого прибутку, що залишається в господарчому обігу підприємства після сплати до бюджету та у позабюджетні фонди податків та інших обов'язкових платежів і розподілення відповідної суми прибутку між власниками (учасниками) підприємства.

Додатковий, резервний капітал, а також сума нерозподіленого прибутку створюють гарантійний фонд страховика.

Кредиторська заборгованість – сума заборгованості постачальникам та підрядчикам за отримані матеріальні цінності та надані послуги. У страховика може виникнути кредиторська заборгованість за розрахунками зі страхувальниками та перестраховиками.

## **2. Доходи та витрати страхових організацій.**

Дохід від страхової діяльності визначається як сума надходжень страхових внесків (платежів, премій) за договорами страхування, співстрахування і перестрахування за вирахуванням страхових резервів та страхових внесків за договорами, переданими у страхування.

Страховий платіж як основне джерело доходів страховика визначається на основі страхового тарифу і страхової суми.

Економічною основою тарифу є собівартість страхової послуги, що відображає об'єктивну потребу в коштах на формування страхових резервів і на ведення справи.



На розмір тарифної ставки може впливати банківський відсоток, що відповідає «нормі прибутковості».

При тривалих термінах страхування та ефективному вкладенні коштів врахування норми прибутковості дозволяє страховику помітно знизити страховий тариф, що зміцнює його стан в умовах конкуренції.

**У складі доходів страхової організації враховуються:**

- суми повернення страхових резервів, відрахованих у попередні періоди;
- комісійні винагороди за договорами, переданими у перестраховування;
- комісійні винагороди, отримані за надання послуг страхового агента, страхового брокера, аварійного комісара;
- відшкодування перестраховиками частки страхових виплат за договорами, переданими у перестраховування;
- економія коштів на ведення справи з обов'язкового медичного страхування.

Інші доходи від страхової діяльності:

- суми отриманих відсотків, нарахованих на премії за ризиками, прийнятими у перестраховування;
- суми, отримані в порядку реалізації права вимоги страховика зі страхування майна до особи, відповідальної за заподіяний збиток (регрес);
- інші надходження від страхової діяльності.

Доходи від інвестиційної діяльності містять:

- доходи від участі в інших організаціях;
- надходження від реалізації основних засобів, матеріальних цінностей та інших активів;
- доходи від передачі майна в оренду;
- інші доходи від об'єктів нерухомості;
- доходи від реалізації інвестицій;
- інші доходи за інвестиціями.

За своєю структурою вони багато в чому споріднені з операційними доходами.

Доходи від фінансової діяльності та іншої діяльності:

- суми, що надійшли в погашення дебіторської заборгованості, списаної в попередні періоди на збитки;
- списана кредиторська заборгованість;
- відсотки до одержання;
- позареалізаційні прибутки;
- прибутки від іншої, не забороненої законом діяльності, безпосередньо не пов'язаної зі здійсненням страхової діяльності.

**Склад витрат страхових організацій.**

Витратами організації визнається зменшення економічних вигод у результаті вибуття активів (коштів, іншого майна) і виникнення зобов'язань, що призводять до зменшення капіталу цієї організації, за винятком внесків за рішенням учасників (власників майна).

За економічними ознаками витрати в страхуванні класифікуються за двома групами: зі страхової діяльності та ведення справи.

1. Витрати зі страхової діяльності включають:

- витрати на виплату страхового відшкодування і страхових сум;
- відрахування в страхові резерви;
- відрахування на попереджувальні заходи.

Виплати страхових сум і страхового відшкодування є основною статтею витрат страховика як за питомою вагою, так і за значимістю в організації страхової справи. На момент виплати відбувається виконання фінансових зобов'язань страховика перед страхувальниками. На розмір виплат впливають частота страхових випадків і їх спустошливість (руйнівність). У звіті про фінансові результати страхової діяльності ця стаття витрат відображає оплачені збитки, що мали місце.

Відрахування в страхові резерви – це витрати майбутніх періодів. Потреба у формуванні резервів обумовлена однією з істотних ознак страхування – розкладкою збитку у часі. Випадковий характер страхових подій припускає нагромадження коштів страховиком у сприятливий період, щоб мати можливість зробити виплати постраждалим у несприятливий період.

До особливої групи страхових резервів належить резерв попереджувальних заходів. Ця особливість виявляється як у характері його утворення, так і використання.

Попередження є самостійною формою боротьби страхувальника з несприятливими подіями, що у господарській діяльності використовується поряд із страхуванням. Однак у зв'язку з тим, що попередити несприятливу подію завжди економічно вигідніше, ніж відшкодувати нанесений нею збиток, страхові організації, як правило, беруть участь у фінансуванні таких заходів.

2. Витрати на ведення справи.

Відповідно до прийнятої в нашій країні класифікації вони включають витрати на оплату праці, нарахування на заробітну плату, господарські і канцелярські витрати, витрати на відрядження, операційні витрати та деякі інші. Джерелом фінансування витрат на ведення справи є навантаження. Вони відіграють важливу роль у формуванні собівартості страхових операцій. На даний момент найбільша питома вага у цих витратах припадає на оплату праці працівникам; надалі, із розвитком ринку, варто очікувати різкого зростання витрат на маркетинг, особливо на рекламу.

До витрат з оплати організаціям або окремим фізичним особам зроблених ними послуг, пов'язаних із страховою діяльністю, належить оплата:

- медичного обстеження при укладанні договорів страхуванні життя і здоров'я; детективних послуг, пов'язаних із встановленням обґрунтованості страхових виплат; послуг фахівців (у тому числі експертів, аварійних комісарів, юристів), що залучаються для оцінки страхового ризику, визначення страхової вартості майна і розміру страхової виплати, оцінки наслідків страхових подій, урегулювання страхових виплат;
- послуг з виготовлення страхових свідоцтв (полісів), бланків суворой звітності, квитанцій та інших подібних документів;

- послуг організацій за виконання ними письмових доручень працівників з перерахування страхових внесків із заробітної плати шляхом безготівкових розрахунків;

- послуг організацій охорони здоров'я та інших організацій з видачі довідок, статистичних даних, висновків та інших аналогічних документів;

- інкасаторських послуг.

### **Порядок формування фінансових результатів.**

До визначення фінансових результатів на підставі спеціальних розрахунків визначається сума відрахувань у страхові резерви, а також суми повернення страхових резервів, відрахованих у попередні періоди.

При підведенні підсумків господарської діяльності страховика фінансовий результат визначається за один рік; при оцінці еквівалентності відносин страховика і страхувальників – за той період, що був прийнятий за основу при розрахунку тарифу.

Фінансовий результат страхових операцій визначається шляхом зіставлення прибутків і витрат страхової організації. У тому випадку, якщо прибутки перевищують витрати, організація має позитивне сальдо.

Прибуток від страхових операцій становить різницю між ціною наданих страхових послуг та їх витрат. Він визначається як за страховими операціями у цілому, так і за кожним видом страхування.

Відношення річної суми прибутку до річної суми страхових платежів називається рентабельністю страхових операцій. Цей показник визначається за кожним видом страхування і за страховими операціями у цілому.

Страховий бізнес, властивий економіці, що функціонує на ринковій основі, набув за останні роки істотного розвитку. Про це свідчить створення нових страхових організацій, поява нових видів страхування, значне зростання обсягів страхових платежів.

Розвиток страхового ринку ускладнюється рядом чинників:

- нестабільність національної грошової одиниці як загального еквівалента багато в чому позбавляє страховий бізнес економічної основи для розвитку страхових операцій. Інфляція підриває основи довгострокового страхування життя. Для нормального функціонування страхового ринку потрібний реальний курс національної валютної одиниці;

- відсутність ефективних сфер застосування тимчасово вільних коштів, що забезпечують як гарантовану збереженість інвестованих коштів, так і стабільний прибуток від цих активів;

- нестача професійних кадрів у галузі страхування, сертифікованих актуаріїв. Над вирішенням цієї проблеми мають попрацювати фахівці навчальних закладів. Необхідно перебороти «девальвацію» праці страхового працівника, зробити її престижною. Державного значення набувають питання підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації страхових працівників, здатних ставити і творчо вирішувати складні проблеми в умовах ринкової економіки. Потрібний жорсткий професійний добір кадрів, що деякою мірою дасть контрактна конкурсна система, яка застосовується в розвинутих країнах;

- наступна група проблем пов'язана із розвитком страхового інвестування – нерозвинений фінансовий ринок і обмеженість в об'єктах інвестування негативним способом позначаються на інвестиційній складовій страхування. Відсутність у законодавстві використання таких активів, як позички, знижує привабливість і конкурентоздатність страховиків поряд з іншими суб'єктами ринку фінансових послуг;

- вступ України до ВТО свідчить про процеси глобалізації, що неодмінно вплинуть на вітчизняний страховий ринок. Основною проблемою є державна політика з урегулювання даного процесу і дотримання визначених етапів розвитку. Молодий вітчизняний страховий ринок та потужний фінансовий і професійний можуть порушити сформовану рівновагу на страховому ринку, це, у свою чергу, може сприяти посиленню відтоку капіталу з країни і на цій основі розвитку зовнішньої залежності й послабленню стратегічної значимості страхування.

### **3. Сутність фінансової надійності страхової компанії.**

Зростання прибутковості й рентабельності роботи страхової організації досягається через постійну узгодженість її доходів та витрат. Привабливим є стабільне перевищення обсягів доходів над витратами, чим досягається фінансова стабільність усіх або переважної більшості страхових операцій.

Особливості організації діяльності страховика визначаються своєрідністю страхового процесу: на його вході та виході перебувають фінанси, які лише тимчасово знаходяться у страховика, який приймає від страхувальника гроші в обмін на послугу, яку надасть у майбутньому як страхові виплати тим страхувальникам, що зазнають збитків. Ця особливість потребує певних гарантій щодо здатності страхової компанії відповідати за своїми зобов'язаннями перед страхувальниками. Однією із гарантій є фінансова надійність страховика. Вона постійно перебуває в центрі його уваги та пов'язана з тарифною, фінансовою, інвестиційною і перестраховальною політикою.

Збільшення ресурсів страхової компанії, її фінансова надійність забезпечуються кількома чинниками:

- розміром власних коштів, зокрема статутного капіталу;
- правильно розрахованими тарифними ставками;
- збалансованим страховим портфелем;
- величиною страхових резервів, відповідних сумі взятих страховиком на себе зобов'язань;
- ефективним розміщенням страхових резервів;
- перестрахованням.

Фінансова надійність страховика – це його здатність виконати страхові зобов'язання, які прийняті за договорами страхування та перестраховання внаслідок впливу несприятливих чинників. Вона дає змогу страховикові виконати всі зобов'язання за будь-яких обставин.

Існують законодавчо визначені вимоги до власних коштів страховика, які мають бути сформовані за рахунок внесків засновників та прибутку. Статутний

фонд – головний елемент функціонування будь-якого суб'єкта господарської діяльності незалежно від форми власності. Він є сумою внесків засновників для забезпечення життєдіяльності компанії. Порядок формування статутного фонду регулюється чинним законодавством і статутними документами. Законодавством забороняється використовувати для формування статутного фонду кошти страхових резервів, а також кошти, отримані в кредит та під заставу, і вносити нематеріальні активи.

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

Ще один фактор фінансової надійності страховика – достатність страхових резервів, які відповідають обсягу страхових зобов'язань за укладеними договорами страхування. Їх виконання забезпечується достатнім розміром страхових резервів (при їх формуванні слід враховувати вид страхування, термін дії договору, рівномірність розподілу ризику), а також правильно визначеного основою для страхової премії.

Фінансова надійність страховика забезпечується і таким інструментом, як перестраховування. Значна вартість об'єктів, які можуть прийматися на страхування, можуть негативно вплинути на фінансову надійність страхової компанії, проте метою перестраховування є те, що страховик, приймаючи на страхування великий ризик, передає його частку перестраховикові і далі не несе відповідальності перед страхувальником у повному обсязі.

Забезпечення фінансової стабільності страхових організацій, посилення їх позицій на страховому ринку передбачає виконання принципів фінансового менеджменту страхових операцій. Метою фінансово-економічного аналізу страхових операцій є об'єктивна оцінка їх прибутковості та перспективності, виявлення резервів подальшого зміцнення страхового захисту й прийняття на цій основі ефективних управлінських рішень. Результати аналізу впливають на прийняття тактичних та стратегічних завдань у практичній діяльності страховика.

Виділяють три види економічного аналізу: попередній, оперативний та прогнозний. Всі вони мають один предмет, але різняться між собою тим, що досліджують різноманітну страхову інформацію і вони є базою для прийняття менеджерських рішень різного рівня.

Попередній аналіз страхових операцій використовується страховиками у плануванні традиційних та в підготовці введення нових видів страхування або при зміні чинних умов.

Оперативний аналіз здійснюється одразу після проведення страхових операцій. Як правило, оперативний аналіз має на мету вирішення певного конкретного завдання.

Прогнозний аналіз страхової діяльності виконується на місяць, квартал, рік або тарифний період. Економічний аналіз страхових операцій базується на

загальній теорії й методиці економічного аналізу. Водночас враховується специфіка об'єкта аналізу (страхові операції, на які суттєво впливає ймовірний характер руху коштів страхових резервів), що визначає й особливості менеджменту в страхуванні.

### **Запитання для самоперевірки знань**

1. В чому полягає особливість здійснення фінансово-господарської діяльності страховика?
2. Що розуміють під доходами та витратами страхової компанії?
3. Як класифікуються витрати страхової компанії?
4. Які складові витрат страховика?
5. Як формується собівартість страхової послуги?
6. Як класифікуються доходи страхової діяльності?
7. Які складові та джерела доходів страховика?
8. Як визначається фінансовий результат страхової діяльності?
9. Що розуміють під платоспроможністю страхової компанії? Які її умови?
10. Як визначається платоспроможність страховика (фактична та нормативна)?
11. Чому необхідно дотримуватись вимоги перевищення фактичного запасу платоспроможності над нормативним?
12. Що розуміють під ефективністю діяльності страхової компанії?
13. Якими показниками визначається ефективність діяльності страховика? В чому полягає їх зміст?
14. Що розуміють під рейтингом страхової компанії? Чому він визначається?
15. Як вибрати «свою» страхову компанію?

## Список літератури

1. Закон України «Про страхування» № 86/96 від 7 березня 1996 року (із змінами, внесеними згідно з Законами № 4391-VI (4391-17) від 09.02.2012, ВВР, 2012, № 41, ст.491, № 5459-VI (5459-17) від 16.10.2012) // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
2. Закон України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» № 1961-IV, 01.07.2004 // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
3. Безугла В. О., Постіл І.І., Шаповал Л.П. Страхування: Навч. пос. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 582 с.
4. Вовчак О. Д. Страхування: Навчальний посібник. 3-тє видання, стереотипне. – Львів: «Новий Світ-2000», 2006. – 480 с.
5. Гоцуляк С. А., Залетов А. Н., Перетяжко А. И., Шевченко В. И. Страхование дело в Украине: состояние, тенденции, перспективы. – К.: Международная агенция «BeeZone», 2005. – 416 с.
6. Страхування: теорія та практика: Навчально-методичний посібник / Внукова Н.М., Успенко В.І., Временко Л.В. та ін.; За загальною редакцією проф. Внукової Н.М. – Харків: Бурун Книга, 2004. – 376 с.
7. Плиса В.Й. Страхування: Навчальний посібник. – Київ: Каравела, 2006. – 392 с.
8. Конопліна Ю. С. Соціальне страхування. Навчальний посібник. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. – 224 с.
9. Юрій С.І., Шаварина М.П., Шаманська Н.В. Соціальне страхування: Підручник. – Київ: Кондор. – 2004. – 464 с.
10. Говорушко Т.А. Страхові послуги: Навчальний посібник. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 400 с.

## Додаткова література

11. Постанова Кабінету Міністрів України №369-р від 23.09.05 «Про схвалення Концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року» (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 1022 (1022-2006-п) від 26.07.2006, № 346 (346-2011-п) від 28.03.2011) // [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
12. Внукова Н.М. Соціальне страхування: Навчальний посібник / Н.М.Внукова, Н.В. Кузьминчук. – К.: Кондор, 2006. – 352с.
13. Страхування: Підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. Осадець С.С. – Вид. 2-ге, перероб. і доп. – Київ: КНЕУ, 2002. – 599 с.
14. Машина Н.І. Страхування для туристичних підприємств: Навчальний посібник / Н.І.Машина. – К.: Центр навч.літ.- 2006. – 368с.
15. Ротова Т. А. Страхування: Навч. посіб. – 2-ге вид. переробл. та допов. – К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2006. – 400 с.
16. Яворська Т.В. Страхові послуги. Навчальний посібник – К.: Знання, 2008. – 350 с.

Навчальне видання

Укладач:

БУГРІМЕНКО Роман Михайлович

# Страхування

## КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

для студентів за напрямом підготовки  
6.14010101 «Готельно-ресторанна справа»

---

Підп. до друку . р. Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Папір офсет. Друк офсет.  
Умов. друк. арк. . Обл. – вид. арк. . Тираж прим. Зам. №

---

Харківський державний університет харчування та торгівлі  
61051 Харків – 51, вул. Клочківська, 333

---

ДОД ХДУХТ, 61051, Харків – 51, вул. Клочківська, 333.