Міністерство освіти і науки України
Львівський національний університет імені Івана Франка

Н. С. СИТНИК

А. В. СТАСИШИН

Д. В. ПОПОВИЧ

СТРАХУВАННЯ

Навчальний посібник

За загальною редакцією д.е.н., проф. Ситник Н. С.

2025

ББК 65.271 (я73)
С 41
УДК 368(075.8)

Автори:
д-р екон. наук, проф. Ситник Н. С.,
к. е. н., доц. Стасишин А. В.,
к. е. н., доц. Попович Д. В.

Рецензенти:

Штулер І. Ю. – доктор економічних наук, професор, перший проректор, професор кафедри фінансів, обліку та фундаментальних економічних дисциплін ВНЗ «Національна академія управління»;

Фадєєва І. Г. – доктор економічних наук, професор, професор кафедри фінансів, обліку та оподаткування Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу;

Черкасова С. В. – доктор економічних наук, професор, професор кафедри фінансів, економічної безпеки, банківської справи та страхового бізнесу Львівського торговельно-економічного університету

Рекомендовано до друку Вченою Радою Львівського національного університету імені Івана Франка (протокол № 73/10 від 30.10.2024 р.)

Страхування : навчальний посібник / [Ситник Н. С., Стасишин А. В., Попович Д. В.]. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2025. – 512 с.

У навчальному посібнику викладено теоретичні та практичні основи страхування, страхового ризику, страхового ринку, страхової організації, перестрахування та співстрахування. Висвітлено ключові аспекти державного регулювання страхової діяльності, формування доходів, витрат і прибутку та вимог до фінансової надійності страховика. Для розширення кола знань з навчальної дисципліни в кінці кожної теми включені питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень. З метою кращого засвоєння специфічної страхової термінології в кінці навчального посібника наведено словник страхових термінів та предметний покажчик.

Посібник рекомендований для здобувачів вищої освіти економічних спеціальностей, наукового ступеня доктор філософії, викладачів економічних дисциплін та практиків сфери фінансів.

ISBN 978-617-7942-20-6

© Ситник Н. С., Стасишин А. В.,
Попович Д. В., 2025
© ЛНУ імені Івана Франка, 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 6

ТЕМА 1. СУТНІСТЬ, ФУНКЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ СТРАХУВАННЯ 7
1.1. Необхідність і форми страхового захисту 7
1.2. Страхування як економічна категорія 10
1.3. Функції страхування 16
1.4. Принципи страхування 17
1.5 Термінологія у страхуванні 20

ТЕМА 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ 23
2.1. Сутність та основні підходи до класифікації у страхуванні 23
2.2. Класифікація страхування за об'єктами 32
2.3. Класифікація страхування за формами проведення 36
2.4. Методи та системи страхування 45

ТЕМА 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ 51
3.1. Поняття та економічна сутність страхових ризиків 51
3.2. Класифікація ризиків у страхуванні 55
3.3. Управління страховими ризиками (ризик-менеджмент у страхуванні) 62
3.4. Страховий тариф: сутність, структура та методи розрахунку. Тарифна політика страховика 71

ТЕМА 4. СТРАХОВИЙ РИНОК 87
4.1. Поняття страхового ринку та його структура 87
4.2. Страхові посередники та їх роль на страховому ринку 98
4.3. Показники страхової статистики. Показники стану і розвитку страхового ринку 109
4.4. Етапи розвитку страхового ринку України 117
4.5. Сучасний стан, ключові проблеми та перспективні тренди розвитку національного страхового ринку 121
4.6. Об'єднання страховиків та учасників страхового ринку 138

ТЕМА 5. СТРАХОВА ОРГАНІЗАЦІЯ 147
5.1. Страхова компанія як суб'єкт страхового ринку. Організаційні форми та класифікація страховиків 147
5.2. Ресурси страхової компанії 157
5.3. Структура й органи управління страховою організацією 170
5.4. Договір страхування. 182
5.5. Маркетингова діяльність страхової компанії 195

ТЕМА 6. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 200
6.1. Необхідність, функції, види та принципи державного регулювання страхової діяльності 200
6.2. Діяльність, завдання, функції та права НБУ як регулятора страхового ринку 212
6.3. Порядок реєстрації, ліцензування, ліквідації та реорганізації страховика 224

ТЕМА 7. ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ 235
7.1. Загальна характеристика особистого страхування 235
7.2. Страхування життя 237
7.3. Страхування від нещасних випадків 256
7.4. Медичне страхування 264

ТЕМА 8. СТРАХУВАННЯ МАЙНА 278
8.1. Загальна характеристика страхування майна 278
8.2. Страхування майна юридичних осіб 280
8.3. Страхування майна фізичних осіб 289
8.4. Страхування транспортних засобів і вантажів 398
8.5. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств 310

ТЕМА 9. СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ 314
9.1. Загальна характеристика страхування відповідальності 314
9.2. Роль Моторного (транспортного) страхового бюро України у страхуванні цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів 320
9.3. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів 327
9.4. Міжнародна система страхування «Зелена картка» 337
9.5. Страхування інших видів відповідальності 340

ТЕМА 10. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ І СПІВСТРАХУВАННЯ 357
10.1. Сутність та функції перестрахування 357
10.2. Види перестрахувальних операцій 366
10.3. Співстрахування та механізм його дії 376

ТЕМА 11. ДОХОДИ, ВИТРАТИ І ПРИБУТОК СТРАХОВИКА 379
11.1. Характеристика доходів та витрат страховика 379
11.2. Формування фінансових результатів страховика 388
11.3. Фінансова звітність страховика 390
11.4. Оподаткування страхових компаній 394

ТЕМА 12. ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВИКА 398
12.1. Поняття фінансової надійності страховика 398
12.2. Ключові вимоги до платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика 401
12.3. Інструменти щодо недопущення (усунення) порушень вимог до платоспроможності страховика. Підстави віднесення страховиків до категорії неплатоспроможних 414

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ 427

СЛОВНИК СТРАХОВИХ ТЕРМІНІВ 453

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК 508

ПЕРЕДМОВА

У сучасних умовах страхування стає невід'ємним і необхідним фінансовим інструментом, який забезпечує соціально-економічну стабільність і безпеку. Воно сприяє розвитку підприємництва, ефективному захисту майнових інтересів громадян і суб'єктів бізнесу від різного роду ризиків, таких як природні, техногенні, економічні та інші, а також реалізації державної політики соціально-економічного захисту населення.

Розгортання фінансово-економічної кризи в Україні, викликаної повномасштабним вторгненням росії, значною мірою посилило актуальність питань щодо ефективного функціонування фінансового ринку. Страхування, як основна складова ринку небанківських фінансових послуг, відіграє ключову роль у стабілізації підприємницької діяльності та економіки країни. Важливою є роль страхування щодо стимулювання розвитку ринкових відносин, ділової активності та покращення інвестиційного клімату в країні.

Функціонування страхового бізнесу в Україні супроводжується кризовими явищами і залишається недосконалим через низку проблем, які гальмують його розвиток. Їх успішне вирішення вимагає належного методичного, організаційного та кадрового забезпечення. Усі ці виклики вимагають нових підходів до теоретичної та практичної підготовки фахівців у галузі фінансів та страхової справи зокрема.

З метою формування системних теоретико-методичних знань та практичних навичок у сфері страхових взаємовідносин у навчальному посібнику викладено основні засади страхування, страхового ризику, страхового ринку, страхової організації, перестрахування та співстрахування. Висвітлено ключові аспекти державного регулювання страхової діяльності, формування доходів, витрат і прибутку та вимог до фінансової надійності страховика.

Навчальна дисципліна «Страхування» є обов'язковою освітньою компонентою у підготовці за спеціальністю «Фінанси, банківська справа, страхування та фондовий ринок» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти.

Структура навчального посібника охоплює 12 тем. Для розширення кола знань з навчальної дисципліни в кінці кожної теми включені питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень. Список літератури, зазначений у посібнику, дає можливість грунтовно засвоювати навчальний матеріал з урахуванням новітніх законодавчих змін, які відбулися на страховому ринку. З метою кращого засвоєння специфічної страхової термінології в кінці навчального посібника наведено словник страхових термінів та предметний покажчик. Підготовлені авторами складові посібника забезпечують комплексне отримання знань та формування практичних навичок страхової справи здобувачами вищої освіти, а також є цінним освітнім ресурсом для викладачів економічних спеціальностей та фахівців-практиків страхової сфери.

ТЕМА 1. СУТНІСТЬ, ФУНКЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ СТРАХУВАННЯ

Зміст теми

1.1. Необхідність і форми страхового захисту
1.2. Страхування як економічна категорія
1.3. Функції страхування
1.4. Принципи страхування
1.5 Термінологія у страхуванні

1.1. Необхідність і форми страхового захисту

Розвиток суспільства свідчить про те, що все існування людства пов'язане з непередбачуваними обставинами, що призводять до знищення майна, загибелі людей або втрати здоров'я. За умов існування таких непередбачуваних обставин існує нагальна потреба попередження і відшкодування збитків, завданих стихійними лихами та нещасними випадками. Потенційна можливість настання стихійних лих і нещасних випадків становить суть ризику. Необхідність покриття збитку в результаті реалізації ризику викликає потребу у страховому захисті.

Отже, необхідність виникнення страхового захисту зумовлена прагненням обмежити матеріальні збитки, пов'язані з певними ризиками. З розвитком людства кількість таких ризиків лише збільшується, а тому і зростає потреба в страховому захисті.

Страховий захист – економічна категорія, що відображає сукупність розподільчих і перерозподільних відносин, пов'язаних із подоланням та відшкодуванням втрат, що можуть бути спричиненими різними надзвичайними обставинами.

Відносини, що складаються у суспільстві з приводу попередження, подолання або зменшення негативного впливу ризиків і відшкодування збитків складають зміст категорії страхового захисту.

Історично встановлено, що первинні форми страхового захисту виникли в далеку давнину. За часів існування Шумерського царства (5000 рр. до н. е.) люди прагнули убезпечити себе від можливих збитків під час ведення торгівельних операцій. В законах вавилонського царя Хаммурапі (1790 – 1750 рр. до н. е.) передбачалось укладання угоди між учасниками торгового каравану про сумісну відповідальність за збитки, яких зазнавав будь-хто з його учасників.

У свою чергу категорія страхового захисту поділяється на дві самостійні категорії:

- категорію страхового захисту майнових благ, де об'єктом виступають всі матеріальні блага, що мають вартість;
- категорію страхового захисту населення (громадян), де об'єктом виступають життя і здоров'я, тобто те, що не має вартості.

Категорія страхового захисту має певні специфічні ознаки, які зумовлені такими чинниками:

- випадковим характером настання страхових подій;
- надзвичайністю і незвичним характером настання шкоди;
- вираженням збитку чи шкоди в натуральній чи грошовій формах;
- необхідністю подолання наслідків страхових подій і відшкодування збитків.

Матеріальним втіленням страхового захисту є страховий фонд – сукупність виділених і зарезервованих запасів матеріальних благ, що призначенні для здійснення страхового захисту. Призначення страхового фонду не для нагромадження або споживання, а для відшкодування збитків в результаті реалізації ризику. Також значення страхового фонду полягає ще й у тому, що в ньому реалізуються певні економічні відносини процесу виробництва, він є фактором стабілізації економіки, сприяє економічному прогресу суспільства як джерело інвестицій в економіку. Страховий фонд може виступати як у натуральній, так і в грошовій формі.

На сьогодні можна виділити декілька чинників, які обумовлюють необхідність створення страхових фондів:

- стихійний вплив руйнівних сил природи на суб'єкти господарювання та життєдіяльність людини;
- запровадження у виробництво й соціальну сферу досягнень науково-технічного прогресу несе в собі, поряд з

перевагами, велику руйнівну силу, збільшуючи можливість виникнення різного роду катастроф і техногенних аварій;

- процес життєдіяльності людини, необхідність постійного відтворення сил, і, водночас, залежність людини від негативного впливу зовнішнього середовища потребує створення страхового фонду на випадок смерті, втрати здоров'я, працездатності;
- соціально-економічні протиріччя у суспільстві, особливості організації господарської діяльності обумовлюють імовірність настання негативних явищ, які можуть нанести матеріальні збитки різного виду і масштабу;
- законодавство більшості країн світу передбачає відповідальність за нанесення збитку третій стороні (юридичним і фізичним особам) як в процесі здійснення господарської діяльності, так і в результаті будь-яких інших дій.

Загалом страховий захист в суспільстві (в узагальненому вигляді) має три форми:

- на рівні держави, регіону, корпорації тощо;
- індивідуальна;
- на рівні страхової організації.

Кожній формі страхового захисту відповідає форма страхового фонду. Зокрема, можна виділити три організаційні форми страхового фонду:

- *централізований (резервний) страховий фонд* – формується централізованим методом на рівні держави, територіально-адміністративної одиниці, його призначення – відшкодування збитків та усунення наслідків стихійного лиха, великих аварій, інших страхових подій шляхом перерозподілу загальнодержавних ресурсів, формується як в натуральній, так і в грошовій формі;
- *фонд самострахування* – формується децентралізованим методом на рівні господарюючого суб'єкта, його мета – подолання тимчасових труднощів та відшкодування втрат в процесі виробництва при настанні страхового випадку шляхом цільового використання власних ресурсів, переважно формується у вигляді натуральних запасів суб'єкта, але може мати й грошову форму;

- *страховий фонд страховика* – формується децентралізованим методом за рахунок внесків страхувальників, його мета – організація страхового захисту відповідно до встановлених правил та умов страхування шляхом виплати страхових сум страхувальникам при настанні страхового випадку, а також реалізація економічних інтересів страховика в отриманні прибутку. В сучасних умовах зазначений страховий фонд формується тільки у грошовій формі.

До основних принципів функціонування страхового фонду можна віднести:

- комплексність (оптимальність, достатність);
- різноманітність організаційних форм;
- врахування специфіки галузей економіки та суб'єктів власності;
- державне регулювання.

Проте, організація страхового захисту за допомогою страхового фонду ще не є страхуванням. Необхідними умовами страхування є:

- наявність ризику та його випадковий характер;
- розуміння небезпечного характеру події;
- можливість статистичного обліку небезпек;
- реалізація принципів солідарної замкнутої розкладки страховогозбитку;
- наявність та реалізація страхового інтересу у всіх учасників страхових відносин;
- наявність страхового фонду, який створюється за рахунок внесків страхувальників;
- існування страхових відносин тощо.

1.2. Страхування як економічна категорія

Страхування є *економічною категорією*, що перебуває в тісному взаємозв'язку з категорією фінансів. Як і фінанси, страхування зумовлено рухом грошових форм вартості при формуванні та використанні цільових фондів грошових коштів у процесі розподілу й перерозподілу грошових доходів і накопичень.

Страхування як економічна категорія відображає економічні

відносини з приводу формування і використання страхового фонду на принципі замкнутої солідарної розкладки збитку для організації страхового захисту з метою протидії ризикам.

Відповідно до Закону України «Про страхування» (2021 р.) ***страхування – правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством.***

Господарський Кодекс України визначає *страхування* як діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій (страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів.

Закон України «Про страхування» та Господарський кодекс України дають найбільш ширші визначення сутності страхування, проте вони розглядають це поняття з правової точки зору. З економічної точки зору слід розглядати *страхування як систему економічних відносин, які виникають між двома сторонами (страховиком і страхувальником) щодо забезпечення захисту майнових інтересів останнього за рахунок сплати ним страхових платежів до спеціально створених для цього цільових фондів, з яких здійснюється відшкодування збитків.*

Страхуванню як категорії притаманні такі ознаки:

- наявність розподільчих та перерозподільчих відносин;
- існування страхового ризику;
- формування страхового фонду за рахунок внесків його учасників;

- поєднання індивідуальних та групових страхових інтересів;
- солідарна відповідальність всіх страхувальників за втрати;
- замкнута розкладка суми страхового збитку;
- перерозподіл збитку в просторі та часі;
- зворотність страхових платежів;
- самоокупність страхової діяльності та отримання прибутку страховиком.

Відповідно до цих ознак *страхування можна розглядати з декількох позицій:*

- як вид економічних відносин із формування та використання страхового фонду для відшкодування збитків;
- як спосіб розподілу ризиків;
- як спосіб задоволення потреб страхувальників;
- як вид бізнесу для отримання прибутку;
- як спосіб покращання матеріального стану засновників та акціонерів;
- як фактор стабілізації економіки.

Виділяють *типи страхування*:

- некомерційний тип характеризується тим, що тимчасові або постійні об'єднання страховиків не ставлять перед собою за основну мету отримання прибутку від страхової діяльності;
- комерційний тип страхування означає, що одна з цілей страхових компаній – отримання прибутку та його розподіл між засновниками таких організацій.

У сучасних умовах при дослідженні поняття «страхування» особливу увагу звертають на його розуміння як виду бізнесу, тобто економічної діяльності, де основою економічних (страхових) відносин є еквівалентність та наявність економічного інтересу між учасниками цих відносин на ринку.

Страхова діяльність – це сфера людської діяльності, це сфера діяльності страховика зі страхування, перестрахування, взаємного страхування, а також страхових брокерів та агентів, страхових актуаріїв з розробки та надання страхових послуг, пов'язаних із страхуванням та перестрахуванням.

Страхова діяльність може здійснюватися за умов дотримання встановлених законодавством спеціальних економічних та юридичних нормативів (наприклад, мінімальний розмір статутного капіталу, резервного фонду, наявність достатніх страхових та вільних резервів, нормативи платоспроможності, наявність ліцензії), відповідних застережень (наприклад, збереження таємниці, здійснення фінансового моніторингу), наявності фахового персоналу, технічних засобів, створення інфраструктури, постійного розширення та зростання страхових послуг.

Сутність та особливості страхової діяльності найбільш повно розкриваються в теоріях страхування, стисла характеристика яких наведена в табл. 1.1.

Згідно Закону України «Про страхування» (2021 р.) діяльність на ринку страхування включає діяльність із страхування та діяльність з надання супровідних послуг на ринку страхування (діяльність з надання посередницьких та допоміжних послуг).

Таблиця 1.1

Характеристика теорій, що розкривають сутність та особливості страхової діяльності

Найменування теорії	**Зміст теорії**	**Переваги і недоліки теорії**
1	2	3
Теорія корисності	Використовується для пояснення поведінки страхувальника стосовно того передавати йому ризик страховику чи утриматись від цієї дії.	Дає можливість опиратися на однозначні кількісні оцінки й приймати обґрунтовані рішення.
Теорія витрат виробництва	Використовується для підрахунку собівартості та дохідності різних видів страхування.	Проте в страхуванні собівартість страхового захисту визначається на основі імовірності, яка виводиться з рядів динаміки статистичних показників про кількість страхових подій у певній статистичній сукупності.

Продовження табл.1.1

1	2	3
Теорія альтернативних витрат	Використовується для визначення обсягу попиту на страхові послуги. Як і для будь-якого іншого товару, попит на страхові послуги перебуває в оберненій залежності від ціни. Це означає, що функція попиту на страховий захист має спадний характер. Прийняття рішення страховиком теж ґрунтується на теорії альтернативних витрат.	Проте для того щоб страхування відбувалося, необхідна згода страховика взяти на себе страховий ризик. Якщо страхова діяльність страховика з урахуванням його інвестиційної діяльності забезпечуватиме рівень прибутку, який страховик вважатиме достатнім для того, щоб залишитись у цій галузі, він продовжуватиме страхову діяльність, якщо ні – залишить її й перейде в іншу.
Теорія попиту та пропозиції	Застосовується для аналізу структури страхового ринку на основі зіставлення привабливості тих чи інших видів страхових послуг для страховика і страхувальника залежно від ціни цих послуг.	Якщо одні види страхування забезпечують високу прибутковість, а інші – низьку, то пропозиція з боку страховиків на низькоприбуткові послуги зменшиться. Бажаючі все-таки застрахувати їх змушені будуть платити вищу ціну (премію), аби отримати страхову послугу. Це зробить умови страхування привабливішими для страховика, внаслідок чого він збільшить пропозицію.

Діяльність із страхування включає:

1) пряме страхування за класами страхування, визначеними статтею 4 Закону України «Про страхування»;

2) перестрахування за класами страхування, визначеними статтею 4 Закону України «Про страхування»;

3) діяльність, пов'язану з управлінням активами страховика;

4) діяльність з реалізації страхових продуктів страховика відповідно до Закону України «Про страхування»;

5) іншу діяльність, пов'язану із здійсненням прямого страхування та/або перестрахування, визначену нормативно-правовими актами Регулятора.

Діяльність з надання посередницьких послуг на ринку страхування включає:

1) діяльність з реалізації страхових продуктів;

2) діяльність з реалізації перестрахових продуктів;

3) діяльність з надання інших посередницьких послуг, перелік яких визначається Регулятором.

Регулятор має право встановлювати вимоги до діяльності з надання окремих допоміжних послуг, зокрема до актуарної діяльності, діяльності щодо визначення розміру збитків, надання допомоги (асистуючих послуг), та вимоги до надавачів допоміжних послуг.

Виключним видом діяльності страховика є діяльність із страхування, включаючи діяльність з надання гарантій, та діяльність з надання супровідних послуг на ринку страхування.

Страховик також може здійснювати господарську діяльність для забезпечення власних потреб з урахуванням обмежень, встановлених Законом України «Про страхування».

Мета страхування – захист майнових інтересів фізичних і юридичних осіб.

Предметом страхування є не страхова подія, а ризик, який може відбутися або ні.

Суб'єктами страхових відносин є страховик, страхувальник, вигодонабувач, застрахований, спадкоємці.

Об'єктом страхування відповідно до чинного законодавства є майнові інтереси, пов'язані з:

- життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією особи;
- володінням, користуванням, розпорядженням майном;
- відповідальністю перед третіми особами.

1.3. Функції страхування

Економічна сутність страхування розкривається в його специфічних функціях, що виражають суспільне значення даної категорії. Виділяють такі зазначені нижче функції страхування.

Ризикова функція полягає в переданні за певну плату страховикові матеріальної відповідальності за наслідки ризику, зумовленого подіями, перелік яких передбачено чинним законодавством або договором.

Функція створення і використання страхових резервів (фондів) проявляється у накопичені страховиком капіталу, достатнього для забезпечення покриття збитків (у разі їх виникнення), заподіяних страхувальникові страховою подією. Формування страхових резервів – основа діяльності страховика, який акумулює кошти страхувальників, а потім використовує їх для покриття збитків, розподіляючи таким чином між усіма страхувальниками наслідки страхової події, яка сталася з одним із них.

Функція заощадження коштів полягає в нагромаджувальному характері договорів довгострокового страхування. Тобто за певний період часу накопичується страхова сума, яка виплачується після дожиття до певного віку або настання певної події з урахуванням інвестиційного доходу.

У більшості країн світу першість за обсягами страхових премій посідає особисте страхування (життя, пенсій, ренти тощо). Проте виплати, пов'язані із втратою життя і здоров'я внаслідок нещасного випадку, становлять менш як 10%. Решта припадає на заощадження. Вони виплачуються з урахуванням інвестиційного доходу в разі дожиття застрахованого до певного віку або події.

Превентивна функція (функція попередження страхових випадків і зменшення розміру збитків) спрямована на фінансування заходів щодо зменшення страхового ризику за рахунок частини коштів страхового фонду. Реалізація цієї функції передбачає широкий комплекс заходів, у тому числі фінансування їх задля недопущення або зменшення наслідків страхових подій, а її економічна сутність полягає в тому, що сама страхова компанія об'єктивно зацікавлена у попередженні настання страхових випадків.

Розрізняють правову та фінансову превенцію. До правової превенції належать передбачені чинним законодавством або договорами страхування застереження, згідно з якими страхувальник повністю або частково позбавляється страхового відшкодування. Фінансова превенція полягає в тому, що частина страхових премій спрямовується на фінансування попереджувальних заходів.

Водночас, страхування як складова частина фінансів виконує й інші функції, притаманні фінансам в цілому.

Інвестиційна функція виникає в результаті того, що обсяг зібраних страховиком страхових премій перевищує обсяг здійснених ним страхових виплат і компенсацій. Діяльність страховика, пов'язана з розміщенням та управлінням страховими резервами, є за своїм змістом інвестиційною діяльністю страховика. Способи найкращого, для інтересів страховика розміщення цих грошових засобів – це інвестиційна стратегія страховика.

Контрольна функція полягає в суворо цільовому формуванні коштів страхового фонду. Згідно з контрольною функцією на підставі нормативних документів здійснюється фінансовий страховий контроль за проведенням операцій зі страхування.

Кредитна функція в повній мірі проявляється в особистому страхуванні (клієнт, купуючи страховий поліс, сплачує страховий внесок і цим самим кредитує страхову компанію).

1.4. Принципи страхування

Загалом під принципами слід розуміти основоположні ідеї, яким має слідувати та чи інша діяльність. Історично склалися два основоположних принципи страхування:

1) страхування не може бути засобом збагачення;

2) відшкодування збитків здійснюється в межах реально понесених втрат.

Водночас в економічній літературі розглядаються також певні специфічні принципи, притаманні страхуванню, які визначають об'єктивні можливості об'єкта бути застрахованим та встановлювати якісні і кількісні межі страхової відповідальності (рис. 1.1).

Рис. 1.1. Принципи страхування

У 1994 р. органи нагляду за страховою діяльністю в різних країнах світу заснували Міжнародну асоціацію органів нагляду за страховою діяльністю (IAIS). Визнаючи необхідність забезпечення захисту інтересів власників страхових полісів і стабільності фінансової галузі, IAIS у 2000 р. розробила основні принципи страхування на основі принципів, які раніше були прийняті Асоціацією (принципи нагляду за страховою діяльністю, принципи, що застосовуються для міжнародних страховиків і страхових груп та їхніх міжнародних операцій (Страховий конкордат), та принципи ведення страхової діяльності). Основні принципи страхування покликані забезпечити міжнародній фінансовій спільноті критерії для оцінки ефективності режимів нагляду за страховою діяльністю.

Конкурентність полягає в забезпеченні рівних можливостей для діяльності на страховому ринку та створення сприятливих умов для розвитку даного ринку з метою забезпечення реалізації можливості ефективного та адекватного страхового захисту. Реалізується через активну антимонопольну політику, яка є важливим елементом формування цивілізованого ринку страхування.

Свобода вибору страхувальником страховика. Страхувальник може обирати будь-якого страховика, який працює на страховому ринку та має відповідну ліцензію на здійснення даного виду страхування. Водночас при добровільному страхуванні обидві сторони договору мають вільне волевиявлення. При обов'язкових видах страхування, страхова компанія, що має відповідну ліцензію такого вибору не має.

Страховий ризик – це імовірна подія або сукупність подій, на випадок яких здійснюється страхування.

Страховий інтерес. Принцип запобігає укладанню договорів спекулятивного чи азартного характеру особами, для яких страховий випадок не спричинить жодних негативних наслідків.

Надійність страхування передбачає високу довіру між сторонами страхування і обов'язковість виконання своїх зобов'язань.

Максимальна сумлінність означає повне інформування про об'єкт страхування обох учасників договору. Страховики збирають необхідні їм істотні відомості через заповнення потенційним клієнтом спеціальних форм – заяв на страхування, із суттєвими уточненнями щодо предмета страхування та його власника. У разі фальшування даних може бути передбачена відмова у страховій виплаті.

Відшкодування в межах реально завданих збитків. Виплачене відшкодування повинно повернути страхувальника у той же фінансовий стан, який у нього був до виникнення страхової події. З метою уникнення страхового шахрайства та недопущення використання страхових послуг у спекулятивних цілях, страхові відшкодування та виплати не можуть збагачувати страхувальника, а лише відшкодовувати збитки.

Франшиза – це визначена договором страхування частина збитків, яка в разі страхового випадку не підлягає відшкодуванню страховиком.

Суброгація (регрес) передбачає передання страхувальником страховику права стягнення заподіяної шкоди з третіх (винних) осіб у межах виплаченої або визначеної до сплати страхової суми.

Співстрахування – це страхування об'єкта за одним спільним договором кількома страховиками.

Перестрахування – це страхування одним страховиком (цедентом, перестрахувальником) на визначених договором умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика або професійного перестраховика.

Диверсифікація. Принцип означає територіальне та галузеве розосередження взятих на страхування ризиків.

1.5 Термінологія у страхуванні

Сукупність термінів та понять, що застосовуються в страхуванні, складають професійну *страхову термінологію*, а слово або сполучення слів, що означають поняття, які використовуються у страховій справі, називаються *страховим терміном*.

Терміни та поняття, що використовуються у страхуванні, умовно поділяють на дві групи:

1) терміни та поняття, що використовуються у національному страхуванні;

2) міжнародні терміни та поняття.

Кожен страховий термін чи поняття визначає зміст і характерні ознаки певної групи страхових відносин. В рамках національного страхового ринку використовують такі групи страхових відносин: пов'язані з: проявом специфічних страхових інтересів; формуванням страхового фонду; використанням страхового фонду; фінансово-господарською діяльністю страховика; договорами і діями в перестрахуванні (рис. 1.2).

Терміни, що пов'язані з проявом страхових інтересів, виражають найбільш загальні умови страхування, закріплюють та охоплюють правову форму страхування. Зміст зазначених термінів, як правило, обмежується національним страховим ринком. До цієї групи входять такі терміни: *страхове покриття*, *страховий договір*, *страховий захист*, *страховий інтерес*, *страховий об'єкт*, *страховий поліс*, *страховий портфель*, *страхова сума*, *термін страхування*.

Терміни, що пов'язані з формуванням страхового фонду,

відображають надходження страховика від страхової діяльності, а також доходи від інвестиційної діяльності, інших джерел, які визначені чинним законодавством. Зазначені терміни відображають також оперативне управління страховиком фінансовими ресурсами, що надані страхувальниками. До даної групи входять такі терміни: *актуарні розрахунки*, *страхова вартість*, *страхове забезпечення*, *страхова оцінка*, *страховий платіж*, *страховий тариф* та ін.

Рис. 1.2. Групи страхових термінів

Терміни, що пов'язані з використанням страхового фонду, виражають право страховика використовувати страховий фонд. Видатки страхового фонду мають цільове призначення і використовуються для виплати страхових сум та страхових відшкодувань. В зазначену групу входять такі терміни: *страховий акт*, *страхова виплата* та ін.

Терміни, що пов'язані з фінансово-господарською діяльністю страховика, охоплюють специфіку організації фінансів страхової компанії, її доходи та витрати, формування спеціальних та обов'язкових фондів, їх розміщення, систему оподаткування тощо. До цієї групи входять такі терміни: *математичні резерви, страховий фонд страховика, страховий портфель, страхові резерви, технічні резерви,*

резерви зі страхування життя, вільні резерви, збитковість страхової суми, перестрахування, співстрахування тощо.

Окрему групу в термінології страхування складають *терміни та поняття договорів і дій перестрахування*.

Також розглядають ще одну групу страхових термінів – терміни, що пов'язані з функціонуванням міжнародного страхового ринку, міжнародних Правил Інкотермс.

В міжнародних економічних взаємовідносинах страхові терміни використовуються безпосередньо в договорах страхування, перестрахування, в договорах зовнішньоекономічної діяльності в торгівлі, що укладаються відповідно до Інкотермс (міжнародні комерційні умови, комплект міжнародних правил з тлумачення найбільш широко використовуваних торговельних термінів (умов) в галузі міжнародної торгівлі). Особливої уваги заслуговують міжнародні договори, при укладанні яких застосовуються базові умови поставки Інкотермс, в залежності від яких визначається момент переходу ризиків загибелі або пошкодження товару, наявність страхування та узгоджується страхувальник – продавець чи покупець. Окрім того, типовий зовнішньоекономічний контракт містить певний перелік елементів, серед яких є пункт про страхування.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Зародження страхування та еволюція його розвитку.
2. Історичні аспекти розвитку страхової справи в Україні.
3. Розвиток страхової справи на Галичині (на прикладі страхових товариств «Дністер» та «Карпатія»).
4. Необхідність страхування і його роль в економіці.
5. Самострахування: його переваги, недоліки та перспективи розвитку.
6. Місце і роль страхування як засобу економічної безпеки суб'єктів бізнесу.
7. Роль страхування в забезпеченні захисту майнових інтересів громадян.
8. Страхування як особливий вид підприємницької діяльності та перспективи його розвитку.
9. Порівняльний аналіз функцій і принципів страхування у національній та закордонній практиці.

ТЕМА 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ

Зміст теми

2.1. Сутність та основні підходи до класифікації у страхуванні
2.2. Класифікація страхування за об'єктами
2.3. Класифікація страхування за формами проведення
2.4. Методи та системи страхування

2.1. Сутність та основні підходи до класифікації у страхуванні

Класифікацію у страхуванні можна визначити як ієрархічну систему поділу сукупності страхових відносин на сфери діяльності, галузі, підгалузі, класи, види, які представляють собою взаємозв'язані ланки цієї класифікації. Метою класифікації у страхуванні є розподіл всієї сукупності страхових відносин на ієрархічні взаємопов'язані ланки. Основний принцип класифікації страхування полягає в тому, що кожна наступна ланка є складовою попередньої.

Класифікація у страхуванні має принципове значення для:

- формування страхових резервів;
- формування адекватної статистики;
- формування структури ринку;
- здійснення нагляду та контролю за діяльністю страхових організацій тощо.

Виходячи з цього, в теорії страхування виділяють декілька класифікаційних ознак:

- історичні, при яких можна прослідкувати еволюцію страхування взагалі та його окремих видів протягом тривалого історичного періоду;
- економічні, на які впливають економічні умови здійснення страхування в конкретній країні, ступінь розвитку страхової справи;
- юридичні, що визначають умови та форми проведення страхування, спираючись на внутрішню законодавчу базу та міжнародні угоди, підписані державою.

Класифікація за історичною ознакою пов'язана з виділенням етапів розвитку й появи тих чи інших видів страхування. Вона передбачає поділ страхування на такі види:

- морське страхування (з XIV ст.);
- страхування життя (з XVI ст.);
- страхування від вогню (з XVII ст.);
- страхування від нещасних випадків (з XIX ст.);
- страхування транспортних засобів (з XX ст.).

Можна також виділити:

- давнє, або традиційне, страхування (страхування майна, морське страхування, страхування життя);
- нове (страхування фінансово-кредитних ризиків, медичне страхування, страхування відповідальності);
- новітнє (страхування будівельних і технічних ризиків, авіаційне і космічне страхування, медичний асистанс, страхування інвестиційних ризиків, страхування кіберризиків).

Класифікація за економічними ознаками передбачає декілька варіантів залежно від цілей класифікації (табл. 2.1):

1) *за спеціалізацією страховика або сферами його діяльності:*

- страхування життя;
- загальні (ризикові) види страхування.

2) *за об'єктами страхування, на які спрямований страховий захист*:

- галузі;
- підгалузі;
- види страхування.

3) *за родом небезпеки або страхових ризиків*:

- автотранспортне;
- морське;
- авіаційне і космічне;
- ядерних ризиків;
- кредитних ризиків тощо.

4) *за статусом страховика*:

- державне;
- комерційне
- взаємне.

5) *за статусом страхувальника*:

- юридичних осіб;
- фізичних осіб.

Законодавством України, як і в більшості країн світу, передбачено, що компанії після отримання ліцензії на страхування життя не можуть займатися ризиковими видами страхування.

В основі віднесення того чи іншого виду страхування до «життя» (life) чи «не-життя» (non-life) (термін «не-життя» в українській практиці не вживають; здебільшого в такому разі говорять про «ризикові види страхування» або «види страхування, інші, ніж страхування життя») лежить сукупність чотирьох ознак, а саме:

- наявність нагромаджувального (накопичувального) характеру договору страхування життя (страхові внески за такими договорами є своєрідними інвестиціями страхувальника, тому що передбачаються не лише страхові виплати, а й повне повернення внесених коштів із нарахованими відсотками після закінчення строку дії договору страхування);

- строк дії договору страхування;

- фінансове управління компанією, що здійснює страхування життя, відрізняється від управління компанією, що провадить загальні види страхування;

- довгостроковий характер зобов'язань за договорами страхування життя, що позначається на характері інвестиційної політики страховика.

Договори страхування життя – це довгострокові договори. Їх укладають на 10, 20, 30 і більше років. У національній практиці здебільшого мінімальний строк договорів страхування життя становить 3-5 років. Але згідно з чинним законодавством України, до договорів страхування життя, внески за якими не підлягають оподаткуванню податком на прибуток, належать договори, строк дії яких перевищує десять років.

Загальне страхування передбачає всі види страхування, що не відповідають ознакам договорів страхування життя. Страхові премії за договорами загального страхування здебільшого сплачують одноразово певним відсотком від страхової суми. Вони не накопичуються, тобто не розглядаються страхувальниками як інвестовані кошти і не повертаються страхувальникам, якщо страхова подія не відбулася. Отже договори загального страхування забезпечують лише компенсацію збитків. Їх укладають на невеликий строк, зазвичай на рік. Але можливе укладання і на кілька днів, наприклад у разі страхування вантажів на період транспортування.

Цікавим явищем є такафул-страхування. Такафул (з араб. – «надання взаємних гарантій») – це система страхування, в основі якого перебуває механізм розподілу прибутків та збитків між учасниками і оператором, що відповідає нормам шаріату, які спираються на Коран і Суну, головні духовні книги ісламу.

Таким чином термін «такафул» є іншою назвою для ісламського страхування. Воно засноване на особливому механізмі розподілу прибутків та збитків, який відповідає принципами шаріату.

Основне завдання ісламського страхування не просто захист своїх інтересів від непередбачуваних обставин шляхом солідарної участі у збитках, а й одержання прибутку. Тому такафул-компанії можуть приносити більший прибуток, ніж традиційні страхові компанії.

В такафул-страхуванні учасники, або страхувальники (у традиційному розумінні) передають свої внески оператору або страховику у вигляді дару для їх ефективного використання з тією умовою, що при настанні страхового випадку гроші будуть повернені.

Таблиця 2.1

Класифікація страхування за економічними ознаками

Ознака класифікації	**Характеристика ознаки**	**Класифікація страхування**
1	2	3
Спеціалізація страховика	Має значення для організації фінансів страховика, розміщення страхових резервів, оподаткування.	- страхування життя; - загальні види страхування (особисте, майнове, відповідальності).
Об’єкт страхування	Є найбільш поширеною у практиці національних страховиків і її покладено в основу розробки всіх страхових послуг (страхових продуктів).	- галузі; - підгалузі; - види.

Продовження табл. 2.1

1	2	3
Рід небезпеки або страхових ризиків	Розуміють перелік страхових ризиків, що супроводжують конкретну діяльність страхувальника.	- виділення видів страхування за діяльністю страховика (морське, авіаційне тощо); - виділення видів за класифікацією ризиків (фінансових, екологічних, ядерних тощо).
Статус страховика	Використовується для забезпечення державного регулювання страхової діяльності.	- комерційне страхування (страхові компанії різних форм власності); - взаємне страхування (товариства взаємного страхування); - державне страхування.
Статус страхувальника	Використовують для поділу страхових послуг, що обслуговують інтереси громадян та юридичних осіб.	- страхування фізичних осіб; - страхування юридичних осіб.

Класифікація за юридичними ознаками передбачає декілька підходів (табл. 2.2):

1) *відповідно до міжнародних норм*

Виділення певних класів страхування згідно з міжнародними нормами передбачає використання класифікації страхування відповідно до директиви ЄС 73/239/ЄС для всіх страхових компаній країн – членів цієї організації з 1 січня 1978 р. Вона має на меті сприяння у формуванні єдиного страхового ринку країн, що є членами ЄС.

Ця класифікація є впорядкованою системою, яка складається з 7 класів (видів) довгострокового та 18 класів загального (генерального) страхування, а саме:

Довгострокове страхування (життя і пенсій):

Клас І. Страхування життя й щорічної ренти (ануїтетів).

Клас II. Страхування до шлюбу й народження дитини.
Клас III. Зв'язане довгострокове страхування життя.
Клас IV. Безперервне страхування здоров'я.
Клас V. Тонтіни.
Клас VI. Страхування виплати капіталу.
Клас VII. Страхування пенсій.

Таблиця 2.2

Класифікація страхування за юридичними ознаками

Ознака класифікації	Характеристика ознаки	Класифікація страхування
Міжнародні норми	Виділення класів страхування згідно з директивами ЄС.	- 7 класів довгострокового страхування; - 18 класів загального страхування.
Вимоги внутрішнього законодавства	Заміна конкретних видів страхування за ризиками й об'єктами на класи страхування	- 5 класів страхування життя; - 18 класів ризикового страхування.
Форма проведення страхування	Характеризує спосіб залучення в страхові відносини.	- обов'язкове; - добровільне.

Загальні види страхування

Клас 1. Страхування від нещасних випадків.
Клас 2. Страхування на випадок хвороби.
Клас 3. Страхування наземних транспортних засобів.
Клас 4. Страхування залізничного транспорту.
Клас 5. Страхування авіаційної техніки.
Клас 6. Страхування суден.
Клас 7. Страхування вантажів (товарів у дорозі).
Клас 8. Страхування від пожеж і стихійного лиха.
Клас 9. Страхування власності.
Клас 10. Страхування відповідальності власників моторизованих транспортних засобів.
Клас 11. Страхування відповідальності власників авіаційної техніки.
Клас 12. Страхування відповідальності власників суден.

Клас 13. Страхування загальної відповідальності.

Клас 14. Страхування кредитів.

Клас 15. Страхування поручительства (застави).

Клас 16. Страхування фінансових втрат.

Клас 17. Страхування судових витрат.

Клас 18. Страхування фінансової допомоги.

2*) відповідно до вимог внутрішнього законодавства*

Чинним законодавством України (з 01.01.2024 р.) передбачено такі класи страхування (стаття 4 Закону України «Про страхування» (2021 р.)).

1. До класів страхування іншого, ніж страхування життя, належать:

1) клас 1 – страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання);

2) клас 2 – страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування);

3) клас 3 – страхування наземних транспортних засобів (крім залізничного рухомого складу);

4) клас 4 – страхування залізничного рухомого складу;

5) клас 5 – страхування повітряних суден;

6) клас 6 – страхування водних суден (морських суден, суден внутрішнього плавання та інших самохідних чи несамохідних плавучих споруд);

7) клас 7 – страхування майна, що перевозиться (включаючи вантаж, багаж (вантажобагаж);

8) клас 8 – страхування майна від вогню та небезпечного впливу природних явищ;

9) клас 9 – страхування майна від шкоди, заподіяної градом, морозом, іншими подіями (включаючи крадіжку, розбій, грабіж, умисне пошкодження/знищення майна), крім подій, визначених у класі 8;

10) клас 10 – страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання наземного транспортного засобу (у тому числі відповідальності перевізника);

11) клас 11 – страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання повітряного судна (у тому числі відповідальності перевізника);

12) клас 12 – страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання водного судна (у тому числі відповідальності перевізника);

13) клас 13 – страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12);

14) клас 14 – страхування кредитів;

15) клас 15 – страхування поруки (гарантії);

16) клас 16 – страхування інших фінансових ризиків (крім визначених класами 14, 15);

17) клас 17 – страхування судових витрат;

18) клас 18 – страхування витрат, пов'язаних з наданням допомоги (асистанс) особам, які потрапили у скрутне становище під час здійснення подорожі.

2. До класів страхування життя належать:

1) клас 19 – страхування життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23);

2) клас 20 – страхування життя до шлюбу та до народження дитини;

3) клас 21 – інвестиційне страхування життя;

4) клас 22 – безперервне страхування здоров'я;

5) клас 23 – пенсійне страхування.

3) за формами проведення:

- обов'язкове;
- добровільне.

Класи страхування замінюють добровільні та обов'язкові види страхування. Порядок здійснення страхування за класами страхування визначається страховиком з урахуванням законодавства.

В окремих випадках законом може встановлюватись обов'язок мати договір страхування на певних умовах (аналог обов'язкового страхування).

Окремо ознакою поділу страхування, яке не включається до жодного критерію страхування, є його поділ на: самострахування, пряме страхування, подвійне (множинне) страхування, співстрахування та перестрахування.

Самострахування представляє собою створення страхувальником власного страхового резерву на випадок реалізації страхового випадку.

Пряме страхування є формою захисту майнових інтересів страхувальників та здійснюється у межах правового поля та оформлюється відповідним договором.

Регулятор визначає перелік ризиків у межах класів страхування, характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, ризиків у межах класів страхування. Особливості здійснення діяльності із страхування та укладання договорів за класами страхування визначаються спеціальними законами з регулювання ринку страхування та нормативно-правовими актами Регулятора.

Особливий строк та порядок застосування – ліцензії страховиків, які діють станом на 01 січня 2024 року, продовжують діяти до їх переоформлення у ліцензії на здійснення діяльності із страхування. Переоформлення ліцензій здійснюється шляхом внесення НБУ до 01 липня 2024 року запису до Реєстру щодо класу (класів) страхування страховика.

До дня внесення запису до Реєстру страховики здійснюють діяльність із страхування відповідно до ліцензій, які діють станом на 01 січня 2024 року. З дня внесення запису до Реєстру ліцензії, які діяли станом на 01 січня 2024 року, анулюються, а страховики здійснюють діяльність страховика на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (класів) страхування, інформація щодо яких міститься у Реєстрі.

Ліцензії страховиків, які діяли станом на 01 січня 2024 року, переоформлюються на класи страхування, які включаються до ліцензії на здійснення діяльності із страхування, що надає право укладати договори страхування та/або співстрахування, передавати ризики у перестрахування та приймати ризики у перестрахування за класами страхування, зазначеними у ліцензії, з урахуванням співвідношення в таблиці, що міститься в п. 18 Прикінцевих та перехідних положень Закону України «Про страхування».

Подвійне (множинне) страхування виявляється через страхування одного об’єкта у декількох страховиків за окремими договорами страхування.

Співстрахування, на відміну від подвійного страхування, передбачає страхування одного об’єкта у декількох страховиків, але за одним договором страхування.

Перестрахування – це страхування страховиком ризиків виконання всіх або частини своїх зобов’язань перед страхувальником у іншого страховика, тобто являє собою процес передачі ризиків іншому страховику.

2.2. Класифікація страхування за об'єктами

Класифікація страхування за об'єктами передбачає виділення *галузей, підгалузей* (рис. 2.1) *і класів (видів)* страхування.

В основі поділу страхування на галузі покладено принципові відмінності в об'єктах страхування. Об'єкт страхування представляє собою носія всіх ознак та економічних інтересів страхування. Класифікація за об'єктами страхування передбачає виокремлення *трьох галузей страхування: особистого страхування, майнового страхування і страхування відповідальності.*

Підгалузь страхування – це сукупність видів страхування близьких за змістом і за походженням майнових інтересів від характерних для них страхових ризиків (небезпек), керуючись характерними для них умовами і видами страхового захисту і формування страхових резервів. Підгалузь є уточненням галузі страхування.

Особисте страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують життю, здоров'ю та працездатності людини. Особисте страхування відноситься до ризикової галузі, якщо мова йде, наприклад, про страхування від нещасних випадків, страхування на випадок захворювання тощо та до накопичувального страхування, якщо мова йде про страхування життя, додаткової пенсії. Отже, особисте страхування поєднує ризикову та накопичувальну (заощаджувальну) функції страхування. При цьому тимчасово вільні кошти акумулюються у страховому фонді та є важливим джерелом інвестицій в економіку держави.

Об'єктом особистого страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи.

Предметом особистого страхування є такі ризики: смерть, хвороба, каліцтво, травма, тривалість життя.

До *специфічних рис особистого страхування* відносяться:

- страхувальник чи застрахований повинен бути конкретною особою у вигляді об'єкту страхування;
- здійснюється на випадок настання певних страхових випадків;
- об'єкт страхування (особа) не має вартісної оцінки;

- страхова сума не обмежується вартісною оцінкою (оскільки її неможливо визначити) об'єкта страхування, а залежить від матеріального стану страхувальника;
- суб'єктів страхових відносин може бути більше двох: страховик, страхувальник, застрахований, вигодонабувач;
- деякі підвиди особистого страхування можуть бути виділені як особливо довготривалі (страхування пенсій, життя тощо).

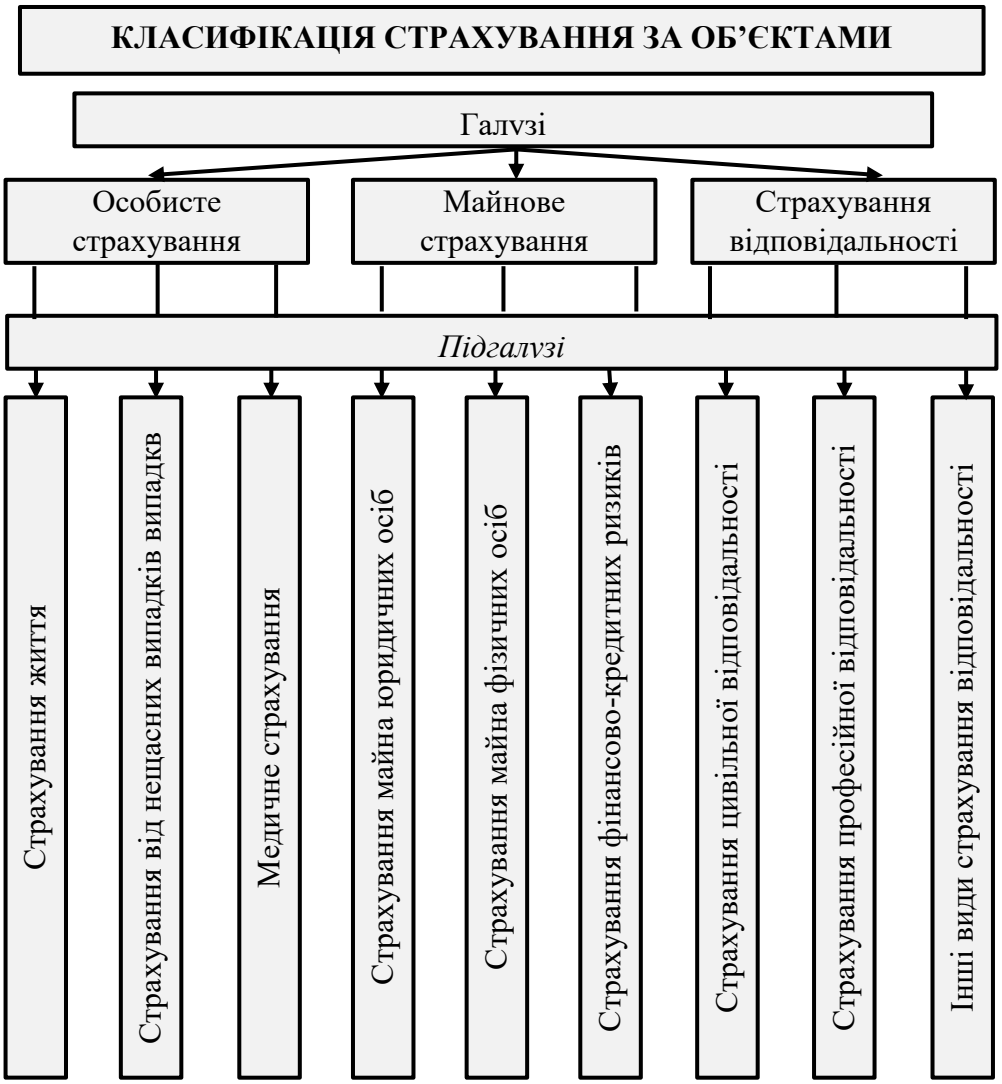

Рис. 2.1. Класифікація страхування за об'єктами (галузями і підгалузями)

Майнове страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують майну чи групі речей від втрати (знищення) чи пошкодження, однією із галузей страхування, закріпленої законодавчо. Захист від зазначених ризиків здійснюється за умови, що вони не носять навмисний характер.

Об'єктом майнового страхування є майнові інтереси, пов'язані з володінням, користуванням, розпорядженням майном.

Предметом майнового страхування є: ризик втрати (знищення), нестачі або пошкодження певного майна та ризик збитків при фінансово-кредитних операціях (підприємницькі ризики).

До *специфічних ознак майнового страхування* відносять:

- об'єкт страхування має вартісну оцінку;
- страхуванню підлягає конкретна власність;
- страхова сума не може перевищувати дійсної (залишкової) вартості майна на момент укладання договору страхування;
- наявність факту пошкодження, крадіжки, знищення не є достатньою умовою для виплати страхового відшкодування, необхідною умовою є наявність збитку;
- страхове відшкодування не може бути джерелом необґрунтованого збагачення страхувальника;
- договір майнового страхування не укладається на тривалий час;
- суб'єктів страхових відносин може бути три: страховик, страхувальник, вигодонабувач.

Страхування відповідальності є формою захисту від ризиків, що загрожують третій особі (її здоров'ю чи майну), однією з галузей страхування, що закріплена законодавчо. Зазначена галузь страхування поєднує в собі риси як майнового страхування, коли шкода завдається майну, так і особистого страхування, коли шкода завдана життю, здоров'ю громадян.

Об'єктом страхування відповідальності виступає відповідальність перед третіми особами, майнові інтереси, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну та шкоди, заподіяної юридичній особі. Під майновим інтересом необхідно розуміти збиток, який поніс би страхувальник, якби його відповідальність не була застрахована.

Предметом страхування відповідальності є: ризики

особистого страхування (життя, здоров'я, працездатність) – ті, що пов'язані з можливістю заподіяння шкоди; ризики майнового страхування (знищення, нестачі, пошкодження).

До *специфічних ознак страхування відповідальності* відносять:

- суб'єктами страхових відносин є три сторони: страховик, страхувальник, третя сторона – застрахований. Особа, якій буде виплачуватись страхове відшкодування – наперед не є визначена;
- не є визначена вартість об'єкта страхування;
- забезпечує відшкодування збитку третій особі і одночасно виступає запорукою охорони майнових інтересів самого страхувальника;
- страхова сума встановлюється в договорі, як ліміт (межа) відповідальності страхувальника, яка може виникнути при заподіяні страхувальником шкоди, на весь термін дії договору страхування чи на один страховий випадок, а для обов'язкової форми визначається законодавчо.

Вид страхування – це страхування конкретних однорідних об'єктів у визначеному обсязі страхової відповідальності за відповідними тарифними ставками.

Види особистого страхування:

- змішане страхування життя;
- страхування пенсій;
- страхування на дожиття;
- страхування від нещасних випадків (індивідуальне та колективне);
- медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- страхування медичних витрат;
- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- інші види.

Види майнового страхування:

- страхування окремих видів транспорту (повітряного, наземного крім залізничного, водного, залізничного);
- страхування вантажів і багажу;
- страхування майна від вогневих ризиків і ризиків стихійних явищ;
- страхування фінансових ризиків;

- страхування кредитів;
- страхування інвестицій;
- страхування тварин;
- страхування врожаю сільськогосподарських культур;
- інші види.

Види страхування відповідальності:

- страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів;
- страхування відповідальності товаровиробників за якість продукції;
- страхування професійної відповідальності;
- екологічне страхування;
- інші види.

Вище наведена класифікація слугує основою для розробки конкретних видів страхових послуг, які мають місце на практиці.

2.3. Класифікація страхування за формами проведення

Критерій класифікації за формами страхування передбачає, що страхування може проводитись в *обов'язковій* і *добровільній* формах.

Форми страхування – порядок організації страхування на засадах добровільності або обов'язковості.

Обов'язкове страхування – форма страхування, що ґрунтується на принципах обов'язковості як для страхувальника, так і для страховика.

Поняття «обов'язкове страхування» з'явилося у XVIII ст. у ряді німецьких князівств, у яких було впровадженим обов'язкове страхування майна на випадок пожежі. Інтенсивний розвиток системи обов'язкового страхування в Європі почався в другій половині XX ст. Здебільшого це пов'язано зі страхуванням цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів та страхуванням від нещасних випадків. У різних країнах різна кількість обов'язкових видів страхування.

Передумови виникнення обов'язкового страхування:

- неможливість прийняття певної групи ризиків страховиками на страхування на комерційній основі у

зв'язку з нерентабельністю або занадто високою вартістю комерційного страхування для страхувальника;
- недооцінювання страхувальником рівня небезпеки та можливих наслідків настання страхового випадку, тобто ризик настільки розповсюджений, що він є значною соціальною проблемою (наприклад, страхування цивільної відповідальності власників автотранспортних засобів);
- наявність впливових, хоча і не широко розповсюджених ризиків (наприклад, страхування відповідальності власників собак; страхування цивільної відповідальності громадян, які мають у власності чи іншому законному володінні зброю).

Міжнародне право й право більшості держав світу тлумачить обов'язкове страхування як необхідність захисту інтересів третіх осіб у разі завдання їм шкоди. Тому переважно обов'язкова форма страхування найбільш поширена в страхуванні відповідальності, а конкретніше – у страхуванні відповідальності власників джерел підвищеної небезпеки.

Для здійснення обов'язкового страхування законодавчо встановлюються порядок та правила його проведення, форми типового договору, особливі умови ліцензування обов'язкового страхування, розміри страхових сум і максимальні розміри страхових тарифів або методику актуарних розрахунків.

Здійснення обов'язкових видів страхування, не передбачених страховим законодавством, заборонене. Право на здійснення обов'язкових видів страхування може одержати будь-який страховик відповідно до ліцензії.

Обов'язкове страхування поділяється на:
- державне (фінансується за рахунок бюджетних коштів);
- недержавне (фінансується особисто страхувальниками, є обов'язковим для страхувальника, а не для страховика).

Обов'язковому державному страхуванню притаманні такі специфічні риси:
- мета такого страхування – забезпечення соціальних інтересів громадян та інтересів держави;

- об’єкт страхування – страхування життя, здоров’я, майна державних службовців певних категорій;
- джерело фінансування – обов’язкове державне страхування здійснюють винятково коштами, виділеними на обумовлені цілі з бюджету відповідного міністерства або іншого органу виконавчої влади, що є страхувальниками за цим видом страхування.

Переваги обов’язкового страхування:

- зменшує витрати державного бюджету за конкретними видами ризиків;
- привчає населення до страхування та формує страхову культуру;
- не дає можливості виключати певні ризики із системи добровільного страхування і підтримує рівновагу на ринку страхування в цілому;
- застерігає громадян від безтурботного ставлення до недооцінених ризиків, що можуть завдати шкоди життю, здоров’ю, майну третьої особи.

Недоліки обов’язкового страхування:

- вплив держави (протекція певних страховиків, встановлення додаткових умов ліцензування);
- негнучкість обов’язкового страхування, що не сприяє реальному оцінюванню ризику;
- контроль за додержанням виконання вимог обов’язкового страхування потребує додаткових витрат як від державних органів, так і від страховиків;
- правила обов’язкового страхування значно обмежують повноваження страховика щодо запобігання страхувальником заподіяння шкоди.

Принципи обов’язкового страхування:

1) Страхові відносини виникають на основі законодавства, що встановлює:

- перелік об’єктів, що підлягають обов’язковому страхуванню;
- обсяг страхової відповідальності;
- рівень або норми страхового забезпечення;
- порядок визначення тарифних ставок або середні розміри цих ставок;

- періодичність внесення страхових платежів;
- основні права страховиків і страхувальників.

2) Суцільне охоплення обов'язковим страхуванням визначених в законодавстві об'єктів.

3) Автоматичність розповсюдження обов'язкового страхування на об'єкти, визначені в законодавстві.

4) Дія обов'язкового страхування не залежить від факту внесення страхових платежів. У випадку, коли страхувальник не сплатив належні страхові внески, вони відшкодовуються в судовому порядку.

5) Безстроковість обов'язкового страхування.

Відповідно до статті 7 Закону України «Про страхування» (1996 р.) в Україні були запроваджені такі види обов'язкового страхування:

- медичне страхування;
- особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків;
- особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), пожежної охорони, основних працівників пожежно-рятувальних підрозділів для забезпечення місцевої пожежної охорони та членів пожежно-рятувальних підрозділів для забезпечення добровільної пожежної охорони;
- страхування спортсменів вищих категорій;
- страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- авіаційне страхування цивільної авіації;
- страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажирам, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;

- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання, що надає послуги із транспортування та/або зберігання транспортних засобів у разі тимчасового затримання транспортних засобів, за шкоду, яка може бути заподіяна транспортному засобу при здійсненні його транспортування та/або зберігання;
- страхування засобів морського і внутрішнього водного транспорту;
- страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту;
- страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
- страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
- страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;
- страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора, ліквідатора фінансової установи та працівників центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну фінансову політику, які визначені ним для вирішення питань щодо участі держави у капіталізації банку;
- страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;

- страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб;
- страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
- страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
- страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України;
- страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам;
- страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;
- страхування тварин (крім тих, що використовуються у цілях сільськогосподарського виробництва) на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановлених Кабінетом Міністрів України;

- страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- страхування відповідальності морського судновласника та судновласника суден внутрішнього плавання;
- страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб;
- страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам;
- страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, випадкового пошкодження або псування.
- страхування майна, переданого у концесію;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів;
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно третім особам внаслідок проведення вибухових робіт;
- страхування майнових ризиків користувача надр під час дослідно-промислового і промислового видобування та використання газу (метану) вугільних родовищ;
- страхування цивільно-правової відповідальності приватного нотаріуса;
- страхування ризику невиплати гравцям призів у разі неплатоспроможності та/або банкрутства оператора державних лотерей;
- страхування життя і здоров'я фахівців з розмінування (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на період їхньої участі у виконанні робіт з гуманітарного розмінування;
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно

довкіллю та (або) здоров'ю і майну третіх осіб під час виконання робіт з гуманітарного розмінування.
- страхування відповідальності розробників документації із землеустрою;
- страхування відповідальності виконавців топографо-геодезичних і картографічних робіт загальнодержавного призначення;
- страхування ризику фінансових втрат, викликаних кризовою ситуацією на об'єкті критичної інфраструктури, віднесеному до переліку, що затверджується Кабінетом Міністрів України відповідно до Закону України «Про критичну інфраструктуру»;
- страхування життя і здоров'я журналістів та інших працівників засобів масової інформації на період їх відрядження на території активних бойових дій або тимчасово окуповані російською федерацією території України, які включені до Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією, що визначається у встановленому Кабінетом Міністрів України порядку.

Добровільне страхування – форма страхування, що здійснюється на підставі добровільно укладеного договору між страховиком і страхувальником.

Принципи добровільного страхування:

1) Добровільне страхування діє як в силу закону, так і на добровільних засадах. Законодавством визначені об'єкти, які підлягають добровільному страхуванню, та загальні умови страхування. Конкретні умови регулюються Правилами страхування, які розробляються страховиком самостійно для кожного виду страхування. В них визначаються загальні умови і порядок здійснення конкретним страховиком окремих видів страхування.

2) Вибіркове охоплення добровільним страхуванням пов'язане з тим. що не всі потенційні страхувальники бажають брати в ньому участь. Крім того, за умовами страхування діють обмеження для укладання договорів.

3) Добровільна участь у страхуванні повною мірою характерна лише для страхувальника, оскільки страховик не має права відмовитися від страхування об'єкта, якщо волевиявлення страхувальника не суперечить умовам страхування.

4) Добровільне страхування завжди обмежене терміном страхування. При цьому початок і закінчення терміну обумовлюються договором, оскільки страхове відшкодування або страхова сума підлягають сплаті, якщо страховий випадок трапився лише в період страхування. Безперервність добровільного страхування можна забезпечити тільки шляхом повторного переукладання договору на новий термін.

5) Угода добровільного страхування починає діяти тільки при сплаті разового або першого страхового внеску.

6) Розмір страхового забезпечення в добровільному страхуванні залежить від власного бажання страхувальника.

Стаття 6 Закону України «Про страхування» (1996 р.) визначала перелік таких видів добровільного страхування:

- страхування життя;
- страхування від нещасних випадків;
- медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- страхування залізничного транспорту;
- страхування наземного транспорту (крім залізничного);
- страхування повітряного транспорту;
- страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту);
- страхування вантажів та багажу (вантажобагажу);
- страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ;
- страхування майна (іншого, ніж передбачено попередніми пунктами);
- страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена попередніми пунктами);
- страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту);

- страхування інвестицій;
- страхування фінансових ризиків;
- страхування судових витрат;
- страхування виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій;
- страхування медичних витрат;
- страхування цивільно-правової відповідальності арбітражного керуючого за шкоду, яку може бути завдано у зв'язку з виконанням його обов'язків;
- страхування життя і здоров'я волонтерів на період надання ними волонтерської допомоги;
- страхування сільськогосподарської продукції;
- страхування ризику фінансових втрат, викликаних кризовою ситуацією на об'єкті критичної інфраструктури;
- інші види добровільного страхування.

Окремі види страхування можуть проводитись як в обов'язковій, так і в добровільній формах. Гармонійне поєднання обов'язкового і добровільного страхування дає можливість сформувати таку систему страхування, яка здатна забезпечити універсальний обсяг страхового захисту.

2.4. Методи та системи страхування

Методи та системи, які можуть бути застосовані під час укладання договору страхування, наведені на рис. 2.2.

Повне страхування є одним із методів страхування, який забезпечує повний страховий захист інтересів страхувальника. За цим методом покривається максимально можливий збиток обраного класу страхових подій. Для цього використовують дві основні системи страхування:

- за дійсною вартістю;
- за відновленою вартістю.

Дійсна вартість майна для цілей страхування – це вартість відтворення (вартість заміщення) або ринкова вартість майна, визначені відповідно до умов договору страхування.

Рис. 2.2. Методи та системи страхування

У практиці майнового страхування найбільш поширеною є ***система страхування за дійсною вартістю***, яка визначається як фактична на день підписання договору страхування. Зазначена система страхування враховує знос майна на день укладання договору страхування.

У відповідності до системи страхування за дійсною вартістю страхове відшкодування дорівнює розміру збитків, тобто має місце повне покриття збитків страхувальника.

Система страхування за відновленою (відновною) вартістю передбачає, що відшкодування збитків за знищений об'єкт буде здійснено в розмірі, що дорівнює вартості нового аналогічного майна відповідного виду і призначення. Знос майна при цьому не

враховується. Така система також забезпечує повний страховий захист інтересів страхувальника.

Часткове страхування обмежує відповідальність страховика, залишаючи частину ризику страхувальнику. В свою чергу, часткове страхування поділяється на дві групи методів:

- пропорційне страхування;
- непропорційне страхування.

Пропорційне страхування передбачає використання ***системи пропорційної страхової відповідальності***. В основі цієї системи лежить математична ознака – пропорція: страхове відшкодування так відноситься до збитку страхувальника, як страхова сума – до вартості застрахованого майна. Особливістю пропорційної системи страхування є те, що розподіл збитку між страховиком та страхувальником не залежить від його розміру (як для великих, так і для малих збитків система розподілу залишається незмінною). Для того, щоб усунути зазначений недолік, використовують методи непропорційного страхування.

Страхування за системою першого ризику передбачає виплату страхового відшкодування у розмірі збитків, але в межах страхової суми. Під «першим ризиком» розуміють ризик, вартісна оцінка якого не перевищує страхової суми. При страхуванні за цією системою всі збитки у межах страхової суми (перший ризик) відшкодовують повністю, а збитки, що перевищують страхову суму (другий ризик), страховик не відшкодовує зовсім.

Страхування за системою «дрібної частки» (дробової частини) передбачає встановлення двох страхових сум, одна з яких називається показаною вартістю.

Можливі два варіанти встановлення показаної вартості:

- показана вартість дорівнює дійсній вартості об’єкта;
- показана вартість менша від дійсної вартості об’єкта.

Якщо показана вартість застрахованого об’єкта дорівнює його дійсній вартості, то система страхування дрібної частки тотожна страхуванню за системою першого ризику. Якщо показана вартість об’єкта менша за його дійсну вартість, то страхове відшкодування розраховується аналогічно як за системою пропорційної відповідальності.

Страхування за системою граничного страхового забезпечення передбачає встановлення завчасно певної межі відповідальності страховика у сумі страхового відшкодування у

вигляді коефіцієнта (чи відсотка) покриття збитку. Розмір страхового відшкодування визначається множенням встановленої межі (коефіцієнта чи відсотка) на різницю між заздалегідь встановленим рівнем та реально отриманим страхувальником доходом.

Крім вищезазначених систем страхування страховики застосовують й інші. Зокрема, особиста участь страхувальника в покритті збитків виражається через ***франшизу*** (фр. *franchise* – пільга). Вона може бути встановлена у відсотках чи в абсолютних величинах стосовно страхової суми, вартісної оцінки об'єкта або розміру збитків.

Франшиза – визначена договором страхування частина збитків, яка в разі страхового випадку не відшкодовується страховиком.

Франшиза, як правило, застосовується в сфері незначних збитків, які відносно часті та передбачувані, а їх страхування є не надто вигідним для страховика.

Вид та розмір франшизи зазначаються у договорі страхування. (ст. 94 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Застосування франшизи покликане:

- з одного боку, звільнити страховика від витрат, пов'язаних з ліквідацією дрібних збитків, оскільки у багатьох випадках такі витрати перевищують суму збитку;
- з іншого боку, зацікавити страхувальника вживати заходи щодо збереження об'єкту страхування, обмежити випадки страхового шахрайства.

Отже, при страхуванні об'єктів на неповну вартість за допомогою франшизи і видів відповідальності досягається поєднання страхування із самострахуванням.

Франшиза виконує певні функції (табл. 2.3).

Розрізняють умовну (інтегральну або невираховувану) та безумовну (ексцеденту або вираховувану) франшизи. В особливих випадках в договорі страхування може бути передбачена сукупна франшиза (це коли всі понесені збитки за певний період часу додаються, а із сумарного збитку вираховується франшиза).

Таблиця 2.3

Функції франшизи

Функція	Характеристика
Оптимізуюча	Допомагає страховикові не відшкодовувати збитки, що відповідають постійним та (або) незначним ушкодженням об'єкта, вартість яких дорівнює або сумарна рівню витрат страховика на експертизу цих ушкоджень.
Превентивна	Дисциплінує страхувальника щодо ретельного виконання умов договору страхування, дотримання ним принципу граничної сумлінності шляхом дбайливого ставлення до об'єкту страхування та запобігання настанню незначних збитків, за якими страховик звільняється від страхових зобов'язань.
Компенсаторна	Компенсує частину майбутніх можливих витрат на експертизу страхових випадків, які можуть статися, за укладеними договорами страхування.
Захисна	Захищає від можливих проявів шахрайства страхувальника з метою незаконного отримання останнім відшкодувань за неіснуючими збитками

Умовна франшиза – це обумовлена в договорі страхування частина збитків, яка не підлягає відшкодуванню страховиком у випадках, коли розмір збитків знаходиться в межах встановленої франшизи. Якщо ж сума збитків перевищує франшизу, то вони відшкодовуються страховиком у повному обсязі. Використання страховиком умовної франшизи має за мету відмежуватись від дрібних та таких, що часто виникають (повторюються) збитків. Найчастіше умовна франшиза застосовується в договорах особистого страхування.

Наприклад, якщо страхова сума становить 10 тис. грн, умовна франшиза – 20% від страхової суми, тобто 2 тис. грн, а збитки страхувальника – 1 тис. грн, то страховик звільняється від будь-якої компенсації збитків страхувальнику. Якщо ж за цих умов збитки становлять 5 тис. грн, то страховик відшкодовує їх повністю (5 тис. грн), не звільняючись від 2 тис. грн умовної франшизи.

Безумовна франшиза – це обумовлена в договорі страхування частина збитків, яка вираховується у всіх випадках із зобов'язань страховика, тобто не підлягає поверненню страхувальникові при виплатах страхових відшкодувань. Відповідальність страховика визначається розміром збитку за мінусом франшизи. Найчастіше безумовна франшиза застосовується в договорах страхування автотранспорту та інших майнових об'єктів.

Наприклад, якщо страхова сума становить 10 тис. грн, безумовна франшиза – 20% від страхової суми, тобто 2 тис. грн, а збитки страхувальника – 1 тис. грн, то страховик звільняється від будь-якої компенсації збитків страхувальнику. Якщо ж за цих умов збитки становлять 5 тис. грн, то страховик відшкодовує 3 тис. грн (5 тис. грн-2 тис. грн).

На практиці при застосуванні франшизи страховик надає пільги страхувальнику у сплаті страхових платежів через зниження тарифних ставок з відповідного виду страхування.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Необхідність класифікації страхування в умовах розвитку страхового бізнесу в Україні.
2. Роль класифікації страхування за історичною ознакою в розвитку теорії та практики страхової діяльності.
3. Міжнародні норми страхової класифікації при ліцензуванні видів страхування.
4. Необхідність та значення класифікації страхування за спеціалізацією страховика.
5. Страхові відносини між суб'єктами при обов'язковій та добровільній формах страхування.
6. Шляхи оптимізації видів добровільного і обов'язкового страхування в Україні.
7. Проблемні аспекти функціонування державного обов'язкового особистого страхування.
8. Обов'язкове страхування в Україні: призначення, недоліки функціонування та перспективи розвитку.
9. Практичне значення класифікації страхування для діяльності страхових компаній.
10. Підхід до класифікації страхування в країнах-членах ЄС.

ТЕМА 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ

Зміст теми

3.1. Поняття та економічна сутність страхових ризиків
3.2. Класифікація ризиків у страхуванні
3.3. Управління страховими ризиками (ризик-менеджмент у страхуванні)
3.4. Страховий тариф: сутність, структура та методи розрахунку. Тарифна політика страховика

3.1. Поняття та економічна сутність страхових ризиків

Ризик є фундаментальним поняттям у страхуванні. Як відомо, ризик супроводжує життя людини від початку до кінця. Саме це призвело до пошуку методів запобігання ризикові та подолання його наслідків. Найбільш ефективним з цих методів є страхування. Ланцюжок взаємозв'язку ризику і страхування можна представити таким чином: ризик – вірогідний майновий збиток – майновий інтерес – страховий інтерес – страховий захист (страхування). Тут під ризиком розуміється вірогідна несприятлива подія, що несе в собі потенційну загрозу майновим інтересам певної особи.

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

З економічної точки зору можна стверджувати, що ризик – це імовірність зазнати втрат очікуваної економічної користі, або прямих збитків через появу певної, випадкової події, щодо майнового інтересу членів суспільства.

Історія поняття «ризик» бере початок відтоді, коли його ще приблизно в XVII столітті застосували римські юристи. У минулому розумінні поняття «ризик» пов'язували з особливостями низки специфічних сфер діяльності й професій людини: військова, рятувальна, пожежна справа, циркове мистецтво, азартні ігри тощо. Слово використовували в розмовній мові як прототип англійського слова «hazard», що означає небезпеку, шанс. Існує думка, що термін «ризик» походить від грецьких слів ridsikon, ridsa, що означає «стрімчак», «скеля».

Окремі дослідники вважають, що слово «ризик» прийшло в європейські мови з іспанської або португальської, адже саме так давні мореплавці називали підводні скелі, які загрожували загибеллю їхнім кораблям.

У страхуванні під ризиком розуміється конкретне явище або їх сукупність, настання яких викликає необхідність відшкодування збитків із спеціально створеного страхового фонду.

Вчені вважають, що вперше спроба наукового визначення сутності та змісту поняття «ризик» була зроблена математиком Йоганом Тетенсом (XVIII ст.). Його наукові праці з виміру ризику знайшли практичне застосування в страхуванні життя. Хоча основи актуарних розрахунків, серед основних завдань яких є дослідження та групування ризиків, закладені в працях вчених Д. Граунта, Я. Вітта, Е. Галлея ще в XVII ст. Подальший розвиток математики та страхування призвели до того, що термін «ризик» почав використовуватись спочатку у страховій теорії, а із зростанням впливу науково-технічного прогресу на фінансово-господарське та соціальне життя суспільства поширився і на економічну теорію.

Ризик у страхуванні визначається такими основними поняттями:

1) ризик – це конкретне явище або сукупність явищ (подія чи декілька подій), на випадок яких проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання. Він виражає потенційну можливість виплати страхового відшкодування (страхової суми).

Методичні підходи до вимірювання ризиків охоплюють три види імовірності:

− математична імовірність;

– статистична імовірність;
– експертна імовірність.

Математична імовірність є найбільш точною і найбільш складною в розрахунках. Визначається вона відношенням кількості ситуацій, при яких випадок настав до кількості ситуацій, при яких можлива поява такого випадку за умови, що всі випадки є взаємонезалежними і можуть настати з однаковою імовірністю.

Статистична імовірність є менш точною, базується на законі великих чисел і найбільш часто використовується в економічних розрахунках. Визначається як відношення кількості випадків певного виду до загальної кількості подібних випадків.

Експертна імовірність базується на особистих відчуттях, знаннях та практичному досвіді.

2) ризик пов'язаний з конкретним об'єктом щодо якого визначаються чинники ризику.

3) ризик – це розподіл між страховиком і страхувальником негативних економічних наслідків у страховому випадку.

У страхуванні ризики поділяють на дві великі групи:
– страхові;
– нестрахові.

Страховий ризик – це певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання *(Закон України «Про страхування» (2021 р.)).*

Окрім того, страхові ризики повинні відповідати ряду критеріїв:

– ризик, що відповідає розміру відповідальності страховика, повинен бути можливим (мати імовірність настання);
– ризик повинен бути випадковим, тобто небезпека не повинна бути відомою ні в просторі, ні в часі, ні за розміром;
– настання страхового випадку, виражене в реалізації ризику, не повинно залежати від волевиявлення страховика або інших зацікавлених осіб;
– страхова подія не може мати розмірів катастрофічного лиха, тобто охоплювати багато об'єктів у рамках величезної страхової сукупності, спричиняючи масові збитки;

– наслідки реалізації ризику повинні бути об'єктивно виміряними й оціненими.

Страхові ризики, які визначаються договором страхування, мають відповідати таким ознакам ***(****крім договорів страхування життя лише з накопичувальною складовою****):***

1) вірогідність та імовірність настання;

2) неможливість передбачити конкретний час, місце, обставини настання події, а також розмір шкоди в разі настання страхового випадку;

3) відсутність імовірності невідворотності настання події в період дії договору страхування, про що страхувальник або страховик заздалегідь були або мали бути повідомлені;

4) настання події спричинить негативні матеріальні наслідки для страхового інтересу страхувальника або інших осіб, визначених у договорі страхування;

5) настання події не пов'язано з навмисними діями страхувальника або інших осіб, визначених у договорі страхування (крім випадків, визначених законом або міжнародним звичаєм), і не передбачає отримання неправомірної вигоди.

ст. 93 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Основними характеристиками ризику є:

– реальність існування;
– вірогідність настання;
– непередбачуваність часу й місця настання;
– величина заподіяного збитку.

Додатковими характеристиками ризику вважають його змінність (непостійність) і стадійність (етапність). Серед загальних ризиків можна виділити як окремі, незалежні один від одного ризики, настання одного з яких не призводить до реалізації інших, так і комплексні, залежні один від одного ризики, внаслідок настання одного з яких настають інші («ефект доміно») або коли на одному об'єкті одночасно реалізується кілька ризиків та відбувається їх кумуляція.

3.2. Класифікація ризиків у страхуванні

Для кращого розуміння сутності ризиків треба дослідити їх класифікацію на основі істотних класифікаційних ознак. Класифікація ризиків може бути досить різноманітною залежно від критерію, покладеного в її основу.

За сферою суспільних відносин:

- економічні;
- соціальні;
- політичні (пов'язані з протиправними діями з точки зору норм міжнародного права);
- воєнні.

За об'єктами:

- майнові (матеріальні) (рухоме та нерухоме майно, багаж і вантажі, домашнє майно);
- особисті (нематеріальні) (життя, здоров'я, працездатність).

За колом економічних суб'єктів:

- індивідуальні;
- колективні.

За природою виникнення:

- об'єктивні (природні) (зумовлені проявом стихійних сил природи, не залежать від волі та свідомості людини.);
- суб'єктивні (антропогенні) (виникають як наслідок діяльності людини).

За ступенем правомірності:

- виправдані (правомірні);
- невиправдані.

За характером:

- статичні;
- динамічні.

За сферою виникнення:

- зовнішні;
- внутрішні.

За масштабом:

- локальні;
- галузеві;
- регіональні;
- національні;
- міжнародні.

За видами підприємництва:
- виробничі;
- фінансові;
- комерційні;
- юридичні;
- інвестиційні;
- інноваційні;
- страхові;
- технічні;
- маркетингові;
- транспортні (каско (пов'язанні з страхуванням самих транспортних засобів) та карго (виникають при страхуванні вантажів));
- спеціальні.

За джерелом виникнення пов'язанні з:
- інформаційним забезпеченням;
- господарською діяльністю;
- непередбаченістю поведінки бізнес-партнерів.

За організаційним середовищем:
- організаційні (ділові);
- економічні;
- моральні.

За джерелом небезпеки:
- персональні (нещасний випадок, хвороба, смерть);
- непереборної сили природи (пожежі, землетруси, повені тощо).
- кримінальні.

За часом виникнення:
- минулі;
- поточні;
- майбутні.

За обсягом відповідальності страховика:
- індивідуальні (характерні для окремих, особливих видів цінностей);
- універсальні (входять до обсягу відповідальності страховика за більшістю договорів страхування).

За ступенем об'єктивності:
- об'єктивні;
- суб'єктивні.

За можливістю диверсифікації:
- загальні;
- специфічні.

За етапністю вирішення:
- на етапі прийняття рішення;
- на етапі реалізації рішення.

За ступенем доступності:
- безризикові;
- допустимі;
- критичні;
- катастрофічні.

За величиною:
- катастрофічні;
- великі;
- середні;
- малі;
- незначні;
- звичайні.

Поділ ризиків за їх величиною має важливе практичне значення з точки зору єдиної методології обслуговування ризиків різних категорій. Особливістю катастрофічних ризиків є великомасштабність негативних наслідків, неможливість їх передбачення та розрахунку. Причинами катастрофічних ризиків можуть бути як прояви природних катаклізмів (землетруси, циклони, виверження вулканів, повені та інші стихійні лиха), а також різні види людської діяльності (політичної, економічної, технічної тощо). Великі ризики є менш відчутними економічно, але виявляються з більшою закономірністю, піддаються точнішому передбаченню та розрахунку. З метою уніфікованого підходу до страхового обслуговування великих та катастрофічних ризиків усі ризики умовно поділені на дві основні категорії: *великі та масові.* Масові – це ті ризики, які немає підстави відносити до великих. До великих ризиків віднесені ті ризики, які генеруються в найбільш ризикогенних галузях господарської діяльності (транспортні ризики, повітряні ризики, ризики кредиту і застави, майнові ризики великих підприємств).

За наслідками:
- чисті (збиток або нульовий фінансовий результат);
- спекулятивні (прибуток).

За можливістю настання:

- потенційні ризики;
- реальні ризики;
- реалізовані події.

За можливістю страхування:

- ті, що підлягають страхуванню (страхові ризики);
- ті, що не підлягають страхуванню (нестрахові ризики).

З одного боку, страхування є одним із методів управління ризиком, а з іншого боку, страхова компанія як суб'єкт ринку сама потенційно підпадає під дію ряду ризиків, серед яких виокремлюють ризики, пов'язані зі страховою діяльністю, та ризики, які не пов'язані зі страховою діяльністю (рис. 3.1).

Рис. 3.1. Класифікація ризиків страхової компанії

Ризики, пов'язані зі страховою діяльністю, поділяють на:

- ризики, що приймають за договорами страхування;
- ризики, пов'язані з обслуговуванням договорів страхування.

Ризики, що приймають за договорами страхування є пріоритетними для страхової компанії, тому що основа діяльності страховика – прийняття ризиків страхувальників на себе. Створення ефективної системи управління такими ризиками є пріоритетним завданням будь-якої страхової компанії.

Ризики, пов'язані з обслуговуванням договорів страхування: ризик андерайтингу, ризик неефективного перестрахування, ризик управління страховим портфелем, ризик формування та інвестування страхових резервів.

Андерайтинг являє собою процес, спрямований на прийняття рішення про можливість страхування певного об'єкту та умови такого страхування, який включає низку послідовних взаємопов'язаних процедур, таких як аналіз ризиків і ухвалення рішення про страхування чи відмову у страхуванні, визначення основних умов договору страхування та заходів щодо зниження ризиків, а також контроль за їх виконанням.

Процес андерайтингу включає в себе послідовність конкретних бізнес-операцій, як правило, таких:

- аналіз ризиків (у тому числі збір і вивчення інформації про об'єкт страхування і його ризики, класифікація і селекція ризиків, оцінка ризиків);

- прийняття рішення про страхування вибраних ризиків чи відмова у здійсненні страхування;

- визначення адекватного страхового тарифу за об'єктами і ризиками, які приймаються на страхування;

- узгодження страхової суми і розрахунок страхової премії;

- визначення суми страхового покриття за ризиками, які приймаються на страхування;

- укладення договору страхування;

- розробка заходів з мінімізації ризиків;

- контроль стану застрахованого об'єкта, факторів, які стимулюють чи обмежують розповсюдження ризиків, а також здійснення заходів з мінімізації ризиків.

Ризик андерайтингу пов'язаний із неправильним оцінюванням фахівцем страхової компанії (андерайтером) ризику, що передається на страхування, і найчастіше спричинений:

- відсутністю в страховій компанії необхідної статистичної інформації;

- об’єктивними труднощами в оцінюванні ризику;
- приховуванням страхувальниками необхідної інформації;
- некваліфікованим оцінюванням ризиків;
- відсутністю розроблених принципів прийняття ризиків на страхування;
- неправильною селекцією ризиків;
- помилками під час створення страхового продукту;
- неефективною тарифікацією.

Ризик неефективного перестрахування виникає внаслідок дії численних договорів перестрахування, які страховик пропонує іншим страховим компаніям і в яких сам приймає участь. Ризик виникає, з одного боку, коли страховик вирішує, якій формі перестрахування віддати перевагу, якому перестраховику та в якому обсязі передати ризики, а з іншого боку, коли страховик сам приймає участь в інших договорах перестрахування і вирішує, який із запропонованих ризиків прийняти, які умови та вимоги висунути.

Участь у перестрахуванні дає можливість страховикам диверсифікувати власний портфель ризиків, взяти на страхування ризики, відшкодування за якими перевищують їх фінансові можливості, своєчасно і в повному обсязі розраховатися за прийнятими зобов’язаннями. Пропозиції щодо перестрахування вносять андерайтери, які аналізують величину та структуру субпортфелів за різними видами страхування і страховими продуктами.

Ризик управління страховим портфелем пов’язаний із формуванням незбалансованого страхового портфеля за видами страхування, видами застрахованих об’єктів, обсягами страхових сум тощо.

Страховий портфель можна визначити як сукупність ризиків, що страхує конкретний страховик. Він характеризується кількістю чинних договорів страхування, застрахованих об’єктів, розміром сукупної страхової суми.

Управління страхових портфелем реалізують у таких управлінських рішеннях:

- визначення ризиків, яким віддають перевагу під час укладання договорів страхування;
- визначення ризиків, від яких потрібно відмовитися;
- розрахування мінімально можливого страхового тарифу за видами страхування;

- встановлення допустимого рівня планової збитковості (виплати відшкодувань) за застрахованими об’єктами.

Для уникнення ризику управління страховим портфелем страхова компанія повинна дотримуватися під час його формування таких принципів:

- динамічності;
- однорідності;
- диверсифікованості;
- оптимальних характеристик структури страхового портфеля та його величини.

Динамічність страхового портфеля характеризує співвідношення між договорами, дія яких вже закінчується, й новими укладеними договорами страхування.

Однорідність страхового портфеля означає його формування з великої кількості приблизно однакових за розміром ризиків. Недодержання цієї умови може стати причиною того, що настання навіть одного страхового випадку (значного за обсягом) спричинить банкрутство страховика.

Диверсифікованість страхового портфеля також істотно впливає на фінансову стійкість страхової компанії, тому що дозволяє мінімізувати страхові ризики та забезпечити відповідну дохідність страхових операцій.

За обсягом страхового портфеля розраховують такий показник, як рівень охоплення страхового поля (під страховим полем розуміють максимальну кількість об’єктів, що можуть бути охопленими тим чи іншим видом страхування) – співвідношення фактично застрахованих об’єктів до їх можливої кількості, тобто відношення страхового портфеля до страхового поля, виражене у відсотках. Цей показник дає можливість спрогнозувати перспективи розвитку окремих видів страхування в кожному окремому сегменті страхового ринку.

До важливих структурних характеристик страхового портфеля належить відношення кількості договорів, що формували страховий портфель, до кількості заново укладених договорів; кількості договорів із максимальними й мінімальними страховими сумами; співвідношення між формами проведення страхування; кількістю договорів індивідуального та колективного страхування тощо. Показники величини страхового портфеля відображають кількість страхувальників (застрахованих об’єктів), а також сукупну страхову суму.

Ризик формування та інвестування страхових резервів може бути пов'язаним із недостатніми обсягами сформованих страхових резервів або незадовільною їх структурою, що не дозволяє страховій компанії вчасно та повністю виконати свої зобов'язання перед страхувальниками.

3.3. Управління страховими ризиками (ризик-менеджмент у страхуванні)

Уникнути чи зменшити вплив ризиків можна за допомогою системи управління ними. Управління ризиками в страхуванні відрізняється від управління ризиками в інших сферах бізнесу, що зумовлено специфічністю самого страхування.

У західній страховій практиці управління ризиком визначають як *ризик-менеджмент*, під яким розуміють сукупність послідовних заходів антикризової діяльності, застосування яких має комплексний, системний характер і базується на знанні стандартних прийомів управління ризиком.

Отже, ***управління ризиком в страхуванні – це заходи спрямовані на зменшення (уникнення) ризику в системі страхових відносин.*** Воно здійснюється в три етапи:

1) дослідницький (деталізоване дослідження ризиків, збір і аналіз інформації про них, оцінка ризиків);

2) підготовчий, який передбачає порівняння характеристики та імовірностей ризику на основі його аналізу та оцінки;

3) вибір конкретних засобів які можуть вплинути на ризик зменшивши або усунувши його зовсім.

Управління ризиками необхідне на стадії вивчення імовірних страхових послуг і встановленні договірних відносин між страховиком і страхувальником та направлене на:

- попередження та мінімізацію збитку;
- забезпечення відповідності імовірності ризику та розміру страхових тарифів;
- створення фондів для гарантованого повного відшкодування збитку.

У діяльності страхових компаній процес оцінки та управління ризиками базується на актуарних розрахунках.

Поняття «актуарні розрахунки» походить від слова актуарій,

що в перекладі з грецької мови означає «скоропису», «обліковець». Сучасне значення поняття «***актуарій***» – фахівець зі страхової справи, який займається розробкою наукових методів розрахунку тарифних ставок, резервів, премій, розміру страхового ризику.

Перші актуарії в Україні з'явилися у 1999 році після проведення у Києві курсів післядипломної освіти для актуаріїв, організованих Британським Інститутом Актуаріїв (BIoA) за підтримки Know How Fund.

Проведенню таких курсів передувало прийняття у 1996 році закону України «Про страхування», в якому було зазначено, що страхові тарифи повинні розраховуватись актуарно, при цьому актуарними розрахунками можуть займатися особи, що мають відповідну кваліфікацію.

Перед актуаріями постають задачі підготовки аналітичної інформації для прийняття рішень при:

- формуванні страхових тарифів та визначенні платежів за страхові послуги;
- оцінюванні та формуванні оптимального складу страхового портфеля;
- аналізі грошових потоків та моделюванні активів та зобов'язань для визначення інвестиційної стратегії, розподілі капіталу та інвестиційного прибутку різних видів бізнесу і визначенні прибутковості капіталу;
- прогнозуванні фінансово-економічних показників страхової діяльності компанії та оцінці рівня страхових резервів, які забезпечують потрібний рівень надійності для виконання прийнятих компанією страхових зобов'язань;
- виборі структури та оптимізації параметрів перестрахувального захисту страхового портфеля; розрахунку фінансово-економічних показників перестрахувального захисту (в тому числі сплата за перестрахувальні послуги).

Актуарій несе професійну відповідальність за здійснені ним розрахунки.

У світі існують дві основні системи професійної освіти актуаріїв, а саме: освітня система Society of Actuaries/Casualty Actuarial Society (яка використовується у Північній Америці) та освітня система Британського Інституту Актуаріїв (використовується у більшій частині країн світу). Обидві вони складають основу міжнародних стандартів професійної актуарної освіти.

Для отримання диплому актуарія необхідно скласти відповідні екзамени за однією з міжнародних систем підготовки актуаріїв, як правило, британською чи американською.

Перша професійна асоціація актуаріїв була заснована у 1848 році в Лондоні, а в кінці століття уже існувало 10 асоціацій.

Міжнародна Актуарна Асоціація (МАА) була заснована у 1895 році і є світовою організацією професійних актуарних асоціацій та окремих актуаріїв.

Основними цілями організації є:

- розвиток ролі та репутації професії;

- сприяння підвищення стандартів професіоналізму для здійснення контролю над задоволенням суспільних потреб;

- поширення знань про актуарну науку;

- продовження особистого професійного розвитку актуаріїв;

- сприяння розвитку взаємоповаги між актуаріями;

- організація дискусійних форумів для актуаріїв та актуарних асоціацій;

- представлення професії в міжнародних організаціях.

МАА включає 49 Дійсних і 25 Асоційованих членів з 67 країн світу, що становить біля 29 000 осіб, які є дійсними членами цих асоціацій.

МАА є неприбутковою, неполітичною і неурядовою організацією. Вона знаходиться в реєстрі Економічної та Соціальної Ради ООН та в особливому реєстрі Міжнародної Організації Праці.

В Україні у 1999 році також була заснована неприбуткова громадська організація Українське актуарне товариство (УАТ).

Актуарні розрахунки *– це система математичних і статистичних методів обчислення страхових тарифів і частки кожного страхувальника в створенні страхового фонду.*

Основи теорії актуарних розрахунків були закладені у XVII ст. в працях вчених Д. Граунта, Яна де Вітта, Е. Галлея. В 1662 році Д. Граунт публікує дослідження «Природні та політичні спостереження над бюлетенем смертності». Він уперше обробив дані про смертність та побудував на цій основі таблиці смертності. Подальший розвиток теорія актуарних розрахунків отримала в роботах англійського астронома та математика Е. Галлея, який сформулював визначення основних таблиць смертності. Форма таблиці смертності, яка була запропонована Галлеєм, використовується по сьогоднішній день.

Методологія актуарних розрахунків ґрунтується на застосуванні теорії імовірностей, демографічної статистики та довгострокових фінансових обчисленнях інвестиційного доходу страховика.

Актуарні розрахунки дозволяють визначати собівартість та вартість страхової послуги, а також частку кожного страхувальника у формуванні страхового фонду. Форму, в якій розраховуються витрати на проведення певного виду страхування, називають *страховою (актуарною) калькуляцією.*

Актуарні розрахунки ґрунтуються на таких засадах:

- страхові події мають імовірний характер, що впливає на величину страхових платежів;
- загальна закономірність проявляється через сукупність відокремлених страхових випадків, що зумовлює необхідність розрахунку собівартості страхової послуги стосовно всієї страхової сукупності;
- нерівномірність та імовірний характер подій, що підлягають страхуванню, зумовлюють необхідність формування спеціальних резервів, які перебувають в розпорядженні страховика, а також визначення їх оптимального розміру;
- необхідність прогнозування сторнування (зменшення страхового портфеля) договорів та експертного оцінювання їх величини;
- необхідність дослідження норми позичкового процента впродовж певного проміжку часу та виявлення тенденцій його руху;

- наявність повного або часткового збитку, пов'язаного зі страховим випадком, зумовлює необхідність вимірювання його величини та здійснення його розподілу в просторі та в часі за допомогою спеціальних таблиць;
- необхідність дотримання еквівалентності між страховими внесками страхувальника та страховим забезпеченням з боку страховика;
- потреба у виділенні групи ризику в межах страхової сукупності.

Основні функції актуарних розрахунків:

- дослідження та групування ризиків в межах страхової сукупності;
- визначення математичної імовірності настання страхового випадку, обчислення частоти і міри складності наслідків спричинених збитків як за групами ризику, так і за всією страховою сукупністю;
- математичне обґрунтування необхідних витрат на ведення страхової справи та прогнозування тенденцій їх розвитку;
- математичне обґрунтування необхідних резервних фондів страховика, а також джерел та способів їх формування;
- дослідження норми дохідності капіталу при інвестуванні страховиком зібраних страхових платежів, а також тенденцій її зміни протягом певного часового інтервалу;
- визначення залежності між величинами процентної ставки та брутто-ставки.

Актуарні розрахунки класифікують за такими ознаками:

1) за галузями страхування:

- актуарні розрахунки у майновому страхуванні;
- актуарні розрахунки в особистому страхуванні;
- актуарні розрахунки у страхуванні відповідальності.

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

2) в залежності від часу складання:

- планові;
- фактичні.

Фактичні актуарні розрахунки коригують страховий тариф на підставі зібраної страхової статистики.

3) за територією дії:

- місцеві актуарні розрахунки;
- регіональні актуарні розрахунки;
- розрахунки, що застосовуються на рівні національного страхового ринку.

Виконання страховиком актуарної функції забезпечує контроль за актуарною діяльністю у сфері страхування, яка здійснюється відповідно до вимог, встановлених Законом України «Про страхування» (2021 р.), нормативно-правовими актами Регулятора і нормами прийнятих міжнародних та професійних стандартів.

Виконання актуарної функції, в тому числі передбачає:

1) координацію процесу розрахунку технічних резервів;

2) забезпечення адекватності та прийнятності методологій і моделей, а також припущень у розрахунку технічних резервів;

3) підтвердження розмірів сформованих технічних резервів;

4) оцінку достатності і якості даних, що використовуються для розрахунку технічних резервів;

5) порівняння найкращих оціночних значень з практичними результатами діяльності;

6) інформування органів управління страховика та Регулятора про надійність та достатність розрахунків технічних резервів;

7) оцінку та висловлення думки щодо процесу андеррайтингу;

8) перевірку адекватності та прийнятності механізмів і умов перестрахування;

9) участь у впровадженні ефективної системи управління ризиками, зокрема в частині розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу;

10) іншу діяльність, визначену нормативно-правовими актами Регулятора.

Особою, відповідальною за здійснення актуарної функції у страховику, є відповідальний актуарій. Відповідальний актуарій підпорядковується раді страховика та звітує перед нею.

Особливий строк запровадження – особи, які можуть займатися актуарними розрахунками та до 01 січня 2024 року отримали свідоцтво, повинні до 01 січня 2026 року здійснити процедури щодо реєстрації, визначені нормативно-правовими актами Національного банку України, прийнятими для реалізації Закону України «Про страхування».

Регулятор має право розробити та запровадити систему авторизації осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування (перестрахування), а також вести реєстр (реєстри) осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування (перестрахування), актуаріїв, які можуть виконувати обов'язки відповідального актуарія.

У разі якщо страховик не забезпечив призначення відповідального актуарія, Регулятор може самостійно призначити відповідального актуарія для такого страховика до призначення страховиком відповідального актуарія, але не більше ніж на шість місяців. Оплату послуг призначеного Регулятором відповідального актуарія здійснює страховик.

Відповідальний актуарій складає актуарний звіт, до якого включаються, зокрема, відомості про технічні резерви для оцінки платоспроможності та технічні резерви для цілей фінансової звітності, та подає його до Регулятора. Порядок подання, форма, строки та вимоги до актуарного звіту визначаються нормативно-правовими актами Регулятора.

Відповідальний актуарій у разі виявлення ним під час виконання актуарної функції фактів, що свідчать про невідповідність законодавству у сфері страхування, зобов'язаний протягом двох робочих днів з дня виявлення повідомити про це раду страховика та Регулятора.

ст. 31 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Управління ризиками (ризик-менеджмент) як система охоплює такі послідовні етапи:

1) ідентифікація ризиків;
2) оцінка ризиків;
3) аналіз ризиків;
4) контроль ризиків;
5) фінансування ризиків.

Ідентифікація ризиків (встановлення ризиків) – це систематичне виявлення джерел ризику, визначення факторів ризику, їх класифікації та попередньої оцінки значущості кожного з цих факторів.

Для ідентифікації страхового ризику спочатку необхідно визначити такі його складові, як об'єкт страхування та страховий випадок. Найбільш складний процес ідентифікації ризиків у майновому

страхуванні, що зумовлено значною різноманітністю об'єктів страхування та переліком ризиків, під які можуть підпадати ці об'єкти.

Страхова компанія веде відповідний статистичний облік та обробляє зібрану інформацію, на основі якої визначає всі ризикові обставини, що характеризують параметри ризику. Результатом є ухвалення рішення, до якої ризикової групи належить той чи інший об'єкт. Середня величина ризикових обставин – це середній ризиковий тип групи, яка використовується як міра порівняння.

Оцінка ризиків здійснюється за допомогою актуарних розрахунків, які передбачають застосування статистичних і математичних методів. Для оцінки ризиків здебільшого використовують такі методи:

- *метод середніх величин* (окремі ризикові групи поділяють на декілька підгруп, щоб створити аналітичну базу для визначення ризику за ризиковими ознаками);
- *метод відсотків* (передбачає сукупність знижок і надбавок до вже створеної аналітичної бази залежно від можливих позитивних і негативних відхилень від середнього ризикового типу);
- *метод індивідуальних оцінок* (застосовується тоді, коли ризик не можна зіставити з відомим середнім типом ризиків. У такому разі страховик здійснює оцінювання довільно, базуючись на професійній підготовці та досвіді, а також суб'єктивному погляді).

Аналіз ризиків – це комплексна діагностика ризиків за допомогою різних методів: емпіричного, статистичного, спостереження, документального обліку та інших. На цьому етапі визначають потенційний вплив ризику на об'єкт страхування, а також теоретичну імовірність того, що небезпека реалізується.

Контроль ризиків призначений для часткового або повного усунення ризиків у разі оптимального співвідношення різних методів: ухилення від ризику, зменшення, локалізації та поділу (передавання) ризику (рис. 3.2).

Ухилення від ризику означає фактичне уникнення ризикованої діяльності. Зменшення ризику полягає в попереджувальній (превентивній) діяльності. Ризик можна контролювати ще до самої події. У ситуації, в якій попри всі попереджувальні зусилля ризик настає, вживають заходів, спрямованих на його обмеження (локалізацію).

Залежно від моменту здійснення управлінських заходів методи управління ризиками класифікують на методи контролю або трансформації ризику, застосовувані до реалізації ризикової події, та методи фінансування ризику, актуальні після настання ризику.

Рис. 3.2. Класифікація методів управління ризиками

Фінансування ризиків проводиться за рахунок створення страхових фондів, що формуються для здійснення виплат при настанні страхових випадків. У межах фінансування ризику виділяють таку його форму, як самофінансування (самострахування) – безпосереднє самостійне покриття збитків власними коштами, що можуть здійснювати коштом поточних і резервних надходжень, залучення кептивних страхових компаній, використання централізованих резервних фондів.

3.4. Страховий тариф: сутність, структура та методи розрахунку. Тарифна політика страховика

Слово «тариф» походить від французького «*tarif»*, що означає ставка чи сукупність ставок обкладання або оплати за користування чим-небудь.

У сучасному трактуванні «тариф» визначається за двома напрямками:

- як розмір оплати за різні послуги, ціна послуг;
- як система ставок плати за різноманітні виробничі та невиробничі послуги.

Законом України «Про страхування» (2021 р.) визначається ***страховий тариф як ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.***

Термін «страховий тариф» означає встановлений розмір плати за послуги страхування, за використання страхового продукту, за передачу ризику чи його частини страховику.

Поняття страховий тариф в страховій термінології відповідає термінам: тариф-брутто, тарифна ставка, брутто-ставка і означає ставку платежу за страхування з одиниці страхової суми, відображає ціну страхового ризику та інших витрат страховика з організації страхового захисту за укладеним договором страхування.

Страховий тариф є найважливішим елементом у погодженні інтересів сторін страхових відносин, адже на нього покладено вирішення суперечливого завдання: з одного боку, його мінімізація для можливості здійснення страхування широким колом страхувальників, з іншого – його максимізація для можливості забезпечення значних обсягів страхової відповідальності. Отже, однією із умов встановлення раціонального страхового тарифу є підтримання еквівалентності інтересів учасників страхових відносин, що відповідає замкнутому розподілу збитку одного застрахованого на всіх учасників страхового портфеля.

Окрім того, страховик розраховує страхові тарифи, базуючись на тому, що сума страхових премій, обчислених на основі тарифів, повинна бути такою, щоб він міг виконувати свої зобов’язання перед страхувальниками (тобто здійснити страхове відшкодування), покрити витрати на утримання страхової компанії та отримати прибуток.

Встановлення та розрахунок оптимального страхового тарифу досить складна та кропітка праця, яка вимагає використання теорії

імовірності та теорії великих чисел, високого рівня професіоналізму та значного інформаційного забезпечення. Тарифні ставки визначаються за допомогою актуарних розрахунків та встановлюються на 100 грн страхової суми або у відсотках до всієї страхової суми.

Страховий тариф має свою структурну будову, певний порядок розрахунку та будується окремо для загальних (ризикових) галузей страхування і накопичувального страхування (страхування життя).

Страхові тарифи обчислюються страховиком математичними, статистичними та/або економічними методами з урахуванням статистики настання страхових випадків та імовірного розміру збитків, характеристик об'єкта страхування, розміру франшизи та інших умов страхування, а за страховими ризиками за класами страхування життя – також з урахуванням величини гарантованого інвестиційного доходу за цими ризиками, якщо це передбачено договором страхування життя.

Методика розрахунку страхових тарифів є складовою внутрішньої політики з андеррайтингу та/або тарифної політики за окремим страховим продуктом, на підставі якого укладаються договори страхування, які розробляються та затверджуються страховиком відповідно до вимог встановлених Регулятором.

Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в договорі страхування за згодою сторін або відповідно до законодавства. Залежно від особливостей конкретного класу страхування або у випадках, передбачених законодавством, визначення страхового тарифу в договорі страхування не є обов'язковим.

ст. 95 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Страховий тариф, за яким укладають договір страхування, називають ***тарифом-брутто***. Він складається з двох частин: ***тарифу-нетто*** та ***навантаження*** (рис. 3.3).

Тариф-нетто (нетто-ставка) виражає ціну страхового ризику (пожежі, повені, вибуху тощо) та є основною частиною страхового тарифу, призначеною для виплати страхового відшкодування й страхових сум та формування страхових резервів. Складається з основного тарифу-нетто та ризикової (гарантійної) надбавки.

Тариф-нетто основний забезпечує виплати за звичайними умовами страхування.

Рис. 3.3. Структура страхового тарифу

Ризикова надбавка формує запасний фонд для забезпечення виплат у разі значних коливань ризиків, якщо є відхилення кількості страхових подій від середнього значення, за можливості підвищених збитків внаслідок реалізації численних ризиків.

Навантаження призначене для відшкодування витрат страховика, пов'язаних із проведенням страхування (по-іншому їх називають витратами страхових компаній на ведення справи), формуванням фонду попереджувальних заходів (превенція), а також для забезпечення отримання страховиком прибутку. Така структура страхового тарифу є характерною для тарифів зі всіх видів страхування.

Нетто-ставка займає найбільшу питому вагу в собівартості страхової послуги й не повинна бути меншою за 60-70% тарифу-брутто (брутто-ставки). Навантаження становить меншу частину від тарифу-брутто – від 9% до 40%.

Конкретний розмір страхового тарифу визначають під час укладення договору страхування. Розмір страхової премії (страхового платежу, страхового внеску) встановлюють під час укладання договору страхування і він залишається незмінним упродовж строку його дії, якщо інше не визначено умовами договору страхування.

Отже , брутто-ставка (T_b) складається з двох частин:

− нетто-ставки, яка розраховується на підставі даних збитковості та імовірності настання страхових випадків і

покриває збитки за страховими випадками із застосуванням статистики попередніх років;

- страхового навантаження, яке визначається у відсотках до брутто-ставки і покриває видатки страхової компанії на ведення справи;

і розраховується за формулою:

$$T_b = T_n + N,$$

де T_n – нетто-ставка;

N – навантаження.

На практиці поширені такі *методи розрахунку страхових тарифів*:

- на базі теорії імовірності та методів математичної статистики з використанням часових рядів;
- з використанням методів математичної статистики та розрахунку дохідності;
- на базі методів експертних оцінок;
- при використанні методів аналогій з іншими об'єктами чи компаніями;
- регресивний метод.

Найбільш поширеним є метод, що базується на теорії імовірності та математичній статистиці.

Методи розрахунку страхових тарифів із ризикових видів страхування

Метод розрахунку тарифів на базі теорії імовірності включає такі етапи:

1) визначення імовірності настання страхового випадку – на основі теорії статистики та імовірності розраховують вірогідність настання страхового випадку;

2) розрахунок тарифу-нетто основного зі 100 грн страхової суми;

3) розрахунок ризикової надбавки з використання стійких статистичних рядів – у зв'язку з можливими коливаннями за рахунок ризикової надбавки створюється запасний фонд, який розраховується на основі показника середнього квадратичного відхилення (чи 2-х сигмового інтервалу);

4) визначення можливого інтервалу зміни показника з певним ступенем вірогідності – перевіряють ряд на стійкість, використовуючи теорію помилок. Якщо ряд стійкий, то медіана наближається до середнього значення ряду, якщо нестійкий, то

необхідно збільшити тарифний період або взяти 3-х сигмовий інтервал. Статистикою встановлено, що одиничне квадратичне відхилення гарантує 68% впевненості, що виплати не вийдуть за межі тарифу, подвійне середнє квадратичне відхилення підвищує цю впевненість до 95%, а потрійне – до 97,9%;

5) розрахунок навантаження, виходячи із витрат на ведення страхової справи та планового прибутку – до тарифу-брутто у складі навантаження включають прибуток, оскільки страхування є також видом бізнесу й підприємницької діяльності;

6) розрахунок тарифу-брутто – підсумовуємо всі елементи тарифу;

7) визначення структури тарифу-брутто та питомої ваги кожного його елементу – для спрощення подальших розрахунків страхових тарифів встановлюється питома вага кожного з його елементів Наприклад, враховуючи вимогу встановлення величини страхових резервів не більш, як 50% від страхових платежів, тариф-брутто дорівнює тарифу-нетто, помноженому на 2. А якщо витрати на ведення страхової справи встановити на рівні 20%, від тарифу-брутто і прибуток від собівартості складатиме 4-6% (світовий досвід), то страховий тариф буде значно меншим.

Тариф-нетто (T_n) безпосередньо виражає ціну страхового ризику, призначений для здійснення страхових виплат, забезпечує створення страхового фонду та запасного фонду, які формують страхові резерви.

Тариф-нетто складається із тарифу-нетто основного (T_{no}) та ризикової надбавки (Δr):

$$T_n = T_{no} + \Delta r.$$

При побудові тарифу-нетто основного враховується імовірність настання страхового випадку – *p(a)*, коефіцієнт відношення середньої виплати на один договір страхування до середньої страхової суми на один договір – *k*, тобто,

$$Tno = p(a) \times k \times 100,$$

якщо

$$p(a) = \frac{m}{n},$$

де *m* – кількість несприятливих для страхової події випадків;

n – загальна кількість випадків з однаковими можливостями настання.

І якщо умовно (тому що не враховані ще частота настання страхового випадку, його спустошувальність, відношення ризиків) припустити, що

$$k = \frac{\bar{Q}}{\bar{S}},$$

де $\bar{Q}$ – середня страхова виплата на один договір страхування;

$\bar{S}$ – середня страхова сума на один договір страхування (визначаються за середньою арифметичною), то

$$T_{no} = \frac{m}{n} \times \frac{\bar{Q}}{\bar{S}} \times 100 = \frac{m \times \bar{Q}}{n \times \bar{S}} \times 100.$$

При розрахунку ризикової надбавки застосовують формулу:

$$\Delta r = 1{,}2 \times t_\gamma \sqrt{\frac{1 - p(a)}{n \times p(a)}},$$

де 1,2 – сталий коефіцієнт;

t_γ – квантіль рівня γ нормального розподілу;

p(a) – імовірність настання страхової події за визначеним ризиком;

n – кількість договорів страхування за визначеним ризиком.

Отже, в загальному вигляді розрахунок тарифу-нетто може бути представлений формулою:

$$T_n = \frac{m \times \bar{Q}}{n \times \bar{S}} \times 100 + 1{,}2 \times t_\gamma \sqrt{\frac{1 - p(a)}{n \times p(a)}} \text{ або}$$

$$T_n = p(a) \times k \times 100 + 1{,}2 \times t_\gamma \sqrt{\frac{1 - p(a)}{n \times p(a)}}.$$

Навантаження (*N*) покриває витрати страховика на ведення страхової справи (N_s), витрати на фінансування превентивних заходів (N_{pr}) та забезпечує заплановану норму прибутковості (N_r).

Якщо зазначені елементи (статті) навантаження встановлені в абсолютному розмірі, то використовуємо формулу:

$$N = N_s + N_{pr} + N_{r.}$$

Якщо одна частина статей навантаження визначається в абсолютних числах, а інша – у відносних – відсотках до тарифу-брутто, то застосовуємо формулу:

$$T_b = \frac{T_n + N_s}{1 - N_{pr,r}(\%)}.$$

Якщо всі статті навантаження представлені у відсотках до тарифу-брутто, то застосовуємо формулу:

$$T_b = \frac{T_n}{1 - N(\%)}.$$

Зазначений порядок розрахунку страхового тарифу найчастіше застосовують при оцінці технічних ризиків, ризиків, пов'язаних із нещасними випадками, вантажем чи іншими вірогідними подіями.

Для оцінки інвестиційного ризику застосовуються *статистичні методи з використанням доходності* проєкту або діяльності підприємства, які мають таку послідовність:

1) вивчення статистики втрат на даному або аналогічному виробництві – при рішенні про допустимість та доцільність підприємницького ризику визначається не імовірність рівня втрат, а імовірність того, що вони не перевищать деякого встановленого значення;

2) встановлення імовірності віддачі (*R)* за допомогою розрахунку показника варіації можливих інвестиційних рішень (віддачі)

$$p(a): \bar{R} = \sum_{i=1}^{n} R_i \times p(a).$$

3) визначення дисперсії – міри відхилення ознаки від середнього значення;

4) встановлення величини ризику та можливого значення доходності проєкту, що розглядається;

5) розрахунок страхового тарифу на основі оцінки імовірності страхового випадку – отримання віддачі нижче встановленої межі, але до беззбиткового рівня.

Метод групової експертної оцінки використовується, коли у фінансових системах страхування виникають проблеми, що

виходять за межі формальних математичних постановок задач. Основний принцип – з'ясування колективної думки. Порядок експертної оцінки такий:

1) формування цілі;

2) постановка задачі;

3) створення групи управління;

4) описання форми отримання необхідного результату;

5) вибір методів отримання результатів;

6) підбір експертної групи (можлива оцінка компетентності експертів);

7) складання анкет опитування;

8) опитування експертів;

9) обробка (методом надання переваг, методом рангів) та аналіз результатів;

10) складання звіту;

11) встановлення страхового тарифу та страхових платежів.

За тими ризиками, де неможливо застосувати зазначені методи, використовують метод аналогій з іншими страховими компаніями або іншими об'єктами, що страхуються.

Метод розрахунку страхового тарифу та страхових платежів *методом аналогій* передбачає:

1) вибір економічних показників для оцінки співставлення об'єктів, що розглядаються;

2) розрахунок відносних показників для оцінки середніх значень;

3) вибір бази розрахунку тарифу;

4) розрахунок страхового тарифу та страхових платежів.

Методика розрахунку страхового тарифу за допомогою *регресійних методів* ґрунтується на основі лінійного регресійного аналізу, який є важливим розділом сучасної математичної статистики. Розрахунки та їх аналіз за даною методикою здійснюється за допомогою імітаційного моделювання за допомогою сучасних інформаційних технологій. Зазначена методика передбачає:

1) по кожному *і*-тому року розраховується фактична збитковість страхової суми із розрахунку на 100 грн страхової суми;

2) на основі отриманого ряду у вихідних даних розраховується прогнозний рівень збитковості страхової суми, для чого використовується модель лінійного тренду, згідно якої фактичні

значення збитковості страхової суми вирівнюються на основі лінійного тренду;

3) тариф-нетто основний визначається як прогноз очікуваної збитковості на (n + 1) рік;

4) ризикова надбавка представляє собою довірчий інтервал прогнозу очікуваної збитковості на (n + 1) рік, розраховується множенням середньоквадратичного відхилення фактичних значень збитковості від вирівняних на вибране значення коефіцієнту розподілу Стьюдента;

5) визначається навантаження звичайними розрахунковими методами.

Особливості розрахунку тарифів за договорами страхування життя

Страхова виплата за договорами страхування життя здійснюється одноразово в розмірі страхової суми (її частини) і/або у вигляді послідовних виплат страхової суми (додаткове забезпечення доходу застрахованої особи в разі її хвороби, досягнення нею віку, який зазначено у договорі страхування, настання певних подій у її житті).

Страхові виплати здійснюються в разі:

- смерті застрахованої особи;
- дожиття застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування;
- досягнення застрахованою особою пенсійного віку (страхування додаткової пенсії) або віку, який зазначено в договорі страхування;
- настання події в житті застрахованої особи, яка обумовлена у договорі страхування (укладання шлюбу, народження дитини, вступ до навчального закладу, смерть близького родича застрахованої особи – дружини, чоловіка, дітей, батьків).

Умови договору страхування життя можуть додатково передбачати обов'язок страховика здійснити страхові виплати в разі:

- хвороби застрахованої особи;
- тимчасової непрацездатності застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- стійкої непрацездатності (інвалідності) застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Нетто-тариф за договором страхування життя для кожного з

наведених страхових ризиків (страхових подій) визначають з урахуванням статистичних закономірностей страхових ризиків протягом дії договору страхування та інвестиційного доходу від розміщення страхових резервів.

Математичною моделлю випадкових процесів дожиття та смертності, непрацездатності, хвороби в разі переходу застрахованих осіб з однієї вікової категорії в іншу є регіональні *таблиці дожиття та смертності* і відповідні регіональні чи селективні (за статтю, станом здоров'я, тривалістю непрацездатності або хвороби, професією, регіоном проживання тощо) *статистичні таблиці страхових ризиків*, що їх формують страховики.

При визначенні нетто-тарифу за договором страхування життя використовують:

- регіональну або селективну таблицю дожиття та смертності;
- регіональні або селективні таблиці додаткових страхових ризиків;
- річну ставку інвестиційного доходу;
- таблиці комутаційних чисел для встановленої в договорі страхування річної ставки інвестиційного доходу та імовірностей відповідних страхових ризиків.

Основні параметри таблиць дожиття та смертності:

l_x – кількість осіб, що дожили до віку x років (змінна x позначає повну кількість років застрахованої особи на час укладення договору страхування життя);

d_x^0 – кількість осіб у віці x років, які не доживуть до віку $x + 1$ рік, при цьому:

$$d_x^0 = l_x - l_{x+1};$$

q_x^0 – коефіцієнт смертності для особи у віці x років (імовірність смерті протягом року для особи у віці x років), при цьому:

$$q_x^0 = \frac{d_x^0}{l_x};$$

p_x^0 – імовірність дожити до віку $x + 1$ для особи у віці x років;

${}_t q_x^0$ – імовірність смерті протягом t років для особи у віці x років;

${}_t p_x^0$ – імовірність прожити не менш ніж t років для особи у віці x років, при цьому:

$$ {}_t p_x^0 = \frac{l_{x+t}}{l_x} $$

звідки:

$$ {}_t p_x^0 = 1;\ {}_t p_x^0 = p_x^0;\ q_x^0 = 1 - p_x^0, $$

$$ {}_t p_x^0 = p_x^0 p_{x+1}^0 p_{x+2}^0 \cdots p_{x+t-1}^0;\ {}_t q_x^0 = 1 - {}_t p_x^0. $$

При укладанні договору страхування життя для кожного із страхових ризиків розраховують відповідні статистичні таблиці, розрізняючи їх за допомогою індексів (j = 0, 1, 2 ...), при цьому індекс j = 0 використовують для таблиць дожиття та смертності.

Основні параметри статистичних таблиць додаткових ризиків:

l_x – кількість осіб, які дожили до віку x років (має дорівнювати значенню такого самого параметра в таблиці дожиття та смертності);

d_x^j – кількість осіб у віці x років, для яких j-та страхова подія настане протягом року (до настання віку x + 1 рік);

${}_t d_x^j$ – кількість осіб у віці x років, для яких j-та страхова подія настане протягом t років (на проміжку часу від x до x + t років);

q_x^j – імовірність настання протягом року j-ї страхової події для особи у віці x років;

${}_t q_x^j$ – імовірність настання протягом t років j-ї страхової події для особи у віці x років, при цьому:

$$ {}_t q_x^j = \frac{{}_t d_x^j}{l_x}; $$

${}_t p_x^j = 1 - {}_t q_x^j$ – імовірність того, що j-та страхова подія не настане протягом t років для особи у віці x років.

Отже, розрахунки нетто-тарифів за договорами страхування життя виконують на основі статистичних таблиць страхових ризиків, при цьому для кожного страхового ризику розраховують такі комутаційні числа:

$$ D_x = l_x v^x;\ C_x = d_x^j v^{x+1}, $$

$$N_x = \sum_{t=x}^{\omega} D_t \; ; \; M_x = \sum_{t=x}^{\omega} C_t \, ,$$

$$S_x = \sum_{t=x}^{\omega} N_t \; ; \; R_x = \sum_{t=x}^{\omega} M_t \, ,$$

де ω – граничний згідно з таблицею смертності вік;

t – змінний індекс, що дорівнює повній кількості років з часу початку дії договору страхування життя;

v – дисконтний множник, який для встановленої річної ставки інвестиційного доходу i визначається співвідношенням:

$$v = \frac{1}{1+i} \, .$$

Таблиця комутаційних чисел складається для всіх значень віку x та ставки i річного інвестиційного доходу, застосовуваних у розрахунках нетто-тарифу.

Періодичні внески або виплати, що проводяться на початку або в кінці обумовленого терміну називаються рентою (ануїтетом).

Страховий ануїтет – це послідовність страхових платежів або страхових виплат двох видів:

ануїтет пренумерандо – послідовність страхових платежів або страхових виплат, що здійснюється на початку кожного обумовленого періоду часу;

ануїтет постнумерандо – послідовність страхових платежів або страхових виплат, що здійснюється в кінці кожного обумовленого періоду часу.

Річні ануїтети – це послідовність страхових платежів або страхових виплат, які здійснюються один раз на рік.

Дійсна вартість страхових ануїтетів (сподівана вартість майбутніх страхових платежів або майбутніх страхових виплат на час укладення договору страхування) визначається, як правило, в розрахунку на одну грошову одиницю річних ануїтетів постнумерандо. Інші можливі варіанти платежів – піврічні, щоквартальні та щомісячні страхові ануїтети як постнумерандо, так і пренумерандо визначаються через річні ануїтети постнумерандо.

Дійсна вартість страхових ануїтетів постнумерандо на час укладення договору страхування життя для застрахованої особи у віці x років у загальному випадку розраховується аналітично за формулою:

$$a(t) = \sum_t b(t) v^t P(t),$$

де $P(t)$ – імовірність настання страхової події для застрахованої особи за проміжок часу від t до $t + 1$ року дії договору, значення цілого індексу t визначає порядок року в межах терміну дії договору страхування;

$b(t)$ – визначає розмір річного страхового платежу або річної страхової виплати.

Дисперсія таких ануїтетів визначається так:

$$\sigma^2[a(t)] = {}^2a(t) - a(t)^2,$$

де ${}^2a(t)$ – ануїтет виду:

$${}^2a(t) = \sum_t b(t)^2 v^{2t} P(t).$$

Дійсна вартість страхових ануїтетів постнумерандо на час укладення договору страхування життя визначається аналітично або за допомогою комутаційних чисел з урахуванням даних статистичних таблиць для кожного страхового ризику.

Дійсна вартість страхових ануїтетів пренумерандо (позначення з двома крапками над виразом) у розрахунку на одну грошову одиницю річних платежів або виплат визначається аналітично або за допомогою комутаційних чисел через дійсну вартість відповідних ануїтетів постнумерандо (позначення без крапок над виразом) таким чином:

$$\ddot{a}_x = 1 + a_x \text{ або } \ddot{a}_x = \frac{N_x}{D_x},$$

$$\ddot{a}_{\overline{x:n|}} = \ddot{a} - v^n {}_n p_x \ddot{a}_{x+n} \text{ або } \ddot{a}_{\overline{x:n|}} = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x}.$$

Розрахунок нетто-премій за договорами страхування життя. Нетто-премії розраховуються на підставі принципу еквівалентності зобов'язань, що їх беруть страховик (страхові зобов'язання) та страхувальник (зобов'язання сплати страхових внесків) на час укладення договору страхування (принцип еквівалентності дійсних вартостей зобов'язань).

Наведені вище співвідношення дають змогу обчислювати нетто-премії (у разі сплати премій пренумерандо) для договорів

страхування життя, які враховують настання однієї, кількох або всіх зазначених страхових подій.

Розмір нетто-премії N за кожним договором страхування життя визначається співвідношенням:

$$N = T \times S,$$

де T – нетто-тариф страхового внеску з одиниці страхової суми;

S – страхова сума за укладеним договором страхування життя.

Якщо умови договору страхування життя передбачають настання кількох страхових подій, нетто-премія за таким договором страхування розраховується як сума відповідних нетто-премій для кожної страхової події.

При визначенні нетто-премій актуарій прогнозує значення річної ставки та інвестиційного доходу залежно від терміну дії договору страхування. Розрахункове значення річної ставки i' інвестиційного доходу може коригуватися з урахуванням значення річної ставки інфляції f за формулою:

$$i' = \frac{i-f}{1+f} \approx i - f \ .$$

Тарифна політика страховика

Оскільки страховий тариф є ціною страхової послуги, на основі якої формують страхові резерви й прибуток та відшкодовують операційні витрати, його обґрунтований розрахунок є визначальним для успішної роботи страхової компанії. Неправильна структура та методика визначення тарифної ставки може призвести до втрати конкурентних позицій компанії на страховому ринку внаслідок завищення тарифу та збільшення імовірності банкрутства за умови заниження рівня тарифної ставки. Саме тому умовою забезпечення фінансової стійкості страховика є ефективне проведення тарифної політики.

Тарифна політика страховика – це цілеспрямована діяльність страховика щодо встановлення, впорядкування й уточнення страхових тарифів з метою забезпечення поєднання інтересів учасників страхових відносин (забезпечення прибутковості страховика та встановлення оптимальної ціни на страхову послугу для страхувальника).

Тарифна політика страховика ґрунтується на певних принципах (рис. 3.4).

Рис. 3.4. Принципи тарифної політики страховика

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

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

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Роль та місце ризиків у страхуванні.
2. Необхідність класифікації страхових ризиків та її значення для розвитку страхування.
3. Математична, статистична та експертна імовірність ризику.
4. Специфіка ризиків в особистому страхуванні та можливість їх страхування.
5. Оцінка ризиків у майновому страхуванні.
6. Характеристика ризиків у страхуванні відповідальності.
7. Страхування катастрофічних ризиків у сучасних умовах розвитку людської цивілізації.
8. Особливості страхування воєнних ризиків.
9. Страховий ризик як основа договору страхування.
10. Взаємозв'язок між страховим ризиком та страховим випадком.
11. Методи кількісного і якісного аналізу внутрішніх і зовнішніх факторів, що зумовлюють причини й величину ризиків.
12. Особливості формування та управління страховим портфелем страховика.
13. Математичні моделі формування страхового портфеля.
14. Управління системою превентивних заходів у діяльності страхової компанії.
15. Використання ризик-менеджменту у національній страховій практиці.
16. Методи оцінки й управління страховими ризиками в міжнародній практиці страхування.
17. Актуарні розрахунки у страхуванні.
18. Історичні передумови виникнення актуарних розрахунків.
19. Актуарії: система професійної підготовки кадрів та їх роль у розвитку страхової справи.
20. Страховий андерайтинг у системі ризик-менеджменту.
21. Особливості становлення інституту страхових андерайтерів в Україні.
22. Особливості розрахунку страхових тарифів за окремими видами страхування.
23. Особливості тарифної політики національних страхових компаній.

ТЕМА 4. СТРАХОВИЙ РИНОК

Зміст теми

4.1. Поняття страхового ринку та його структура
4.2. Страхові посередники та їх роль на страховому ринку
4.3. Показники страхової статистики. Показники стану і розвитку страхового ринку
4.4. Етапи розвитку страхового ринку України
4.5. Сучасний стан, ключові проблеми та перспективні тренди розвитку національного страхового ринку
4.6. Об'єднання страховиків та учасників страхового ринку

4.1. Поняття страхового ринку та його структура

Страховий ринок є одним із невід'ємних елементів ринкової інфраструктури та фінансової системи країн із розвиненою ринковою економікою.

Існує значна кількість підходів до визначення страхового ринку:

- це одна зі складових фінансового ринку з більшістю властивих йому характеристик, принципів і функцій;
- це сфера економічних відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страховий захист;
- це форма організації економічних відносин у сфері грошового обігу з формування та використання страхового фонду й інших фондів та ресурсів страховика за допомогою купівлі-продажу страхових продуктів;
- це сукупність страховиків, страхувальників, посередників, що приймають участь в реалізації страхових послуг;
- це середовище, в якому функціонують страхові компанії;
- це механізм перерозподілу фінансових ресурсів страхувальників та страховиків.

З урахуванням цього***, страховий ринок – це сукупність економічних відносин між його учасниками щодо купівлі-***

продажу страхових послуг, у процесі яких формуються попит, пропозиція й ціна на страхові послуги, укладають договори страхування та виконують зобов'язання згідно з ними.

Обов'язковими умовами функціонування страхового ринку є наявність:

- потреби в страхових продуктах, послугах;
- об'єктів страхування, що мають споживчу вартість;
- суб'єктів страхових відносин – страхувальників, страховиків та інших суб'єктів, здатних задовольнити зазначені потреби або їх споживати;
- можливість ухвалення рішення про участь у страховій угоді.

Страховому ринку властиві всі функції страхування, а також ряд специфічних, таких як:

- економічна (резервування частки виробленого продукту для заміщення випадкових втрат факторів виробництва);
- фінансова (акумулювання частки капіталу для подальшого інвестування);
- соціальна (захист майнових інтересів фізичних і юридичних осіб у разі настання страхових випадків, комерційний та соціальний захист, пенсійне забезпечення населення).

Головними суб'єктами страхового ринку є страховики й страхувальники, кожен з яких виконує свою функцію, має власну специфіку та механізм реалізації економічних інтересів. Зростання ризиків, збільшення кількості страховиків і страхувальників та ускладнення механізму взаємовідносин між ними обумовлюють успішність на страховому ринку посередників.

Об'єктом страхового ринку є страхові продукти – специфічні страхові послуги, що надаються страхувальникові під час виконання договору страхування (пропоновані на страховому ринку). Перелік видів страхування, якими може користуватися страхувальник, відображає асортимент страхового ринку.

Страхова послуга – вид фінансової послуги, що надається страховиком для забезпечення потреби потенційного страхувальника у страховому захисті на підставі договору страхування.

Виділяють такі ознаки *страхової послуги*:

- нематеріальність послуги у більшості випадків;
- змінність послуги з часом;

- неможливість заощадження послуги;
- матеріалізація послуги за певних обставин;
- неможливість передачі послуги як власності;
- неможливість відокремлення послуги від її постачальника.

Попит на страхову послугу вимірюється сумою коштів, яку потенційні страхувальники готові витратити на задоволення своїх потреб у захисті майнових інтересів, пов'язаних із їх життям, здоров'ям, майном та відповідальністю для убезпечення від можливих збитків за визначених цін на страхові послуги.

На обсяг попиту на страхові послуги впливають такі фактори:

- потреба населення та суб'єктів господарювання в страховому захисті;
- купівельна спроможність потенційних страхувальників.

Пропозицією на страховому ринку слід вважати діяльність страховиків щодо розроблення та реалізації страхових послуг, здатних задовольнити потреби в страховому захисті потенційних страхувальників, що відповідають їх купівельній спроможності.

Страховий продукт – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

Поняття «страховий продукт» та «страхова послуга» слід розмежовувати. Комплекс зобов'язань страховика, передумови та обставини виконання цих зобов'язань формують поняття страхового продукту. І лише у разі настання страхового випадку страховий продукт перетворюється в страхову послугу, тобто конкретизується в ній. Момент виникнення страхового продукту співпадає з моментом першого страхового внеску страхувальником або з моментом підписання договору страхування, тоді як страхова послуга виникає та реалізується тільки у разі настання страхового випадку. Якщо ж страховий випадок не відбувся – страхова послуга не зможе реалізуватися, а без реалізації страхових послуг неможливе саме страхування. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що поняття «страховий продукт» є значно ширшим, ніж поняття «страхова послуга».

Існує декілька *концепцій страхового продукту*:

1) компенсаційна, основою страхового продукту є ризикова компенсація з боку страховика, яка ґрунтується на імовірності настання ризику погіршення матеріального стану страхувальника,

яка компенсується можливістю здійснення страхової виплати;

2) інформаційна (фундатор В. Мюллер) – надається страхувальнику не продукт, не послуга, а гарантія, яка забезпечується певним обсягом інформації – страховий продукт є матеріальним, а страхова послуга – інформацією;

3) трирівневого страхового продукту (фундатор М. Халлер) – базовим рівнем страхового продукту є очікування, що ризик не реалізується, оскільки він є наслідком існування динамічного середовища та процесів, в який входять соціальна, технічна та фінансова підсистеми;

4) концепція Д. Фарні – страховий продукт, як система, включає ризикову, накопичувальну, забезпечувальну підсистеми.

Страховик (страховий посередник) до укладення договору страхування надає клієнту інформацію про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта.

Форма та вимоги до надання інформації про страховий продукт встановлюються Регулятором.

Інформацію про стандартний страховий продукт страховик (страховий посередник) надає клієнту у вигляді уніфікованого (стандартизованого) документа, що містить загальну інформацію про такий продукт (інформаційний документ про стандартний страховий продукт).

Страховик розробляє та затверджує інформаційний документ про стандартний страховий продукт окремо щодо кожного страхового продукту та розміщує такі інформаційні документи на власному веб-сайті.

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт надається клієнтові безоплатно.

В інформаційному документі про стандартний страховий продукт зазначається така інформація:

1) назва «Інформаційний документ про стандартний страховий продукт» у верхній частині першого аркуша із зазначенням назви стандартного страхового продукту;

2) інформація про клас страхування (ризики в межах відповідного класу), стислий опис стандартного страхового продукту;

3) стислий опис страхових ризиків та обмежень страхування, мінімальний та/або максимальний розмір страхової суми (ліміти відповідальності) та/або страхових виплат, застосування франшизи (вид та розмір у разі її наявності);

4) відомості про територію, на яку поширюється дія договору страхування;

5) порядок та строки сплати страхової премії;

6) винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті;

7) обов'язки сторін при укладенні та протягом строку дії договору страхування;

8) порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку;

9) порядок здійснення страхових виплат;

10) строк дії договору страхування, включаючи інформацію про період страхування;

12) підстави та порядок припинення дії договору страхування;

13) посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт та умови договору страхування;

14) інша інформація залежно від особливостей страхового продукту.

ст. 86 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Суб'єкти діяльності з реалізації страхових продуктів: страховики, страхові агенти, додаткові агенти, субагенти, страхові брокери.

Суб'єкти діяльності з реалізації перестрахових продуктів: страховики, перестрахові брокери.

Страхові посередники мають право на здійснення діяльності з реалізації страхових та перестрахових продуктів після внесення до Реєстру посередників.

Реєстрацію та внесення записів про страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів до Реєстру посередників здійснює страховик, реалізацію страхових продуктів якого здійснює такий посередник.

Страховик має право уповноважити страхового агента на здійснення дій, пов'язаних з внесенням записів про своїх субагентів до Реєстру посередників у порядку, передбаченому Законом України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Регулятора.

Реєстрацію страхових та перестрахових брокерів та внесення відповідних записів до Реєстру посередників здійснює Регулятор.

Страховий агент, додатковий страховий агент має право звернутися до Регулятора щодо внесення змін до запису в Реєстрі посередників про такого посередника, у тому числі про субагента, з яким співпрацює страховий агент.

Суб'єкти діяльності з реалізації страхових та перестрахових продуктів – юридичні особи та фізичні особи-підприємці, що використовують найману працю, зобов'язані призначити керівників з реалізації, які зобов'язані забезпечувати виконання вимог законодавства про реалізацію страхових продуктів.

Право на здійснення діяльності з реалізації страхових та/або перестрахових продуктів страховим посередником припиняється з дня виключення запису з Реєстру посередників.

Діяльність з реалізації страхових продуктів включає такі напрями діяльності:

1) рекламування та/або проведення маркетингових, рекламних та інших підготовчих заходів, спрямованих на укладення договорів страхування, зокрема, але не виключно, надання інформації про умови договору страхування відповідно до критеріїв та/або потреб, визначених клієнтами, проведення порівняльного аналізу за критеріями клієнтів, консультування щодо умов договору страхування відповідно до критеріїв та/або потреб, визначених клієнтами (мають право здійснювати: працівники страховиків, страхові посередники);

2) пропонування, пропозиція та консультування клієнта щодо укладення договору страхування, проведення іншої роботи з підготовки до укладення договорів страхування (мають право здійснювати: працівники страховиків, страхові посередники);

3) укладення та внесення змін до договору страхування, зокрема, але не виключно, залучення до оцінювання страхового ризику, вірогідності настання страхової події, оформлення документів та розрахунків щодо сплати страхової премії (мають право здійснювати: працівники страховиків, страхові посередники);

4) отримання страхової премії від клієнта та подальше її перерахування страховику (мають право здійснювати: страхові посередники, крім страхових агентів – фізичних осіб та субагентів);

5) оформлення необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати та інша діяльність, пов'язана з організацією врегулювання страхового випадку (мають право здійснювати: страхові посередники, крім страхових агентів – фізичних осіб, страхових агентів – ФОП, додаткових страхових агентів та субагентів);

6) отримання страхової виплати від страховика та подальше її перерахування клієнту (мають право здійснювати: страхові посередники, крім страхових агентів – фізичних осіб, страхових агентів – ФОП, додаткових страхових агентів та субагентів).

Діяльність з реалізації перестрахових продуктів здійснюється страховиком та/або перестраховим брокером та включає такі напрями:

1) рекламування та/або проведення маркетингових, рекламних та інших підготовчих заходів, спрямованих на укладення договорів перестрахування, зокрема, але не виключно, надання інформації про умови договору перестрахування відповідно до критеріїв та/або потреб, визначених перестрахувальниками;

2) пропозиція та консультування перестрахувальника щодо укладення договору перестрахування;

3) укладення та внесення змін до договору перестрахування (ковер-ноти, сертифіката, поліса, свідоцтва тощо), зокрема, але не виключно, залучення до оцінювання страхового ризику, вірогідності настання страхової події, оформлення документів та розрахунків за договором перестрахування;

4) отримання перестрахової премії від перестрахувальника та подальше її перерахування перестраховику;

5) оформлення необхідних документів для своєчасного здійснення перестрахової виплати перестраховиком;

6) отримання перестрахової виплати від перестраховика та подальше її перерахування перестрахувальнику.

Не вважається діяльністю з реалізації страхових та перестрахових продуктів:

1) надання інформації для рекламних цілей, якщо особа не вживає будь-яких додаткових заходів для укладення чи виконання договору страхування або перестрахування;

2) діяльність з оцінки збитків, а також оцінка розміру збитків оцінювачами та суб'єктами оціночної діяльності;

3) надання страховикам та страховим посередникам інформації про клієнтів, якщо особа, яка надає таку інформацію, не вживає будь-яких додаткових заходів для укладення договору страхування або перестрахування;

4) надання клієнтам виключно інформації про страхові або перестрахові продукти, страхового посередника, страховика або перестраховика, якщо особа, яка надає таку інформацію, не вживає будь-яких заходів для укладення договору страхування або перестрахування.

З метою наукових досліджень та практичного застосування формується певна *класифікація страхового ринку*. Вона може бути здійснена за різними ознаками, в залежності від цілі дослідження чи спостереження, вивчення умов функціонування, напрямків розвитку, потреби аналізу з метою виявлення певних тенденцій тощо. Найбільш загальні ознаки, за якими можна поділити страховий ринок, такі:

1) *за територіальною ознакою:*
- місцевий (регіональний);
- національний (внутрішній);
- міжнародний (зовнішній).

2*) за галузевою ознакою:*
- особистого страхування;
- майнового страхування;
- страхування відповідальності.

3) *за типом державного регулювання*:
- авторитарний (жорсткий) тип, за якого кожний конкретний вид страхування проходить процедуру ліцензування й повинен відповідати певній системі вимог до правил страхування, фінансово-господарської діяльності страхової компанії; конкуренція між страховиками чітко регламентована;
- ліберальний (м'який) тип передбачає, що операції зі страхування хоча й підлягають ліцензуванню, проте нагляд за діяльністю страхових компаній відносно слабкий;
- змішаний тип певною мірою використовує два зазначених підходи: виважена система регламентації

діяльності страхових компаній поєднується з досить гнучкими підходами, що дають можливість забезпечити достатній рівень конкуренції.

4) *за напрямком розвитку*:
- екстенсивний, що передбачає швидке зростання кількості страхових компаній із невисоким рівнем платоспроможності та звуженим асортиментом страхових послуг;
- інтенсивний, що передбачає розширення страхових компаній, асортименту страхових послуг, збільшення власного капіталу, покращення фінансового стану.

5) *за станом попиту:*
- насичений;
- ненасичений.

6) *за продуктивною ознакою:*
- традиційний;
- нетрадиційний.

7) *за рівнем диверсифікації*:
- диверсифікований;
- однорідний.

8) *за станом ризику*:
- стабільний;
- такий, що динамічно розвивається;
- депресивний.

Структура страхового ринку – це співвідношення та пропорції між різними інститутами, суб'єктами (страховими компаніями й страхувальниками) та об'єктами (видами й технологіями страхування) страхового ринку, що виникають і відтворюються в результаті процесу страхування.

Виділяють організаційну, інституціональну, територіальну і галузеву структури страхового ринку.

Організаційна структура страхового ринку обумовлена суб'єктами ринку:
- професійними учасниками страхового ринку (страховими компаніями, перестраховими компаніями, страховими посередниками);
- страхувальниками (споживачами страхових послуг);

- суб'єктами інфраструктури страхового ринку (актуаріями, аудиторами, консультантами та ін.).

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

Територіальна структура передбачає поділ на:

- місцевий (регіональний) страховий ринок, що задовольняє страхові інтереси регіону;
- національний (внутрішній), який задовольняє страхові інтереси, що перейшли за межі регіону й розширилися до рівня держави;
- світовий (зовнішній) страховий ринок, що задовольняє попит на страхові послуги в масштабі світового господарства.

Галузева структура передбачає поділ на:

- ринок страхування життя;
- ринок загальних видів страхування.

Кожна з названих ланок має свою структуру (сегментацію).

Отже, страховий ринок являє собою складну, багатофакторну, динамічну, відповідним чином структуровану систему. Ця система реально функціонує, отже, відповідно взаємодіють усі складові страхового ринку, який можна розглядати як єдність внутрішньо організованої системи та зовнішнього стосовно до цієї системи оточення. Усі елементи внутрішньої системи страхового ринку взаємопов'язані та взаємодіють із зовнішнім середовищем, що складається з елементів, якими страховики здатні управляти, й тих, на які вони впливати не можуть, але повинні враховувати у своїй діяльності. До складових, на які страховики можуть впливати, належать: ринковий попит; конкуренція; інфраструктура страхового ринку (правове і нормативне забезпечення, інформаційна та аудиторська мережа, наукове обслуговування, кадри, система організації професійної освіти, професійна етика). До складових, на які страховики впливати не можуть, входять: чисельність населення, його вікова та статева структури; сезонні міграції; купівельна спроможність та ін.

Внутрішня структура страхового ринку містить в собі такі елементи:

- страхові продукти;
- систему організації продажу страхових продуктів і формування попиту на них;
- систему тарифів;
- власну інфраструктуру страховика (агентства, філії, представництва);
- матеріальні, фінансові, трудові та інформаційні ресурси страховиків.

Інфраструктура страхового ринку – це сукупність елементів (інститутів, установ, організацій, технологій, норм, систем), що забезпечують, регулюють і створюють умови для нормального, безперебійного, багаторівневого функціонування ринку як особливої економічної системи, а також взаємодії його суб'єктів на основі купівлі-продажу страхових продуктів.

Виділяють посередницьку, ділову та інституційну інфраструктури страхового ринку.

Посередницьку інфраструктуру страхового ринку становлять збутові структури: страхові агенти, брокери та інші організації – канали просування страхових послуг.

Ділову інфраструктуру страхового ринку формують: організації із забезпечення страхової та перестрахової діяльностей; організації, що займаються попередженням випадків страхового шахрайства й веденням відповідних баз даних, аутсорсингом конкретних функцій діяльності страховиків; інвестиційні компанії; організації, що займаються оцінюванням майна, ризиків і збитків; організації, що спеціалізуються на наданні консалтингових і рекламних послуг страховикам; наукові й освітні установи; інформаційні агентства.

До *інституційної інфраструктури* страхового ринку, що забезпечує функції суспільного й державного регулювання страхового ринку, належать державні наглядові органи, товариства із захисту прав та інтересів страхувальників і застрахованих осіб, об'єднання страховиків та учасників страхового ринку, а також гарантійні фонди.

4.2. Страхові посередники та їх роль на страховому ринку

Ефективний розвиток страхового ринку неможливий без розвитку його інфраструктури, яка забезпечує процес створення страхового продукту, його реалізацію, а також подальший супровід після продажу до закінчення терміну дії страхового договору. Інфраструктура страхового ринку включає в себе страхових посередників: страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів, страхових та перестрахових брокерів.

Окрім того, до представників страхового посередництва можна віднести актуаріїв, андерайтерів, сюрвейерів, диспашерів, аджастерів, аварійних комісарів, які покликані створити страховий продукт, а також ефективно оцінити ризики та наслідки страхових випадків.

Зміст страхового посередництва визначено в Директиві Європейського Парламенту 2002/92/ ЄС від 9 грудня 2002 року «Про страхове посередництво», в п. 3, ст. 2 якої зазначено, що «страхове посередництво означає діяльність з представлення бізнесу, пропонування та виконання інших підготовчих робіт для укладення договорів страхування, або укладення таких договорів, або допоміжну діяльність в адмініструванні та виконанні таких договорів, зокрема при настанні страхового випадку».

Традиційно посередників на страховому ринку поділяють на три групи:

1) *прямі страхові посередники*: страхові агенти, додаткові страхові агенти, субагенти, страхові брокери та перестрахові брокери;

2) *непрямі страхові посередники*:

− професійні оцінювачі страхових ризиків: андерайтери, сюрвеєри;

Андерайтер – висококваліфікована й відповідальна особа страховика, уповноважена виконати необхідні процедури з розгляду пропозицій і прийняття ризиків на страхування (перестрахування). Андерайтер оцінює ризик, визначає ставки премій та інші умови страхування, оформляє страхові поліси.

Сюрвеєр – інспектор або агент страховика, який здійснює огляд майна, що приймається на страхування, його оцінку та визначає імовірну ступінь настання страхового випадку. На підставі

висновку сюрвеєра страховик розраховує тарифну ставку, приймає рішення про укладання договору страхування.

− професійні оцінювачі страхових збитків: аварійні комісари, аджастери, диспашери;

– особа, яка встановлює причини, характер і розмір збитку в результаті страхового випадку (як правило, ДТП).

Аджастер **–** представник інтересів страховика у вирішенні та врегулюванні заявлених претензій страхувальника, пов'язаних зі страховим випадком.

Диспашер – спеціаліст у галузі морського права, який здійснює розрахунки при загальній аварії, розподіляючи збитки між судном, вантажем, фрахтом. Функції диспашера може виконувати аджастер.

3) *нестрахові посередники* – забезпечують реалізацію механізму страхового захисту та надають консультаційні, інформаційні, рекламні, кредитно-банківські, аудиторські, нотаріальні та інші послуги суб'єктам страхових відносин.

Порівняльна характеристика прямих та непрямих страхових посередників наведена у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Порівняльна характеристика прямих та непрямих страхових посередників

Показник	**Прямі страхові посередники**	**Непрямі страхові посередники**
1	2	3
1. Сфера діяльності	Діяльність наближена до страхової. Напрям діяльності – пошук клієнтів та задоволення їх потреб з метою отримання прибутку.	Діяльність наближена до інфраструктурної. Обслуговують страховий ринок та активно співпрацюють зі страховими компаніями.
2. Позиціонування на ринку	Не мають власних вимог і зобов'язань, а діють за дорученням клієнтів, одержуючи дохід у вигляді комісійної плати (брокери), або на підставі укладеного договору (агенти).	Діють від імені страхової компанії. Посередницька діяльність є вузькоспеціалізованою.

Продовження табл. 4.1

1	2	3
3. Фінансова діяльність	Основна мета діяльності – отримання прибутку.	Основна мета діяльності – оцінка ризиків та мінімізація збитків.
4. Контроль та регулювання	Контроль за діяльністю відбувається, здебільшого, з боку клієнта, або страхової компанії. Діють в рамках існуючого законодавства, керуючись внутрішніми положеннями страхової компанії.	Не потребують жорсткого фінансового регулювання та контролю (діяльність виключно у рамках чинного законодавства).
5. Рівень відносин зі страховою компанією	Відносини, зазвичай, будуються на договірній основі.	Договірна основа (посередник є штатним працівником страхової компанії), або укладання договору у співпраці зі спеціалізованою установою.

Отже, лише для прямих посередників основним видом їх господарської діяльності є посередництво. Основна діяльність непрямих і нестрахових посередників безпосередньо не пов'язана із залученням клієнтів, тому їх можна віднести до посередників на страховому ринку лише зі значним ступенем умовності. Непрямі страхові посередники, виконуючи свої функції щодо оцінювання ризиків і збитків, суттєво впливають на ставлення клієнтів до страхового захисту та прийняття рішення про страхування. Нестрахові посередники виконують забезпечувальну роль і є невід'ємною складовою процесу реалізації страхових послуг.

Посередницька діяльність на страховому ринку здійснюється страховими агентами, додатковими страховими агентами, субагентами і страховими брокерами, тоді як на ринку перестрахування – перестраховими брокерами. Тобто страхове посередництво на перестрахувальному ринку передбачає лише брокерську діяльність, яка має свої відмінності, що розрізняють діяльність страхових і перестрахових брокерів.

Прямі страхові посередники забезпечують найбільший канал збуту страхових полісів у більшості країн Європейського Союзу, на який припадає 70-90% усіх страхових премій, зібраних страховиками.

Через страхових брокерів продаються понад 70% ризикових індивідуальних полісів, ризикових полісів для страхування підприємств та організацій, а також поліси зі страхування життя. У більшості розвинених країн кількість страхових брокерів у багато разів перевищує кількість самих страховиків. Зокрема, на польському страховому ринку на 40 страховиків припадає 1200 страхових брокерів. Дуже високий відсоток насиченості ринку брокерами у Великобританії, Нідерландах, Бельгії та Ірландії, де на одну страхову компанію припадає кілька десятків і навіть сотень страхових брокерів.

Загалом на страхових ринках зарубіжних країн кількість брокерів значно перевищує кількість страхових компаній – в європейських країнах пропорція становить 10-18:1, у США – 230:1, у Канаді – 80:1. В Україні спостерігається абсолютно протилежна ситуація – 62 страхових брокерів обслуговують 233 страхові компанії (з них – 23 страхова компанія «life») (дані на 01 січня 2020 року), тобто один брокер припадає на чотири страхових компанії.

Водночас страхові посередники в будь-якому випадку не можуть надати своїм клієнтам повної фінансової гарантії у страховому захисті, тому в європейській практиці використовується обов'язкове страхування професійної відповідальності брокерів з лімітом відповідальності 1,5 млн євро. В Україні страхові брокери іноді теж використовують страхування професійної відповідальності на добровільних засадах для убезпечення своєї діяльності та отримання конкурентних переваг.

Страховий агент – фізична особа, фізична особа-підприємець або юридична особа, яка включена до Реєстру посередників, не є додатковим страховим агентом та здійснює діяльність з реалізації страхових продуктів від імені та в інтересах страховика за винагороду за реалізацію страхових продуктів на підставі договору із страховиком.

Додатковий страховий агент – фізична особа-підприємець або юридична особа, яка включена до Реєстру посередників та здійснює діяльність від імені та в інтересах страховика за винагороду за реалізацію страхових продуктів на підставі договору

із страховиком, якщо одночасно виконуються такі умови:

- основним видом діяльності такої особи є здійснення іншої господарської діяльності, ніж реалізація страхових продуктів;
- така особа реалізує страхові продукти як доповнення до товару (послуги), що реалізується (надається) нею в межах здійснення основного виду її господарської діяльності;
- страхові продукти, що реалізуються такою особою, не передбачають страхування за класами страхування 10-13, 19-23, крім випадків, якщо такі страхові продукти є доповненням до товарів або послуг, що реалізуються такою особою в межах здійснення основного виду її господарської діяльності.

Субагент – фізична особа, фізична особа-підприємець, юридична особа, яка включена до Реєстру посередників та здійснює діяльність з реалізації страхових продуктів від імені, в інтересах страховика та за дорученням страхового агента за винагороду за реалізацію на підставі договору із страховим агентом.

Страховий брокер – фізична особа-підприємець, юридична особа або постійне представництво страхового брокера-нерезидента, включені до Реєстру посередників, що діють від свого імені та в інтересах клієнта і за винагороду за реалізацію здійснюють діяльність з надання посередницьких послуг у страхуванні на підставі договору.

Перестраховий брокер – юридична особа або представництво перестрахового брокера-нерезидента, включені до Реєстру посередників, що діють від свого імені та в інтересах клієнта і за винагороду за реалізацію здійснюють діяльність з надання посередницьких послуг з перестрахування на підставі договору.

Страхові посередники – фізичні особи та фізичні особи-підприємці, працівники з реалізації та керівники з реалізації страховиків, страхових посередників – юридичних осіб, представництв страхових та/або перестрахових брокерів-нерезидентів та страхових посередників – фізичних осіб-підприємців до початку та впродовж всієї діяльності (виконання трудових обов'язків) з реалізації страхових та/або перестрахових продуктів зобов'язані мати:

1) повну цивільну дієздатність:

2) підтвердження необхідного рівня знань відповідно до ст. 83 і ст. 84 Закону України «Про страхування»;

3) бездоганну ділову репутацію. Ознаками відсутності бездоганної ділової репутації є такі обставини:

- особа в установленому законодавством порядку позбавлена права займати посади або займатися професійною діяльністю або за порушення законодавчих вимог була виключена з Реєстру посередників, – протягом трьох років з дня прийняття такого рішення Регулятором або страховиком;

- особа має судимість, не погашену або не зняту в установленому законом порядку, за кримінальні правопорушення у сфері господарської діяльності;

- особа була відповідальною за виконання ключових функцій або була власником істотної участі у фінансовій установі не менше шести місяців протягом одного року, що передує прийняттю рішення про застосування заходу впливу у вигляді:

1. анулювання всіх ліцензій фінансової установи – протягом п'яти років з дати прийняття рішення відповідного державного органу про анулювання ліцензії;

2. призначення тимчасової адміністрації у фінансовій установі, – протягом п'яти років з дати прийняття рішення відповідного державного органу;

- особа була керівником, головним бухгалтером або власником істотної участі у фінансовій установі не менше шести місяців, якщо таку фінансову установу в цей період або протягом одного року після цього було визнано банкрутом та/або піддано процедурі примусової ліквідації, – протягом 10 років *з дня визнання фінансової установи банкрутом або початку процедури примусової ліквідації;*

- особа включена до переліку осіб, пов'язаних із терористичною діяльністю, або стосовно неї застосовано санкції відповідно до Закону України «Про санкції» та/або міжнародні санкції, та/або дії якої створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України;

4) чинний договір страхування відповідальності страхових посередників, за умови, що страховий посередник отримує страхові та/або перестрахові премії та страхові та/або перестрахові виплати.

Страховик, який отримав ліцензію на здійснення діяльності із страхування, має право на реалізацію відповідних страхових та/або

перестрахових продуктів шляхом виконання його працівниками трудових обов'язків з реалізації відповідних страхових продуктів. Страховик зобов'язаний:

- вести переліки своїх керівників з реалізації та працівників з реалізації (порядок та вимоги щодо розкриття інформації в переліку працівників з реалізації визначаються Регулятором);
- перевіряти відповідність своїх працівників з реалізації вимогам, передбаченим ст. 73 Закону України «Про страхування»;
- забезпечувати організацію навчання своїх керівників з реалізації та працівників з реалізації та підвищення їхньої кваліфікації;
- затвердити, запровадити та регулярно переглядати внутрішні політики та процедури щодо реалізації страхових та перестрахових продуктів його керівниками з реалізації та працівниками з реалізації;

Страховик несе відповідальність перед клієнтами за виконання умов договору страхування та/або перестрахування у разі допущення помилок або необережності його працівниками з реалізації.

- розробити, затвердити, запровадити та регулярно переглядати свої внутрішні політики (процедури, положення) щодо порядку взаємодії та співпраці із страховими агентами, додатковими страховими агентами, субагентами;

Зазначені політики повинні включати, зокрема:

1) правила організації роботи страховика із страховими агентами, додатковими страховими агентами, субагентами, порядок укладення та розірвання договорів з ними;

2) порядок внесення записів, внесення змін до записів та виключення записів про страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів з Реєстру посередників;

3) порядок моніторингу відповідності страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів вимогам законодавства та порядок оновлення інформації про них у Реєстрі посередників;

4) порядок організації та проведення навчання страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів, їх керівників з реалізації та працівників з реалізації, підвищення їхньої кваліфікації;

5) порядок контролю за дотриманням страховими агентами, додатковими страховими агентами, субагентами вимог законодавства, що регулює діяльність з реалізації страхових продуктів, а також порядок реагування страховика на порушення умов діяльності, допущені такими страховими посередниками;

6) порядок нарахування та виплати винагороди за реалізацію страховим агентам та додатковим страховим агентам.

- вести переліки працівників з реалізації страхового агента та субагента, які реалізують його страхові продукти;

Переліки працівників з реалізації страхового агента та субагента можуть надаватися страховиком шляхом розміщення у своєму переліку актуальних посилань на переліки працівників з реалізації, що ведуться таким страховим агентом та субагентом на своїх веб-сайтах. Такі переліки мають містити інформацію про працівників з реалізації, щодо ділової репутації, навчання тощо. Порядок та вимоги щодо розкриття інформації в переліку працівників з реалізації визначаються Регулятором.

- здійснювати контроль за відповідністю діяльності страхового агента, його керівників з реалізації та працівників з реалізації, додаткового страхового агента, його керівників з реалізації, субагента, його керівників з реалізації та працівників з реалізації вимогам законодавства, що регулюють діяльність з реалізації страхових продуктів, протягом строку дії договору з таким посередником.

Неналежний контроль страховика за діяльністю страхових агентів, додаткових страхових агентів, субагентів відповідно до умов договору визнається Регулятором порушенням законодавства, що регулює діяльність з реалізації страхових продуктів.

Страховий агент – фізична особа-підприємець, страховий агент – юридична особа, субагент – фізична особа-підприємець, субагент – юридична особа зобов'язані призначити керівників з реалізації та вести перелік своїх працівників з реалізації та надавати його страховику, страхові продукти якого реалізує такий посередник. Такий перелік може надаватися страховику у вигляді актуального посилання на перелік працівників з реалізації, що ведеться таким страховим агентом, субагентом на своєму веб-сайті.

Страховий агент – фізична особа-підприємець, страховий агент – юридична особа, додатковий страховий агент має право отримувати страхові премії від клієнтів з подальшим перерахуванням їх страховику, якщо це визначено договором та за умови наявності поточного рахунку із спеціальним режимом використання і договору страхування відповідальності такого страхового посередника відповідно до ст. 69 Закону України «Про страхування».

Страховим агентам – фізичним особам заборонено отримувати страхові премії за договорами страхування від клієнтів. У такому разі укладений договір страхування вважається нікчемним.

Страховий агент, додатковий страховий агент здійснює свою діяльність з реалізації страхових продуктів від імені та в інтересах страховика на підставі договору із страховиком, укладеного відповідно до законодавства.

Страховий агент за погодженням із страховиком має право передати частину своїх зобов'язань щодо реалізації страхових продуктів субагенту на підставі договору.

Страховий та/або перестраховий брокер здійснює діяльність від власного імені та в інтересах клієнта на підставі договору, укладеного відповідно до законодавства України та вимог міжнародного права.

Договір з клієнтом та/або страховиком, та/або перестраховиком починає діяти не раніше дня внесення запису про страхового та/або перестрахового брокера до Реєстру посередників.

Страховий та/або перестраховий брокер має право надавати консультації та/або допомогу клієнту при виконанні страховиком та/або перестраховиком договору страхування та/або перестрахування, визначену в договорі.

Страховий брокер при супроводженні клієнта у процесі врегулювання страхового випадку має право здійснювати виплату клієнту страхового відшкодування за рахунок власних коштів (у період очікування виплати страхового відшкодування страхувальником) з подальшою компенсацією страховому брокеру цих виплат за рахунок коштів, отриманих від страховика як страхове відшкодування.

Страховий та/або перестраховий брокер має право надавати інші посередницькі послуги, пов'язані з реалізацією страхових та/або перестрахових продуктів, зокрема, але не виключно, з консультування, навчання, надання експертно-інформаційних послуг з питань оцінки ризиків та збитків, на підставі укладеного договору із страховиком та/або перестраховиком за винагороду.

Страховому та/або перестраховому брокеру забороняється:

1) отримувати винагороду за реалізацію страхового (перестрахового) продукту за одним укладеним договором страхування (перестрахування) одночасно від клієнта і від страховика (перестраховика);

2) входити до складу виконавчого органу або ради страховика – керівнику страхового та/або перестрахового брокера – юридичної особи, представництва страхового та/або перестрахового брокера – нерезидента, страховому брокеру – фізичній особі-підприємцю;

3) бути власником частки у статутному капіталі страховика;

4) перебувати у правовідносинах, які можуть поставити під загрозу здійснення діяльності з реалізації страхових та перестрахових продуктів в інтересах клієнта;

5) мати у складі власників істотної участі керівників страховика, страховика та його пов'язаних осіб.

Брокери повинні відповідати всім вимогам, що висуваються до страхових агентів.

Страховий агент, субагент, додатковий страховий агент або страховий брокер перед укладенням договору страхування зобов'язаний повідомити клієнту:

- ідентифікаційні дані страхового посередника;

- про те, що він є страховим посередником, та свої повноваження відповідно до договору;

- свій номер запису в Реєстрі посередників;

- про можливість надання індивідуальної консультації щодо умов страхового продукту та рекомендації;

- про найменування, місцезнаходження страховиків, страхові продукти яких він реалізує, перелік послуг, що надаються такими страховиками, сторінку в мережі Інтернет з посиланням на Реєстр;

- про те, чи є такий страховий посередник власником істотної участі в будь-якому страховику;

- вид винагороди за укладення договору страхування, порядок та умови її виплати, в тому числі чи пропонується договір страхування на умовах:

а) платності послуги страхового посередника (винагорода за реалізацію сплачується безпосередньо клієнтом);

б) отримання винагороди за реалізацію від страховика (винагорода входить до складу страхової премії);

в) отримання винагороди будь-якого іншого виду, включаючи економічні вигоди будь-якого виду, що пропонуються або надаються у зв'язку з укладенням договору страхування;

г) комбінації будь-яких видів винагороди, зазначених у підпунктах а, б і в;

- про розмір та спосіб оплати послуг страхового посередника, якщо оплата таких послуг здійснюється безпосередньо клієнтом (додатковий страховий агент не повідомляє);

- інформацію про будь-які інші платежі (крім страхової премії), які клієнт буде зобов'язаний сплатити відповідно до умов договору страхування після його укладення (додатковий страховий агент не повідомляє);

- інформацію про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за якою приймаються скарги клієнтів);

- іншу інформацію, визначену законами України та Регулятором.

Інформація надається клієнту в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті страхового посередника (за наявності), та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю з клієнтом, за умови можливості підтвердження факту надання інформації.

ст. 88 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

У сучасних умовах у своїй діяльності страхові посередники все ще стикаються з проблемами, які пов'язані з недостатньою досконалістю законодавчої бази та загалом недовірою клієнтів до страхування. З метою сприяння розвитку посередницької діяльності на страховому ринку, представництві страхових посередників в органах державної влади та управління, захисті прав та інтересів учасників посередницької діяльності на страховому ринку, забезпечення всебічних зв'язків із громадськістю в Україні створено Федерацію страхових посередників України (ФСПУ).

4.3. Показники страхової статистики. Показники стану і розвитку страхового ринку

Страхова статистика – систематизоване вивчення й узагальнення найбільш масових і типових страхових операцій. До основних показників страхової статистики належать: страхові випадки, страхові об'єкти, страхові платежі, страхові виплати, страхові відшкодування, частота страхових подій тощо.

Показники страхової статистики необхідні для адекватного визначення страхових тарифів і їх коригування в процесі поточної діяльності. Розрізняють абсолютні та відносні показники.

До абсолютних показників належать:

- кількість застрахованих об'єктів (укладених договорів страхування);
- кількість страхових подій;
- кількість пошкоджених (знищених) об'єктів;
- сума зібраних страхових платежів;
- сума виплат страхових відшкодувань;
- страхова сума за всіма застрахованими об'єктами;
- страхова сума за всіма об'єктами, що були пошкодженими чи знищеними.

Відносні показники розраховують на основі абсолютних (табл. 4.2).

На основі страхового тарифу визначається розмір страхового внеску (страхового платежу, страхової премії).

Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування у грошовій формі, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування.

Таблиця 4.2

Основні відносні показники страхової статистики

Показник	Формула для розрахунку
1	2
Частота страхових подій *(Yc)* Показує скільки страхових подій припадає на один застрахований об'єкт.	*Yc=L / n,* де *L* – кількість страхових випадків; *n* – кількість об'єктів страхування
Коефіцієнт кумуляції ризику *(Kk)* Показує до скількох страхових випадків призводить одна страхова подія. *Kk min=1*	*Kk=m / L,* де *m* – кількість постраждалих об'єктів від страхової події
Коефіцієнт збитковості для окремого *i*-го об'єкта страхової сукупності *(Кзі)* Значення коефіцієнта збитковості не може перевищувати одиницю, оскільки це б означало знищення застрахованих об'єктів більше одного разу. *Кзі ≤ 1*	*Кзі=SB / Sm,* де *SB* – сума виплаченого відшкодування за *i*-м об'єктом страхової сукупності, що постраждав; *Sm* – середня страхова сума, що припадає на *i*-й постраждалий об'єкт страхової сукупності
Середня страхова сума на один об'єкт страхування *(Sn)* Є довільною величиною.	*Sn=CymS / n,* де *CymS* – страхова сума для всіх об'єктів страхування
Середня сума виплат на один постраждалий об'єкт *(Vn)* Є довільною величиною.	*Vn=CymV / n,* де *CymV* – страхові виплати для всіх об'єктів страхування
Тяжкість ризику *(Zp)*	*Zp= Sm / Sn*
Збитковість страхової суми *(Y)* Збитковість страхової суми (імовірність збитку) показує скільки копійок страхової виплати припадає на одну гривню страхової суми всіх застрахованих об'єктів. Можна також розглядати як міру величини ризикової премії.	*Y=∑Sb / ∑SO,* де *∑Sb* – сума усіх виплачених страхових відшкодувань; *∑SO* – страхова сума для всіх об'єктів страхування

Продовження табл. 4.2

1	2
Норма прибутковості *(Nn)* Може бути менше, більше чи дорівнювати одиниці. Величина норми прибутковості свідчить про міру перевищення рівня страхових премій над страховими виплатами.	$Nn=\sum Pn / \sum Sb,$ де $\sum Pn$ – сума усіх зібраних страхових нетто-премій
Норма збитковості *(Nз)*	$Nз=1 / Nn$ або $Nз=\sum Sb / \sum Pn$
Частота збитку *(Чз)* Показує частку постраждалих об'єктів, яка припадає на один застрахований об'єкт. *Чз max=1*	$Чз= Yc \times Kk$
Тяжкість збитку *(Zз)*	$Zз=Kз \times Zp$

Розмір страхової премії протягом дії договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:

1) якщо протягом дії договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують імовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, страхувальник може вимагати від страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

2) якщо протягом дії договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують імовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.

У разі відмови страхувальника від внесення відповідних змін до договору страхування страховик має право достроково припинити договір страхування з поверненням частини страхової премії, що залишилась до закінчення договору та з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування або страховик виплачує страхувальнику викупну суму, яка є майновим правом страхувальника за таким договором (договором страхування життя.

ст. ст. 93-95 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Страхова премія математично обчислюється як добуток страхової суми на страховий тариф. Страхову премію можна розглядати з економічної, юридичної та математичної точки зору.

З *економічної точки зору* страхова премія – це частина національного доходу країни. З *юридичної точки зору* страхова премія – це грошовий вираз зобов'язань страхувальника. З *математичної точки зору* страхова премія – це платіж страхувальника страховику, який періодично повторюється.

Страхові премії класифікують:

1) за призначенням;
2) за характером ризиків;
3) за формою сплати;
4) за часом сплати;
5) за способом відображення у балансі;
6) за способом нарахування;
7) за величиною.

1) *За призначенням* розрізняють:

- ризикову премію;
- заощаджувальний внесок (ризикова надбавка);
- нетто-премію;
- достатній внесок;
- брутто-премію.

Ризикова премія – чиста нетто-премія – частина страхового внеску у грошовій формі, призначена для покриття ризику. Величина ризикової премії залежить від ступеня імовірності настання страхового випадку. Ризикову премію можна розглядати як функцію, похідну від імовірності реалізації ризику у часі та просторі.

Заощаджувальний внесок призначений для покриття платежів страхувальника до закінчення терміну страхування. Використовується тільки у страхуванні життя. В загальному страхуванні розраховується ризикова надбавка. Під час дії договору страхування розмір заощаджувального внеску змінюється.

Нетто-премія – частина страхового внеску, яка потрібна для покриття страхових платежів за певний проміжок часу за певним видом страхування. Величина нетто-премії прямо залежить від розвитку ризику. Нетто-премія дорівнюватиме ризиковій премії у випадках, якщо простежується планомірний розвиток ризику.

Нетто-премія в майновому та особистому страхуванні має різну структуру, яка зумовлена характером видів страхування та їх

призначенням. Нетто-премія в майновому страхуванні складається з ризикової премії та стабілізаційного навантаження (надбавки). В актуарних розрахунках з особистого страхування нетто-премія складається з ризикової премії та заощаджувального внеску. Інколи до них додають стабілізаційне навантаження (надбавки).

Достатній внесок складається з чистої нетто-премії, заощаджувального внеску і витрат на ведення справи.

Брутто-премія – тарифна ставка страховика – складається з достатнього внеску та надбавок на покриття витрат, пов'язаних з проведенням попереджувальних заходів, реклами, витрат на покриття збиткових видів страхування тощо. Кожний елемент, введений до брутто-премії, призводить до збільшення всієї тарифної ставки (страхового тарифу). Брутто-премія покриває всі витрати страховика і прибуток.

2) *За характером ризиків* страхові премії поділяють на:

- натуральні;
- постійні.

Натуральна премія – премія, яка призначена для покриття ризику за певний проміжок часу. Вона відповідає фактичному розвитку ризику. Натуральна премія в певний період дорівнює ризиковій премії, але з часом натуральна премія змінюється. За різними видами страхування вона виражається різними ставками. В договорах страхування, які розраховані на тривалий час, ризикова премія не залишається незмінною. Вона повторює щорічні зміни ризику.

Постійна (фіксована) премія є незмінною і властива сталим ризикам.

3) *За формою сплати* страхові премії поділяють на:

- одноразові;
- поточні;
- річні;
- розстрочені страхові премії.

Одноразова премія – страхова премія, яку страхувальник сплачує страховику за весь період страхування наперед. Суму одноразової премії визначають до моменту укладання договору страхування.

Поточна премія – частина від загальних зобов'язань страхувальника стосовно страховика, тобто є частиною одноразової премії. Сума поточних премій за конкретним видом страхування

буде більшою одноразової премії.

Річна премія – одночасний страховий внесок за договором страхування, який має річний термін дії. Цей внесок є неподільним в більшості випадків. Річна премія використовується в загальному страхуванні.

Розстрочені премії вносять щомісячно, щоквартально в залежності від економічного стану страхувальника.

4) *За часом сплати* страхові премії поділяють на:

- авансові внески;
- попередні.

Авансовий внесок – платіж, який сплачує страхувальник страховику завчасно, тобто до настання терміну їх сплати, зазначеного в договорі. Авансові платежі зазвичай вносять за весь термін дії договору.

Попередня премія – внесок заощаджувального характеру до настання терміну його сплати. На попередні внески нараховуються відсотки і вони мають місце тільки у страхуванні життя.

5) *За способом відображення у балансі* страхові премії поділяють на:

- перехідні;
- результативні;
- ефективні.

Перехідна премія утворюється, коли не співпадає термін страхування і календарний рік.

Страхові угоди часто укладають на один рік або кілька років та здебільшого простежується неспівпадіння календарного та страхового року. У випадку, коли річний страховий внесок сплачують у поточному календарному році, але відносять на період, який охоплює наступний календарний рік, проводиться розподіл страхової премії. Та частина страхової премії, яка розподілена на наступний календарний рік, називається перехідним платежем (перехідною премією).

Результативна премія – це різниця між річною нетто-премією та перехідними платежами поточного року, які віднесено на наступний рік. Величина результативної премії при інших рівних умовах залежить від періодичності сплати страхових платежів.

Ефективна премія – це сума результативної премії та перехідних платежів, зарезервованих у поточному році та перенесених на

наступний рік. Ефективна премія – це вся сума поточних страхових платежів, яким володіє страховик у поточному році.

6) За способом нарахування розрізняють:

- індивідуальну премію;
- середню премію;
- ступеневу премію.

Індивідуальна премія враховує індивідуальні особливості ризику і об'єкта страхування.

Середня премія розраховується як середня величина.

Ступенева премія залежить від ступеня розвитку ризику.

7) *За величиною* розрізняють:

- необхідну страхову премію;
- справедливу страхову премію;
- конкурентну страхову премію.

Необхідна страхова премія має покрити всі витрати страховика, пов'язані із веденням справи і виплатою страхових сум та страхового відшкодування.

Справедлива премія відображає еквівалентність зобов'язань сторін.

Конкурентна премія враховує розміри страхових премій конкурентів.

Стан і розвиток страхового ринку характеризують такими основними показниками:

- кількістю страхових товариств;
- кількістю страхових продуктів (видів страхування);
- кількістю укладених страхових договорів;
- обсягом зібраних страхових платежів;
- обсягом страхових виплат;
- розміром активів, зокрема репрезентованих математичними та технічними страховими резервами;
- загальним розміром власного капіталу страхових компаній, статутного капіталу, середнім розміром статутного капіталу на одну страхову компанію;
- структурою страхових платежів (співвідношенням між надходженнями страхових платежів із різних видів страхування або їх груп до загальної суми надходжень);
- місткістю страхового сегмента ринку (сумарним обсягом відповідальності всіх страхових компаній);

- місткістю перестрахувального сегмента ринку;
- концентрованістю ринку (кількістю компаній, що утримують найбільші частки ринку);
- обсягом страхової премії в масштабах регіональних і міжнародного страхових ринків та ін.

Показниками-індикаторами розвитку страхового ринку, які використовуються при розрахунку рівня фінансової безпеки України, є (табл. 4.3):

Таблиця 4.3

Сутність та порогові значення індикаторів фінансової безпеки страхового ринку

№ з/п	Показник	Порогове значення	Сутність
1	2	3	4
1	Показник проникнення страхування, %	1-8	Це співвідношення обсягу страхових премій та ВВП. Найбільш важливий показник, що дає оцінку впливу страхування на соціально-економічний розвиток країни.
2	Показник щільності страхування, дол. США	Не менше 140	Це сума страхових премій у розрахунку на душу населення. Цей показник свідчить про рівень споживання страхових послуг у країні.
3	Частка довгострокового страхування в загальному обсязі зібраних страхових премій, %	Не менше 30	Показник дає можливість зробити висновки про рівень соціальної захищеності населення.
4	Рівень страхових виплат, %	Не менше 30	Це співвідношення страхових виплат до суми отриманих премій. Рівень страхових виплат є показником, що впливає на довіру споживачів до страхових компаній.

Продовження табл. 4.3

1	2	3	4
5	Частка премій, що належать перестраховикам-нерезидентам, %	Не більше 25	Показник відображає питому вагу страхових премій за ризиками, що передані в перестрахування нерезидентам.
6	Частка надходжень страхових премій трьох найбільших страхових компаній у загальному обсязі надходжень страхових премій (крім страхування життя), %	10-30	Показник дає можливість оцінити рівень монополізації страхового ринку.

- показник «проникнення страхування» – співвідношення обсягу страхової премії та ВВП;
- показник «щільності страхування» – сума страхової премії на душу населення;
- частка довгострокового страхування в загальному обсязі зібраних страхових премій;
- рівень страхових виплат – співвідношення страхових виплат і суми отриманих страхових премій;
- частка премій, що належить перестраховикам-нерезидентам;
- частка надходжень страхових премій трьох найбільших страхових компаній у загальному обсязі надходжень страхових премій.

4.4. Етапи розвитку страхового ринку України

Головним підходом до визначення етапів розвитку страхового ринку є прийняття в державі законодавчих та нормативних актів у сфері страхової діяльності, тому виділяють такі етапи розвитку страхового ринку України (рис. 4.1):

I) 1990-1993 рр., що характеризувалися значним зростанням кількості страхових компаній за невпорядкованого законодавства;

II) 1993-1996 рр. – період дії Декрету Кабінету Міністрів України «Про страхування»;

III) 1996-2001 рр. – прийняття і дія першої редакції Закону України «Про страхування»;

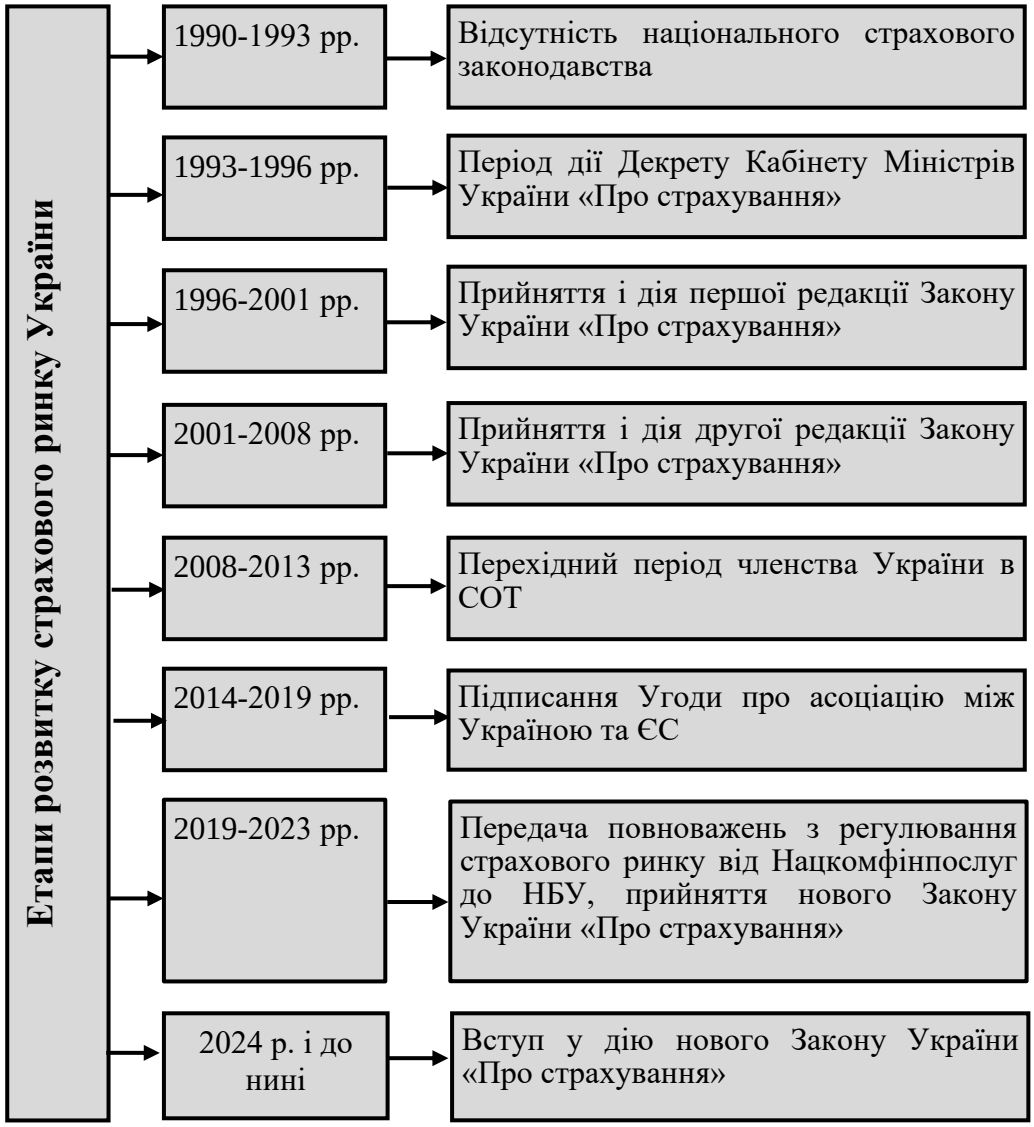

Рис. 4.1. Етапи розвитку страхового ринку України

IV) 2001-2008 рр. – прийняття і дія другої редакції Закону України «Про страхування». Також це період розвитку страхового ринку України та його інфраструктури до вступу в Світову організацію торгівлі (СОТ);

V) 2008-2013 рр. – перехідний період членства України в СОТ.

VI) 2014-2019 рр. – підписання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми

державами-членами, з іншої сторони і реалізація положень вказаної угоди у сфері страхування.

VII) 2019-2023 рр. – прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг», який передбачає ліквідацію Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг), та передачу її повноважень в частині регулювання страхового ринку до НБУ, а також прийняття нового Закону України «Про страхування» (2021 р.).

VIII) 2024 і до нині – вступ у дію нового Закону України «Про страхування».

Характеристику розвитку інфраструктури страхового ринку України в межах вказаних етапів можна представити за новими інфраструктурними учасниками.

Зокрема, І етап розвитку інфраструктури страхового ринку України з 1990 р. по 1993 р. характеризується лише створенням громадських об'єднань страховиків на всеукраїнському та регіональному рівнях:

- 1992 р. – Ліга страхових організацій України (ЛСОУ);
- 1993 р. – Харківський союз страховиків.

Протягом ІІ етапу розвитку інфраструктури страхового ринку України з 1993 р. по 1996 р. було створено ще деякі об'єднання страховиків:

- 1994 р. – Національний консорціум авіаційних страховиків;
- 1994 р. – Моторне (транспортне) страхове бюро України.

Під час ІІІ етапу розвитку інфраструктури страхового ринку України з 1996 р. по 2001 р. було створено ряд асоціацій не лише страховиків, а й інших професійних учасників ринку:

- 1997 р. – Асоціація професійних страхових посередників України (АПСПУ);
- 1998 р. – Авіаційне страхове бюро (АСБ) і Морське страхове бюро (МСБ);
- 1999 р. – Асоціація «Українське медичне страхове бюро» (УМСБ);
- 1999 р. – Українське актуарне товариство (УАТ);
- 2001 р. – Асоціація страховиків в аграрному секторі економіки України.

IV етап (з 2001 р. по 2008 р.) характеризується появою нових

страхових об'єднань, включаючи об'єднання страхувальників (юридичних осіб), спеціалізованих журналів, рейтингових агентств:

- 2003 р. – Ядерний страховий пул України (ЯСПУ);
- 2003 р. – Український пул перестрахування сільськогосподарських ризиків;
- 2003 р. – Український сільськогосподарський страховий пул (УССП);
- 2003р. – Асоціація страхувальників України (АСУ);
- 2003 р. – Федерація страхових посередників України (ФСПУ);
- 2003 р. – журнал «Insurance TOP»;
- 2004 р. – журнал про страхування «Форіншурер»;
- 2004 р. – Національне рейтингове агентство «Рюрик»;
- 2004 р. – Асоціація «Страховий бізнес» (АСБ);
- 2004 р. – Товариство актуаріїв України (ТАУ);
- 2005 р. – Всеукраїнська громадська організація «Всеукраїнська асоціація аварійних комісарів» (ВААК);
- 2008 р. – Українська федерація убезпечення (УФУ).

Протягом V етапу (з 2008 р. по 2013 р.) також з'являються нові об'єднання страховиків і страхових посередників:

- 2008 р. – Будівельний страховий пул (БСП);
- 2010 р. – ТОВ «Інститут аналізу ризиків» (є незалежною аналітичною організацією у сфері рейтингування страхових компаній);
- 2010 р. – Асоціація аджастерів і сюрвейєрів України;
- 2010 р. – Екологічний страховий пул;
- 2011 р. – Аграрне страхове бюро;
- 2011 р. – третейський суд «Страховий»;
- 2012 р. – Асоціація «Аграрний страховий пул» (АСП);
- 2013 р. – Антитерористичний страховий пул України (АСПУ);
- 2013 р. – Всеукраїнське об'єднання споживачів страхових послуг «Страховий захист».

VI етап (з 2014 р. по 2019 р.) характеризується появою нових інфраструктурних учасників:

- 2014 р. – ГО «Свободна спілка страхових агентів»;

- 2016 р. – Український страховий омбудсмен (надзвичайно важливий елемент з досудового врегулювання спорів між страховиком і страхувальником);
- 2017 р. – Всеукраїнська спілка аварійних комісарів;
- 2017 р. – Національна асоціація страховиків України;
- 2018 р. – Експортно-кредитне агентство (ЕКА) (на добровільних засадах здійснює страхування, перестрахування, надає гарантії за договорами, які забезпечують розвиток експорту).

На VII та VIII етапах функціонування страхового ринку його інфраструктура продовжує розвиватися. Зокрема, у січні 2020 р. розпочав роботу Офіс страхового примирителя при ГО «Інститут Громадянських свобод», метою діяльності якого є створення механізму альтернативного вирішення спорів споживачів на страховому ринку.

4.5. Сучасний стан, ключові проблеми та перспективні тренди розвитку національного страхового ринку

Сучасний стан національного страхового ринку

Серед фінансових ринків України ринок страхування довгий час залишався одним із найбільш проблемних, передусім, через низький рівень проникнення та щільності страхування. Страховий ринок у розвинутих країнах забезпечує активні інвестиційні процеси в різних сферах економіки, оскільки, мобілізуючи значні ресурси, здатен покривати значні потреби в капіталі.

Впродовж останніх років до повномасштабного вторгнення росії процеси розвитку страхового ринку України стримувалися низкою несприятливих факторів внутрішньодержавного та глобального характерів:

1) політична нестабільність в країні;

2) окупація східних територій і Криму з відповідною втратою частини ринку;

3) пандемія COVID-19;

4) нестабільність на світовому ринку капіталів тощо.

Повномасштабне вторгнення рф на територію України на початку 2022 року значно поглибило проблемну ситуацію та спричинило нові виклики, які залишили відбиток як на діяльності страхових компаній, так і ефективності усього ринку страхування.

Через збройну агресію росії проти України та спричинену нею кризу страховий ринок залишили фінансово слабкі компанії. Загалом упродовж 2022 року ринок покинула одна компанія страхування життя та 26 ризикових страховиків. У 2023 році з Реєстру виключено 27 компаній – усі із сегмента ризикового страхування.

Станом на початок 2024 року в Державному реєстрі фінансових установ зареєстрована 101 страхова компанія, з яких 12 надавали послуги страхування життя (або страхування «life»), а 89 – здійснювали страхування інше, ніж страхування життя (загальне страхування/страхування «non-life»).

Страховики, які продовжували працювати, стикнулися зі скороченням попиту. Відтак премії ризикового страхування та страхування життя зменшилися за 2022 рік на 21% та 17% відповідно. Обсяг виплат ризикового страхування зменшився майже на третину протягом року, а страхування життя − збільшився на 7%. Протягом IV кварталу 2023 року валові премії з ризикового страхування зменшилися порівняно з III кварталом на 2%, однак зросли на 17% порівняно із показниками IV кварталу 2022 року. Виплати збільшилися на 15% кв/кв та на 39% р/р. Відповідно аналізоване відношення виплат до премій у сегменті ризикового страхування незначно зросло у IV кварталі 2023 року. Премії зі страхування життя значно зросли як за квартал, так і протягом 2023 року: на 22% та 19% відповідно. Водночас суттєво збільшилися й обсяги виплат: на 19% кв/кв та на 41% р/р. Рівень виплат, приведений до річного виміру, надалі зростав: у IV кварталі 2023 року був на третину вищим, ніж наприкінці 2022 року.

У 2022 році частка премій з автострахування (каско, ОСЦПВ і «Зелена картка») зросла на 10 в. п. до 49%. Зокрема, обсяг премій «Зеленої картки» збільшився більш ніж удвічі порівняно з попереднім роком, а виплат – майже на третину. При цьому більш ніж удвічі скоротилися премії з майнового страхування та страхування фінансових ризиків, а їхні виплати зменшилися на 62%.

Хоча рівень виплат ризикового страхування залишався майже незмінним – близько 36%, страховики активно збільшували резерви збитків. У річному вимірі резерви збитків і за добровільними, і за обов’язковими видами страхування зросли на 36%. Коефіцієнт

збитковості обов'язкових видів страхування залишився на рівні 45%: негативний вплив від зростання резервів збитків нівелювався збільшенням обсягу зароблених премій. Аналогічний показник для добровільних видів страхування зменшився (поліпшився) до 42%. Рушієм цього було зменшення обсягу резервів. Це спричинило збільшення (погіршення) коефіцієнта збитковості ризикового страхування у брутто-вимірі з 38% до 43%. У нетто-вимірі коефіцієнт збитковості залишився майже незмінним.

У 2023 році автомобільні види страхування (КАСКО, ОСЦПВ, «Зелена картка») зберегли лідерство за обсягом страхових премій серед інших ризикових видів. Порівняно з аналогічним періодом торік премії автострахування зросли на 15%. Однак в останньому кварталі 2023 року обсяг валових премій автострахування дещо скоротився (на 3%), передусім через менші премії за продуктом «Зелена картка». Пік зростання популярності цього продукту через вимушену еміграцію українців, імовірно, вже пройдено, тоді як обсяг виплат зростає: у понад два рази за 2023 рік, що збільшило рівень виплат більш ніж удвічі. На 40% за 2023 рік зросли валові премії зі страхування майна та вогневих ризиків, а валові виплати – зменшилися на чверть. Попри стрімке зростання, цей продукт досі не відновився після падіння у 2022 році.

У 2023 році резерви збитків за добровільними видами страхування зменшилися на 2% порівняно з III кварталом. Коефіцієнт покриття премій резервами знижувався третій квартал поспіль до 85% у IV кварталі 2023 року. Натомість аналогічний коефіцієнт для обов'язкових видів страхування незначно зріс протягом останнього півріччя з огляду на швидше зростання резервів збитків порівняно зі зростанням чистих премій. У IV кварталі погіршилися коефіцієнти збитковості обов'язкового та добровільного страхування до 51% та 38% відповідно. Причиною цього стало швидше зростання виплат порівняно із зробленими преміями наприкінці року. Для добровільного страхування таке погіршення – перше після чотирьох кварталів зниження показника.

Обсяги внутрішнього перестрахування впродовж 2022 року зменшилися на 71%, а зовнішнього – на 37%. Загалом обсяг валових премій, переданих у перестрахування, зменшився за рік більш ніж у два рази, а виплати – майже на 60%. Відповідно скоротилася і частка перестрахування у преміях. Протягом 2023 року коефіцієнт утримання залишався сталим. Хоча в IV кварталі обсяг страхових

премій, переданих на перестрахування, знизився, це було співмірно зменшенню валового обсягу страхових премій.

За 2022 рік обсяг активів страховиків життя збільшився на 18%. Активи страховиків, що займаються ризиковими видами страхування, зросли на 6% за рік. У IV кварталі 2023 року обсяг активів ризикових страховиків залишився незмінним, а за весь рік зріс лише на 1%. Активи страховиків життя зросли на 4% за квартал і на 17% упродовж 2023 року.

Не зважаючи на скорочення чисельності страхових компаній, ті страховики, які продовжують свою діяльність, суттєво нарощують капіталізацію ринку. У 2017 р. на одну компанію припадало 195,2 млн грн активів, у 2019 р. – 274,1 млн грн, у 2021 р. –410,5 млн грн, у 2022 р. – 549,2 млн грн, а у 2023 р. – уже 736,0 млн грн.

З початку повномасштабної агресії страховики намагались утримати операційну ефективність на достатньому рівні за рахунок скорочення адміністративних витрат. Проте з часом ефективність цих заходів вичерпалася – комбінований коефіцієнт зріс до 94,5% з 84,3% у кінці 2021 року. Попри це страховики отримали значні прибутки у 2022 році, причиною яких були нефундаментальні фактори: скорочення інших, ніж операційні, витрат та курсові переоцінки.

Інвестиційні доходи ризикових страховиків у 2022 році зросли майже у півтора рази порівняно з попереднім роком. Більшу частину цих доходів становили проценти за банківськими депозитами. Проте зростання інвестиційних доходів не змогло покрити збільшення операційних витрат. Коефіцієнт ефективності діяльності збільшився (погіршився) до 88%. У IV кварталі 2022 року один з лідерів ринку страхування життя здійснив рекласифікацію інвестиційних доходів, що призвело до їх значного зменшення. Без урахування даних цієї компанії інвестиційні доходи страховиків життя зросли на 30% у річному вимірі.

Рентабельність капіталу ризикових страховиків становила 15%, страховиків життя – 13%. У 2022 році через вплив війни кількість порушників нормативів платоспроможності та достатності капіталу й ризиковості операцій збільшилася протягом року з чотирьох до семи компаній. Натомість, у більшості страховиків зросла частка ліквідних активів, зокрема депозитів та грошових

коштів на поточних рахунках. Позитивна зміна 2022 року – вихід з ринку компаній, структура активів яких була непрозорою.

Комбінований коефіцієнт у IV кварталі 2023 року зріс (погіршився) на 3 в. п. до 95%. Крім вищих коефіцієнтів збитковості на це значно вплинуло суттєве зростання обсягу операційних витрат. У IV кварталі 2023 року доходи від ОВДП надалі зростали, а доходи від депозитів – зменшувалися. За майже незмінних інвестиційних доходів коефіцієнт ефективності діяльності страховиків зріс (погіршився) на 2 в. п., відображаючи погіршення комбінованого коефіцієнта.

У 2023 році ризикові страховики були операційно прибутковими: їхній прибуток становив 1.9 млрд грн, що забезпечило рентабельність капіталу на рівні 10%. Це майже в півтора рази нижче, ніж у 2022 році, але вдвічі вище, ніж у 2021 році. Страховики життя завершили рік з прибутком 0.5 млрд грн попри операційну збитковість. Їхня рентабельність капіталу становить 19%. Наприкінці 2023 року кількість страховиків, що порушували хоча б один із нормативів (платоспроможності та достатності капіталу, якості активів, ризиковості операцій) знизилася до п'яти компаній. Однак частка порушників в активах дещо зросла – до 8%.

Показник проникнення та показник щільності страхування відображають надзвичайно низький рівень розвитку ринку страхування України у порівнянні з іншими країнами світу. Показник проникнення (Insurance Penetration ratio), що визначається як співвідношення обсягу залучених страхових премій до ВВП, становив 0,76% у 2022 році та 0,72% у 2023 році. Для порівняння, в Європі – 5,0%, в середньому у світі – 6,1%. Лідерами за цим показником у світі є Великобританія, Японія та Франція. Показник щільності страхування (Insurance Density ratio) – це розмір страхової премії на одну особу. В Україні він перебуває на дуже низькому рівні і на кінець 2022 року становив 31,9 дол. США.

З-поміж 88 країн, які досліджував Swiss Re Institute, Україна за цими показниками споживання послуг загального («non-life») страхування посідає 73 місце та послуг страхування життя – 82 місце.

Ключові проблеми національного страхового ринку

Страховому ринку України притаманні проблеми та характеристики, які склалися у довоєнний період та посилились військовими діями 2022 року. Макроекономічна нестабільність, повномасштабне військове вторгнення росії, недосконале законодавство, брак належного регулювання та нагляду за діяльністю та ринковою поведінкою страхових компаній і посередників призвели до накопичення низки системних проблем, які призводять до низької довіри до компаній сектору та не дають йому належно розвиватись.

Виокремлення джерел існуючих проблем за напрямами політичного, економічного, соціального та технологічного векторів допоможе виявити перспективні інструменти подолання загроз та використання можливостей розвитку національного страхового ринку.

У частині *політичного вектору* впливу на страховий ринок найсерйознішою і досить тривалою проблемою у національній практиці є відсутність досконалого законодавства щодо сприяння розвитку страхового ринку, формування і використання страхових резервів, перешкоджання проведенню сумнівних операцій тощо. Наприкінці 2021 року цю проблему частково вирішено, оскільки прийнято новий Закон України «Про страхування», який суттєво врегульовує низку процедур страхової діяльності, однак він був введений в дію з 1 січня 2024 року, що наразі не дає можливості повноцінно оцінити його дієвість. Крім того, в межах держави повинна бути запроваджена система повноцінної підтримки учасників ринку профільними асоціаціями та професійними об'єднаннями, що сприятиме зацікавленості самих учасників ринку і підвищенню довіри з боку населення.

Воєнний стан в Україні спричинив додаткові політичні виклики, які згубно діють на розвиток страхового ринку. Так, спрощення регуляторних вимог під час воєнного стану для підтримки і налагодження роботи ринку призвело до виявлення суттєвих порушень деяким компаніями необхідних фінансових нормативів, що наразі загрожує стабільності ринку та може знизити рівень довіри до операторів ринку. Подолати цю проблему можливо лише шляхом повернення до чітких регуляторних вимог і неухильного їх виконання. Окремої уваги у частині політичних викликів заслуговує необхідність розробки проєктів державно-приватного партнерства, зокрема, щодо формування організацій для

покриття післявоєнних ризиків. Такі проєкти можуть покривати частину завданих країною-агресором збитків і, при цьому, не завдавати значної шкоди окремим страховим компаніям.

Серед проблем *економічного вектору* надзвичайно гостро постає багаторічна проблема використання страхування для ухилення від сплати податків або виведення капіталу через страхування. Окремі суб'єкти господарювання, які практикують використання механізмів тіньового обігу капіталу чи відмивання нелегальних грошових потоків, використовують страхування в таких цілях і, як наслідок, спричиняють необ'єктивне відображення результатів своєї господарської діяльності, зниження доходів місцевих та державного бюджетів і стримують темпи економічного зростання. Вирішення цієї проблеми можливе завдяки посиленню регуляторного впливу та удосконаленню законодавства, що сприятиме розвитку ринку страхування загалом.

Переважна більшість страхових компанії в Україні працює без чіткої стратегії розвитку та бізнес-моделі. Особливості ціноутворення призводять до формування концентрованої структури страхового портфеля, недиверсифікованості страхових продуктів та ризиків страхування. У результаті демпінг страхових компаній ще більше поглиблює проблеми на ринку.

На сьогодні через недоліки чинного законодавства та, зокрема, регуляторної політики на ринку страхові послуги використовуються з метою зниження бази оподаткування. Аналіз діяльності деяких діючих страхових компаній дає підстави вважати, що головною бізнес-метою окремих страховиків є саме діяльність, пов'язана з виведенням капіталу, легалізацією доходів, отриманих незаконним шляхом, оптимізацією податків, у тому числі шляхом конвертації безготівкових коштів у готівку.

Діяльність компаній, які надають послуги страхування життя, сьогодні спрямована на залучення клієнтів за короткостроковими договорами страхування. Нестача страхових продуктів для залучення довгострокових ресурсів не дає змоги бізнесу розвиватись та ставати стійкішим.

У розвинутих економіках сформовані на ринку страхування ресурси спрямовуються на розвиток економіки держави, зокрема в інвестиційні проєкти, на підтримку пріоритетних сфер і галузей. Натомість в Україні досі залишаються невідпрацьованими

механізми розміщення страхових ресурсів, які розміщуються нераціонально та не сприяють розвитку економіки. Для вирішення цієї проблеми в державі мають бути оприлюднені низка інвестиційних та інноваційних проєктів, впровадження яких гарантуватиметься державою, а страхові компанії вкладатимуть в такі проєкти мобілізовані кошти, очікуючи їх ефективного використання та примноження.

Характерною ознакою національного страхового ринку є низька платоспроможність та ліквідність страховиків. На сьогодні система оцінки платоспроможності страхових компаній є спрощено адаптованою формою європейської системи оцінки платоспроможності Solvency I. Наявна система оцінки фінансового стану страховиків не дає змоги своєчасно отримувати об'єктивні дані про діяльність страховика та вчасно реагувати на проблеми з платоспроможністю. Внаслідок цього не має необхідних механізмів контролю за виконанням вимог щодо платоспроможності страхових компаній.

За існуючих умов страхові компанії мають змогу суттєво занижувати резерви та завищувати вартість активів (відстрочена аквізиція, завищена вартість корпоративних цінних паперів, нерухомості, дебіторської заборгованості). Через це оцінити реальну платоспроможність страховиків майже неможливо, оскільки формально наявний капітал насправді може виявитися недостатнім. Також недостатній обсяг високоякісних ліквідних активів для здійснення потенційних виплат створює проблеми ліквідності. Така ситуація мотивує страхові компанії занижувати виплати. Водночас не оприлюднюється інформація щодо строковості за потенційними виплатами та активами, що робить неможливою оцінку щодо розривів ліквідності. Внаслідок цього рівень платоспроможності та ліквідності багатьох страхових компаній є вкрай низьким та потребує підвищення.

Окрема увага має бути приділена вирішенню проблеми низької мотивації страховиків через обмеження щодо рентабельності страхової діяльності. Водночас, ця проблема породжує наступну – низьку інвестиційну привабливість галузі для потенційних інвесторів, які могли б вкладати кошти у власний капітал страхових компаній, посилюючи їх капіталізацію. Однак, вирішення цієї проблеми має базуватися на оптимальному збалансуванні інтересів усіх сторін страхових відносин: страхувальників, страховиків, потенційних інвесторів і держави, що дасть можливість підвищити

конкурентоспроможність та інвестиційну привабливість страхових компаній та не втратити довіри клієнтів до страховиків.

Недосконалим є і відображення фінансових результатів страхових компаній. Зокрема, значну частку страхових премій насправді становлять комісійні винагороди агентам (в середньому 30-50%). Страхові тарифи за багатьма видами страхування не є економічно та статистично обґрунтованими (не завжди ґрунтуються на актуарних розрахунках), а тому не дають змоги покривати всі потенційні страхові виплати. Проблеми з ліквідністю через погану якість активів стимулює страхові компанії занижувати виплати. Валовий прибуток від операцій страхування переважно спрямовується на покриття досить значних операційних витрат, а, отже, страховий сектор здебільшого операційно неефективний.

На сьогодні ще недостатньо ефективно функціонують механізми контролю за належним розкриттям структури власності страхових компаній, не встановлено належних стандартів та вимог щодо ділової репутації власників та осіб, які виконують ключові функції у страхових компаніях, немає структурованого підходу до побудови корпоративного управління та системи внутрішнього контролю. Це, крім іншого, робить можливою практику непрозорої діяльності та звітування. Окрім того, на ринку ще є страховики, кінцеві бенефіціарні власники яких невідомі, що не дає можливості встановити відповідальність у разі доведення компанії до неплатоспроможності.

Ще один економічний аспект розвитку страхового ринку, який носить системний тривалий характер і потребує вирішення, – недостатній рівень менеджменту в страхових компаніях, який стримує оперативність та мобільність управління, спричиняє приховування чи викривлення показників діяльності страхових компаній, що в результаті спричиняє погіршення іміджевих позицій страховиків серед громадян.

Економічні виклики воєнного часу значно посилили проблеми страхового ринку. На перших етапах воєнного вторгнення країни-агресора на територію України було втрачено певну частину постійних клієнтів, які мігрували, емігрували чи загинули. Відновлення та розширення зв’язків забезпечило б певні темпи відновлення ринку, однак ці взаємовідносини потребують удосконалення. Зокрема, з боку страхових компаній повинні бути розроблені і впроваджені програми страхування ризиків у тих

сферах, які нині стали пріоритетними: будівництва, енергетики, інфраструктури, аграрного виробництва та інших, які сприятимуть відбудові економіки держави. Окремо слід акцентувати увагу на розвитку особистого медичного страхування, яке сприятиме фінансуванню вторинної та третинної ланок медичної сфери, що наразі зумовлено високою потребою.

У частині *соціального вектору* впливу на страховий ринок тривалими і системними проблемами виступають низька платоспроможність населення та недостатній рівень довіри до страховиків. Під час воєнних дій існуючі проблеми значно посилились. Їх вирішення має здійснюватися комплексно, як з боку Регулятора (нагляд за високою якістю наданих послуг) і страхових компаній (дотримання належного рівня ділової репутації і підвищення якості управління), так і з боку населення (усвідомлення потреби у страхуванні та підвищення культури страхування). У цьому контексті особливо важливим є утримання та наступне нарощення рівня довіри населення до страхових компаній та ринку загалом.

В Україні не існує механізму гарантування страхових виплат за договорами довгострокового страхування життя, що також є однією з причин непопулярності цього виду страхування.

Чинна процедура виходу з ринку не захищає прав споживачів страхових послуг належним чином. Вона є дуже тривалою та через свою недосконалість часто дає можливість недобросовісним страховикам вийти з ринку, не виконавши своїх зобов'язань за договорами страхування.

Проблеми в контексті *технологічного вектору* пов'язанні, передусім, із внутрішніми особливостями ведення страхової діяльності страховими компаніями, такими як невідповідність структури активів багатьох страховиків взятим на себе зобов'язанням. Таке технічне упущення в управлінні компанією досить часто призводить до її банкрутства. Крім того, глобалізаційні процеси на світовому ринку страхування спонукають національні компанії до використання інноваційних фінансових технологій, які здатні заощаджувати фінансові ресурси, ефективно управляти сформованими капіталами, трудовими і матеріальними ресурсами. Водночас, воєнний період в Україні спричинив додаткові виклики

технологічного характеру, такі як непередбачена відсутність особливого виду страхування – воєнних ризиків.

Перспективні тренди розвитку національного страхового ринку

У найближчій перспективі у функціонуванні страхового ринку України очікуються такі зміни:

1. Перерозподіл страхового ринку.

Кількість страхових компаній буде зменшуватися, не витримавши конкуренції та нових регулятивних вимог. При цьому темпи зростання основних показників діяльності страховиків зберігатимуться, а за деякими показниками – відновлюватися. Хоча в цьому сенсі багато що залежить від Регулятора – його подальших дій, зокрема щодо очищення ринку від недобросовісних страховиків, що не виконують чи не мають можливості виконувати свої зобов'язання за укладеними договорами.

2. Підвищення попиту на медичне страхування.

Збільшення відбудеться з декількох причин:

- зростання цін на медикаменти і обслуговування у закладах охорони здоров'я;
- національні компанії все частіше впроваджують соціальні пакети для залучення й утримання персоналу;
- реформа державної системи охорони здоров'я, яка дозволить медичному страхуванню стати, практично, єдиним дієвим способом отримувати якісну медичну допомогу;
- прогнозні очікування щодо виникнення і в подальшому епідемій світового масштабу (пандемія COVID-19, на думку науковців, є лише першим викликом для людства).

3. *Глобалізація страхового ринку.*

Процеси формування глобального середовища безпосередньо впливають на розвиток, інформатизацію і функціонування національних страхових ринків, у тому числі на страховий ринок України. Країна, яка не враховує глобальних аспектів розвитку страхової сфери, ризикує залишитися далеко позаду від лідерів світового страхового ринку та не зможе претендувати на взаємовигідне партнерство в міжнародному співтоваристві.

Глобалізація національного страхового ринку проглядається протягом останніх років і, судячи з усього, буде продовжуватися. ТОП-20 страховиків володіють понад 80% всього українського страхового ринку. Щороку покидають ринок дрібні компанії і їх портфелі відразу ж «поглинаються» лідерами ринку. Це ще більше прискорює процес концентрації ринку топовими страховиками.

4. *Поява таких нових страхових продуктів:*

1) Кібер-страхування.

Доволі новим і мало дослідженим на українському страховому ринку є кібер-страхування. Під ІТ та кібер-ризиком мається на увазі будь-який ризик, що призводить до фінансових втрат, знищення або погіршення репутації банку у результаті виходу з ладу ІТ систем, систем інформаційної безпеки.

Втрати бізнесу від кібератак ростуть величезними темпами. Аналітики групи Allianz пророкують зростання втрат бізнесу від кібератак до 2 трлн дол. на рік. В останні роки цей інструмент набув поширення на міжнародному ринку і зараз його пропонує понад 60 страхових компаній по всьому світу. На цьому етапі національний страховий ринок істотно відстає від своїх західних колег у питанні розробки і впровадження продуктів кібер-страхування. Поступово значна кількість українських компаній засвідчує, що страхування кіберризиків у сукупності з власними технічними способами захисту куди більш надійніші і, найголовніше, дешевші, ніж цілком самостійний захист.

2) Insuretech.

Insuretech – молода технологічна галузь, сконцентрована на розробці ІТ-рішень у сфері страхування. Це можуть бути як сервіси для споживачів, так і інструменти для роботи insurance-фахівців.

Наприклад, в компанії IBM з'ясували, що 81% найуспішніших страхових компаній вже інвестували або співпрацюють з insuretech-проєктами. Це свідчить про те, що для процвітання страховикам життєво необхідні технології. Щоб конкурувати на ринку, вони повинні або вкладати кошти у власні розробки, або використовувати готові рішення ІТ-компаній.

Ще один шлях – підтримувати стартапи, які розробляють відповідні технології. Фахівці McKinsey провели дослідження і виявили найбільш популярні технологічні рішення, які вже використовуються в insuretech-проєктах. У топ рішень увійшли мікрострахування (3%), блокчейн (4%), P2P (4%), робо-едвайзер (10%), гейміфікація (10%), страхування для IoT-сфери (12%), страхування на основі використання (13%), великі дані і машинне навчання (20%).

3) P2P-страхування і мікрострахування.

Найвідоміший приклад страхування P2P (peer-to-peer) – ізраїльсько-американський Lemonade. Його мета – змінити уявлення своїх клієнтів про страхування як про довгостроковий і бюрократичний процес, надаючи послуги майнового страхування за допомогою мобільного додатку. У разі настання страхового випадку клієнт Lemonade використовує камеру свого мобільного телефону, щоб зробити фотознімки або записати відео.

Сервіс працює за принципом передплати, страхові виплати формуються з внесків самих користувачів. У Lemonade використовуються AI та машинне навчання. Завдяки цьому операції проходять швидко. На сайті заявлено, що користувачеві знадобиться 90 секунд, щоб оформити страховий поліс, і 3 хвилини – щоб отримати виплату. У технологію повірили інвестори – загальний обсяг інвестицій сягає 180 млн дол. Сучасні технології дозволяють захистити документи, ключі, невеликі гаджети. Ця сфера тільки розвивається, але вже через кілька років такий захист стане звичним явищем.

Варто зазначити, що першою P2P страховою компанією стала чеська «Перша клубна страхова компанія» в липні 2017 року.

4) Блокчейн у страховій сфері.

Сам термін Blockchain означає ланцюжок блоків, у якому витримується строга послідовність. Блоки – це інформація про транзакції, угоди і контракти всередині системи. Вся інформація в блокчейн накопичується і формує базу даних, що постійно доповнюється. З цієї бази неможливо нічого видалити або замінити блок. Навіть більш, ця база «безмежна» – в неї може бути записано нескінченну кількість транзакцій. Основне завдання – захист даних клієнтів, розробка більш прозорих та доступних страхових рішень.

Переваги для страхового сектора:

- підвищення лояльності і зацікавленості клієнтів;
- пропозиції нових економічно вигідних продуктів для ринків, що розвиваються;
- розробка страхових продуктів, пов'язаних з «Інтернетом речей».

Наразі не тільки страхування, а й сфера фінансових послуг загалом переживає кризу довіри. Дослідження компанії Edelman показує, що вирішити цю проблему можуть мобільні телекомунікаційні технології і блокчейн. Загалом передбачається, що блокчейн і смартконтракти зможуть підвищити ефективність страхового сектора до 30%. Успіх буде полягати в надійній розподіленій платформі, на якій клієнти зможуть безпосередньо працювати зі своїми особистими даними, колективними страховими полісами і «розумними контрактами».

5) «Інтернет речей» (IoT) у страхуванні.

Страхова галузь допоможе підприємствам увійти в новий світ технологій максимально захищеними. AIG провела дослідження досвіду великих компаній, які впроваджують технології «Інтернету речей», в якому взяли участь компанії, які за багатьма показниками використання IoT-технологій впливають на світову економіку. Щорічно прогнозується 20% зростання ринку «Інтернету речей» – в найближчі роки внесок IoT-технологій в світову економіку складе понад 15 трлн дол. До цього часу до Інтернету буде підключено 50 млрд пристроїв. Страхові компанії будуть здійснювати не тільки кількісний, але і глибинний якісний аналіз даних про застраховані об'єкти. Компанії зможуть не тільки спиратися на статистичні дані при оцінці ризику, але безпосередньо моделювати можливі ризики. Впровадження технологій «Інтернету речей» в страхуванні буде сприяти розвитку нових страхових продуктів, послуг і методів роботи. Таким чином, IoT-технології розвивають страхову сферу, знижуючи ризики. Наприклад, датчики диму в квартирі дозволяють вчасно помітити загоряння і загасити пожежу, поки вона не завдала великих збитків, і страхові виплати будуть нижчі.

Це вигідно страховим компаніям. Вони можуть знизити вартість послуг для клієнтів, які встановили таке обладнання. Стосовно автострахування, то тут компанія зможе відстежувати швидкість авто та інші параметри поведінки, як це робить True Motion. Для обережних водіїв страхові внески також стануть нижчими.

6) Страхування на основі використання.

Механізм страхування на основі використання можна розглянути на прикладі українського проєкту YouScore від YouControl. Команда розробила рішення, яке аналізує надійність компанії. Проєкт допомагає банку ухвалити точне неупереджене рішення про кредит, а страховій компанії – визначити можливість співпраці з клієнтом. В ухваленні зважених рішень у разі страхування допоможуть сучасні сервіси збору та аналізу відкритих даних. Наприклад, API-сервіс YouScore надає користувачеві інформацію для формування уявлення про бізнес-партнера і можливі ризики співпраці з ним. Система допоможе уникнути «токсичних» партнерів і шахраїв. Впровадження таких технологій допоможе страховій галузі знизити витрати на аналіз партнерів і підвищити ефективність аналізу.

7) Робо-едвайзер, big data і ML.

На сьогодні об'єктом страхування повинно стати не тільки майно, а й дані. Саме в цьому полягає головна зміна страхової сфери. Штучний інтелект, машинне навчання та аналіз великих даних – найочевидніші способи поліпшити ринок страхових послуг. Big data допоможе гравцям ринку краще розуміти ризики. Робо-едвайзер на основі AI і machine learning візьмуть на себе рутинні завдання: консультування клієнтів, підбір рішень, оформлення документів тощо.

Зокрема, в Україні ця категорія фінансово-технологічного сектору представлена в основному новими стартапами, серед яких: CIVILKIN (веб-сервіс і мобільний додаток для вибору, придбання і керування страховими полісами), EWA (SaaS платформа страхування) і Alfa Protection (сервіс, який захищає компанії, що працюють у сфері електронної комерції, від шахрайства з оплатами).

5. Накопичувальне пенсійне страхування.

На державному рівні впровадження накопичувального пенсійного страхування в Україні передбачалося з 1 січня 2019 року. Згідно з проєктом закону «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо справедливого механізму нарахування єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування», Міністерство соціальної політики запропонувало відтермінувати запровадження другого накопичувального рівня пенсійної системи на один рік – до 1 січня 2020 року, згодом і ця дата була відтермінована. Станом на початок 2024 року накопичувальна система загальнообов'язкового державного пенсійного страхування так і не запрацювала та, вочевидь, цього не станеться у найближчій перспективі.

У свою чергу, недержавне пенсійне забезпечення в сучасному світі захищає від соціальних ризиків та є передумовою для конкурентних переваг підприємств. Періодичні фінансові кризи посилюють увагу до пенсійних систем, які активно змінюються протягом останніх років. Пенсійні реформи відбуваються практично в усіх країнах ЄС та спрямовані на збільшення пенсійного віку, зміни у формуванні виплат, розрахунку пенсій та впровадження у пенсійні системи різних форм заощаджень. Реформування пенсійної системи має на меті забезпечення стійкості пенсійної системи та достатнього доходу населення після виходу на пенсію, а також збалансування бюджету пенсійних фондів. В Україні цю ініціативу із задоволенням можуть підхопити страховики, пропонуючи цікавіші й прозоріші умови, ніж державні програми.

6. Індексне страхування.

Індексне страхування – це параметричний вид страхування, коли виплати відбуваються за фактом досягнення певних параметрів, зокрема, згідно з даними метеорологічних станцій. У центрі механізму програми знаходиться індекс – спеціальний показник, що характеризує вплив інтенсивності певного ризику на врожайність культури у визначальні фази розвитку.

Індекси вираховують за статистичними даними, зібраними на визначеній території за тривалий період (наприклад, 15 років). Термін залежить від продукту та наявності необхідних даних. Граничне значення його характеризує настання страхового випадку та відповідає критичній втраті врожайності для сільськогосподарського виробника, яка визначається ще під час розробки страхового продукту.

Індекс повинен дуже точно показувати, як саме певний ризик впливає на врожайність культури. Індексом можна застрахувати осінню посуху, неможливість розпочати посів через відсутність опадів чи їхню надмірність. Обмеження стосуються температури, опадів, сили вітру, товщини снігового покриву тощо. Вже зараз можливостями індексного страхування можуть скористатися виробники провідних в Україні сільськогосподарських культур. До таких, зокрема, належать пшениця, жито, ячмінь, соняшник, кукурудза, цукровий буряк, гречка.

7. Страхування воєнних ризиків.

Поступова поширеність у практиці страхових компаній договорів щодо воєнних ризиків сприятиме розробці специфічних страхових продуктів, які будуть покривати післявоєнні ризики, такі як спрацювання мін, неконтрольовані розриви боєприпасів тощо. Крім того, впродовж 2022 року уже було досягнуто ефективного впровадження дистанційних способів врегулювання страхових випадків, наприклад, договорів «автошивілки», медичного добровільного страхування.

Окрім вище зазначеного, трендами, які будуть визначати розвиток національного страхового ринку, також є:

- зниження вартості страхових продуктів в комерційному сегменті;
- поширення онлайн-страхування, також відомого як директ-страхування (мається на увазі дистанційний продаж полісів через Інтернет або call-центри без участі страхових агентів);
- пряме врегулювання збитків;

Наприклад, при ДТП пряме врегулювання полягає в тому, що за завдану шкоду потерпіла сторона буде отримувати відшкодування за допомогою своєї страхової компанії, а не як зараз, коли збиток оплачує страхова компанія винуватця ДТП. Плюси прямого врегулювання збитків з ОСЦПВ полягають в тому, що власник автомобіля може сам вибрати надійну страхову компанію, де надалі зможе отримати страхове відшкодування.

- впровадження смарт-контрактів (набір програмних кодів-тригерів, які активуються при настанні тих обставин, які

вимагають проведення страхових виплат. Смарт-контракти дозволяють заощадити значну частину часу, необхідного для аналізу страхових випадків і оперативного проведення виплат, а технології блокчейн дозволять гарантувати достатню ступінь прозорості для клієнтів, державних і наглядових органів);

- «поліс на період» (страховий договір активується тоді, коли він є необхідним клієнту, з оплатою лише в інтервал активної дії поліса);

Подібна послуга дозволяє «вмикати» страхування, наприклад, від нещасного випадку саме тоді, коли страхувальник відправляється в туристичний похід, а каско – в період експлуатації транспортного засобу.

- телематика каско (можливість зниження вартості поліса для окремого водія).

Іншими словами, це спеціальна система моніторингу, основною функцією якої є відстеження особливостей водіння конкретної людини. Після згоди власника транспортного засобу, відбувається монтаж пристрою моніторингу. Протягом місяця збирається інформація, яка визначає характеристику поведінки клієнта за кермом. Вона оцінюється за 10-ти бальною системою. За результатами підрахунку власнику повертається певний відсоток від страхового платежу за каско.

4.6. Об’єднання страховиків та інших учасників страхового ринку

Для вирішення проблемних питань, досягнення певних завдань та сприяння розвитку страхової діяльності страховики та інші учасники страхового ринку об’єднуються в асоціації, союзи, спілки, федерації, товариства тощо.

Законодавством України визначено, що страховики можуть утворювати спілки, асоціації та інші об’єднання для координації своєї діяльності, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм. Об’єднання страховиків діють на підставі

статутів і набувають прав юридичної особи після їх державної реєстрації. Орган, що здійснює реєстрацію об'єднань страховиків, у десятиденний строк з дня реєстрації повідомляє про це Регулятора.

Об'єднання страховиків безпосередньо не можуть займатися страховою діяльністю. Водночас, варто зазначити, що серед об'єднань страховиків, які не можуть здійснювати страхову діяльність, виняток становить Моторне (транспортне) страхове бюро України, оскільки серед завдань МТСБУ є положення щодо виконання страхових зобов'язань з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (у тому числі, за договорами міжнародного страхування) за страховиків-членів МТСБУ у разі недостатності коштів та майна цих страховиків, що визнані банкрутами або ліквідовані.

Класифікація об'єднань страховиків та інших учасників страхового ринку України представлена в табл. 4.4.

Страховий пул – це об'єднання страховиків, що є юридичною особою, створене на основі угоди між ними з метою забезпечення фінансової стійкості страхових операцій на умовах солідарної відповідальності його учасників за виконання зобов'язань за договорами страхування, укладених від імені учасників пулу.

Метою створення і діяльності страхового пулу може бути спільна діяльність зі страхування і перестрахування однорідних об'єктів за уніфікованими правилами і тарифами.

Ядерний страховий пул – це об'єднання страховиків-резидентів України, які у встановленому порядку отримали ліцензію на проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду.

Основні завдання Пулу:

- організація співстрахування на принципах солідарної відповідальності у рамках Пулу;
- організація перестрахування за страховими ризиками, страхові обов'язки за якими перевищують фінансові можливості членів Пулу щодо страхового покриття цих ризиків власними активами;

Таблиця 4.4

Класифікація об'єднань страховиків та інших учасників національного страхового ринку

Учасники страхового ринку	**Ознака класифікації**		**Приклад об'єднання**
1	2	3	4
Страховики	Об'єднання для збільшення фінансових можливостей при прийнятті ризиків на страхування	Обов'язкові об'єднання за видами страхування	Моторне (транспортне) страхове бюро України, Ядерний страховий пул України
		Добровільні об'єднання за видами страхування	Екологічний страховий пул, Український пул перестрахування сільського-подарських ризиків, Український сільського-подарський страховий пул, Національний консорціум авіаційних страховиків
	Об'єднання для координації діяльності та захисту інтересів	Інтереси страховиків, їх об'єднань	Ліга страхових організацій України, Національна асоціація страховиків України
		Інтереси малих і середніх страхових компаній	Асоціація «Страховий бізнес»
		Інтереси класичних страхових компаній	Українська федерація убезпечення
		Інтереси страховиків регіону	Харківський союз страховиків
		Інтереси страховиків, що здійснюють певний вид страхування	Авіаційне страхове бюро, Морське страхове бюро, Асоціація страховиків в аграрному секторі економіки України, Асоціація «Українське медичне страхове бюро», Будівельний страховий пул, Аграрне страхове бюро

Продовження табл 4.4

1	2	3	4
Страхувальники	Захист інтересів клієнтів страхових компаній		Асоціація страхувальників України, Всеукраїнське об'єднання споживачів страхових послуг «Страховий захист»
	Захист інтересів членів об'єднання		Асоціація працівників лікарняних кас України
Страхові посередники	Прямі (страхові агенти, страхові брокери)		Асоціація професійних страхових посередників України, Федерація страхових посередників України, ГО «Свободна спілка страхових агентів»
	Непрямі (актуарії, фахівці з оцінки ризиків і збитків)		Товариство актуаріїв України, Асоціація аджастерів і сюрвейєрів України, Всеукраїнська спілка аварійних комісарів

- впровадження єдиних для всіх членів Пулу зразків договорів страхування, документів, у тому числі стандартів, і правил поведінки на страховому ринку, інших правил та положень, спрямованих на захист прав страховиків і запобігання порушенням та зловживанням;
- участь у розробленні проєктів актів законодавства, що сприяють досягненню цілей Пулу;
- забезпечення представництва Пулу у відносинах з органами державної влади, страхувальниками, іншими страховиками, об'єднаннями страховиків і громадськими організаціями, захист інтересів членів Пулу;
- встановлення та підтримання зв'язків з іноземними фахівцями страхової діяльності, координація взаємовідносин з ядерними пулами інших країн;

- виконання представницьких функцій, пов'язаних з досягненням цілей Пулу, за дорученням фізичних та/або юридичних осіб як на території України, так і поза її межами;
- аналіз і узагальнення досвіду страхування у сфері використання ядерної енергії;
- сприяння проведенню експертизи безпеки ядерних установок і розміру ядерної шкоди;
- організація навчання і підвищення кваліфікації працівників страхових компаній, інших підприємств, установ та організацій, проведення семінарів, конференцій з питань страхової діяльності;
- поширення інформації про діяльність Пулу, ведення рекламної діяльності в його інтересах;
- утворення філій, представництв та інших відокремлених підрозділів як на території України, так і поза її межами;
- організація наукового та методологічного супроводження діяльності Пулу.

Український Ядерний страховий пул є невід'ємною складовою світової системи ядерних страхових пулів, що існує вже понад 60 років, та працює за його правилами та процедурами. У свою чергу світова спільнота, до якої входить 26 національних ядерних страхових пулів, є складовою глобальної системи ядерної безпеки.

Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ) є єдиним об'єднанням страховиків, які здійснюють обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам. Участь страховиків у МТСБУ є умовою здійснення діяльності щодо обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів.

Основними завданнями МТСБУ є:

- здійснення виплат із централізованих страхових резервних фондів компенсацій та відшкодувань на умовах, передбачених чинним законодавством;
- управління централізованими страховими резервними фондами, що створюються при МТСБУ для забезпечення виконання покладених на нього функцій;

- забезпечення членства України в міжнародній системі автомобільного страхування «Зелена картка» та виконання загальновизнаних зобов'язань перед уповноваженими організаціями інших країн-членів цієї системи;
- збір необхідної інформації про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності для узагальнення та внесення пропозицій щодо удосконалення механізму здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- співробітництво з уповноваженими організаціями інших країн у галузі страхування цивільно-правової відповідальності, координація обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників та/або водіїв транспортних засобів-нерезидентів у разі в'їзду їх на територію України та власників та/або водіїв транспортних засобів-резидентів у разі їх виїзду за межі України;
- співробітництво з органами Міністерства внутрішніх справ України та іншими органами державної влади з питань обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- розробка зразків страхових полісів і договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, що затверджуються Уповноваженим органом;
- надання страховикам інформації щодо страхових випадків стосовно конкретних страхувальників.

Ліга страхових організацій України (ЛСОУ) – найбільш впливове й відоме об'єднання страховиків – утворена в 1992 році як недержавне неприбуткове добровільне об'єднання страхових організацій України. Великого значення ЛСОУ надає захисту інтересів своїх членів у державних і громадських організаціях.

Згідно зі своєю метою Ліга проводить конференції, семінари та інші заходи науково-практичного характеру, організовує обмін досвідом серед своїх членів, а також сприяє ознайомленню їх із практичними надбаннями страховиків інших

країн, використовуючи для цього різні засоби інформації, у тому числі й можливості власного серверу (www.uainsur.com). При ЛСОУ на правах юридичної особи працює Навчально-інформаційний центр.

Основними завданнями ЛСОУ є:

- сприяння розвитку страхового ринку;
- захист прав та інтересів учасників страхового ринку, що є членами Ліги;
- сприяння формуванню та вдосконаленню правової бази страхової діяльності;
- сприяння підвищенню кваліфікації та професіоналізму керівників та спеціалістів учасників страхового ринку;
- ознайомлення громадськості з діяльністю учасників ринку страхування та їх роллю в економічному житті України;
- сприяння реалізації антимонопольного законодавства в сфері страхової діяльності;
- утвердження взаємної довіри, надійності, порядності та ділового партнерства у взаємовідносинах між учасниками страхового ринку та споживачами страхових послуг;
- доведення до учасників страхового ринку законодавчих та нормативних актів органів державної влади та управління з питань, що стосуються сфери страхової діяльності;
- розробка рекомендацій з питань методології страхової справи.

Національна асоціація страховиків України (НАСУ) – неприбуткове об'єднання страховиків, що створене на засадах професійної незалежності, спільності інтересів та об'єднує юридичних осіб, які поділяють цілі та завдання Асоціації.

Метою діяльності Асоціації є розробка, затвердження та впровадження високого рівня правил і стандартів діяльності на страховому ринку.

Основними завданнями НАСУ є:

- участь в розробці та вдосконаленні законодавства у сфері фінансових послуг, зокрема у сфері страхування;
- організація та проведення незалежної експертизи законодавчих та нормативно-правових актів, а також їх

проєктів, які сприяють розвитку та функціонуванню ринку фінансових послуг;
- внесення пропозицій до державних органів з питань діяльності ринку фінансових послуг;
- захист і представництво спільних законних інтересів учасників об'єднання у державних органах та громадських об'єднаннях з питань статутної діяльності Асоціації;
- організація наукових досліджень з економічних, правових, технологічних та інших проблем розвитку страхового ринку;
- реалізація проєктів, що сприяють становленню і розвитку страхового ринку;
- сприяння створенню привабливого середовища для іноземних інвесторів на страховому ринку України;
- інформаційна, консультативна, методична та організаційна підтримка учасників Асоціації у процесі їх професійної діяльності;
- сприяння підвищенню кваліфікації та рівня професіоналізму членів органів управління і працівників учасників Асоціації;
- сприяння забезпеченню у діяльності учасників Асоціації належного рівня фінансової стабільності, платоспроможності та ліквідності;
- сприяння забезпеченню високого рівня економічної ефективності, конкурентоспроможності та соціальної відповідальності у діяльності учасників Асоціації на ринку фінансових послуг;
- узагальнення та поширення передового міжнародного досвіду у сфері страхової діяльності;
- взаємодія з іншими професійними об'єднаннями фінансового ринку з метою утворення цивілізованого та високопрофесійного ринку фінансових послуг в Україні.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Сучасна інфраструктура страхового ринку України.
2. Розвиток страхового ринку України: стан, проблеми й перспективи розвитку.
3. Концентрація страхового ринку та особливості конкурентоспроможності страхових компаній.
4. Фінансова безпека страхового ринку України.
5. Функціонування страхового ринку України в умовах воєнного стану.
6. Вплив зовнішнього середовища на стан розвитку страхування в Україні.
7. Вплив внутрішнього середовища на стан розвитку страхування в Україні.
8. Вплив процесів глобалізації економіки на розвиток страхового ринку України.
9. Шляхи інтеграції українського страхового ринку у світовий.
10. Банківсько-страхова інтеграція в умовах трансформації фінансового ринку України.
11. Становлення та розвиток страхового ринку ЄС.
12. Тенденції розвитку світового страхового ринку.
13. Страхові ринки розвинених країн світу (на прикладі окремої країни).
14. Особливості розвитку регіонального страхового ринку (на прикладі окремого регіону України).
15. Інновації на страховому ринку України.
16. Генезис, етапи та проблеми становлення страхового ринку в Україні.
17. Діяльність страхових посередників на страховому ринку України.
18. Особливості діяльності страхових брокерів і їх місце у страховому бізнесі.
19. Страхові агенти. Управління агентською мережею страховика.
20. Перспективи розвитку брокерського посередництва в Україні.
21. Страхові пули України.
22. Економічна необхідність і значення об’єднань страховиків.

ТЕМА 5. СТРАХОВА ОРГАНІЗАЦІЯ

Зміст теми

5.1. Страхова компанія як суб'єкт страхового ринку. Організаційні форми та класифікація страховиків
5.2. Ресурси страхової компанії
5.3. Структура й органи управління страховою організацією
5.4. Договір страхування.
5.5. Маркетингова діяльність страхової компанії

5.1. Страхова компанія як суб'єкт страхового ринку. Організаційні форми та класифікація страховиків

Основним структурним елементом страхового ринку є страхові компанії.

Страховики (страхові компанії, страхові товариства) – це суб'єкти страхування (страхового ринку), які згідно з отриманою ліцензією беруть на себе за певну плату зобов'язання відшкодувати страхувальникові або іншим учасникам страхового ринку завданий страховим випадком збиток або виплатити страхову суму.

Страховики в Україні створюються у формі акціонерного товариства або товариства з додатковою відповідальністю (крім філій страховиків-нерезидентів).

Законодавство про акціонерні товариства та про товариства з додатковою відповідальністю застосовується до страховиків з урахуванням особливостей, встановлених Законом України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Регулятора.

Учасниками страховика не можуть бути юридичні особи, в яких страховик має істотну участь, громадські об'єднання, політичні партії, релігійні та благодійні організації. Держава Україна може бути учасником страховика в особі Кабінету Міністрів України або уповноважених ним органів.

Засновники та власники істотної участі страховика зобов'язані

мати бездоганну ділову репутацію та задовільний фінансовий/майновий стан. Вимоги до ділової репутації, фінансового/майнового стану засновників страховика та власників істотної участі у страховику, порядок їх оцінки встановлюються нормативно-правовими актами Регулятора.

Акціонерне товариство – господарське товариство, статутний капітал якого поділено на визначену кількість часток однакової номінальної вартості, корпоративні права за якими посвідчуються акціями.

Публічне акціонерне товариство (ПАТ) – акціонерне товариство, щодо акцій якого здійснено публічну пропозицію та/або акції якого допущені до торгів на фондовій біржі в частині включення до біржового реєстру.

Приватне акціонерне товариство (ПрАТ) – акціонерне товариство*, яке має статутний* капітал*, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства.*

Товариство з додатковою відповідальністю – *господарське товариство, статутний капітал якого поділений на частки визначених установчими документами розмірів і яке несе відповідальність за своїми зобов'язаннями власним майном, а в разі його недостатності учасники цього товариства несуть додаткову солідарну відповідальність у визначеному установчими документами однаково кратному розмірі до вкладу кожного з учасників.*

Сукупність страховиків, що функціонують у певному економічному середовищі, утворює *страхову систему*, головне завдання якої в ринковій економіці – надання страхових послуг, що забезпечують надійний страховий захист юридичних і фізичних осіб.

Класифікація страховиків може здійснюватися за такими ознаками:

1. За формою власності:

− приватні;

− державні (публічні).

Приватними страховиками можуть бути індивідуальні особи, акціонерні або інші страхові товариства.

Державні (публічні) страховики створюються і управляються, здебільшого від імені держави. Їх створення може відбуватись шляхом заснування з боку держави (уряду) або націоналізації

страхових компаній і перетворення їх майна на державну власність.

Співвідношення між державними і приватними формами страховиків залежить від суспільного устрою країни та економічної політики держави.

Унікальною формою об'єднання приватних індивідуальних страховиків виступає англійська корпорація «Ллойд». А почалось все з кав'ярні. Кав'ярня Ллойда знаходилася недалеко від Лондонського Тауера і незабаром стала відомою останніми надійними новинами про судноплавство; була вона і популярним місцем зустрічей ділових людей, що займалися торгівлею і комерцією. Однією з основних умов для успішного страхування є наявність надійної й достовірної інформації зі справ судноплавства. Тому кав'ярня Ллойда затвердилася як визнане місце, де можна було укласти договір страхування морських суден. У 1720 р. британський парламент оголосив кавовий будинок Ллойда офіційним центром морського страхування. До 1871 р. «Ллойд» існував як приватна організація, керована комітетом, яка не мала статусу офіційної юридичної особи.

У 1871 р. парламент Великої Британії прийняв закон, відповідно до якого «Ллойд» надалі офіційно виступав як корпорація з правом проводити операції з морського страхування, захищати інтереси членів корпорації в галузі судноплавства, вантажів і фрахту; збирати і поширювати інформацію і відомості з судноплавства. У 1911 р. на додаток до закону 1871 р. парламент дозволив «Ллойду» проводити й усі інші види страхування, включаючи операції, пов'язані з видачею гарантій.

Члени «Ллойда» є індивідуальними торговцями страхуванням, кожний з яких несе необмежену відповідальність за страхові операції, зроблені за його рахунок. У загальній чисельності нараховується 28 000 осіб – членів «Ллойда», з них 5 тис. осіб займаються страховим бізнесом. Інші члени «Ллойда» у практичній стороні страхової справи не беруть участі. Від їхнього імені діють агенти членів «Ллойда», що здійснюють розміщення ризиків у синдикат.

Усі члени «Ллойда» об'єднані в синдикати для збільшення фінансових можливостей при прийомі ризиків на страхування. Кожен член синдикату несе пропорційну відповідальність індивідуально і не відповідає за інших його членів.

Страхова премія і збитки між членами синдикату розподіляються пропорційно їхнім фінансовим інтересам у синдикаті.

Синдикат не є юридичною особою. Це форма об'єднання членів «Ллойда» для спільного ведення справ із страхування і перестрахування. На даний час «Ллойд» нараховує більш 300 синдикатів, що організаційно взаємозалежні один від одного, які розподіляють прибуток від страхової діяльності за результатами сприятливого року і збитки – у несприятливий рік. Кількість членів синдикатів диференційована і досягає декількох тисяч осіб. Синдикати по черзі виводять з числа своїх членів від 20 до 3000 найбільш непрофесійних інвесторів, залишаючи загальний рівень 2600 членів–фізичних осіб, що повинні володіти особистим майном не менш 14000 ф. ст. Членами синдикатів зазвичай є найвідоміші діячі британської аристократії, а також Арабських країн і США.

У професійному плані за діяльність синдикату відповідає андерайтер, який приймає від брокерів «Ллойда» страхові ризики (цілком чи частково) і дає їм експертну оцінку. Для того, щоб одержати право ведення страхових операцій як андерайтер «Ллойда», претендент, крім підтвердження своїх професійних знань, вносить великий грошовий депозит (як заставу) у корпорацію. За проведеними страховими операціями андерайтер відповідає сумою внесеного депозиту й усім своїм майном. На рівні кожного синдикату прослідковується ланцюжок: агент – керуючий – андерайтер – брокер.

«Ллойд» приваблює весь світ розробленістю умов страхування і доскональним трактуванням на випадок події. У «Ллойд» переважно сконцентровані чотири основних види страхової діяльності: морські, неморські, авіаційні й автомобільні ризики. Крім проведення страхових операцій, «Ллойд» через свої структурні підрозділи (включаючи агентства в морських портах і найбільших містах світу) надає широке коло послуг інформаційного і практичного характеру не тільки членам корпорації, але й усім, хто прямо чи опосередковано цікавиться морським судноплавством.

Попереду корпорацію «Ллойд» чекають великі реформи, згідно з якими вона буде керуватися як єдине підприємство. Передбачається введення централізованої системи підготовки кадрів, встановлення нагляду з боку виборного авторитетного комітету над діяльністю андерайтерів. Планується також жорсткіше регулювання і контроль над витратами, введення централізованої бази даних, що буде докладно характеризувати інформацію про угоди і контракти. У результаті очікується зближення «Ллойда» з іншими фінансовими ринками.

2. За інституціональною ознакою:
- акціонерні товариства;
- товариства з додатковою відповідальністю;
- товариства взаємного страхування.

В Україні, як і в багатьох інших державах, основу страхової системи становлять компанії у вигляді акціонерних товариств.

Товариства взаємного страхування (ТВС) – форма організації страхового фонду на основі централізації коштів за допомогою пайової участі його членів. Учасник товариства взаємного страхування одночасно є страховиком і страхувальником. ТВС – це неприбуткова організація, перевищення доходів над витратами йде на поповнення страхових резервів або розподіл дивідендів між пайовиками.

ТВС створюються у сферах страхування ризиків малого бізнесу, сільськогосподарських ризиків фермерів, особистого страхування. У сучасних умовах у розвинених країнах сфера діяльності ТВС концентрується переважно в галузі особистого страхування.

Серед національних страхових компаній вирізняються кептивні страхові компанії, сферою діяльності яких є захист інтересів засновників.

Кептивна страхова компанія – це акціонерна страхова компанія, що обслуговує цілком або переважно корпоративні страхові інтереси засновників, а також суб'єктів, що самостійно господарюють, які належать до структури багатопрофільних концернів або великих фінансово-промислових груп. Кептив може бути дочірньою страховою компанією.

Як правило, створюються кептиви потужними виробничими підприємствами, корпораціями або фінансово-промисловими групами, представленими банками, пенсійними та інвестиційними фондами, іншими фінансово-кредитними установами. Їх на сьогодні більшість.

Переваги кептивів в тому, що вони охоплюють великий потенційний сегмент страхового ринку, який обслуговується корпоративним страховиком, а проникнення конкуруючих страхових компаній в цей сегмент є практично неможливим. Основний недолік – однорідний склад страхового портфеля, що спричинює негативний вплив на фінансову стійкість страховика.

3. За територією обслуговування:
- регіональні (місцеві);
- національні;
- міжнародні (транснаціональні).

На жаль, на сьогодні практично відсутня відкрита статистика укладених договорів страхування кожною компанією в межах певної території (області). Ліцензії майже всім компаніям видані з правом здійснення страхової діяльності на території всієї країни, тому важко відокремити страховиків, які діють лише в межах певного регіону чи міста.

4. За характером виконуваних операцій:
- спеціалізовані (займаються лише особистим або лише майновим страхуванням);
- універсальні (надають широкий спектр страхових послуг);
- композитні (займаються і страхуванням життя, і загальних видів страхування);
- перестрахувальні.

Цей поділ є досить умовним, оскільки останнім часом спостерігається тенденція до ліквідації вузької спеціалізації страхової діяльності.

На сьогодні в Україні мають місце обмеження щодо створення композитних страхових компаній. Страхова компанія, що отримала ліцензію на надання послуг зі страхування життя, не може надавати послуги з усіх ризикових видів страхування.

Водночас, страховик, який отримав ліцензію на страхування виключно за класами страхування 1 (страхування від нещасного випадку) та/або 2 (страхування на випадок хвороби), може отримати ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування та/або вхідного перестрахування за класами страхування життя і навпаки.

ст. 11 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

5. За величиною статутного капіталу, обсягом страхових платежів та іншими економічними показниками:
- великі;
- середні;
- малі.

На сьогодні для оцінки страхових організацій також використовують різні рейтинги.

Поняття «рейтинг» (з англ. to rate – оцінювати, визначати клас) означає кількісну або якісну оцінку рівня визнання або авторитету; тобто за допомогою рейтингу в стислій формі надається вичерпна інформація про його надійність.

Важливим для впровадження рейтингу на страховому ринку є його класифікація. Виділяють такі визначальні ознаки класифікації рейтингу страховиків:

1. Залежно від об'єкту оцінки:
- рейтинг ліквідності активів та відповідності розміщення страхових резервів вимогам чинного законодавства;
- рейтинг страхових виплат;
- рейтинг за розміром капіталу;
- рейтинг показників платоспроможності та ефективності діяльності;
- рейтинг страхових тарифів;
- рейтинг філіальної мережі та обсягів страхових премій тощо.

2. Залежно від рейтингової шкали:
- міжнародний;
- національний;
- регіональний.

3. Залежно від типу страховика:
- ризикової сфери чи довгострокової;
- галузі надання страхових послуг;
- форми проведення страхування тощо.

4. У залежності від показника ефективності діяльності:
- рейтинг платоспроможності;
- рейтинг фінансової стійкості;
- рейтинг інвестиційної привабливості тощо.

5. У залежності від бажання об'єкту рейтингування:
- добровільний, ініціативний;
- обов'язковий.

6. Залежно від фактору часу:
- короткострокові (до року);
- довгострокові (більше року).

Питаннями присвоєння рейтингів страховим компаніям займаються спеціалізовані рейтингові агентства. Провідними міжнародними рейтинговими агентствами у сфері страхування в наш час вважаються Standard & Poor's, Moody's Investor Service, A. M. Best, Fitch IBCA, Duff & Phelps, Weiss Research.

На прикладі рейтингового агентства Standard & Poor's можна розглянути методику присвоєння рейтингів страховим компаніям, яка є найбільш відомою та відкритою.

Діяльність цього агентства базується на таких принципах:

- незалежність. Standard & Poor's є недержавною компанією, її діяльність не залежить від інших фінансово-кредитних установ;

- об'єктивність. Експерти цього рейтингового агентства спираються лише на власний досвід і самостійно розроблені підходи щодо оцінки фінансової стійкості та надійності страхових компаній;

- надійність. Підтвердженням є те, що рейтингове агентство має міжнародне визнання і його репутація є загальновизнаною;

- відкритість. Standard & Poor's регулярно публікує критерії та методологію, які покладені в основу його діяльності щодо присвоєння рейтингів страховим компаніям.

Визначення рейтингу страхових компаній агентством Standard & Poor's базується на комплексі кількісних і якісних даних. Рейтинговий процес, який застосовується в цьому агентстві, складається з дев'яти етапів:

- замовлення рейтингу страховиком;
- підбір команди аналітиків;
- загальне дослідження;
- зустріч із керівництвом страховика;
- засідання рейтингового комітету;
- доведення рейтингу до відома страховика;
- процес апеляції;
- присвоєння рейтингу;
- моніторинг діяльності страхової компанії.

На національному ринку рейтингових послуг діють декілька рейтингових агентств – «Кредит-Рейтинг», «Експерт-Рейтинг», «ІВІ-Рейтинг», «Рюрик».

Агентство «Кредит-Рейтинг» (з 2001 року) – спеціалізоване рейтингове агентство, що надає послуги в області незалежної оцінки кредитоспроможності суб'єктів запозичень із визначенням кредитних рейтингів за Національною рейтинговою шкалою.

Рейтингове агентство «Експерт-Рейтинг» (з 2005 року) – оператор ринку добровільного рейтингування в Україні, бере активну участь у формуванні конкурентного ринку рейтингових послуг України.

Рейтингове агентство IBI-Rating розпочало свою діяльність на ринку рейтингування України у 2005 році. IBI-Rating спеціалізується на наданні професійних послуг з рейтингової оцінки кредитоспроможності емітентів боргових цінних паперів та кредитоспроможності суб'єктів господарювання, як фінансової так і нефінансової сфер господарювання.

ТОВ «Рюрик» (1992 р.) – національне кредитно-рейтингове агентство, спеціалізується виключно на рейтингуванні (визначенні кредитних рейтингів позичальників, їхніх окремих боргових інструментів) та наданні інформаційно-аналітичних і консультаційних послуг у сфері рейтингування.

Рейтингування надає такі можливості:

- страховим компаніям засвідчити свою фінансовою надійність, можливість виконувати поточні і майбутні зобов'язання за страховими продуктами (послугами), що реалізуються;
- потенційному страхувальнику визначитися з вибором страховика не за критерієм популярності і рекламної активності, а з урахуванням ширшого спектра чинників, що впливають на якість і надійність страхового захисту;
- стати могутнім інформаційним інструментом для інвесторів та кредиторів, оскільки очікувана ефективність діяльності, перспективи зростання страхової компанії також багато в чому обумовлені його рейтинговою оцінкою.

Разом з позитивними рисами рейтингування в спеціалізованих агентствах можна спостерігати й негативні сторони, зокрема:

- одержання рейтингу – це достатньо трудомістка й дорога процедура;
- рейтингова оцінка має довгостроковий характер, незважаючи на те, що страхова компанія перебуває під постійним моніторингом рейтингового агентства;
- методики рейтингування не підлягають оголошенню. Це пов'язано, з одного боку, з тим, що вона може бути використана конкурентом, а другого – у разі відкритості

методики страховик може штучним способом збільшити свій рейтинг;

- оцінки спеціалізованих рейтингових агентств конкретних страховиків не дають загальної картини й не визначають тенденцій розвитку страхового ринку в цілому.

Офіційним рейтингом національних страховиків є страховий рейтинг «Insurance TOP» – щоквартальне видання Українського науково-дослідного інституту права та економічних досліджень, яке публікує ренкінги страховиків загального страхування та страхування життя, а також страхових брокерів. Рейтинг 100 страховиків формується за такими основними показниками:

- валюта балансу і темп її росту;

- власний капітал і його частка у валюті балансу;

- обсяг зібраних страхових премій, зокрема за видами страхування;

- частка перестрахування в страхових преміях;

- страхові виплати, зокрема за видами страхування;

- рівень виплат і темп його росту;

- обсяг страхових резервів і рівень їхнього покриття інвестиційними активами і коштами;

- частка компанії в загальному обсязі страхових премій на страховому ринку;

- розмір гарантійного фонду;

- розмір і структура активів.

Водночас, слід зауважити, що Insurance TOP не є оцінкою, оскільки передбачає тільки ранжування компаній за величиною об'ємних показників. Це так званий «ренкінг» – список компаній, упорядкований за певною ознакою.

Варто також зазначити, що кожен квартал Моторне (транспортне) страхове бюро України публікує незалежний рейтинг страхових компаній (так званий Світлофор МТСБУ).

Світлофор МТСБУ відображає аналіз діяльності страхових компаній за трьома показниками:

- загальна оцінка діяльності компанії;

- якість врегулювання збитків;

- кількість скарг на страхову компанію.

Показники страхових компаній у рейтингу представлені не в цифровому форматі, а колірними індикаторами. Зелений колір означає відмінно, жовтий – хорошу оцінку, а червоний – незадовільно. За таку систему відображення рейтинг і отримав свою назву.

За допомогою Світлофора МТСБУ можна порівняти показники страхових компаній від кварталу до кварталу, щоб зрозуміти, чи «росте» страхова компанія чи «здає» позиції на ринку. Також, якщо показники змінилися у порівнянні з минулим кварталом, у Світлофорі МТСБУ в осередку з кольором це додатково відображено стрілкою вгору або вниз. Такий рейтинг наочно показує реальну ситуацію та є інтуїтивно зрозумілим.

5.2. Ресурси страхової компанії

Для страхових компаній, як і для будь-яких суб'єктів підприємництва притаманний стандартний набір ресурсів: матеріальні, трудові, фінансові та інформаційні. Проте, їх змістове наповнення має свою специфіку, а саме формування ресурсів ґрунтується на порівнянні витрат на їх придбання (залучення) і можливої віддачі від їх використання. Це зобов'язує страхову компанію визначити кількісні та якісні параметри необхідних ресурсів, спосіб, тривалість і місце їх взаємодії.

Матеріальні ресурси – це основні та оборотні засоби виробництва, які використовуються (або можуть бути використані) у виробничому процесі та формують його матеріально-речову базу.

Першочерговим аспектом у формуванні матеріальних ресурсів є визначення потреби в приміщеннях для оптимального розташування усіх структурних підрозділів, тобто йдеться про вибір приміщень для офісу страхової компанії. Вирішуючи це завдання, необхідно акцентувати увагу на тому, щоб створити максимальні зручності для потенційних страхувальників. У цьому контексті необхідно розпочинати з місця розташування компанії.

Як засвідчує досвід країн з розвиненим страховим бізнесом, компанії такого типу розміщуються переважно на перших поверхах у діловій частині міста, поряд з банками, інвестиційними компаніями, біржами, великими торговельними центрами. З огляду на високу вартість придбання або оренди приміщень у таких кварталах багато компаній обмежуються розміщенням у найпрестижнішому районі лише юридичної адреси і невеликого штату працівників для організації переговорів, проведення прес-конференцій, відповідальних ділових

зустрічей керівництва компанії, підтримання зв'язків з громадськістю та державними органами управління. Якщо ж стратегія компанії передбачає, наприклад, пріоритетний розвиток діяльності із страхування технічних ризиків, то офіс (філію) доцільно розмістити в районі перспективної забудови.

Наявність розгалуженої сітки структурних підрозділів та офісів компанії в географічно-територіальному плані вимагає, щоб між різними приміщеннями офісу була добре налагоджена комунікація.

Трудові ресурси *– це частина працездатного населення, яка володіє фізичними й розумовими здібностями і знаннями, необхідними для виготовлення матеріальних благ чи надання послуг.*

Основу успіху страхової компанії становлять саме трудові ресурси, адже від інтелектуального та професійного рівня її персоналу залежить досягнення нею стратегічної мети. Працівники не сприймають механічного, неусвідомленого управління, оскільки кожен з них приходить в організацію з певною метою, потребуючи сприяння в її досягненні. Тому керівництво компанії має постійно приділяти увагу кадровій політиці, дбаючи про максимальне розкриття професійних здібностей кожного працівника.

Після того як визначено структуру компанії та кількісний склад персоналу окремих підрозділів, слід підготувати посадові інструкції та кваліфікаційні вимоги до осіб, які обійматимуть посади в цих підрозділах. Посадова інструкція являє собою перелік основних функцій, що їх має виконувати працівник згідно зі своєю посадою. До цієї роботи в нових компаніях слід залучати експертів, а також найбільш реальних претендентів на ті чи інші посади. Підготовка проєкту посадової інструкції дає слушну нагоду перевірити рівень професійних знань кожного претендента, а також з'ясувати чи має він намір і здатність сприяти вдосконаленню роботи компанії. Посадова інструкція має бути реальною з погляду можливостей її виконання.

Психологи стверджують, що люди, які обіймають посади, де вимоги надто високі або занижені, відчувають незадоволення. Наприклад, деякі компанії пропонують випускникам вузу з дипломом магістра зі страхування тривалий час працювати на другорядних посадах, тоді як інколи на посади провідних працівників запрошуються особи без економічної освіти і відповідного досвіду роботи. Звичайно, що це неприпустимо. Адже фахова освіта – важлива передумова успішної професійної діяльності кожного працівника.

Визначивши потребу в працівниках щодо їх кількості та рівня кваліфікації, розпочинають пошук кандидатів на посади. Можуть бути задіяні різні джерела поповнення персоналу, а саме:

- пошук усередині компанії;
- пошук за допомогою співробітників;
- кандидати, які самі звертаються до компанії з метою працевлаштування;
- запрошення на роботу через засоби масової інформації та соцмережі;
- використання послуг державних і приватних служб зайнятості;
- поповнення персоналу компанії за рахунок випускників навчальних закладів.

Наступний етап вирішення кадрової проблеми – це вибір з-поміж кандидатів (претендентів) тих, хто стане співробітником компанії. Цей процес передбачає декілька складових:

- аналіз списку та анкетних даних (резюме) кандидатур з погляду їх відповідності вимогам до майбутнього працівника;
- проведення спеціальних тестів на професійну придатність кандидата;
- співбесіда зі співробітниками відділу роботи з персоналом;
- довідки про кандидата;
- співбесіда з лінійним керівником.

Великого значення для формування раціональної структури і підвищення ефективності використання трудових ресурсів страхової компанії має система мотивації праці.

У країнах з розвиненою економікою менеджмент часто використовує теорію ієрархії потреб, яку обґрунтував американський психолог Абрагам Маслоу. Згідно з цією теорією людські потреби мають різні порядки актуальності. Після того як той чи інший рівень потреб задовольняється, він втрачає свою актуальність.

Отже, для працівників, які за рівнем своїх доходів не задовольняють потреб 1-го і 2-го рівнів, головним способом мотивації до праці є можливість отримати більшу суму заробітної плати. Для працівників, які досягли рівня доходів для покриття первинних потреб, подальше збільшення заробітної плати може вже не відігравати вирішальної ролі в мотивації до підвищення якості роботи.

Такі особи прагнуть насамперед дістати в користування престижний автомобіль, перейти на вищу посаду, бути обраними в керівні органи компанії, а також мріють про інші преференції.

Піраміда (ієрархія) людських потреб за А. Маслоу

1 – фізіологічні потреби; 2 – потреби в безпеці й стабільності; 3 – потреби у визнанні; 4 – потреби в позитивній оцінці індивідуальності; 5 – потреби самореалізації (прагнення індивіда зробити те, що може саме він).

Існує також двохфакторна теорія, автором якої є Фредерік Герцберг. Перший фактор– заробітна плата. Якщо її рівень низький, працівник залишить компанію попри інші фактори. Якщо ж зарплата досягла високого рівня, то працівник залишиться, але лише цього стимулу бракуватиме для високопродуктивної праці. Потрібна активна дія інших факторів. До них належать, зокрема, делегування прав щодо прийняття рішень, позитивна оцінка роботи, висунення на вищу посаду тощо.

Вище описані та деякі інші теорії намагаються пояснити поведінку працівника на підставі різних психологічних концепцій. Кожна з них має свої «плюси» і «мінуси». Необхідно пам'ятати, що мотивація – комплексне явище, яке має враховувати індивідуальні риси кожного працівника. У будь-якому колективі не буває двох абсолютно однакових співробітників, а тому і методи управління ними мають бути диференційованими.

Фінансові ресурси – це сукупність власних грошових доходів в готівковій та безготівковій формі і надходжень ззовні (позикових і залучених), які акумулює організація і призначених для виконання фінансових зобов'язань, фінансування поточних витрат і витрат, пов'язаних з розвитком виробництва.

Фінансові ресурси, що забезпечують надійність виконання

зобов'язань страхової компанії, складаються насамперед із грошової частини сплаченого статутного капіталу і системи страхових резервів. Вони характеризуються значною специфічністю формування та використання.

Капітал страховика є основою його діяльності й сукупністю фінансових ресурсів: власних, залучених і позичених, які перебувають у розпорядженні страховика, використовуються для забезпечення його діяльності та отримання прибутку (рис. 5.1).

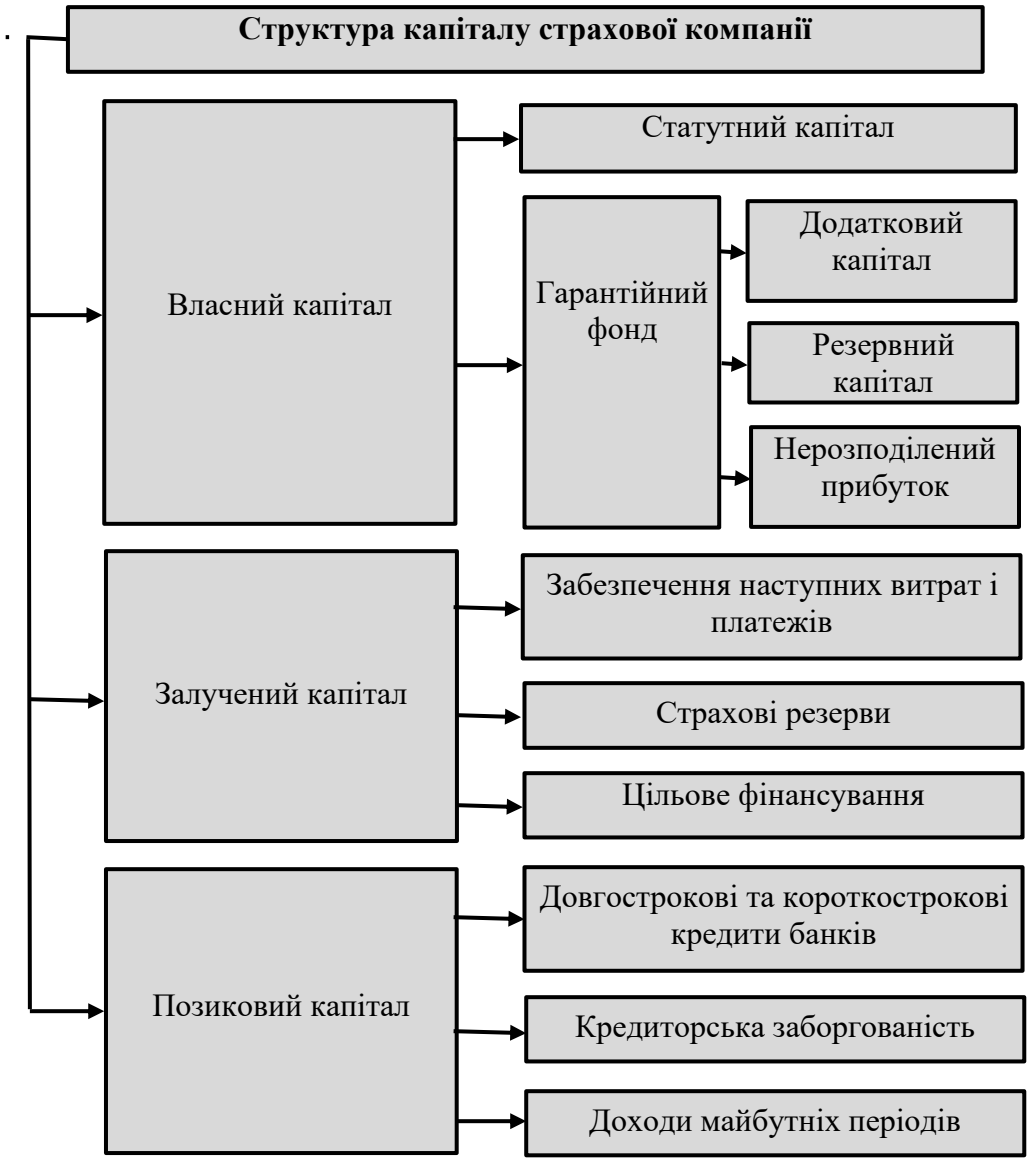

Рис. 5.1. Структура капіталу страхової компанії

Базову роль у структурі фінансових ресурсів страховиків відіграє саме ***власний капітал***, з яким ототожнюють кошти, які належать страховій компанії на праві власності, та представлений статутним та гарантійним фондом, який у свою чергу включає додатковий, резервний капітал і нерозподілений прибуток. Вони виконують функцію фінансової гарантії виконання перед страхувальниками своїх зобов'язань згідно з договорами страхування.

Статутний капітал страховика формується у грошовій формі. Через статутний капітал реалізується право на дивіденди і право на управління страховою компанією її власниками.

Розмір статутного капіталу страховика не може бути меншим за розмір мінімального капіталу страховика, визначений відповідно до частини третьої *статті 40 Закону України «Про страхування».*

Юридична особа, яка звертається до Регулятора за отриманням ліцензії, зобов'язана відповідати вимогам щодо статутного капіталу.

Статутний капітал страховика формується та/або збільшується виключно у грошовій формі та зараховується на банківські рахунки відповідно до законодавства. Грошові внески для формування та збільшення статутного капіталу резиденти України здійснюють у гривні, а нерезиденти – в іноземній валюті або у гривні.

Статутний капітал страховика та/або особи, яка має намір здійснювати діяльність із страхування, повинен формуватися з підтверджених джерел. Вимоги до джерел походження грошових коштів, за рахунок яких формується та збільшується статутний капітал, та порядок їх перевірки встановлюються нормативно-правовими актами Регулятора.

Регулятор у встановленому ним порядку погоджує зміну розміру статутного капіталу страховика. Державна реєстрація зміни до статуту страховика у зв'язку із зміною розміру його статутного капіталу може бути проведена лише після отримання згоди Регулятора на таку зміну.

Юридична особа, яка має намір здійснювати діяльність із страхування, до отримання ліцензії має право витрачати грошові кошти, що вносяться засновниками для формування її статутного капіталу, виключно з метою підготовки до здійснення нею діяльності із страхування.

Гарантійний фонд не виступає відокремленим самостійним фондом і об'єднує ті власні кошти страховика, які не є статутним капіталом. Конкретних вимог щодо обсягів гарантійного фонду національним законодавством не передбачено.

Додатковий капітал складається із додатково вкладеного капіталу (актуальний лише для страховиків, які створені у формі акціонерного товариства і являє собою емісійний механізм від розміщення акцій) та іншого додаткового капіталу (сума дооцінки необоротних активів; вартість активів, безкоштовно отриманих страховиком від інших юридичних та фізичних осіб; інші види додаткового капіталу).

Додатковий капітал у складі власного капіталу страхової компанії займає незначну частину.

Резервний капітал як доповнення до статутного спрямовується на оперативне покриття збитків за страховими операціями, виплату дивідендів у разі недостатності обсягів прибутку, а також для викупу акцій страховика за відсутності інших коштів.

Завдяки резервному капіталу зміцнюється матеріальна та фінансова безпека страхової компанії, а також додатково забезпечується її фінансова стійкість. У свою чергу, це призводить до зростання гарантій виконання страховиком взятих зобов'язань перед страхувальниками, знижує можливість банкрутства.

Величина резервного капіталу встановлюється у відсотках до статутного. Джерелом його утворення є відрахування від чистого прибутку. Обсяг відрахувань встановлюється вищим органом управління страховою компанією (не нижче законодавчо визначеного розміру). Якщо в процесі чи після утворення резервного капіталу мають місце виплати для покриття збитків і фінансування непередбачених видатків, то відрахуваннями з прибутку він поновлюється до досягнення встановленого розміру.

Нерозподілений прибуток є прибутком, реінвестованим у страхову компанію і виникає за наслідками діяльності фінансового року страхової компанії та утворюється як залишок прибутку після виконання всіх зобов'язань.

Залучений капітал містить в собі залучені ресурси, які у певний період перебувають у розпорядженні страховика. Залучені ресурси складаються із страхових резервів, забезпечення наступних витрат і платежів, цільового фінансування.

При зарахуванні ресурсів до залучених основним принципом їх формування є цільове призначення. Такі ресурси відображаються у розділі «Забезпечення наступних витрат і платежів». Головною особливістю балансу страхової організації є структура даного розділу.

У складі забезпечень наступних витрат і платежів усі інші підприємства відображають нараховані у звітному періоді витрати на оплату майбутніх відпусток персоналу, гарантійні зобов'язання тощо, величина яких на дату складання балансу може бути визначена тільки шляхом попередніх (прогнозних) оцінок.

Страховики у цьому розділі відображають ще свої страхові резерви. Ця стаття балансу страховиків поряд із статтею «Статутний капітал» є найбільш вагомою статтею у пасиві балансу. У порівнянні з обсягами страхових резервів показники усіх інших статей, де знаходять своє відображення залучені і позикові кошти, є незначними.

Страхові резерви є основним елементом залученого капіталу страховика.

Страхові резерви є основою фінансової стійкості та платоспроможності страховика, тому їх порядок формування та склад визначені законодавством і є обов'язковим для страховиків. Вони можуть формуватися за рахунок залучених коштів (страхових премій) та мати лише цільове призначення, також можуть протистояти зобов'язанням з відшкодування збитків чи уособлювати ту частину ресурсів страхової компанії, яка є достатньою для сплати страхового відшкодування за укладеними договорами страхування.

Страхові резерви відносяться до залучених, оскільки ці ресурси не належать страховику, вони лише тимчасово, на період дії договору страхування, знаходяться у розпорядженні страхової компанії і призначені для здійснення страхових виплат. При умові беззбиткового проходження договору вони або переходять в дохідну базу, або повертаються страхувальникам у частині, яка передбачена у договорі. Їх неправомірно вважати позиковим капіталом, який надається під відсоток і повинен бути повернений кредитору в повному обсязі.

Цільове фінансування не відіграє відчутної ролі у діяльності страховиків і до нього відносяться кошти, отримані з бюджету та інших джерел.

Загалом основу страхової діяльності складає залучений капітал у вигляді страхових резервів, проте інколи страховики звертаються до банків за кредитуванням, що дає їм додаткові можливості для розширення обсягів діяльності, забезпечення більш ефективного використання власного капіталу і сприяє підвищенню ринкової вартості страхової компанії. Джерелом позичених ресурсів є позика, відносини за якою ґрунтуються на принципах строковості, цільового призначення, платності, поверненості, забезпеченості.

До складу ***позикового капіталу*** входять фінансові ресурси, представлені довгостроковими і короткостроковими кредитами банків, кредиторською заборгованістю та доходами майбутніх періодів.

До складу *кредиторської заборгованості* належить: заборгованість з оплати праці; заборгованість перед фондами соціального страхування та пенсійним фондом; заборгованість зі сплати премій за договорами страхування майна компанії; заборгованість зі сплати премій особистого страхування персоналу компанії; заборгованість за розрахунками з філіями та представництвами та інші види внутрішньої кредиторської заборгованості.

Доходи майбутніх періодів включають доходи, отримані протягом поточного або попередніх звітних періодів, які належать до наступних звітних періодів.

Специфіка страхової діяльності визначає склад та структуру капіталу страхової компанії.

Страховий капітал та його складові виконують мікро- та макроекономічні функції. Зокрема, мікроекономічні функції демонструють призначення та роль страхового капіталу в процесі розвитку страхової компанії. Макроекономічні функції характеризують зовнішній прояв властивостей страхового капіталу та його складових елементів у страховій системі.

Страховий капітал та його складові виконують такі мікроекономічні функції:

- *стартову*, яка властива лише для новоствореної страхової компанії. Капітал виступає основою для створення, організації та функціонування страхової компанії, джерелом отримання доходів – засобів функціонування та розвитку страхової компанії до часу накопичення достатнього обсягу залученого та позикового капіталу;

- *захисну* – для коштів страхувальників, застрахованих осіб та перестраховиків. Капітал дозволяє, у випадку реалізації непередбачених негативних ситуацій, продовжувати здійснювати операції, обслуговувати клієнтів, оскільки збитки покриваються за рахунок резервів, які входять до складу капіталу. У випадку нестачі резервів на покриття збитків, коли сформованих коштів не вистачає, вони покриваються за рахунок статутного капіталу, а не за рахунок залучених чи позичених засобів;
- *підтримки довіри* серед населення. Страховий капітал повинен бути достатнім для переконання страхувальників в тому, що страховик спроможний задовольнити їх потреби у разі настання страхового випадку;
- *забезпечення оперативної діяльності страхової компанії.* Капітал слугує основою для розвитку страхової компанії, розроблення та впровадження нових страхових послуг, для підтримки і захисту від ризику, пов'язаного з наданням цих послуг;
- *економічної безпеки*, яка спрямована на усунення чи зменшення ризику діяльності страхової компанії. Безпека страхової компанії тісно пов'язана з ризиками та загрозами, які залежать від часу створення страховика, його розмірів, величини капіталу, виду страхових послуг, які ним надаються. При високому ступені ризику надання страхових послуг у страховій компанії повинен бути належний розмір власного капіталу;
- *управлінську*, яка дозволяє виявити ступінь участі акціонера в прибутку, брати участь в управлінні страховою компанією;
- *регулюючу*, яка полягає в тому, що через встановлення розміру власного капіталу регулюючі та наглядові органи впливають на діяльність страхової компанії. До регулюючої функції страхового капіталу належить використання капіталу з метою обмеження інвестицій;
- *розподільну*, яка полягає у розподілі страхового капіталу між акціонерами за результатами фінансового року. Частина страхового капіталу та його складових спрямовується на збільшення статутного капіталу та

підвищення рівня капіталізації страхової компанії, частина направляється на формування резервного капіталу;

- *забезпечення прибутку* – чим більший капітал страхової компанії, тим більше послуг вона може надавати, внаслідок чого збільшуються можливості одержання прибутку. Від достатнього розміру страхового капіталу залежить стабільність та забезпечення зростання прибутків страхової компанії.

Серед функцій, які виконує страховий капітал та його складові, можна виділити низку макроекономічних функцій:

- *сприяння і підтримка конкуренції* у страхуванні, завдяки якій страховий капітал стимулює розвиток конкурентного середовища між страховими компаніями;
- *стабілізаційну*, яка сприяє фінансовій стабільності та розвитку страхової системи;
- *стимулюючу*, що забезпечує розвиток страхування, стимулювання ефективної діяльності страхових компаній, а також розширення асортименту страхових послуг;
- *стратегічну*, за допомогою якої формування капіталу страхової компанії спрямовується на стратегічні цілі: здійснення стратегічного інвестування, відкриття філій, виходу на зовнішні ринки і здійснення міжнародного страхового бізнесу тощо.

Фінансові ресурси страхової компанії постійно знаходяться в русі і являють собою фінансові потоки. Потік фінансових ресурсів – це різниця надходження та витрачання фінансових ресурсів за відповідний період часу, незалежно від джерел їх утворення. Механізм формування фінансових потоків страхової компанії представлений на рис. 5.2.

Інформаційні ресурси – це упорядкована сукупність інформації в будь-якій формі та вигляді, яка забезпечує систему управління відповідною кількістю даних, відомостей, знань для прийняття управлінських рішень.

Особливість інформаційних ресурсів страховика полягає у тому, що існує постійна потреба в достовірній інформації, але її отримання не є основною метою діяльності страхової компанії. Інформація страховикові необхідна для того, щоб приймати правильні рішення в

управлінні компанією, а відсутність її породжує невизначеність. Тому існує потреба в аналізі зовнішніх та внутрішніх факторів, що можуть вплинути на ефективну діяльність страхової компанії. Страховик повинен володіти як базами даних поточної та стратегічної діяльності, так і тенденціями розвитку страхового ринку тощо.

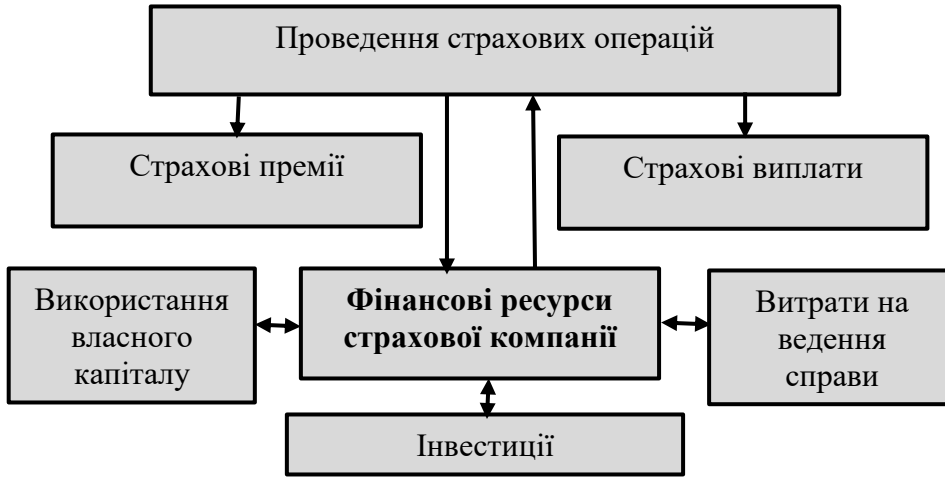

Рис. 5.2. Механізм формування фінансових потоків страхової компанії

Страхування є однією з галузей бізнесу, які найбільш залежні від *інформаційного забезпечення*.

Інформаційне забезпечення та його складові частини включають: надходження, перетворення, кодування, зберігання та передавання інформації. Розробка та впровадження інформаційного забезпечення страхових компаній має бути спрямована на використання нових технічних засобів для отримання інформації відповідним органам управління.

Інформаційне забезпечення страховика має включати такі складові:

- інформаційний фонд, що складається з даних, які необхідні при прийнятті оптимальних управлінських рішень (обсяг фонду залежить від джерел його поповнення, задач, які мають бути розв'язані, а також від рівня комп'ютеризації управлінських робіт);
- спеціальні методи та прийоми інформаційного забезпечення, які складаються з спеціальних матриць, таблиць документообігу тощо;

– основними методами щодо опрацювання даних є планування, прогнозування, економічний та фінансовий аналіз.

Інформаційні системи страховика також пов'язані з вирішенням основних завдань бухгалтерського обліку, створенням управлінських систем баз даних клієнтів за різними видами страхування, накопиченням інформації за деякими видами наданих страхових послуг, організацією комунікацій між страховиком і страхувальником.

На сьогодні однією з умов стійкого розвитку страхової компанії є продаж страхових послуг через Інтернет. Інтернет виступає таким інформаційним ресурсом, який дозволяє збирати, обробляти та зберігати інформацію. Страхова послуга, що пропонується в мережі Інтернет має бути максимально стандартизованою, не вимагати здійснення оцінки з боку страховика. Такий канал збуту страхових продуктів є не надто витратним та, водночас, цілодобовим носієм реклами для страхової компанії. Мережа Інтернет допомагає забезпечувати стійкий розвиток страхової компанії, так як дозволяє залучити та утримувати клієнтів, тобто підтримувати та нарощувати обсяги реалізації страхових послуг.

Однією з новацій на ринку інтернет-страхування в Україні є електронна біржа у сфері перестрахування «FlyRe», яка надає усім учасникам страхового ринку нові можливості в перестрахуванні та дозволяє в режимі онлайн передавати та приймати ризики із застосуванням методу аукціону. Даною системою можна користуватися з будь-якого комп'ютера, планшета чи смартфона, який з'єднано з мережею Інтернет. Перевагами використання системи «FlyRe» є швидкість перестрахування; зниження витрат на перестрахування ризиків; перестрахування ризиків за допомогою автоматизованої системи документообігу; можливість контролювати процеси перестрахування тощо.

Одними з переваг використання мережі Інтернет є спрощення процесу страхування, зменшення часу та витрат, автоматизація процесу розрахунку страхової суми та тарифів за допомогою страхового калькулятора та запобігання впливу людського фактору під час укладання договору страхування.

5.3. Структура й органи управління страховою організацією

Під структурою компанії розуміють насамперед зв'язки, що існують між різними частинами організації для досягнення її мети.

Організаційна структура управління – це упорядкована сукупність взаємопов'язаних елементів системи, що визначає поділ праці та службових зв'язків між структурними підрозділами і працівниками апарату управління з підготовки, ухвалення та реалізації управлінських рішень.

На практиці існує багато різних принципів побудови структур управління, які можна звести до таких основних типів:

- лінійна організаційна структура;
- лінійно-штабна організаційна структура;
- функціональна організаційна структура;
- лінійно-функціональна організаційна структура;
- дивізіональна організаційна структура;
- матрична організаційна структура.
- інші (проєктна, кластерна, модульна, атомістична).

Система управління страховика базується на принципах лінійного, лінійно-штабного та функціонального підпорядкування.

Лінійна організаційна структура являє собою систему управління, в якій кожний підлеглий має тільки одного керівника і в кожному підрозділі виконується весь комплекс робіт, пов'язаних з його управлінням.

Переваги лінійної оргструктури:

- чіткість і простота взаємодії (неможливість отримання підлеглим суперечливих розпоряджень та вказівок);
- відповідальність кожного за виконання свого завдання (надійний контроль та дисципліна);
- оперативність підготовки і здійснення управлінських рішень;
- економічність (за умови невеликих розмірів організації).

Недоліки лінійної оргструктури:

- необхідність високої кваліфікації керівників;
- зростання числа рівнів управління при збільшенні розмірів організації;
- обмеження ініціативи у робітників на нижчих рівнях.

Лінійно-штабна організаційна структура є різновидом

лінійної організаційної структури. За такої структури для розвантаження вищого керівництва створюється штаб, до складу якого включають фахівців з різних видів діяльності. Всі виконавці підпорядковуються безпосередньо лінійним керівникам. Повноваження штабних спеціалістів стосуються підготовки порад та рекомендацій лінійним керівникам або видачі вказівок виконавцям за дорученням лінійного керівника. Завдяки цьому підвищується ступінь оперативного та організаційного реагування.

Функціональна організаційна структура. Особливість цього типу організаційної структури полягає в тому, що для виконання певних функцій управління утворюються окремі управлінські підрозділи, які передають виконавцям обов'язкові для них рішення, тобто функціональний керівник в межах своєї сфери діяльності здійснює керівництво виконавцями. Завдяки спеціалізації функціональних керівників виникає можливість управління великою кількістю виконавців, а отже і зменшується кількість рівнів управління. До обов'язків вищого керівника входить регулювання відносин між функціональними керівниками.

Переваги функціональної оргструктури:

- спеціалізація діяльності функціональних керівників;
- скорочення часу проходження інформації;
- розвантаження вищого керівництва.

Недоліки функціональної оргструктури:

- можливість отримання суперечливих вказівок;
- порушення принципу єдиноначальності (розмивання єдності розпорядництва і відповідальності);
- складність контролю;
- недостатня гнучкість.

Органи управління страховою компанією визначаються залежно від того, на яких засадах створено організацію. На українському страховому ринку переважна більшість страхових компаній має статус акціонерного товариства.

Згідно із Законом України «Про господарські товариства» *найвищим органом управління акціонерним товариством є загальні збори акціонерів*.

У загальних зборах мають право брати участь усі акціонери компанії незалежно від кількості та класу акцій, якими вони володіють. Брати участь у загальних зборах із правом дорадчого голосу можуть члени виконавчих органів компанії (правління), які не є акціонерами.

До компетенції загальних зборів акціонерів належать:

1) затвердження статуту компанії і всіх змін до нього, включаючи розмір статутного капіталу;

2) прийняття рішення щодо виду, кількості та вартості акцій, що підлягають продажу або викупу;

3) затвердження річного звіту, зокрема розподіл прибутків і порядок покриття збитків компанії;

4) обрання наглядової ради, ревізійної комісії, голови та членів правління товариства;

5) прийняття при потребі рішення про зміну статусу акціонерного товариства (із публічного на приватне або навпаки);

6) прийняття рішення про ліквідацію товариства.

Закон України «Про страхування» визначає додаткові питання, що віднесені до виключної компетенції загальних зборів страховика, в тому числі:

1) затвердження положення (політики) про винагороду голови та членів ради страховика, вимоги до якого встановлюються нормативно-правовими актами Регулятора;

2) затвердження звіту про винагороду членів ради страховика, вимоги до якого встановлюються нормативно-правовими актами Регулятора;

3) розгляд висновків зовнішнього аудиту та затвердження заходів за результатами його розгляду;

4) затвердження принципів (кодексу) корпоративного управління страховика.

Встановлено також повноваження Регулятора вимагати скликання позачергового засідання загальних зборів.

Рішення загальних зборів не має юридичної сили у разі його прийняття з використанням права голосу належних або контрольованих акцій акціонерів (часток учасників), яким Регулятор у порядку та випадках, визначених цим Законом, заборонив користуватися правом голосу належних або контрольованих акцій (часток).

ст. 24 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Наглядова рада (рада страховика) обирається з числа акціонерів-фізичних осіб під час проведення загальних зборів товариства на строк не більший ніж три роки. Цей орган контролює стан справ у компанії в період між загальними зборами акціонерів. За

наявності певних повноважень, наданих загальними зборами акціонерів, наглядова рада може приймати рішення про призначення і відкликання голови та членів правління страхової компанії, затверджувати річний звіт, вирішувати ряд інших важливих питань, що не є виключною прерогативою загальних зборів.

Кількісний склад ради страховика визначається статутом страховика, але не може становити менше трьох осіб, а значимого страховика – менше п'яти осіб.

Значимий страховик - страховик, який відповідає критеріям значимості, встановленим нормативно-правовими актами Регулятора.

Члени ради страховика не можуть входити до складу виконавчого органу цього страховика, а також обіймати інші посади в цьому страховику на умовах трудового договору (контракту) або надавати інші послуги страховику на підставі цивільно-правового договору, крім виконання обов'язків члена ради цього страховика. Головою ради страховика не може бути обрано особу, яка протягом попереднього року очолювала виконавчий орган страховика.

Рада значимого страховика не менш як на одну третину має складатися з незалежних директорів, при цьому кількість незалежних директорів не може становити менше трьох осіб (особливий строк запровадження незалежних директорів – з 1 січня 2026 року).

Регулятор має право визначати додаткові вимоги до незалежних директорів страховиків.

Закон визначає 42 додаткові питання, що віднесені до виключної компетенції ради страховика, в тому числі:

1) затвердження та контроль реалізації стратегії страховика, плану діяльності, плану дотримання умов платоспроможності;

2) визначення та затвердження відповідно до вимог нормативно-правових актів Регулятора політики винагороди у страховику (крім політики винагороди голови та членів ради страховика) та забезпечення її щорічного перегляду, а також здійснення контролю за її реалізацією;

3) забезпечення функціонування та контроль ефективності комплексної та адекватної системи управління ризиками, системи внутрішнього контролю страховика, контролю за дотриманням норм (комплаєнс), внутрішнього аудиту та актуарної функції, в тому числі у разі передачі відповідних функцій на аутсорсинг;

4) затвердження та контроль дотримання стратегій і політик управління ризиками, декларації схильності до ризиків, переліку лімітів (обмежень) щодо ризиків страховика;

5) затвердження та контроль дотримання кодексу поведінки (етики), політики виявлення, запобігання та управління конфліктами інтересів у страховику;

6) запровадження та контроль функціонування механізму конфіденційного повідомлення про неприйнятну поведінку у страховику та реагування на такі повідомлення;

7) здійснення щорічної оцінки ефективності діяльності, а також оцінки відповідності кваліфікаційним вимогам виконавчого органу страховика загалом та кожної особи, яка входить до складу виконавчого органу страховика, зокрема, головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера, відповідального актуарія, головного внутрішнього аудитора, оцінки колективної придатності виконавчого органу страховика, а також вжиття заходів з удосконалення діяльності виконавчого органу страховика, головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера, відповідального актуарія, головного внутрішнього аудитора за результатами оцінки їхньої діяльності;

8) тощо.

ст. 25 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Рада значимого страховика зобов'язана утворити постійно діючі комітети у складі не менше трьох осіб, що входять до складу ради страховика:

1) комітет з питань аудиту (аудиторський комітет);

2) комітет з управління ризиками;

3) комітет з питань винагород та призначень.

Головою комітету з питань аудиту (аудиторського комітету), комітету з управління ризиками, комітету з питань винагород та призначень значимого страховика призначається незалежний директор.

Голова ради страховика не може бути головою комітету з питань аудиту (аудиторського комітету), комітету з управління ризиками.

Одна й та сама особа не може бути одночасно головою комітету з питань аудиту (аудиторського комітету) та комітету з управління ризиками.

У деяких компаніях за прикладом західноєвропейських страховиків створюється *Рада директорів.* До її складу входять керівники, обрані загальними зборами акціонерів, що мають повноваження, визначені статутом.

До складу Ради залучаються також директори з числа керівників компанії, окремих структурних підрозділів і зовнішні директори – здебільшого радники або провідні акціонери. Вони часто мають незалежний і добре аргументований погляд з питань, що розглядаються радою директорів. Завдяки цьому рішення зазначеного органу стають більш обґрунтованими та позитивно впливають на роботу страхової компанії.

Рада директорів здійснює стратегічне управління компанією, розглядає та затверджує бізнес-плани, інвестиційні проєкти, аналізує поточний фінансовий стан компанії тощо.

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

Кількісний склад виконавчого органу страховика визначається статутом страховика, але не може становити менше трьох осіб.

Заступники голови правління (генерального директора) страховика входять до складу правління (дирекції) страховика за посадою.

Голова правління (генеральний директор) не може очолювати структурні підрозділи страховика.

До компетенції виконавчого органу страховика належить вирішення всіх питань, пов’язаних з управлінням поточною діяльністю страховика, крім питань, що належать до виключної компетенції загальних зборів та ради страховика.

Виконавчий орган страховика утворює такі постійно діючі комітети:

1) страховий комітет;

2) інвестиційний комітет.

Виконавчий орган страховика має право утворювати інші комітети.

Комітет виконавчого органу очолює член виконавчого органу страховика.

Страховий комітет виконавчого органу страховика не може очолювати головний ризик-менеджер, головний комплаєнс-менеджер, відповідальний актуарій та головний внутрішній аудитор.

Виконавчий орган страховика зобов'язаний інформувати раду страховика про виявлені у діяльності страховика порушення законодавства, внутрішніх положень страховика та про рівень ризиків, що виникають у ході діяльності страховика, несвоєчасне або неналежне виконання страховиком зобов'язань за договорами страхування (перестрахування).

Ефективність діяльності компанії залежить, насамперед, від можливостей добору талановитих, чесних керівників, які знаються на страховій справі. Але такі особи повинні мати належно забезпечені мотиви до продуктивної праці. В розвинених країнах таких працівників усіляко заохочують (крім достатньо високої заробітної плати вони мають ще й інші блага). Спільним у практиці багатьох країн є виділення для штатного керівного складу певної кількості (приблизно до 5%) акцій компанії (можуть бути передані безплатно, зі знижкою до ціни або в борг). Це стимулює керівний персонал до ефективної роботи компанії. Такий спосіб заохочення працівників із додержанням чинного законодавства прийнятний і для України.

Керівниками страховика є:

1) голова ради страховика, його заступники та члени ради страховика;

2) голова правління (генеральний директор) страховика, його заступники та члени правління (дирекції) страховика;

3) головний бухгалтер страховика.

Керівники страховика зобов'язані відповідати кваліфікаційним вимогам – до ділової репутації та професійної придатності, а стосовно незалежного директора страховика – також вимоги до незалежності.

Головою правління (генеральним директором) страховика може бути призначена/обрана особа, яка має досвід роботи у фінансовому секторі не менше п'яти років у сукупності, у тому числі на керівних посадах – не менше трьох років.

Членами виконавчого органу страховика, крім голови правління (генерального директора), можуть бути призначені/обрані особи, які мають досвід роботи у фінансовому секторі не менше трьох років.

Не менше половини складу ради страховика, включаючи голову ради страховика, має бути сформовано з осіб, які мають досвід роботи у фінансовому секторі не менше трьох років.

Головним бухгалтером страховика може бути призначена особа, яка має досвід роботи за фахом у страховому та/або фінансовому секторі у сукупності не менше п'яти років.

Кваліфікаційні вимоги до керівників страховика встановлюються Регулятором.

Регулятор у встановленому ним порядку погоджує на посади керівників (кандидатів на посади керівників) страховика. Голова правління (генеральний директор), головний бухгалтер страховика, особи, які входять до складу ради страховика, вступають на посаду після їх погодження Регулятором. Документи щодо погодження інших керівників, подаються Регулятору протягом одного місяця з дати призначення такого керівника.

Регулятор має право вимагати припинення повноважень будь-кого з керівників страховика, якщо він не відповідає кваліфікаційним вимогам та/або якщо керівник страховика не забезпечує належного виконання своїх посадових обов'язків, що призвело до порушення вимог законодавства.

Особам, які входять до складу виконавчого органу страховика, та головному бухгалтеру страховика забороняється займати посади в інших юридичних особах (крім материнських та дочірніх компаній страховика, компаній – учасників страхової групи, до якої входить страховик, об'єднань страховиків, професійних об'єднань на ринку страхування).

ст. 27 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Система внутрішнього контролю страховика має забезпечувати виконання ключових функцій управління з урахуванням розміру страховика, складності, обсягів, видів,

характеру здійснюваних страховиком операцій, організаційної структури та профілю ризику страховика, особливостей діяльності страховика як значимого (за наявності такого статусу) та/або діяльності фінансової групи, до складу якої входить страховик.

Система внутрішнього контролю страховика забезпечується на рівні:

1) ради страховика та її комітетів;

2) виконавчого органу страховика та його комітетів;

3) підрозділів, безпосередньо залучених у процес надання страхових послуг (бізнес-підрозділів) та підрозділів підтримки діяльності страховика;

4) підрозділу з управління ризиками;

5) підрозділу з контролю за дотриманням норм (комплаєнс);

6) відповідального актуарія;

7) підрозділу внутрішнього аудиту.

Наглядова рада (рада страховика) створює постійно діючі підрозділи з управління ризиками, контролю за дотриманням норм (комплаєнс) та внутрішнього аудиту. Страховик, який не є значимим, має право не утворювати окремі підрозділи з управління ризиками, контролю за дотриманням норм (комплаєнс) та внутрішнього аудиту, також має право покласти на одну особу виконання обов'язків головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера та відповідального актуарія.

Головний ризик-менеджер, головний комплаєнс-менеджер, головний внутрішній аудитор, відповідальний актуарій зобов'язані відповідати кваліфікаційним та іншим вимогам, установленим нормативно-правовими актами Регулятора та вступають на посаду після погодження їх кандидатур Регулятором.

ст. 22 Закону України «Про страхування»

Підрозділ з контролю за дотриманням норм (комплаєнс) (головний комплаєнс-менеджер) здійснює оцінювання можливого впливу будь-яких змін, що вносяться до законодавства, на діяльність страховика, а також визначає і оцінює ризик недотримання норм.

Страховик має право визначити головного комплаєнс-менеджера працівником, відповідальним за проведення фінансового моніторингу та за виконання вимог до структури власності та істотної участі страховика.

Підрозділ з контролю за дотриманням норм (комплаєнс) діє на підставі положення, що затверджується радою страховика, і підпорядковується головному комплаєнс-менеджеру. Головний комплаєнс-менеджер підпорядковується раді страховика та звітує перед нею.

ст. 30 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Підрозділ внутрішнього аудиту очолює головний внутрішній аудитор, який підпорядковується раді страховика та звітує перед нею.

Головному внутрішньому аудитору страховика забороняється займати посади в інших страховиках, крім посад внутрішнього аудитора страховиків, які входять до однієї фінансової групи із страховиком.

Головний внутрішній аудитор має право вимагати позачергового скликання засідання ради страховика для розгляду питань, віднесених до його компетенції.

Виконання функції внутрішнього аудиту не може поєднуватися з виконанням інших ключових функцій страховика.

Організація та порядок роботи підрозділу внутрішнього аудиту встановлюються централізовано материнською компанією – страховиком для своїх дочірніх компаній – страховиків. У дочірніх компаніях – страховиках функції внутрішнього аудиту може виконувати підрозділ внутрішнього аудиту материнської компанії – страховика.

Підрозділ внутрішнього аудиту при виконанні функції внутрішнього аудиту:

1) оцінює ефективність організації корпоративного управління у страховику, системи внутрішнього контролю, системи управління ризиками, контролю за дотриманням норм (комплаєнс), внутрішнього аудиту, актуарної функції та їх відповідність розміру страховика, складності, обсягам, видам, характеру здійснюваних страховиком операцій, організаційній структурі та профілю ризику страховика з урахуванням особливостей діяльності страховика як значимого (за наявності такого статусу) та/або діяльності фінансової групи, до складу якої входить страховик;

2) оцінює ефективність процесів управління страховиком, у тому числі щодо дотримання вимог до платоспроможності;

3) оцінює ефективність процесів перевірки дотримання

керівниками, структурними підрозділами та працівниками страховика вимог законодавства України і внутрішніх положень страховика;

4) оцінює ефективність процесів перевірки фінансово-господарської діяльності страховика;

5) оцінює ефективність процесів перевірки відповідності кваліфікаційним вимогам та виконання трудових обов'язків працівниками страховика;

6) оцінює ефективність процесів виявлення та перевірки випадків перевищення повноважень посадовими особами страховика, а також врегулювання конфлікту інтересів посадових осіб та працівників страховика;

7) оцінює ефективність процесів, що забезпечують достовірність та своєчасність надання інформації органам державної влади та управління, які в межах компетенції здійснюють нагляд за діяльністю страховика;

8) здійснює іншу діяльність, визначену нормативно-правовими актами Регулятора.

Страховик зобов'язаний у випадках та в порядку, визначених нормативно-правовими актами Регулятора, подавати Регулятору звіт про діяльність підрозділу внутрішнього аудиту та інші документи за результатами внутрішнього аудиту.

ст. 32 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Для реалізації цілей компанії, визначених різними рівнями управління необхідні послідовні дії засновників і менеджменту, здійснювані в рамках конкретної організаційно-правової структури. Сукупність таких дій називають бізнес-процесом.

Основними бізнес-процесами в діяльності страхової компанії є:

- розрахунок страхових тарифів;
- андерайтинг;
- врегулювання збитків;
- перестрахування;
- інвестування;
- бухгалтерський облік;
- ризик-менеджмент;
- впровадження нових страхових продуктів.

Відповідно в рамках бізнес-процесів утворюють відділи, департаменти чи управління. Набір типових підрозділів, їх функції та система підпорядкування обумовлені особливостями фінансового циклу компанії.

Характерною проблемою для українських страхових компаній є хаотична і нераціональна організаційна структура, за якої функціональні обов'язки працівників розподілені без урахування реального навантаження та професійного рівня.

Також, варто зазначити, що в Україні під час вибору структури управління страховою організацією віддають перевагу жорстким централізованим формам управління, за яких переважну кількість питань вирішують у головних офісах, а потім відповідні вказівки у формі директив, обов'язкових для виконання, доводять до структурних підрозділів. Водночас, такий формат управління є виправданим в умовах ринку, що розвивається.

Страхові організації можуть включати крім головної компанії різні за рівнем самостійності та здійснюваних операцій підрозділи (представництва, агентства, філії).

Представництва – підрозділи страхової компанії, що не мають статусу самостійної юридичної особи й займаються збиранням інформації, рекламою, представницькими функціями, пошуком клієнтів в інтересах страховика в конкретному регіоні або іншій країні, але не ведуть комерційної діяльності.

Агентства – підрозділи страхової компанії, що виконують усі функції представництва, а також здійснюють певні страхові операції з укладання та обслуговування договорів страхування.

Філія є відособленим підрозділом страховика без права юридичної особи. Здійснює свою діяльність на підставі положення, затвердженого керівними органами компанії, керується статутом компанії, а також рішеннями виконавчих органів компанії. Результати роботи філії відображають у консолідованому балансі страхової компанії.

Зі світової практики відомі три системи організації роботи страхових компаній із філіями. Кожна з них має свої переваги й недоліки.

Централізована система. Така система передбачає ухвалення всіх рішень щодо андерайтингу та відшкодування

збитків на рівні центрального офісу (головної контори). Обов'язки філій звужені до видавання бланків, отримання й перевірки анкет на страхування, оформлення договорів та покриття збитків. Ці документи пересилаються до центрального офісу для ухвалення рішень. Переваги цієї системи полягають у тому, що вона потребує менше висококваліфікованих фахівців, скорочуються витрати на ведення справи.

Децентралізована система. За цієї системи більшість рішень щодо укладення договорів і відшкодування збитків ухвалюють у філії. Остання самостійно поновлює договори й веде облік. Безумовно, рішення філії повинні відповідати політиці, що проводить компанія в цілому. Перевагою є те, що у філії працює більш кваліфікований персонал, ніж за централізованої системи, клієнти мають змогу оперативно одержати більше послуг.

Регіональна система. За такої системи серед філій виділяють головні для конкретного регіону. У них зосереджується група фахівців з андерайтингу, оцінювання та відшкодування збитків. Вони обслуговують потреби кількох філій, що функціонують у регіоні. Це компромісний варіант, у якому враховані переваги й недоліки централізованої і децентралізованої систем.

5.4. Договір страхування

Правові відносини між страховиком та страхувальником регулюються договором страхування.

Договір страхування – це письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальникові або іншій особі, визначеній у договорі страхування, на користь якої укладено договір страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

До укладення договору страхування страховик (страховий посередник) зобов'язані з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні. Страховик за власним рішенням або на вимогу клієнта надає індивідуальні консультації щодо умов страхових продуктів.

Особливості при укладені договору страхування життя

Перед укладенням договору страхування життя страховик (страховий посередник) обов'язково надає клієнту безоплатну індивідуальну консультацію щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації (пропозиції), який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні, крім випадків, якщо клієнту пропонуються стандартні страхові продукти та/або якщо клієнт у письмовій формі відмовився від такої консультації та/або рекомендацій.

Страховик (страховий посередник) розробляє внутрішні положення (політики) щодо порядку надання індивідуальних консультацій та формування рекомендацій (пропозицій) клієнту стосовно страхування життя.

Перед укладенням договору страхування життя страховик (страховий посередник) зобов'язаний отримати підтвердження клієнта у письмовій формі про ознайомлення з інформацією про страховий продукт та про те, що наданої інформації достатньо для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення відповідного договору страхування.

ст. 85 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Страховик (страховий посередник) до укладення договору страхування надає клієнту інформацію про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта.

Форма та вимоги до надання інформації про страховий продукт встановлюються Регулятором.

Інформацію про стандартний страховий продукт страховик (страховий посередник) надає клієнту у вигляді уніфікованого (стандартизованого) документа, що містить загальну інформацію про такий продукт (інформаційний документ про стандартний страховий продукт).

Особливості при укладені договору страхування життя

До укладення договору страхування життя страховик (страховий посередник) зобов'язаний надати клієнту інформацію про:

1) порядок визначення та розмір страхової суми та/або страхової виплати;

2) страхові ризики;

3) розмір та порядок визначення можливих вигод, що перевищують встановлені договором страхові суми та/або страхові виплати;

4) розміри, строки та порядок сплати страхової премії, а також умови редукування (зменшення) страхових сум та/або страхових виплат у разі несплати страхової премії у визначені договором розмірі та строки;

5) строк, на який може бути укладений договір страхування;

6) умови відмови від договору страхування, порядок дострокового припинення його дії та визначення розміру викупної суми;

7) порядок оподаткування страхових виплат, порядок застосування податкових пільг у разі укладення договору страхування життя;

8) інші умови залежно від особливостей/специфіки страхового продукту.

Якщо страховик (страховий посередник) у зв'язку з пропозицією або укладенням договору страхування життя надає кількісну інформацію про розмір можливих вигод, що перевищують встановлені договором страхові суми та/або страхові виплати, він зобов'язаний надати таку пропозицію з різними процентними ставками, на підставі яких буде визначено розмір майбутніх страхових сум та/або страхових виплат, включених до пропозиції. Страховик (страховий посередник) повинен чітко і зрозуміло повідомити клієнту, що такий розрахунок є лише розрахунковою моделлю, заснованою на припущеннях, і не може бути підставою для здійснення страхових виплат у разі настання страхового випадку за договором страхування.

ст. 86 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Перед укладенням договору страхування страховик зобов'язаний повідомити клієнту:

1) найменування та місцезнаходження страховика (у тому числі відокремленого підрозділу страховика, який укладає договір страхування), його ідентифікаційний код;

2) відомості про ліцензію на здійснення діяльності із страхування та спосіб перевірки її актуальності;

3) перелік послуг із страхування, які можуть надаватися страховиком на запит клієнта, порядок та умови консультування клієнтів щодо страхових послуг;

4) вид винагороди, яку працівник з реалізації страховика (у

разі залучення працівника до реалізації страхового продукту) отримає при укладенні договору страхування, в тому числі порядок та умови її виплати;

5) інформацію про будь-які інші платежі (крім страхових премій), які клієнт буде зобов'язаний сплатити у разі укладення договору страхування;

6) інформацію про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за якою приймаються скарги клієнтів);

7) іншу інформацію, визначену законами України та Регулятором.

Інформація надається клієнту в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю з клієнтом, за умови можливості підтвердження факту надання інформації.

ст. 87 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Страхування здійснюється на підставі договору страхування, який укладається відповідно до загальних умов страхового продукту, якщо інше не визначено законодавством України.

Загальні умови страхового продукту є своєрідним аналогом правил страхування, які розробляються під конкретні страхові продукти або групи продуктів та можуть в собі поєднувати ризики з різних класів страхування або тільки частину ризиків в межах одного класу страхування.

Загальні умови страхового продукту визначаються на підставі внутрішньої політики з андеррайтингу та внутрішньої політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, розроблених та затверджених страховиком відповідно до вимог Регулятором.

Страховик у загальних умовах страхового продукту визначає основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає страхувальник, у тому числі у заяві на страхування, а також індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику.

Страховик зобов'язаний розміщувати та зберігати на своєму веб-сайті у відкритому доступі всі редакції загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених Регулятором.

Загальні умови страхового продукту включають:

1) визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування;

2) умови страхового покриття за договором страхування;

3) права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору;

4) порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки;

5) порядок відмови від договору страхування;

6) порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку;

7) порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат;

8) підстави відмови у страховій виплаті;

9) порядок укладення договору страхування;

10) винятки із страхових випадків та обмеження страхування;

11) порядок вирішення спорів;

12) контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону. Страхове покриття за конкретним договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

Об'єктом страхування можуть бути:

- життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення;

- майно на праві володіння, користування і розпорядження майном та/або можливі збитки чи витрати;
- відповідальність за заподіяну шкоду особі або її майну.

Якщо законом встановлений обов'язок особи укласти договір страхування, об'єкт страхування визначається відповідно до вимог закону.

Договором страхування визначаються конкретний об'єкт страхування, з яким пов'язані страхові інтереси страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування), та страхові ризики, що пов'язані з цим об'єктом страхування та підлягають страхуванню за цим договором страхування.

Договір страхування, у якому відсутній об'єкт страхування, є нікчемним.

Укладення договору страхування має передбачати наявність страхового інтересу у потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування), крім випадків укладення договорів страхування, обов'язковість яких визначена законом.

При укладенні договору страхування страхувальник зобов'язаний повідомити страховику про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування та застрахованих осіб, вигодонабувачів, за наявності.

Не допускається страхування протиправних інтересів осіб, страхування для отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій.

Страховик не має права відмовити страхувальнику в укладенні договору страхування, обов'язковість укладення якого передбачена законом.

Договір страхування повинен містити інформацію про страхового посередника, якщо він укладається за посередництвом такої особи.

У договорі страхування, зокрема, зазначається:

1) прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або найменування вигодонабувача (за наявності);

2) інформація про об'єкт страхування;

3) розмір страхової суми та/або ліміти відповідальності за договором страхування за класами страхування іншими, ніж страхування життя;

4) розмір страхової суми та/або розміри страхових виплат за договором страхування життя (крім договорів, у яких не визначається страхова сума та/або розміри страхових виплат);

5) перелік страхових ризиків;

6) страховий тариф (крім договорів, у яких не визначається страховий тариф).

Договори страхування укладаються з дотриманням вимог законодавства України про мови. Текст договору страхування має бути суцільно пов'язаним, не повинен містити подвійного тлумачення одних і тих самих положень, суперечностей або неузгодженостей між пунктами, у ньому не можуть використовуватися речення або словосполучення, що призводять до неоднозначного розуміння змісту договору.

У разі виникнення подвійного тлумачення умов договору страхування такі неоднозначні умови щодо обов'язків страхувальника тлумачяться на користь страхувальника

У разі укладення договору страхування, в якому об'єктом страхування визначено життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення застрахованої особи, у такому договорі зазначаються:

1) інформація для ідентифікації кожної застрахованої особи, що дає змогу однозначно встановити таку особу відповідно до законодавства України, крім випадків, укладання договорів страхування за класами страхування 1 і 2, та інша інформація, необхідна для визначення страхового тарифу та/або страхової премії щодо такої застрахованої особи;

2) страхове покриття та страхова премія щодо кожної застрахованої особи з урахуванням особливостей, встановлених законодавством для класу страхування (ризиків, груп ризиків, груп класів), за яким укладено договір страхування.

Договори страхування за класами страхування 1 і 2 можуть укладатися без зазначення інформації для ідентифікації кожної застрахованої особи. У такому договорі страхування інформація про застрахованих осіб зазначається в обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб при настанні страхового випадку та визначення розміру страхової виплати для кожної застрахованої особи.

Особливості договорів страхування життя

У договорах страхування життя додатково зазначаються:

1) інформація про застрахованих осіб, вигодонабувачів за кожним страховим випадком, передбаченим договором страхування життя, у разі визначення різних осіб за різними страховими випадками;

2) розмір страхової суми та/або страхових виплат, страхового тарифу (крім випадків, передбачених Регулятором, коли страховий тариф не визначається) та страхової премії за кожним страховим ризиком та/або групою страхових ризиків та за договором страхування життя в цілому;

3) мінімальний (гарантований) розмір викупної суми на кінець кожного року дії договору страхування життя (або на коротший регулярний період) в абсолютній величині та/або у відсотках від страхової суми за ризиком дожиття чи від сплачених страхових премій за договором страхування життя за класами страхування 19 і 20, що містить накопичувальну складову.

Для договору страхування життя, що не містить накопичувальної складової, і договорів, укладених за іншими класами страхування, обов'язковим є зазначення порядку розрахунку розміру викупної суми;

4) розмір (величина) інвестиційного доходу, що застосовується для розрахунку страхового тарифу (розмір гарантованого інвестиційного доходу), із зазначенням, на яку суму він нараховується та як змінюється після цього страхова сума, – за договорами страхування життя, що передбачають таку умову;

5) порядок нарахування та повідомлення про бонуси та/або про результати участі у прибутках страховика – за договорами страхування життя, що передбачають або прямо не виключають такі умови;

6) розмір, умови та строки здійснення страхових виплат у формі ануїтету – за договорами страхування життя, що передбачають страхову виплату у формі ануїтету;

7) вичерпний перелік документів для отримання викупної суми, строк виплати викупної суми та відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати викупної суми;

8) форма, порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхової виплати за кожним окремим страховим випадком;

9) умови перерахунку (зміни) розміру страхової суми та/або ануїтету;

10) порядок зміни страхувальника або страховика за договором страхування життя, зокрема порядок укладення тристоронньої угоди між страхувальником або страховиком, що змінюється, та новим страхувальником або страховиком відповідно.

ст. ст. 89, 91, 97, 99 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

У договорі страхування може бути зазначено як об'єкт страхування життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення застрахованої особи, стосовно якої страхувальник здійснює страхування (застрахована особа).

Якщо договором страхування не передбачено інше, страхувальник зобов'язаний повідомити з підтвердженням факту здійснення такого повідомлення, третю особу про укладений на її користь договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь.

У випадках, визначених законодавством, надання застрахованою особою згоди на страхування є обов'язковим.

Законом може бути передбачено обов'язок страхувальника забезпечити страхування третьої особи. У такому випадку застрахована особа має тільки право вимагати у страхувальника та/або страховика інформацію про укладення договору страхування, в тому числі надання документів, що підтверджують страхування такої особи.

Страхувальник, якщо інше не передбачено договором страхування та/або законодавством, має право до настання страхового випадку змінити застраховану особу за згодою страховика шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування. За договорами страхування, якими передбачається страхування страхових ризиків, пов'язаних із страхуванням життя та здоров'я, заміна застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та страховика.

Якщо умовами договору страхування на застраховану особу, яка не є страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким договором, страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої застрахованої особи.

ст. 89 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Договори страхування укладаються в письмовій формі у порядку визначеному Цивільним кодексом України, з дотриманням вимог щодо письмової форми правочину або законодавством про електронну комерцію.

У разі недотримання письмової форми договір страхування є нікчемним.

Договори страхування оформлюються (існують):

1) у формі паперового документа;

2) у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг»;

3) у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами законодавства про електронну комерцію.

Законодавством можуть бути встановлені додаткові вимоги та особливості порядку укладення договорів страхування, інші вимоги до змісту та умов договору страхування залежно від класу страхування (окремих ризиків, груп ризиків, груп класів), у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.

У міжнародних системах страхування, які вимагають застосування уніфікованих умов страхування, договори страхування укладаються у формі та відповідно до таких умов страхування з урахуванням вимог, передбачених Законом України «Про страхування».

Особливості укладання договорів страхування життя

Договір страхування життя може бути укладений шляхом складання одного документа (договору страхування), який підписується сторонами, або шляхом обміну листами, документами, які підписуються стороною, що їх надсилає. У разі подання страхувальником письмової заяви за формою, встановленою страховиком, про намір укласти договір страхування такий договір може бути укладений шляхом надсилання страхувальнику відповідної переддоговірної інформації і документів та видачі страхувальнику страхового свідоцтва (поліса), що не містить розбіжностей з поданою заявою, крім випадків, якщо страхувальник надав на це попередню згоду у заяві. Страхувальник має право відмовитися від договору страхування життя, якщо поліс містить розбіжності із заявою, протягом 45 днів з дня його отримання, а страховик зобов'язаний повернути отримані кошти за таким договором у повному обсязі.

ст. 97 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Факт укладання договору страхування можуть посвідчувати *страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом)*, що є формою договору страхування.

У разі смерті страхувальника – фізичної особи, який уклав договір страхування майна, права і обов'язки страхувальника переходять до осіб, які одержали це майно у спадок та/або у випадку, передбаченому Цивільним кодексом України, вважаються такими, що прийняли спадщину. Страховик та/або спадкоємець має право ініціювати внесення змін до договору страхування щодо заміни страхувальника.

У разі смерті страхувальника, який уклав договір страхування життя та здоров'я на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.

Якщо страхувальник – юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.

Заміна страховика у договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між страховиком, який передає зобов'язання за договором страхування, страховиком, який приймає такі зобов'язання, та страхувальником або договору про передачу страхового портфеля.

В інших випадках права і обов'язки страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

У договорі страхування зазначається право страхувальника на відмову від договору страхування, порядок та строки повернення страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови страхувальника від договору страхування, а також інші умови використання права на відмову від договору страхування.

Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

1) договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

Страхувальник має право відмовитися від договору

страхування життя, якщо поліс містить розбіжності із заявою, протягом 45 днів з дня його отримання, а страховик зобов'язаний повернути отримані кошти за таким договором у повному обсязі.

Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.

Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено законодавством чи договором страхування.

Виплата страхових сум і страхового відшкодування проводиться страховиком згідно з договором страхування або законодавством на підставі заяви страхувальника і страхового акта (аварійного сертифіката) та інших документів, які передбачені законодавством.

Страховий акт складається страховиком або уповноваженою особою. У разі необхідності страховик може робити запити про відомості, пов'язані з страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також може самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

Підприємства, установи і організації зобов'язані надсилати відповідь страховикові на запит про відомості, пов'язані із страховим випадком, у тому числі й дані, що є комерційною таємницею. При цьому страховик несе відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Основними факторами, що визначають можливість страхових виплат, є такі:

1. Факт страхового випадку. Страхову виплату здійснюють або за сам факт настання страхового випадку або за обумовлені в договорі наслідки.

2. Встановлення причини й обставин настання страхового випадку.

3. Відповідність страхового випадку встановленому обсягу страхової відповідальності.

4. Страхова сума або її частина підлягають виплаті, якщо на

момент страхового випадку договір є дійсним (сплачені всі страхові платежі, не закінчився термін дії договору, страхувальник дотримувався всіх вимог, зазначених у договорі тощо).

5. Визначення розміру страхової виплати та конкретного її одержувача.

Підставою для відмови страховика здійснити страхову виплату є:

1) навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її межі або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації). Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, навмисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3) подання страхувальником свідомо неправдивої інформації про об'єкт страхування або обставини настання страхового випадку;

4) отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної в їх заподіянні;

5) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розмірів збитків.

6) інші випадки, передбачені законодавством України.

Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

1) закінчення терміну дії договору;

2) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

3) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором терміни;

4) ліквідації страхувальника-юридичної особи або смерті страхувальника-громадянина за винятком випадків, передбачених законодавством України;

5) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) прийняття судового рішення про визначення договору страхування недійсним;

7) інших випадків, передбачених законодавством України.

5.5. Маркетингова діяльність страхової компанії

Особливе місце в діяльності страхової компанії відводиться маркетингу – методу дослідження страхового ринку і впливу на нього з метою отримання компанією якомога більшого прибутку.

Маркетинг у страхуванні – це комплекс заходів, спрямованих на формування й постійне вдосконалення діяльності страхової компанії, а саме:

- розробка конкурентоспроможних страхових продуктів (послуг) для конкретних категорій споживачів (страхувальників);
- запровадження раціональних форм реалізації страхових продуктів за належного сервісу та реклами;
- збір і аналіз інформації щодо ефективності діяльності страховика.

Основними принципами маркетингу у страхуванні є:

- глибоке та всебічне вивчення кон'юнктури страхового ринку, попиту і вимог споживачів;
- гнучке реагування на запити страхувальників;
- вплив на формування попиту споживачів в інтересах виробництва;
- здійснення інновацій;
- принцип сегментації страхового ринку.

Етапи впровадження маркетингу в діяльність страхової компанії:

1. Здійснюється загальне дослідження ринку, проводиться його сегментація, визначаються основні можливості страховика щодо реалізації того чи іншого страхового продукту, визначаються можливості та способи виходу на ринок, можливість застосування комплексу маркетингу.

2. Формуються процес управління маркетингом, структурні підрозділи, які виконують функції маркетингу, розробляється план маркетингу та ін.

3. Розробляється маркетингова стратегія, яка буде орієнтована на певні сегменти страхового ринку.

4. Розробляється комплекс маркетингу.

5. Вивчаються можливості створення та реалізації як свого, так і страхових продуктів конкурентів, з метою зайняти певне місце на ринку, покращити свої позиції в конкурентній боротьбі, а також виявити та задовольнити латентний попит на страхові продукти та послуги.

6. Виконуються всі функції з аналізу окремих сегментів страхового ринку та задоволення потреб споживачів страхових послуг, а також з планування, обліку та регулювання роботи, яка пов'язана з освоєнням нових ринків збуту.

У процесі маркетингової діяльності страхова компанія використовує набір маркетингових інструментів, або так званий *маркетинговий комплекс*, який охоплює: страхові послуги, ціни (страхові тарифи), методи розповсюдження та просування страхової послуги тощо.

Маркетинговий комплекс включає всі можливості страхової компанії зі здійснення впливу на попит своєї продукції (Four P).

Ці можливості прийнято ділити на чотири групи: product, price, place, promotion.

Страхова послуга (product) являє собою невідривну єдність обіцянки страхової компанії здійснити страхову виплату, страхового відшкодування та цілого ряду послуг з його одержання при настанні страхового випадку.

Ціна (price) – це кількість грошей, яку повинен заплатити страхувальник, щоб одержати страхову послугу.

Методи розподілу страхової послуги (place) включають в себе дії страхової компанії, які роблять страхову послугу доступною для цільових страхувальників.

Методи просування страхової послуги (promotion) – це дії страхової компанії з поширення інформації про її переваги та переконання цільових страхувальників в необхідності придбання.

Використання інструментів страхового маркетингу позитивно впливає не лише на діяльність страхових компаній, а й на розвиток усього страхового ринку саме через покращення роботи як окремої страхової компанії, так і оптимізацію

відносин, що виникають між виробником і споживачем страхових послуг.

Загалом ***маркетингова діяльністъ страхової компанії охоплює***:

- розробку стратегії маркетингу та визначення ринкового сегменту;
- визначення довгострокових та короткострокових цілей страхової компанії;
- маркетингові дослідження;
- розвиток нових страхових продуктів для забезпечення потреб страхувальників;
- розвиток маркетингових стратегій та реклами страхових продуктів.

Основними *елементами маркетингової діяльності страхової компанії є:*

- вивчення потенційних страхувальників;
- вивчення мотивів потенційного клієнта;
- аналіз ринку страхової компанії;
- дослідження страхового продукту;
- аналіз форм і каналів просування страхових послуг;
- дослідження рекламної діяльності;
- визначення найбільш ефективних способів просування страхових послуг;
- вивчення конкурентів і конкуренції на страховому ринку.

На основі результатів маркетингової діяльності вносяться корективи до стратегічних і тактичних планів, а також проводяться дії оперативного характеру.

Г*оловним завданням маркетингового підрозділу страхової компанії* є забезпечення керівництва компанії достовірною та своєчасною інформацією про ситуацію на ринку страхування, а також здійснення регулярного моніторингу страхового ринку.

Для активізації надання страхових послуг пропонується використання таких маркетингових інструментів:

1. Запровадження контент-маркетингу (страховий агент повинен основну увагу приділяти клієнтам, які потребують страхового полісу, тому необхідно ділитися та надсилати інформацію незалежно від того, де вони перебувають у процесі страхування).

Контент-маркетинг (англ. content marketing) – це розповсюджена в сучасній маркетинговій практиці технологія привернення уваги та залучення цільової аудиторії до бренду за допомогою створення та поширення пов'язаної з ним актуальної та цінної інформації. Сьогодні найпоширенішими комунікаційними каналами контент-маркетингу є веб-сайти та соціальні мережі.

2. Використання соціальних медіа (сьогодні більшість використовує соціальні медіа, але страховому агенту доцільно імплементувати ці канали для розвитку свого бізнесу, необхідно бути креативним та ділитися контентом на інтернет-сторінках, які є привабливими та цінними для споживачів).

3. Контроль оглядів страхових компаній в мережі Інтернет (споживачі можуть прикласти достатньо багато зусиль для того, щоб підвищити або знизити репутацію страхової компанії, публікуючи свої відгуки).

4. Забезпечення узгодженості бренду (необхідність мати стійкий бренд на всіх онлайн- та офлайн-каналах, тобто потрібно переконатись, що інформація є однаковою на вебсайті страхової компанії, на сайтах з оглядами страховиків, у профілях соціальних мереж тощо, а потім продовжувати активно її моніторити).

5. Перехід страхових агентів на переважне спілкування через мобільний зв'язок (за деякими даними користувачі витрачають на своїх мобільних пристроях більше п'яти годин на день, тому доцільно удосконалювати мобільний досвід спілкування і зробити його пріоритетним).

6. Автоматизація маркетингу.

Автоматизація маркетингу (marketing automation) – це використання спеціалізованих комп`ютерних програм і технічних рішень для оптимізації маркетингових процесів. За допомогою спеціального софту, повністю автоматично можна виконувати абсолютно всі рутинні та повторювані дії. Автоматизація рутинних процесів за допомогою спеціальних програм та сервісів передбачає аналіз дій клієнтів і надає можливість робити персональні пропозиції на основі отриманих даних. Водночас, важливо розуміти, що автоматизація маркетингу – це не тільки хаотична email-розсилка, дзвінки, SMS або чат-боти, а комплексний підхід.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Товариства взаємного страхування: зарубіжний досвід функціонування та доцільність їх створення в Україні.
2. Кептивні страхові компанії як складова організаційної структури страхового ринку.
3. Організаційні форми страхової діяльності в Україні та необхідність їх вдосконалення.
4. Організаційні форми страховиків в країнах ЄС.
5. Корпорація «Ллойд» як найстарша страхова організація в світі.
6. Мета та типи рейтингу страхових компаній.
7. Особливості формування ресурсів національних страхових компаній.
8. Органи управління страховою компанією та їх функції.
9. Формування стратегії страхової компанії.
10. Маркетингова політика страхових компаній в сучасних умовах функціонування національного страхового ринку.
11. Служба маркетингу страховика, її завдання й структура.
12. Маркетингові дослідження в страхуванні.
13. Напрямки маркетингової політики страхової компанії.
14. Рекламна робота страхової компанії.

ТЕМА 6. ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Зміст теми

6.1. Необхідність, функції, види та принципи державного регулювання страхової діяльності
6.2. Діяльність, завдання, функції та права НБУ як регулятора страхового ринку
6.3. Порядок реєстрації, ліцензування, ліквідації та реорганізації страховика

6.1. Необхідність, функції, види та принципи державного регулювання страхової діяльності

Державне регулювання страхової діяльності – це система засобів і методів, здійснюваних на правовій основі для визначення рамок та правил функціонування страхового ринку й діяльності страхових компаній на ньому.

Страховий ринок як частина фінансово-кредитної сфери є об'єктом державного регулювання і контролю в цілях забезпечення захисту страхувальників та стабільності у страховій сфері. Успішний розвиток страхової галузі залежить від стратегії й тактики регулювання соціально-економічних процесів, які мають місце в механізмі державного регулювання страхового ринку України.

До системи заходів державного регулювання належить: реєстрація страхових організацій; ліцензування діяльності страхових організацій; нагляд за діяльністю страховиків та їх об'єднань. Державний нагляд за страховою діяльністю в Україні здійснюють з метою дотримання вимог законодавства України про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків і захисту інтересів страхувальників.

Державне регулювання страхового ринку – це сукупність різноманітних методів, інструментів, за допомогою яких держава, в особі уповноваженого регулятивного органу, впливає на економічну діяльність суб'єктів страхових правовідносин.

Об'єктивна необхідність державного регулювання страхового ринку в Україні зумовлюється такими чинниками:

- неефективністю конкуренції у страховій галузі внаслідок недостатньої капіталізації більшості національних страхових компаній та їх неспроможності страхувати великі ризики;
- суспільним або змішаним (квазісуспільним) характером ряду страхових послуг, що передбачає суспільну корисність цих послуг, значно вищу за індивідуальну;
- потребою в запровадженні обов'язкових видів страхування за тими видами ризиків, які є невигідними для приватних страховиків внаслідок їх катастрофічного характеру або кумуляції ризиків;
- необхідністю врегулювання негативних ефектів, пов'язаних із виникненням техногенних аварій, ядерних конфліктів тощо;
- забезпечення прозорості функціонування страхового ринку, законності діяльності страхових компаній та підтримка інформаційної відкритості ринку.

Невід'ємним компонентом змісту, важливою формою виявлення суті та ролі державного регулювання страхового ринку для економіки країни є відповідні його функції (рис. 6.1).

Функції державного регулювання страхового ринку можна поділити на ті, що залишаються незмінними під впливом нових умов існування та трансформації, а також функції, набуті у процесі еволюції (змінні). Передусім це функції, пов'язані з новими страховими послугами чи, до прикладу, зумовлені посиленням ролі саморегулівних організацій, яким пропонується виконання низки регулюючих функцій.

Розвиток страхового ринку зазнає змін під впливом сукупності різного характеру чинників, тому його державне регулювання не є статичним, а набуває тих чи інших ознак, залежно від часу, країни, обраної економічної політики.

Державне регулювання страхового ринку поділяють на *пряме* та *непряме*. До прямого (адміністративного) регулювання відносять страхове законодавство, безпосередню участь держави в установленні страхової системи захисту майнових інтересів, захист сумлінної конкуренції на страховому ринку, запобігання та

припинення монополізму; діяльність органів страхового нагляду. Непряме регулювання охоплює низку економічних важелів (податкових, грошово-кредитних тощо).

Рис. 6.1. Функції державного регулювання страхового ринку

Суть непрямих методів регулювання при всьому їх

різноманітті полягає в тому, що держава різними способами регулює страхову діяльність. До цих методів, зокрема, відносять:

- створення стабільного законодавства, що визначає єдині «правила гри» на страховому ринку для всіх його суб'єктів;
- формування страхового інтересу потенційних споживачів страхових послуг;
- створення ефективної системи державного нагляду за діяльністю страхових організацій;
- організація системи гарантій виконання страховими організаціями своїх зобов'язань перед споживачами страхових послуг;
- організація й захист сумлінної конкуренції на страховому ринку;
- створення інфраструктури страхового ринку й системи підготовки кадрів у галузі страхування;
- регулювання діяльності іноземних страховиків і страховиків з переважною часткою іноземного капіталу на національному страховому ринку;
- проведення податкової політики, що сприяє формуванню цивілізованого страхового ринку;
- створення сприятливих умов для інвестування страховиками своїх резервів й інших засобів.

Види державного регулювання страхового ринку можна розподілити за такими ознаками:

1. За способом впливу на об'єкт регулювання:

- пряме (безпосередньо впливає на діяльність суб'єктів страхового ринку і характеризується високим ступенем регламентації);
- непряме (регламентує поведінку суб'єктів страхового ринку опосередковано, завдяки створенню певних умов, і стосується ринкового середовища, в якому ці суб'єкти працюють).

Поєднання прямого та непрямого державного регулювання може бути різним залежно від ступеня розвитку ринкових відносин у країні й, зокрема, розвитку страхового ринку.

2. За періодичністю:

- постійне (характеризується сталим регулюючим впливом органів державної влади відповідно до засад розвитку страхового ринку);
- періодичне (використовується за певних умов, наприклад надзвичайних ситуацій, – призначення тимчасової адміністрації та усунення керівництва від управління страховою компанією).

3. За рівнем охоплення:

- повне (заходи впливу держави застосовуються до страхового ринку загалом);
- часткове (державне регулювання здійснюється щодо окремих аспектів страхової діяльності, наприклад, організації перестрахування чи встановлення нормативів формування, напрямів розміщення страхових резервів тощо).

4. За характером втручання держави у діяльність суб'єктів страхового ринку:

- м'яке (ліберальне), за якого законодавство визначає лише загальні умови діяльності страхових компаній, зокрема контролює фінансовий стан страхових компаній за допомогою аналізу їхньої звітності, а жорстка регламентація процедури надання страхових послуг, затвердження страхових тарифів відсутні. Такий вид державного регулювання характерний для системи «англо-американського права» (існує у США, Великій Британії, Канаді);
- жорстке регулювання ґрунтується на суворій законодавчій регламентації діяльності суб'єктів страхової діяльності, систематичному контролі за дотриманням законодавства під час надання страхових послуг;
- помірковане (змішане), яке характерне для України і є, швидше, жорсткішим, аніж ліберальним, еволюціонувало у напрямі континентальної системи права.

Загалом державне регулювання поділяють на континентальну та англо-американську системи.

Континентальна *система державного регулювання передбачає дію суворого регулювання страхової справи, що характеризується детальною регламентацією всіх сторін діяльності страховиків і систематичним контролем за додержанням законодавства під час проведення страхових операцій. Для зазначеної моделі характерні такі форми регулювання, як затвердження органами страхового нагляду страхових тарифів або встановлення межі коливання тарифів, затвердження змісту типових форм договорів страхування, перевірка виконання бізнес-планів, нагляд за поточними операціями, регулярні перевірки страхових компаній.*

Англо-американська *система державного регулювання є ліберальною. У рамках цієї моделі основну увагу приділяють контролю фінансового стану компаній на основі вивчення їх звітності. У ліберальній моделі страхування немає суворої регламентації страхових операцій, а також затвердження страхових тарифів.*

Різновиди ***ліберальної*** *моделі – децентралізована й централізована.*

Децентралізована *модель державного регулювання відповідає принципам економічного федералізму. Кожен штат має автономну страхову систему й власний орган страхового нагляду, що встановлює нормативи страхової діяльності в штаті. Єдиного органу страхового нагляду немає. На федеральному рівні регулюють лише окремі ділянки діяльності страхових компаній. Значна частина нормативів і вимог до страховиків не є уніфікованою.*

Централізована *модель характеризується єдністю системи регулювання. У цій системі діє єдиний орган страхового нагляду. Всі страховики в країні додержуються загальних правил і нормативів. Британська модель була взята за основу під час створення уніфікованої системи регулювання на рівні Євросоюзу.*

5. За категоріями об’єктів регулювання:
- регулювання страхової діяльності (засоби впливу щодо створення та реалізації страхових послуг);
- регулювання перестрахової діяльності (сукупність заходів, спрямованих на здійснення суб’єктами страхового ринку перестрахування);
- регулювання інвестиційної діяльності страхових підприємницьких структур (заходи впливу щодо

ефективного вкладення (інвестування) власних коштів та коштів страхових резервів);

- регулювання господарської діяльності (заходи впливу щодо здійснення звичайної діяльності, яка характерна для будь-якого суб'єкта господарювання).

6. За категоріями суб'єктів регулювання:

- регулювання центральними органами виконавчої та законодавчої влади;
- регулювання органами спеціальної компетенції;
- регулювання органами місцевого самоврядування.

Державне регулювання включає правові, адміністративні та економічні методи впливу, які у свою чергу мають власну будову, про що свідчить рис.6.2.

Рис. 6.2. Методи регулювання страхового ринку

Безпосередній вплив держави шляхом регулювання має здійснюватись за допомогою застосування методів, форм та інструментів державного регулювання.

Механізм державного регулювання страхового ринку являє собою сукупність форм, методів та інструментів регуляторного впливу, за допомогою яких здійснюється регулювання і контроль страхової діяльності, а також забезпечується захист прав та економічних інтересів суб'єктів страхового ринку (рис. 6.3).

Рис. 6.3. Механізм державного регулювання страхового ринку

Виділяють такі основні *форми здійснення державного нагляду*:

− ліцензійну – формування інституту страховиків через отримання відповідних ліцензій;

- контрольну – предметами контролю є фінансові операції, пов'язані з формуванням страхових резервів та розміщенням активів, розмір статутного капіталу, наявність у страховій компанії гарантійного фонду й вільних резервів, а також відповідність діяльності виданій ліцензії;
- статистичну, здійснювану на основі перевірки фінансової звітності, наданої страховиком.

Інструментами регулювання страхового ринку є:

- ліцензування страхової діяльності;
- наявність сплаченого статутного капіталу й гарантійного фонду страховика;
- формування страхових резервів, достатніх для майбутніх виплат страхових сум і страхових відшкодувань;
- перевищення фактичного запасу платоспроможності страховика розрахункового нормативного запасу платоспроможності;
- встановлення порогу перестрахування, як способу забезпечення платоспроможності страховика.

Поєднання методів, форма та інструментів державного регулювання страхової діяльності, що застосовуються в країні, має максимально враховувати рівень розвитку національного страхового ринку та рівень його інтеграції у європейський страховий простір, а також загальні особливості економічних та соціальних процесів у країні.

Нормативне забезпечення страхової діяльності складається з трьох рівнів: норм цивільного права; галузевого законодавства; відомчих нормативних актів та документів. Законодавство, пов'язане з діяльністю страхових компаній, базових законів та нормативно-правових актів, об'єднується поняттям «страхове законодавство».

На європейському рівні функціонує міждержавна система регулювання страхових відносин, що поєднує в собі саморегулювання й державне регулювання ринку. Країни ЄС у своїй діяльності керуються Директивами ЄС щодо страхування. Проте уніфікація вимог у директивах ЄС зовсім не означає відмови від національних систем регулювання страхового ринку. За національними органами страхового нагляду залишено виняткове право нагляду за внутрішніми та іноземними страховиками, контролю їх фінансового стану тощо.

Крім того, директиви ЄС – це інструмент лише прямого регулювання, а непряме (економічне) регулювання повністю здійснюють на рівні національних систем. Зокрема ставки податку на прибуток страхових компаній, що застосовуються в країнах ЄС, істотно відрізняються. Водночас варто зазначити, що загальним правилом для країн ЄС є визнання страхових премій суспільно необхідними витратами.

На сучасному етапі розвитку державне регулювання діяльності страхового ринку України здійснюють органи законодавчої, виконавчої та судової влади. Для виконання законів і в межах своєї компетенції Президент України видає укази й розпорядження, що мають підзаконний характер і є обов'язковими для виконання.

Розроблення системи нормативно-правових актів, що регламентують регулювання діяльності страхового ринку, координує Верховна Рада України.

Кабінет Міністрів України організовує роботу у сфері страхування через свої міністерства та відомства, зокрема:

- Міністерство фінансів України через Державне казначейство України контролює виконання надходжень до державних позабюджетних соціальних страхових фондів;
- Антимонопольний комітет України (АМКУ) здійснює нагляд за додержанням страховими структурами антимонопольного законодавства, законністю процесів концентрації капіталів під час злиття й поглинання страхових компаній;
- Державна податкова служба України (ДПСУ) здійснює податкове регулювання, зокрема оподаткування доходів від інвестиційної діяльності страхових компаній;
- Національна комісія з цінних паперів та фондового ринку (НКЦПФР) здійснює нагляд за діяльністю акціонерних страхових товариств;
- Національний банк України (НБУ) здійснює валютне регулювання, проводить відповідну дисконтну політику, видає та відкликає ліцензії на здійснення операцій із валютними цінностями, а також є регулятором страхового ринку загалом;

Головним уповноваженим органом нагляду за страховою діяльністю в Україні з 2011 року була Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. 12 вересня 2019 року Верховна Рада ухвалила Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг», метою якого є скорочення кількості регуляторних та контролюючих органів на ринках небанківських фінансових послуг шляхом розподілу функцій Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, між іншими органами, що здійснюють державне регулювання ринків фінансових послуг. Згідно із Законом з 1 липня 2020 року Національний банк став регулятором страхових, лізингових, фінансових компаній, кредитних спілок, ломбардів та бюро кредитних історій, а НКЦПФР – недержавних пенсійних фондів та фондів фінансування будівництва.

- Фонд державного майна України (ФДМУ) контролює управління частками державного майна в тих страхових компаніях, у яких держава є співзасновником;
- органи місцевого самоврядування здійснюють нормативно-правове регулювання страхової діяльності в межах чинного законодавства.

Основними принципами державного регулювання страхового ринку є:

- досягнення цілей регулювання, реалізація яких націлена на досягнення максимального кінцевого економічного ефекту під час залучення мінімальних ресурсів страховиків, інших суб'єктів, які працюють на страховому ринку, та держави;
- рівність страхових компаній перед органами регулювання, рівність законодавчо визначених прав та обов'язків страхових компаній, пропорційність відповідальності допущеному правопорушенню; недопущення дискримінації, нерівності, перевищення повноважень органами нагляду;
- обов'язковість дотримання законів і підзаконних нормативних актів, якість законів, відповідність та підпорядкованість нормативно-правових актів чинному законодавству;
- врахування реального стану, потенціалу економіки та страхового ринку, а також міжнародних угод, підписаних Україною; відповідність методів державного регулювання діяльності страховиків загальному стану економіки;

- незалежність регулювання від впливу політичних партій, недопущення неправомірного втручання в діяльність органів регулювання і діяльність страхових компаній; свобода підприємницької діяльності в межах отриманих ліцензій та встановлених законодавством обмежень;
- інформування, відкритість інформації про діяльність страхових компаній; обов'язковість і своєчасність опублікування прийнятих регуляторних актів; доступність, повнота інформації, своєчасне її оприлюднення;
- застосування нових методів регулювання;
- збереження балансу інтересів суб'єктів господарювання, громадян та держави; встановлення рівноваги між державним регулюванням, ринковим регулюванням і саморегулюванням.

Вище зазначені принципи державного регулювання страхового ринку, з точки зору його економічної безпеки, можна доповнити такими:

- системність – принцип припускає створення такої системи економічної безпеки, що забезпечила б захищеність страхової компанії, її майна, персоналу, інформації, різних сфер діяльності від різноманітних загроз, пов'язаних зі специфікою її діяльності;
- безперервність – система економічної безпеки страхової компанії повинна бути побудована таким чином, щоб вона діяла постійно, захищаючи інтереси страхової компанії в умовах невизначеності;
- плановість – характеризує організованість у функціонуванні системи економічної безпеки страхової компанії, та дозволяє кожному учаснику процесу діяти логічно й послідовно, чітко виконуючи покладені на нього обов'язки й вирішувати поставлені перед ним завдання;
- компетентність – характеризує професійне ставлення до питань організації економічної безпеки страхових компаній, що сприятиме прийняттю правильних управлінських рішень;
- поєднання гласності й конфіденційності – характеризує взаємозв'язок між нерозголошенням конфіденційної інформації про результати діяльності страхової компанії

та усвідомлення відповідальності за здійсненні правопорушення усіма працівниками;
- інформаційна прозорість – оприлюднення інформації про діяльність страхової компанії, її фінансову та нефінансову звітність, перспективи розвитку та послуги;
- пріоритет заходів попередження – систему економічної безпеки страхової компанії слід будувати таким чином, щоб вона могла на ранніх стадіях виявляти загрози діяльності та заходи щодо їх попередження.

Ефективне державне регулювання можливе лише за умови застосування методів ефективного розвитку страхового ринку, які поділяються на:

1) економічні – розроблення та вдосконалення методів залучення внутрішніх джерел інвестування в країні в цілому та регіонах;

2) правові – удосконалення законодавчої бази у сфері страхового бізнесу та формування державної економічної політики щодо залучення фінансових ресурсів страховиків в інвестиційний процес;

3) організаційні – формування системи методів контролю за цільовим використанням інвестиційних ресурсів страхових компаній;

4) інформаційні – формування інформаційної бази діяльності страхових компаній та акумуляції їх фінансових ресурсів.

6.2. Діяльність, завдання, функції та права НБУ як регулятора страхового ринку

Державне регулювання страхового ринку до 1 липня 2020 року було покладено на Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Нацкомфінпослуг). У вересні 2019 року ухвалено Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг» (так званий закон про «СПЛІТ»), згідно з яким з 01 липня 2020 року Національний банк України (далі – НБУ) стає регулятором та наглядовим органом на ринку страхування.

Стратегічною ціллю НБУ у сфері страхування є розвиток та підтримка платоспроможного, фінансово стійкого, конкурентного та стабільного ринку страхування, який забезпечуватиме належний

захист прав споживачів та надаватиме страхові послуги і продукти, що відповідають потребам громадян та економіки. Для зміни моделі регулювання та нагляду за страховим ринком НБУ враховує основні вимоги законодавства Європейського Союзу, які Україна зобов'язана виконувати відповідно до Угоди про асоціацію з ЄС, Стратегії розвитку фінансового сектору України, а також принципи Міжнародної асоціації органів страхового нагляду (IAIS). Національний банк планує розробити систему заходів для набуття членства у Міжнародній асоціації органів страхового нагляду (IAIS), членами якої на сьогодні є 150 держав, з метою підвищення ефективності виконання своїх функцій як регулятора страхового ринку.

У 1994 році органами нагляду за діяльністю у сфері страхування більше як 100 країн було створено IAIS (Міжнародну асоціацію органів нагляду за страхуванням). Головними завданнями IAIS стали:

- забезпечення кращого нагляду за діяльністю у сфері страхування як на рівні конкретної країни, так і на міжнародному рівні, з метою підтримки ефективних, законних, надійних та стабільних страхових ринків для забезпечення допомоги та захисту полісотримачів;

- об'єднання зусиль щодо розробки практичних стандартів для страхового нагляду, що мають бути визначені членами IAIS та використані ними під час їхньої діяльності;

- підтримання стосунків з іншими установами, що займаються аналогічним видом діяльності;

- забезпечення взаємної підтримки з метою збереження цілісності ринків;

- обмін важливою інформацією та досвідом з метою подальшого розвитку внутрішніх ринків страхування.

Діяльність IAIS передбачає: розробку міжнародних принципів, стандартів та управління страхуванням; забезпечення підтримки та вивчення документів, що стосуються страхового нагляду; організація конференцій та семінарів для наглядачів за страхуванням. IAIS проводить щорічну конференцію, метою якої є обговорення проблемних аспектів розвитку страхування та його регулювання. У конференціях беруть участь органи нагляду, представники страхового ринку та інші професіонали страхового бізнесу.

IAIS очолює Виконавчий комітет, члени якого представляють різні географічні регіони. Діяльність Виконавчого комітету підтримується трьома іншими комітетами: Технічним комітетом, Комітетом з питань відсталих ринків та Планово-фінансовим комітетом. Робота

Національний банк України (далі – Регулятор) здійснює державне регулювання та нагляд за діяльністю з надання страхових та супровідних послуг на ринку страхування, а також у випадках, визначених спеціальними законами з регулювання страхування, за діяльністю об'єднань страховиків відповідно до Закону України «Про страхування», законів України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», «Про Національний банк України», інших законодавчих актів України та нормативно-правових актів Регулятора.

Метою державного регулювання та нагляду з боку НБУ є забезпечення відповідності діяльності із страхування законодавству України в цілях захисту прав та законних інтересів клієнтів (у тому числі споживачів, страхувальників, застрахованих осіб та вигодонабувачів).

При здійсненні державного регулювання та нагляду за страховою (перестраховою) діяльністю Регулятор:

1) розробляє і затверджує нормативно-правові акти, обов'язкові до виконання органами державної влади, органами місцевого самоврядування, страховиками, їх об'єднаннями, страховими посередниками та особами, які надають допоміжні послуги, та контролює їх виконання;

2) веде реєстри відповідно до законодавства України та затверджує положення про них;

3) здійснює ліцензування страховиків та авторизацію страхових посередників, реєстрацію філій страховиків-нерезидентів та затверджує умови здійснення діяльності із страхування, здійснення якої потребує відповідної ліцензії чи авторизації, та порядок контролю за їх додержанням;

4) встановлює пруденційні вимоги, в тому числі вимоги до розміру регулятивного капіталу, критерії і нормативи достатності капіталу та платоспроможності, ліквідності, прибутковості, якості активів (в тому числі активів на покриття технічних резервів для цілей фінансової звітності) та ризиковості операцій, додержання правил надання страхових послуг, а також правила формування і обліку технічних резервів;

5) визначає критерії віднесення страховиків до категорії значимих страховиків;

6) встановлює розмір плати за включення до відповідних реєстрів;

7) затверджує умови авторизації страхових посередників;

8) затверджує порядок проведення безвиїзного нагляду та інспекційних перевірок і оформлення їх результатів, включаючи порядок проведення перевірки афілійованих та споріднених осіб об'єкта нагляду;

9) здійснює безвиїзний нагляд та інспекційні перевірки страховиків, страхових груп, філій страховиків-нерезидентів та страхових посередників, а також інших осіб, зазначених у частині сьомій статті 21 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»;

10) здійснює контроль за достовірністю та повнотою інформації, що надається Регулятору;

11) проводить самостійно чи разом з іншими державними органами перевірку діяльності учасників ринку страхування (крім клієнтів), а також юридичних осіб та фізичних осіб, які здійснюють діяльність на ринку страхування, для яких законом встановлені вимоги щодо авторизації;

12) у разі порушення законодавства про страхування, фінансові послуги та захист прав споживачів, нормативно-правових актів Регулятора застосовує заходи впливу, заходи раннього втручання та коригувальні заходи, а також накладає адміністративні стягнення;

13) звертається до суду з позовами (заявами) про ліквідацію страховика або у зв'язку з порушенням страховиком або страховим посередником законодавства про страхування;

14) вимагає від учасників ринку страхування (крім клієнтів та об'єднань учасників ринку страхування) надання необхідних документів, інформації та пояснень;

Страховик зобов'язаний надавати Регулятору інформацію, в тому числі про:

1) основні напрями діяльності страховика та зміни у них;

2) стратегію та план діяльності страховика та зміни до них;

3) план безперервної діяльності страховика, план відновлення діяльності страховика, план фінансування страховика та зміни до них;

4) призначення/обрання та припинення повноважень керівників страховика, головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера, відповідального актуарія, головного внутрішнього аудитора;

5) витрати за однією операцією та/або правочином на суму, що перевищує 15 відсотків регулятивного капіталу страховика;

6) недотримання вимог до мінімального капіталу страховика або можливе (за оцінками чи інформацією страховика) недотримання вимог до мінімального капіталу протягом наступних трьох місяців;

7) наявність хоча б однієї з підстав для віднесення страховика до категорії неплатоспроможних або для анулювання ліцензії та ліквідації страховика;

8) припинення діяльності страховика;

9) отримання повідомлення про пред'явлення підозри у вчиненні кримінального правопорушення керівнику страховика, головному ризик-менеджеру, головному комплаєнс-менеджеру, головному внутрішньому аудитору, відповідальному актуарію, фізичній особі – власнику істотної участі у страховику або посадовій особі юридичної особи, яка є власником істотної участі у страховику;

10) факти, які стали відомі страховику щодо власника істотної участі та свідчать про його невідповідність встановленим нормативно-правовими актами Регулятора вимогам до ділової репутації та/або фінансового/майнового стану, а також про виявлені факти, які свідчать, що володіння такою особою істотною участю у страховику загрожує інтересам страхувальників, застрахованих осіб, вигодонабувачів або перестрахувальників та інших кредиторів страховика;

11) факти, які стали відомі страховику щодо керівників страховика, головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера, головного внутрішнього аудитора, відповідального актуарія та свідчать про їх невідповідність кваліфікаційним вимогам, а також інформацію, яка може свідчити чи свідчить про можливий негативний вплив на виконання такими особами своїх функцій;

12) конфлікт інтересів у страховику та заходи, вжиті для врегулювання конфлікту інтересів;

13) недоліки в діяльності ради страховика, виконавчого органу страховика, відповідального актуарія, а також головного ризик-менеджера, головного комплаєнс-менеджера, головного внутрішнього аудитора.

ст. 35 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

15) анулює ліцензію на здійснення діяльності із страхування філією страховика-нерезидента, якщо страховика-нерезидента позбавлено ліцензії на здійснення діяльності із страхування або якщо його ліквідовано/оголошено банкрутом у країні реєстрації;

16) проводить тематичні перевірки діяльності страховиків за результатами аналізу макроекономічних показників та аналізу ризиків, що мають вплив на діяльність страховиків;

17) встановлює порядок складання і подання звітів, звітності та іншої інформації страховиками, а також отримує такі звіти, звітність, іншу інформацію та пояснення до них;

18) надсилає матеріали до правоохоронних органів щодо фактів правопорушень, які стали відомі під час здійснення нагляду;

19) надсилає органам Антимонопольного комітету України матеріали у разі виявлення порушення законодавства про захист економічної конкуренції;

20) встановлює вимоги щодо захисту інформації страховиків;

21) встановлює порядок розкриття інформації учасниками ринку страхування відповідно до законодавства України;

22) визначає кваліфікаційні вимоги до керівників страховика, осіб, відповідальних за ведення бухгалтерського обліку, та інших осіб, відповідальних за виконання ключових функцій, у тому числі на умовах аутсорсингу, та може вимагати звільнення з посади осіб, які не відповідають встановленим вимогам для зайняття такої посади, або розірвання відповідних договорів;

23) здійснює перевірку та оцінку внутрішніх політик та положень страховиків;

24) погоджує відповідно до законів України документи учасників ринку страхування (крім клієнтів), що визначають вимоги щодо надання страхових послуг;

25) перевіряє політики з андеррайтингу страховиків, а також політики врегулювання подій, що мають ознаки страхового випадку;

26) перевіряє та оцінює політику перестрахування;

27) перевіряє та оцінює відповідність розміру сформованих технічних резервів, порядку їх формування та/або обліку, методів розрахунку технічних резервів страховиків та припущень вимогам, встановленим цим Законом та нормативно-правовими актами Регулятора;

28) перевіряє та оцінює виконання страховиками вимог до інвестиційної діяльності, встановлених законодавством;

29) оприлюднює інформацію про страховиків, які здійснюють страхування довічних пенсій за рахунок грошових коштів накопичувальної системи загальнообов'язкового державного пенсійного страхування, у тому числі показники, які вони застосовують для розрахунку довічних пенсій;

30) встановлює умови та порядок проведення внутрішнього аудиту (контролю) у страховику;

31) встановлює порядок погодження набуття або збільшення істотної участі у страховику відповідно до законодавства;

32) оприлюднює у порядку та відповідно до встановлених ним критеріїв на сторінках свого офіційного інтернет-представництва інформацію про застосування заходів впливу;

33) забезпечує захист прав споживачів страхових послуг;

34) здійснює контроль за додержанням вимог законодавства, що регулює діяльність учасників ринку страхування;

35) погоджує у встановлених законом випадках умови страхування, визначені відповідним органом державної влади;

36) бере участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування, здійснює вивчення, узагальнення, поширення світового досвіду, організовує виконання міжнародних договорів України у сфері страхування;

37) здійснює інші повноваження, передбачені чинним законодавством України.

В організаційній структурі НБУ передбачено підрозділи, які врегульовують діяльність учасників страхового ринку:

- Департамент нагляду за страховим ринком;
- Департамент виїзних перевірок;
- Департамент фінансового моніторингу;
- Департамент ліцензування;
- Департамент аналітики та наглядових технологій;
- Департамент статистики та звітності;
- Департамент фінансової стабільності;
- Департамент методології регулювання діяльності небанківських фінансових установ;
- Департамент платіжних систем та інноваційного розвитку;
- Управління захисту прав споживачів фінансових послуг.

Регулювання та нагляд за страховими компаніями здійснюється за ризик-орієнтованим підходом. В основу реалізації ризик-орієнтованого підходу покладено такі принципи:

- принцип пропорційності (Proportionality) – регуляторні вимоги та інтенсивність нагляду визначаються на підставі розміру, значущості (впливу компанії на ринок та економіку в цілому), складності бізнес-моделі та профілю ризиків фінансової установи;
- принцип перспективного погляду (Forward-looking) – аналіз діяльності здійснюється з огляду на розуміння бізнес-плану, перспективи діяльності та потенційних ризиків компанії;
- принцип раннього виявлення та вчасного реагування (Early warning) – оцінка потенційних ризиків та їх виявлення на ранній стадії для своєчасної подальшої комунікації чи вжиття відповідних заходів;
- принцип професійного судження (Professional judgement) – оцінка ґрунтується на вмотивованих та обґрунтованих висновках, заснованих на знаннях і досвіді, а також на комплексному та всебічному аналізі інформації;
- принцип правової визначеності – полягає у встановленні чітких та зрозумілих для дотримання вимог через систему законодавчих та нормативно-правових актів, включно з графіками приведення діяльності фінансових установ у відповідність до нових вимог.

Національний банк України здійснює такі види нагляду за страховою діяльністю:

- *пруденційний нагляд* (нагляд за дотриманням пруденційних нормативів та інших вимог до діяльності, встановлених законодавством України);

Пруденційний нагляд є складовою частиною загальної системи нагляду, що проводиться органами, які здійснюють державне регулювання ринків фінансових послуг, і базується на регулярному проведенні оцінки загального фінансового стану фінансової установи, результатів діяльності системи та якості управління нею, дотриманні обов'язкових нормативів та інших показників і вимог, що обмежують ризики за операціями з фінансовими активами.

Основними напрямами пруденційного нагляду є додержання встановлених критеріїв та нормативів щодо:

- ліквідності;

- капіталу та платоспроможності;

- прибутковості;

- якості активів та ризиковості операцій;

- якості систем управління та управлінського персоналу;

- додержання правил надання фінансових послуг.

- *нагляд за ринковою поведінкою* (нагляд за дотриманням страховиками вимог до ведення діяльності, які передбачають відкритість і прозорість такої діяльності, бездоганну ділову репутацію власників та менеджменту, доброчесність та справедливе ставлення страховика до клієнтів, увагу до їх потреб (надання якісних послуг, реклама, розкриття інформації, залучення посередників тощо), добросовісну конкуренцію щодо інших фінансових установ, недопущення шахрайства чи іншої протиправної діяльності, а також належну внутрішню організацію страховика, яка забезпечує контроль за дотриманням вищезгаданих правил);
- важливим елементом нагляду за страховими компаніями є також *нагляд на консолідованій основі*.

Фінансові групи, особливо ті, що поєднують банківську та страхову діяльність, набувають все більшого значення в Україні. І такі об'єднання передбачають певні ризики: внутрішньо групові транзакції створюють можливості для уникнення регуляторних обмежень, є ризик зазнати втрат від поширення труднощів на всі бізнес-одиниці фінансової групи. Складні організаційні структури фінансових груп знижують рівень прозорості, є також проблеми щодо конфлікту інтересів та економічних зловживань. Використання Національним банком України нових інструментів нагляду за діяльністю фінансових груп сприятиме досягненню ефективності та прозорості ринку, євроінтеграції і наближенню до світових стандартів.

Національний банк України здійснює нагляд за діяльністю на страховому ринку у формі безвиїзного та виїзного нагляду (інспекційних перевірок).

Регулятор проводить планові та позапланові інспекційні перевірки страховиків, філій страховиків-нерезидентів, страхових посередників та страхових груп.

Інспекційні перевірки проводяться з метою:

- визначення рівня безпечності і стабільності операцій страховика та/або страхової групи;

- достовірності звітності страховика та/або страхової групи;

- дотримання вимог законодавства України у сфері фінансових послуг.

Планова інспекційна перевірка проводиться відповідно до плану, затвердженого Регулятором, не більше одного разу на рік.

Позапланові інспекційні перевірки можуть проводитися також з інших обґрунтованих підстав, визначених нормативно-правовими актами Регулятора.

Регулятор проводить інспекційні перевірки у порядку і відповідно до вимог, встановлених Законом України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Регулятора.

ст. 116 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Безвиїзний нагляд за страховими компаніями включає:

1) дотримання ліцензійних умов;

2) моніторинг фінансової та іншої звітності:

− пруденційні нормативи;

− оцінка сформованих резервів;

− контроль вимог до активів та їх оцінки;

− виявлення ознак ризикової діяльності;

− оцінка інших ризиків.

3) аналіз актуарних звітів;

4) аналіз аудиторських звітів;

5) оцінка внутрішніх політик;

6) аналіз стану та тенденцій розвитку страхового ринку;

7) нагляд за ринковою поведінкою;

8) застосування заходів впливу, моніторинг їх виконання та виведення з ринку.

Виїзний нагляд проводиться у формі інспекційних перевірок (*планових* і *позапланових*) (табл. 6.1). Планові перевірки проводяться відповідно до річного плану перевірок, а позапланові – за наявності підстав, визначених законодавством.

Таблиця 6.1

Види інспекційних перевірок НБУ

Параметри перевірки	Види перевірок	
	Планові	**Позапланові**
Повідомлення учасників	Не пізніше як за 10 календарних днів до її початку	Не пізніше дня її початку
Строк проведення	До 30 робочих днів (для суб'єктів малого підприємництва – до 10 робочих днів). За наявності обгрунтованих підстав цей строк може бути продовжений до 15 робочих днів	До 10 робочих днів (для суб'єктів малого підприємництва – до 5 робочих днів). Може бути продовжено до 15 робочих днів (для суб'єктів малого підприємництва – до 7 робочих днів)
Підстави для перевірок	Періодичність проведення визначається рівнем ризиковості страховика	За наявності підстав, у тому числі: - зауважень до звітності; - скарг та звернень фізичних осіб; - фактів погіршення фінансового стану; - контроль за виконанням встановлених вимог і обмежень.

Побудова та впровадження Національним банком України нової моделі регулювання страхового ринку в Україні передбачає:

- посилення стандартів ліцензування, зокрема розкриття страховими компаніями структури власності, кінцевих бенефіціарних власників, підвищення вимог до ділової репутації акціонерів та осіб, які виконують ключові функції, процедури оцінювання професійної придатності осіб, які виконують ключові функції у страхових компаніях;

- встановлення відповідальності кінцевих бенефіціарних власників за діяльністю страхової компанії та спеціалізованого перестраховика;
- встановлення вимог до корпоративного управління та системи внутрішнього контролю;
- встановлення вимог до системи управління ризиками;
- посилення вимог до прийнятності активів та оцінки їхньої якості, оцінки резервів, структури капіталу та рівня його достатності;
- формування системи раннього виявлення ризиків та вчасного реагування;
- розроблення процедури відновлення діяльності страхової компанії;
- розроблення процедури реорганізації або виходу страховика чи спеціалізованого перестраховика з ринку;
- встановлення вимог щодо обліку та звітності відповідно до МСФЗ;
- відкритість та комунікацію між регулятором та суб'єктами регулювання у процесі формування регуляторної політики та здійснення нагляду за ринком страхування.

Впровадження нової моделі регулювання та нагляду за ринком страхування сприятиме досягненню таких цілей:

- підвищенню рівня капіталізації, ліквідності та стійкості страхових компаній;
- диверсифікації страхових продуктів та посиленню конкуренції на страховому ринку;
- забезпеченню високих стандартів захисту прав споживачів страхових послуг;
- прозорості функціонування ринку страхування та підвищенню його привабливості для інвесторів;
- підвищенню довіри споживачів до страхового ринку;
- більш глибокому проникненню ринку страхування на ринок фінансових послуг.

6.3. Порядок реєстрації, ліцензування, ліквідації та реорганізації страховика

Порядок створення нових або реорганізації існуючих страхових компаній регулюється як загальним законодавством, так і законодавством, що стосується особливостей страхової діяльності.

Процес створення страхової компанії можна поділити на два етапи:

1) створення юридичної особи;

2) надання створеній юридичній особі статусу страховика.

Ці етапи тісно взаємозв'язані, що відображається в установчих документах, розмірі статутного капіталу, визначенні сфер діяльності тощо.

На першому етапі створюється підприємство як звичайна юридична особа, але потрібно врахувати вимоги до статутного капіталу страховиків. Відбувається реєстрація новоствореної юридичної особи в державному реєстраційному органі, що підтверджується відповідним свідоцтвом. Також відбувається реєстрація в органах статистики, податкових органах, фондах соціального страхування, виготовляється печатка, відкривається банківський рахунок. Новостворена юридична особа набуде статусу страховика тільки після включення до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України, який є складовою Державного реєстру фінансових установ.

Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) – систематизована інформація про страхові й перестрахові компанії України, що отримали ліцензії на здійснення страхової та перестрахувальної діяльності.

Державний реєстр страхових і перестрахових брокерів – систематизована інформація про страхових та перестрахових брокерів, які отримали свідоцтво на право здійснення брокерської діяльності.

Ліцензування страхової діяльності

Ліцензування – це видача, переоформлення та анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ.

Ліцензія – документ, що засвідчує право її власника на проведення страхової діяльності на території України при дотриманні ним умов та вимог, обумовлених при видачі ліцензії.

Ліцензія може бути видана на здійснення діяльності з:

- прямого страхування життя за обраними класами страхування (ризиками в межах відповідного класу), з

урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування» (2021 р.);
- прямого страхування, іншого, ніж страхування життя, за обраними класами страхування (ризиками в межах відповідного класу), з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування» (2021 р.);
- вхідного перестрахування за обраними класами страхування (ризиками в межах відповідного класу).

Ліцензія на здійснення діяльності з прямого страхування за обраними класами страхування (ризиками в межах відповідного класу) надає право здійснювати вхідне перестрахування за такими класами страхування (ризиками в межах відповідного класу), за умови що протягом календарного року сума валових премій за договорами вхідного перестрахування не перевищує 10 відсотків загальної суми валових страхових премій, але в будь-якому разі становить не більше 7 мільйонів гривень.

ст. 11 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

На сьогодні розмежовується порядок видачі ліцензії та отримання права здійснювати страхування за новими класами. Ліцензія видається тільки новоствореному страховику. Строк на розгляд та прийняття рішення 3 місяці, з можливістю продовження. Значно розширено перелік документів для отримання ліцензії.

Відмова у видачі ліцензії можлива не лише з «технічних» питань (формальна невідповідність вимогам), а і через оціночні судження (стратегія та/або план діяльності заявника не обґрунтовані та/або не реалістичні (зокрема, складені на підставі нереалістичних даних і включають припущення та прогнози, які неможливо підтвердити розрахунками), заявник не буде спроможний забезпечити мінімальний регулятивний капітал протягом строку, зазначеного у плані діяльності заявника).

Набуття або добровільна відмова від права здійснювати страхування за класами страхування здійснюється в рамках розширення або звуження ліцензії. Строк на розгляд та прийняття рішення 1 місяць. Порядок розгляду заяви про розширення (звуження) обсягу ліцензії встановлюється Регулятором. У визначених законом випадках Регулятор має право прийняти рішення про звуження обсягу ліцензії без подання відповідної заяви страховиком.

Рішення про анулювання ліцензії страховика, крім добровільної відмови (здачі) ліцензії та встановлення факту припинення страховика є передумовою примусового виведення страховика з ринку через судову процедуру ліквідації юридичної особи або через процедуру банкрутства, за умови визнання страховика неплатоспроможним.

Регулятор приймає рішення про анулювання ліцензії страховика одночасно з рішенням про віднесення страховика до категорії неплатоспроможних з підстав, визначених ст. 124 Закону України «Про страхування».

Регулятор має право прийняти рішення про анулювання ліцензії у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:

1) звернення страховика із заявою про анулювання ліцензії в межах процедури добровільного виходу з ринку;

2) наявність недостовірної інформації у документах, поданих страховиком для отримання ліцензії;

3) невиконання страховиком розпорядження, рішення Регулятора про усунення виявлених порушень або вимог, встановлених Законом України «Про страхування» та нормативно-правовими актами Регулятора, що регулюють умови ліцензування діяльності з надання фінансових послуг;

4) повторне порушення страховиком вимог, встановлених нормативно-правовими актами Регулятора, що регулюють умови ліцензування діяльності з надання фінансових послуг. Повторним вважається порушення, вчинене протягом двох років з дня прийняття Регулятором рішення про застосування заходу впливу про порушення страховиком вимог, щодо яких було застосовано такий захід впливу;

5) виявлення факту здійснення страховиком ризикової діяльності, що загрожує інтересам його страхувальників та/або інших кредиторів страховика. Перелік ознак, наявність яких є підставою для висновку Регулятора про здійснення страховиком ризикової діяльності, визначається нормативно-правовим актом Регулятора;

6) страховик не розпочав здійснення діяльності з надання фінансових послуг протягом шести місяців з дати отримання ліцензії;

7) страховик не здійснює діяльності з надання фінансових послуг протягом шести місяців поспіль;

8) встановлення (виявлення) порушення страховиком законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення після застосування Регулятором до страховика не менше двох заходів впливу за порушення законодавства у цій сфері протягом двох років;

9) відмова страховика у проведенні перевірки Регулятором, зокрема недопуск уповноважених осіб Регулятора до проведення перевірки, ненадання документів, інформації щодо предмета перевірки, відмова в доступі до приміщень, об'єктів, що використовуються при наданні фінансових послуг, або відсутність протягом першого дня перевірки особи, уповноваженої представляти інтереси страховика на час проведення перевірки;

10) виявлення двох та більше порушень страховиком вимог нормативно-правових актів Регулятора щодо забезпечення реалізації і моніторингу ефективності застосованих відповідно до Закону України «Про санкції» спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій);

11) невиконання страховиком плану виходу з ринку та недотримання процедури виходу з ринку;

12) незвернення страховика до Регулятора з повторною заявою про анулювання ліцензії та виключення з Державного реєстру фінансових установ при добровільному виході з ринку;

13) непрозора структура власності страховика;

14) наявність у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань відомостей про припинення юридичної особи;

15) встановлення перевіркою факту відсутності страховика за його місцезнаходженням, зазначеним в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань.

Регулятор не пізніше дня, наступного за днем прийняття рішення про анулювання ліцензії страховика надсилає страховику повідомлення про таке рішення у письмовій формі, оприлюднює повний текст рішення з обґрунтуванням його прийняття на сторінках свого офіційного інтернет-представництва та надає для опублікування в газеті «Голос України» або «Урядовий кур'єр» інформацію про оприлюднення повного тексту рішення.

З дня оприлюднення повного тексту рішення на сторінках офіційного інтернет-представництва Регулятора страховик, рада страховика, страхувальники та інші кредитори і контрагенти страховика вважаються повідомленими про прийняте Регулятором рішення про анулювання ліцензії страховика.

З дати прийняття рішення про анулювання ліцензії страховика зупиняється виконання страховиком грошових зобов'язань і зобов'язань щодо сплати податків і зборів (обов'язкових платежів), строк виконання яких настав, та припиняються заходи, спрямовані на забезпечення виконання цих зобов'язань та зобов'язань щодо сплати податків і зборів (обов'язкових платежів), крім випадків виходу з ринку страховика без припинення юридичної особи.

Правочини, вчинені страховиком після прийняття рішення про анулювання його ліцензії або протягом трьох років, що передували прийняттю такого рішення, можуть бути визнані судом недійсними, якщо вони завдали збитків страховику або його кредиторам, з таких підстав:

1) страховик виконав майнові зобов'язання раніше встановленого терміну або початку строку виконання зобов'язання;

2) страховик до прийняття рішення про анулювання ліцензії прийняв на себе зобов'язання, у тому числі за правочинами, що вчиняються страховиком з пов'язаними особами, на умовах, що не вважаються поточними ринковими умовами, внаслідок чого він став неплатоспроможним або виконання його грошових зобов'язань перед іншими кредиторами повністю або частково стало неможливим;

3) страховик здійснив відчуження або придбання майна за ціною, нижчою або вищою за ринкову ціну, за умови що в момент прийняття зобов'язання або внаслідок його виконання майна страховика було (стало) недостатньо для задоволення вимог кредиторів;

4) страховик оплатив кредитору або прийняв майно в рахунок виконання грошових вимог у день, коли сума вимог кредиторів до страховика перевищувала вартість майна;

5) страховик прийняв на себе заставні зобов'язання для забезпечення виконання грошових вимог;

6) страховик безоплатно здійснив відчуження майна, прийняв на себе зобов'язання без відповідних майнових дій іншої сторони, відмовився від власних майнових вимог;

7) страховик уклав договір з пов'язаною особою;

8) страховик уклав договір дарування.

У разі прийняття рішення про анулювання ліцензії страховика Регулятор має право:

1) прийняти рішення про заборону такому страховику проводити будь-які операції/здійснювати будь-яку діяльність;

2) звернутися до банків, інших установ (у тому числі фінансових), державних реєстраторів із забороною проведення будь-яких операцій з майном страховика.

Ліквідація страховика (вихід страховика з ринку)

Як і інші господарські суб'єкти, страхові компанії можуть ліквідовувати (повністю припиняти їх діяльність), реорганізовувати (приєднувати до інших) та санувати (оздоровлювати, тобто зміцнювати фінансовий стан).

Повну ліквідацію можуть здійснювати згідно з рішенням акціонерів або ухвалою господарського суду (у разі банкрутства). Одночасно з ухваленням рішення про ліквідацію компанії призначають ліквідаційну комісію, яка керує процесом закриття страховика. Комісія складає перелік чинних договорів страхування й визначає зобов'язання згідно з ними, виявляє всіх дебіторів і кредиторів та розраховується з ними. Для цього використовують наявні грошові кошти, а за необхідності продають майно компанії. Після здійснення розрахунків із застрахованими й кредиторами сплачують усі належні податки та збори й здійснюють розрахунки (розподіляють кошти) з акціонерами. Наприкінці цих робіт складають завершальний (ліквідаційний) баланс, підтверджений аудитором, здають печатки та штампи, а в державні реєстраційні органи подають заяву з проханням виключити компанію з реєстру підприємств та організацій України.

Виключення страховика з державного реєстру суб'єктів підприємницької діяльності органами державної влади і органами місцевого самоврядування у зв'язку з його ліквідацією або реорганізацією здійснюється тільки після внесення відповідних змін у Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків).

Вихід страховика з ринку здійснюється за рішенням страховика (добровільний вихід з ринку) або за рішенням Регулятора (примусовий вихід з ринку).

Добровільний вихід з ринку

Добровільний вихід з ринку здійснюється шляхом прийняття загальними зборами страховика одного з таких рішень:

1) про реорганізацію або ліквідацію страховика;

2) про передачу або виконання страхового портфеля.

Добровільний вихід з ринку можливий за умови, що стосовно такого страховика Регулятором не прийнято рішення про визнання його неплатоспроможним та/або про анулювання його ліцензії.

Вихід страховика з ринку *шляхом прийняття рішення загальними зборами про ліквідацію страхов*ика здійснюється за умови отримання страховиком дозволу Регулятора на вихід з ринку шляхом ліквідації та затвердження Регулятором порядку ліквідації страховика. Ліквідація страховика розпочинається після отримання дозволу Регулятора на вихід з ринку шляхом ліквідації.

Страховик, який має намір добровільно вийти з ринку ***шляхом*** *передачі страхового портфеля*, передає страховий портфель за всіма класами страхування, на які він має ліцензію, всіма договорами страхування та перестрахування, за умови отримання попереднього висновку Регулятора про погодження плану виходу з ринку шляхом передачі страхового портфеля та отримання дозволу на передачу страхового портфеля такого страховика.

Страховик, який має намір добровільно вийти з ринку *шляхом виконання страхового портфеля* повинен виконати всі зобов'язання, пов'язані із здійсненням страхової діяльності, у тому числі перед застрахованими особами, вигодонабувачами, страхувальниками та іншими кредиторами страховика, крім субординованого боргу.

Вихід з ринку шляхом виконання страхового портфеля здійснюється за умови попереднього погодження Регулятором плану виходу з ринку шляхом виконання страхового портфеля та одержання страховиком дозволу Регулятора на вихід з ринку шляхом виконання страхового портфеля.

Процедура добровільного виходу з ринку включає такі етапи:

1) затвердження радою страховика проєкту плану виходу з ринку;

2) отримання попереднього висновку про погодження Регулятором проєкту плану виходу з ринку;

3) затвердження загальними зборами страховика плану виходу з ринку;

4) отримання дозволу Регулятора на вихід з ринку і

погодження плану виходу з ринку;

5) виконання плану виходу з ринку;

6) анулювання ліцензії на здійснення діяльності із страхування та виключення з Реєстру.

Завершення процедури добровільного виходу страховика з ринку (виконання плану виходу з ринку) підтверджують такі документи:

1) у разі реорганізації страховика шляхом приєднання або злиття – передавальний акт;

2) у разі реорганізації страховика шляхом поділу – розподільний баланс;

3) у разі ліквідації страховика – ліквідаційний баланс;

4) у разі передачі страхового портфеля – передавальний акт;

5) у разі виконання страхового портфеля – звітність страховика.

Подання страховиком заяви про анулювання ліцензії та виключення з Державного реєстру фінансових установ після завершення процедури добровільного виходу з ринку разом із документами, що підтверджують виконання плану виходу з ринку, є підставою для прийняття Регулятором рішення про анулювання ліцензії та виключення страховика з Державного реєстру фінансових установ. Процедура виходу з ринку страховика вважається завершеною з дня прийняття Регулятором рішення про виключення страховика з Державного реєстру фінансових установ.

Примусовий вихід з ринку

Регулятор має право прийняти рішення про вихід з ринку як платоспроможного страховика так і неплатоспроможного страховика. Обов'язковою передумовою такого рішення є застосування до страховика заходу впливу у вигляді анулювання ліцензії страховика.

Регулятор приймає рішення про вихід з ринку платоспроможного страховика у випадку застосування заходу впливу у вигляді анулювання ліцензії та не віднесення страховика до категорії неплатоспроможного.

Регулятор, за умови наявності у страховика зобов'язань за договорами страхування (перестрахування, співстрахування) одночасно з прийняттям рішення про анулювання ліцензії страховика призначає тимчасову адміністрацію.

Якщо страховика не було віднесено до категорії неплатоспроможних, протягом одного місяця з дати застосування до страховика заходу впливу у вигляді анулювання ліцензії страховика, Регулятор звертається до господарського суду з позовом про ліквідацію страховика та з клопотанням про призначення ліквідатора страховика.

Якщо страховика було віднесено до категорії неплатоспроможних, протягом одного місяця з дати застосування до страховика заходу впливу у вигляді анулювання ліцензії страховика та віднесення страховика до категорії неплатоспроможних, Регулятор звертається до господарського суду із заявою про відкриття провадження у справі про банкрутство відповідно до Кодексу України з процедур банкрутства.

Реорганізація страховика

Реорганізація страховика, зокрема, передбачає:

1) реорганізацію в страхового посередника відповідно до нормативно-правових актів, що регулюють діяльність страхових посередників;

2) об'єднання кількох страховиків із визначенням порядку передавання страхових зобов'язань за умови погодження на це власників страховиків;

3) залучення до учасників страховика інших страховиків (зокрема, іноземних) за умови проведення ними всіх розрахунків за зобов'язаннями й боргами страховика, строк сплати яких уже настав.

Процедура реорганізації страховика може бути розпочата виключно за умови одержання попереднього висновку Регулятора про погодження плану реорганізації в порядку та відповідно до вимог, визначених законодавством.

Страховики, що реорганізуються, укладають договір про реорганізацію страховика у письмовій формі, крім випадків, передбачених законодавством. У разі недотримання вимоги щодо письмової форми договору про реорганізацію страховика такий договір є нікчемним.

Форми реорганізації:

- злиття – припинення діяльності двох або більше страховиків як юридичних осіб і перехід за передавальним актом усього майна, прав та обов'язків до страховика-правонаступника, створеного в результаті реорганізації;

Передавальний акт – це баланс страховика, що реорганізовується шляхом злиття, приєднання або перетворення, на день припинення його діяльності, за яким усе його майно, права та обов'язки переходять до страховика-правонаступника.

- приєднання – припинення діяльності одного або більше страховиків як юридичних осіб і перехід за передавальним актом усього майна, прав та обов'язків до іншого страховика-правонаступника;

Страховики мають право здійснювати реорганізацію шляхом приєднання до іншого страховика за спрощеною процедурою, визначеною законодавством.

Реорганізація шляхом приєднання до іншого страховика за спрощеною процедурою здійснюється виключно за умови попереднього погодження Регулятора. Спрощена процедура передбачає скорочення строків скликання загальних зборів, вчинення інших підготовчих дій страховиками.

- поділ – припинення діяльності одного страховика як юридичної особи й перехід за роздільним актом (балансом) у відповідних частинах усього майна, прав та обов'язків до страховиків-правонаступників, створених у результаті реорганізації;

Роздільний акт (баланс) – це баланс страховика, що реорганізується шляхом поділу, на день припинення його діяльності, за яким його майно, права та обов'язки у відповідних частинах переходять до страховика-правонаступника або страховиків-правонаступників.

- перетворення – зміна організаційно-правової форми страховика, в якій до страховика, створеного в результаті реорганізації, за передавальним актом переходять усе майно, права та обов'язки страховика, що реорганізовується.

Здійснення реорганізації страховика шляхом виділу забороняється на законодавчому рівні.

Принципи реорганізації страховиків:

- неухильне додержання чинного законодавства України;
- забезпечення безперервної роботи страховиків під час реорганізації;
- пріоритетність інтересів страхувальників;
- збереження таємниці страхування.

Майно, права й обов'язки (зобов'язання) за договорами страхування, укладеними страховиками, що реорганізуються, повністю або у відповідних частинах переходять до страховиків-правонаступників із дати підписання передавальних або роздільних актів (балансів).

Якщо страхувальники не бажають отримувати послуги зі страхування від страховиків-правонаступників, до моменту підписання передавальних або роздільних актів (балансів) страхувальники мають право на припинення договорів страхування зі страховиками, що реорганізуються, а після підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) – зі страховиками-правонаступниками.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Правове регулювання страхової діяльності в Україні.
2. Аналіз міжнародного законодавства з питань страхування.
3. Моделі державного регулювання страхової діяльності у світі.
4. Страховий нагляд у країнах Європейського Союзу.
5. Особливості регулювання страхової діяльності (на прикладі країн Європейського Союзу, США, Великобританії та ін.).
6. Напрями вдосконалення державної політики у галузі страхування в Україні.
7. Пруденційний нагляд на страховому ринку: європейська практика та досвід України.
8. Порядок створення, функціонування та ліквідації страхових компаній у формі акціонерних товариств .
9. Особливості ліцензування страхової діяльності в Україні та країнах ЄС.

ТЕМА 7. ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ

Зміст теми

7.1. Загальна характеристика особистого страхування
7.2. Страхування життя
7.3. Страхування від нещасних випадків
7.4. Медичне страхування

7.1. Загальна характеристика особистого страхування

Особисте страхування – це галузь страхування, що забезпечує захист майнових інтересів громадян, пов'язаних з імовірністю настання смерті, втрати здоров'я, а також із прагненням громадян нагромаджувати кошти для забезпечення власного фінансового добробуту.

Загальними об'єктами особистого страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією застрахованої особи. Конкретними об'єктами (предметами) особистого страхування є життя й здоров'я людини, а також певні події її життя: повноліття, шлюб, народження дитини тощо.

Страховими ризиками є:

- смерть людини (так звана натуральна та від нещасного випадку);
- дожиття застрахованої особи до закінчення дії договору страхування або певного віку, визначеного договором;
- захворювання особи й надання їй медичних послуг, встановлення інвалідності, лікування наслідків травм та ряд інших.

До галузі особистого страхування належать три підгалузі:

1) страхування життя;
2) страхування від нещасних випадків;
3) медичне страхування.

Перша підгалузь належить до окремої підгалузі з такою ж самою назвою, а друга і третя – до загального (ризикового) страхування.

Особливістю особистого страхування є поєднання в його рамках усіх видів страхових послуг, що забезпечують страховий захист життя і здоров'я та дають змогу накопичити додаткову пенсію. На відміну від об'єктів майнового страхування об'єкти особистого страхування не мають вартісної оцінки. З цієї причини вважається, що в особистому страхуванні не відбувається компенсація страхових збитків, матеріальної шкоди, а виплати страховика на користь страхувальника чи його родини мають характер фінансової допомоги, коштом якої останні намагаються запобігти матеріальним труднощам внаслідок смерті чи інвалідності.

Види особистого страхування відповідно до законодавчих змін трансформуються у відповідні класи страхування:

- медичне страхування (класи 1, 2);
- особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини при виконанні ними службових обов'язків (клас 2);
- особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), пожежної охорони, основних працівників пожежно-рятувальних підрозділів для забезпечення місцевої пожежної охорони та членів пожежно-рятувальних підрозділів для забезпечення добровільної пожежної охорони (класи 1, 2);
- страхування спортсменів вищих категорій (класи 1, 2);
- страхування життя та здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини (класи 1, 2);
- особисте страхування від нещасних випадків на транспорті (клас 1);
- страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади (клас 1);
- страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних

наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (клас 2);
- страхування життя і здоров'я фахівців з розмінування (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з Державного бюджету України) на період їхньої участі у виконанні робіт з гуманітарного розмінування (клас 1);
- страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора, ліквідатора фінансової установи та працівників центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну фінансову політику, які визначені ним для вирішення питань щодо участі держави у капіталізації банку (класи 1, 2);
- страхування життя та здоров'я волонтерів на період надання ними волонтерської допомоги (класи 1, 2);
- страхування життя (класи 19, 20, 21, 22, 23);
- страхування від нещасних випадків (клас 1);
- медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) (класи 1. 2);
- страхування здоров'я на випадок хвороби (клас 2);
- страхування медичних витрат (класи 1, 2, 18);
- авіаційне страхування цивільної авіації (особисті ризики) (клас 1).

7.2. Страхування життя

Страхування життя – це вид особистого страхування, що передбачає обов'язок страховика здійснити страхову виплату в разі смерті застрахованої особи впродовж дії договору страхування чи її дожиття до закінчення строку дії договору та (або) досягнення застрахованою особою визначеного договором віку. Умови договору страхування життя можуть також передбачати обов'язок страховика здійснити страхову виплату в разі нещасного випадку та (або) хвороби застрахованої особи.

Страхування життя є важливим елементом в житті населення, допомагає вирішувати державні соціальні проблеми, а також допомагає в пошуку недостатніх внутрішніх інвестиційних ресурсів.

Використання механізму страхування життя для громадян носить індивідуальний характер та дає можливість самостійно подбати про свій рівень забезпеченості. Саме страхування життя дає можливість особистості протягом найбільш продуктивного періоду життя сформувати собі фінансовий капітал в достатньому для страхувальника розмірі. Це, свого роду, формування власних фінансових ресурсів, які стануть в майбутньому основою інвестиційного капіталу, використання якого під відсотки, дасть можливість громадянам формувати пасивний дохід як додаткове джерело доходної частини сімейного бюджету. Сприяє цьому і різноплановість видів страхування, зокрема страхування на випадок дожиття страхувальника (застрахованого) до певного віку, дати, події; пенсійне страхування; змішане страхування життя.

На сучасному етапі страхування життя є одним із впливових інструментів, за допомогою якого можна реалізувати соціальні і економічні потреби суспільства. В розвинутих країнах за допомогою страхування життя задовольняються багато суспільних проблем, а саме: фінансовий захист від несподіваних подій, можливість вести звичайний спосіб життя після виходу на пенсію, накопичення коштів для отримання освіти, створення соціальних пакетів у компаніях для мотивації співробітників, можливість отримання кредитів та інше. Також, зважаючи на специфіку роботи компаній зі страхування життя, а саме – довгострокове інвестування резервів, можна стверджувати, що страхування життя є одним із рушіїв економіки. Ці два фактори пов'язані між собою, даючи мультиплікативний ефект для соціально-економічного розвитку суспільства.

Практика розвинутих європейських країн засвідчує що страхування життя займає майже половину всіх страхових виплат в країні. Наприклад, у Франції у 2017 році показник страхових премій сягнув майже 207 000 млн євро, з яких понад 129 000 млн євро становили премії зі страхування життя. В той же час у Німеччини дані показники відповідали значенням: 246 000 млн євро та 115 млн євро відповідно.

Отже, можна сказати, що у провідних країнах Європи страхування життя є одним з ключових видів страхування. На даний час страхування життя є однією з найбільш перспективних для подальшого розвитку галузей як на світовому, так і на національному страховому ринку.

У сучасних умовах страхування життя обов'язком страховика є здійснити страхові виплати у випадках:

1) дожиття до обумовленого в договорі терміну;

2) забезпечення людини в старості або після втрати працездатності;

3) смерті;

4) забезпечення кредиту, насамперед іпотечного;

5) накопичення коштів для оплати освіти дітей або надання їм фінансової підтримки після досягнення ними повноліття.

Страхування життя має низку характерних особливостей, які вирізняють його серед інших видів страхування:

1) людське життя не має вартісної (грошової) оцінки; це означає, що за даним видом страхування неможливо визначити величину збитку, зумовленого настанням страхового випадку; саме ця обставина зумовлює інші особливості;

2) у страхуванні життя беруть участь одразу чотири суб'єкти, такі як страховик, страхувальник, застрахована особа та бенефіціар (вигодонабувач);

3) неможливість визначити в грошовому вимірі втрати, пов'язані з життям, зумовлює своєрідний підхід до визначення страхової суми та страхового тарифу (премії, внеску); у страхуванні життя страхова сума визначається на кожного застрахованого окремо з урахуванням інтересів та можливостей обох сторін (страхувальника і страховика); страховик, як правило, встановлює мінімальну межу страхової суми, нижче від якої обслуговування договору зі страхування життя буде збитковим; щодо страхувальника, то обрана ним страхова сума визначається насамперед його платоспроможністю та бажанням відкладати споживання цього доходу на тривалий час;

4) договори зі страхування життя є довгостроковими; хоча українське законодавство не встановлює мінімальних строків договорів зі страхування життя, методика формування резервів зазначає, що ці договори підписуються на строк, не менший трьох років, а загалом договори можуть діяти значно довше, а саме 10, 15,

20, 30, 40 років; чим триваліша дія договору, тим більша частка в резерві від інвестування коштів;

5) з попередньої особливості випливає, що страхування життя виконує як захисну функцію, так і заощаджувальну функцію, зміст якої полягає в прибутковому, але низькоризиковому розміщенні тимчасово вільних грошових засобів.

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

Особливість категорії страхування життя полягає також в тому, що це складні економічні відносини між страховою компанією та страхувальником, застрахованою особою, вигодонабувачами і спадкоємцями, в процесі реалізації яких поєднуються ризикова та заощаджувальна функції. Доцільність поєднання цих функцій в одному фінансовому інструменті полягає в тому, що тільки за допомогою страхування життя можна одночасно захиститися від фінансових наслідків настання обох ризиків життя – імовірності передчасно померти та імовірність пережити працездатний вік.

Загалом страхуванню життя в умовах ринкової економіки притаманні такі функції:

- формування соціально-орієнтованого суспільства з убезпеченим майбутнім. Від наявності страхування життя для громадян розвинених країн залежить соціальний статус, навчання, кредит у банку, пенсія тощо. Вважається, що рівень розвитку страхування життя відображає рівень розвитку суспільства в цілому та впевненості громадян у стабільності держави зокрема.
- соціального страхування. Страхування життя багато в чому доповнює систему соціального страхування та забезпечення. Зокрема, довгострокове страхування життя пов’язане з реалізацією пенсійних гарантій населенню.
- сприяння поліпшенню демографічної ситуації. Страхування життя економічними методами стимулює громадян до дбайливого ставлення до свого здоров’я. Зокрема, у більшості країн світу ще до укладання

договору страхування життя страховики вивчають історію хвороби клієнта, враховують масу його тіла, наявність шкідливих звичок тощо, які істотно впливають на розмір страхових внесків та умови страхування.

- інвестиційна. Оскільки страхові компанії залучають «довгі» гроші, вони є тим локомотивом, який може досить ефективно «тягти» за собою систему інституціональних інвестицій, що особливо важливо для економіки. Вміле та раціональне використання коштів страхових резервів допомагає вирішувати завдання фінансування багатьох витратних державних проєктів без залучення зовнішніх інвесторів.
- кредитна. Законодавство більшості розвинених держав передбачає право страховиків кредитувати страхувальників за договорами страхування життя в межах викупної суми на момент видачі кредиту та на строк, що не перевищує період, який залишився до закінчення дії договору страхування життя.
- мотивації персоналу суб'єктів бізнесу. Довгострокове нагромаджувальне страхування життя є невід'ємним елементом сучасного управління кадрами. Такі програми не тільки допомагають керівнику з мінімальними витратами вирішити «кадрове питання», але й дають змогу створити ефективне управління фінансовими потоками компанії.

Враховуючи особливий економічний сенс страхування життя, розглядаючи функції, які воно виконує, необхідно виділити загальні функції – характерні для галузі страхування в цілому, та спеціальні функції – характерні лише для страхування життя (табл. 7.1).

Серед перелічених функцій страхування життя доцільно виділити основні – притаманні лише страхуванню та без яких воно втрачає свій економічний зміст. До них можна віднести ризикову функцію і функцію створення та використання страхових резервів. Решта функцій страхування життя є допоміжні та характерні для деяких інших фінансових інструментів. За допомогою основних функцій виконується головне завдання страхування життя – захист від фінансових наслідків такого ризику життя, як передчасна смерть, а для змішаного страхування життя – захист від фінансових наслідків ризику втрати особою працездатності внаслідок хвороби або нещасного випадку.

Таблиця 7.1

Загальні та спеціальні функції страхування життя

Функція	Зміст
Загальні	
Ризикова	Здійснюється шляхом передачі страхувальником за певну плату страховій компанії матеріальної відповідальності за наслідки прояву таких страхових ризиків, як смерть застрахованої особи та повна або часткова втрата працездатності
Створення та використання страхових резервів	Полягає у формуванні страховиками страхових фондів для їх подальшого перерозподілу на користь осіб, які постраждали внаслідок страхових випадків
Превентивна	Забезпечує зниження страхового ризику за рахунок обмеження в договорі щодо виплат у випадку самогубства та зі страхових випадків, які відбулися в стані алкогольного і наркотичного сп'яніння. Водночас превентивна функція страхування життя виявляється на етапі укладення договору страхування життя шляхом проведення медичного андерайтингу
Інвестиційна	Реалізується шляхом інвестування сформованих страхових резервів в економіку країни
Спеціальні	
Заощадження	Проявляє себе в тому, що компанії зі страхування життя здійснюють зберігання та повернення коштів своїх клієнтів. Завдяки цій функції особа за рахунок щорічних посильних внесків може заощадити значну суму коштів, необхідну для реалізації планів у чітко визначений час в майбутньому – пенсія, навчання дитини, придбання будинку і т. д.
Створення доходу	Відображається у виплаті страхувальникам доходу, отриманого страховиком за результатами його інвестиційної діяльності
Кредитна	Полягає у тому, що страхова компанія з коштів сформованих страхових резервів здійснює кредитування страхувальників в межах викупної суми за договором страхування життя, а також іпотечне кредитування
Збереження	Забезпечує збереження коштів страхувальника, необхідних для внеску страхових премій, шляхом скорочення нераціональних витрат та сприяє довгостроковому фінансовому плануванню

Страхування життя як явище існує на основі певних принципів, а саме:

- страховий інтерес. Страховий інтерес мають страхувальник щодо власного життя, роботодавець щодо життя своїх співробітників, одне із подружжя щодо життя іншого, родичі щодо життя дітей, партнери по бізнесу, кредитори щодо життя боржника.
- участь у прибутку страхової компанії. Так, страховики, які реалізують продукти зі страхування життя, опираючись на їхній довготерміновий характер, долучають своїх страхувальників до участі в отримуваному ними прибутку. Зокрема, щороку страхова компанія здійснює переоцінку наявних активів і пасивів. В результаті цього певну частину отриманого прибутку вона направляє на збільшення визначених договорами страхування страхових сум за рахунок так званих бонусів. Останні виплачуються лише по закінченні терміну дії договору страхування чи у разі настання страхового випадку. Розрізняють такі форми нарахування бонусів:

1) щорічні бонуси, що нараховуються у вигляді оголошеного процента від страхової суми (можуть бути прості та складні з урахуванням реінвестування);

2) кінцевий бонус, що нараховується страховою компанією при закінченні строку дії договору або у разі претензії з метою підвищення зацікавленості клієнта у збереженні дії договору на весь строк або заохочення за тривалий строк оплати премії в разі довічного страхування.

Існують також інші операції, які забезпечують право вимоги страхувальником суми резерву, нарахованого за його страховим договором:

1) цесія. Страхувальник може подарувати або продати власність договору іншій особі. У даному разі вартість накопиченого страхового резерву може перейти до іншого застрахованого. При цьому страховий договір не припиняє своєї дії.

2) аванс або позика під страховий договір.

3) передача полісу під заставу. Страховий поліс може передаватися у заставу особі, яка надає позику застрахованому.

Страхування життя, як вже було зазначено, відрізняється від ризикових видів страхування певними особливостями. Зокрема, у

договорах страхування життя змінюють своє значення страховий ризик і страховий випадок. При цьому в основі визначення першого лежить непередбачуваність настання страхової події, що особливо характерно для таких ризиків страхування життя, як ризик смерті або втрати працездатності внаслідок нещасного випадку. Класифікацію ризиків, пов'язаних із життям, наведено на рис. 7.1.

Рис. 7.1. Класифікація ризиків страхування життя

Отже, страхування життя у класичному розумінні передбачає захист майнових інтересів на випадок смерті застрахованого. Страховою подією при страхуванні життя є смерть застрахованої особи. Страхування життя не передбачає можливості визначити величину збитку, зумовленого настанням страхового випадку. У страхуванні життя беруть участь чотири суб'єкти – страховик, страхувальник, застрахована особа та вигодонабувач.

Страховиком у цій галузі страхування може бути виключно страхова компанія, яка має ліцензію на здійснення страхування життя.

Страхувальником за цим видом страхування може бути юридична чи фізична особа, яка вступила в страхові відносини зі страховиком, сплачує страхові внески та претендує на страхові виплати за страховими подіями.

Застрахований – особа, що бере участь в особистому страхуванні, чиє життя (здоров'я чи (і) працездатність) виступає об'єктом страхового захисту. Якщо застрахований сам сплачує страхові внески, то він водночас є і страхувальником. Подекуди ці суб'єкти можуть не збігатися. Наприклад, у випадку страхування дітей страхувальниками є батьки, а застрахованими – діти.

Вигодонабувач – особа, на користь якої підписано страховий договір. Вигодонабувач визначається страхувальником або застрахованим на випадок посмертного отримувача страхової суми. Якщо така особа не вказана, то вигодонабувачами можуть бути спадкоємці за законом.

У страхуванні життя має місце своєрідний підхід щодо визначення страхової суми та страхового тарифу (премії, внеску).

Страхова сума визначається на кожного застрахованого окремо з урахуванням інтересів та можливостей обох сторін (страхувальника і страховика). Страховик, як правило, встановлює мінімальну межу страхової суми, нижче від якої обслуговування договору зі страхування життя буде збитковим. Страховик може виступити і верхнім обмежувачем страхової суми, якщо вірогідність того, що страхувальник встигне сплатити визначену ним досить значну суму, мала. Щодо страхувальника, то обрана ним страхова сума визначається насамперед його платоспроможністю (рівнем доходу) та бажанням відкладати споживання цього доходу на тривалий час.

Договори зі страхування життя довгострокові. Чим триваліший договір, тим більша частка в резерві від інвестування коштів. Окрім того, всі договори страхування життя можна поділити на такі види: за наявністю в них нагромаджувальної складової; за порядком нарахування інвестиційного доходу; за особами, на яких поширюється страхове покриття (рис. 7.2).

Для того щоб визначити вірогідність настання смерті застрахованого протягом дії довгострокового договору зі страхування життя, необхідно скористатись таблицями смертності, які показують відсоток смертності в різні вікові періоди.

Рис. 7.2. Класифікація договорів зі страхування життя

Основи теорії актуарних розрахунків були закладені в роботах учених Д. Граунта, Яна де Вітта, Е. Галлея. В 1662 році Д. Граунт публікує роботу «Природні та політичні спостереження над бюлетенем смертності». Він уперше обробив дані про смертність людей та побудував таблиці смертності. Подальший розвиток теорія актуарних розрахунків отримала в роботах англійського астронома та математика Е. Галлея, який сформулював визначення основних таблиць смертності. Форма таблиці смертності, яка була запропонована Галлеєм, використовується по сьогоднішній день.

Таблиця смертності являє собою статистичну таблицю, в якій містяться розрахункові показники, що характеризують смертність населення в різному віці і дожиття при переході від однієї вікової групи до іншої (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

Таблиця смертності (гіпотетичні дані)

X	Lx	dx	qx	px
0	100000	1782	0,00178	0,99822
1	96218	1850	0,00192	0,99808
…	…	…	…	…
18	94386	1210	0,00128	0,99872
…	…	…	…	…
20	93158	912	0,00978	0,99022
…	…	…	…	…
40	92246	374	0,00408	0,99592
41	91872	399	0,00434	0,99566
42	91473	427	0,00467	0,99533
43	91046	458	0,00503	0,99497
44	90588	492	0,00543	0,99457
45	90096	528	0,00586	0,99414
…	…	…	…	…

Показники таблиці смертності побудовані як опис процесу дожиття та вимирання деякого покоління з фіксованою початковою чисельністю народжених. Підмет таблиці смертності складають:

X – однорічні вікові групи населення;

Lx – число осіб, що доживає до кожного наступного віку;

dx – число осіб, що помирає у віці *x*;

qx – імовірність смерті при переході від віку *x* до віку *x+1*;

px – імовірність дожиття віку *x+1*.

Математично імовірності дожиття і смерті розраховуються у такий спосіб:

$qx = dx : Lx;$

$px = Lx + 1 : Lx;$

$qx + px = 1.$

Проаналізуємо дані таблиці смертності. Припустимо, що в певному році з'явилось 100 000 новонароджених. За таблицею

смертності можна визначити, скільки з них доживуть до того чи іншого віку, а також помруть кожного року. Важливими інформативним показниками таблиці є імовірність смерті (*qx*) та імовірність дожиття відповідно (*px*).

Використовуючи показники смертності, страхова компанія з високим ступенем імовірності може припустити, що вподовж найближчого року з 1000 застрахованих у віці 40 років може померти 4 особи, 50 років – 8 осіб, 60 років – 17 осіб. Звичайно, в окремі роки ці цифри можуть бути дещо іншими, але ризик відхилення незначний. Таким чином, страховій компанії стає відомою кількість виплат при страхуванні на випадок смерті. Показники смертності мають варіативний характер для міської та сільської місцевості, для окремих регіонів і особливо для чоловіків та жінок. Усі ці моменти враховуються в більш детальних таблицях смертності та знаходять своє відображення при визначенні тарифних ставок.

В аналогічному порядку за даними таблиці смертності можна визначити на 1000 застрахованих кількість осіб, які доживуть до кожного наступного віку. Ця величина буде кількістю виплат у разі страхування на випадок дожиття.

Таким чином, таблиці смертності дають можливість страховій компанії визначити кількість виплат як за випадками смерті, так і за випадками дожиття застрахованих до певного віку.

Таблиці смертності існують для всього населення країни, проте, оскільки страхуванням життя охоплюється не все населення, точнішими є таблиці смертності, які ведуться страховиками. Підписуючи довгостроковий договір зі страхування життя, звісно, страховик не знає, скільки років проживе конкретний страхувальник (застрахований). Але вірогідність того, що відомий відсоток застрахованих у кожній віковій категорії не доживе до закінчення строку дії договору досить точно відображають таблиці, які страховик використовує для розрахунку страхових платежів. Чим вища смертність у віковій ланці, тим вищі страхові тарифи.

На величину внесків із страхування життя впливають різні чинники. Якщо страхова сума залишається незмінною, то величина страхових внесків обернено залежна від строку дії договору. При підписанні договору зі страхування життя страхові премії можуть сплачуватись упродовж дії договору (з розстроченням платежу) або одноразовим платежем. У першому випадку тариф буде вищим, у другому – нижчим.

На сьогодні механізм побудови тарифів зі страхування життя в Україні не можна назвати досконалим. Хоча страховики при отриманні ліцензії на здійснення страхування життя та інших видів страхування надають НБУ методику розрахунку страхових тарифів, проте кожна страхова компанія має право встановлювати самостійно рівень витрат на ведення справи, які є основою навантаження у страховому тарифі. Позитивним є те, що на сьогодні вже встановлені граничні рівні для витрат на ведення справи, проте, розмір навантаження у 20-50% є завеликим для страхування життя, що може призвести до зменшення кількості договорів за даним видом страхування. При цьому загальна брутто-премія, з одного боку, не повинна бути нижче дійсних витрат страховика і повинна забезпечувати сприятливе проходження операцій, з іншого боку – не бути завищеною і бути конкурентоспроможною на страховому ринку.

Слід зазначити, що страхові тарифи можуть відрізнятись для застрахованих на однакову страхову суму та на однаковий строк. Іншими словами, якщо два страхувальники страхують своє життя на одну й ту саму суму і на однаковий строк, страхові внески будуть вищі для тієї категорії страхувальників, яка знаходиться в групі вищого ризику. Звісно, на рівень ризику не дожити до зазначеного в договорі віку впливає не тільки вік, а й стать, вид діяльності, умови, в яких здійснюється трудова діяльність, місце проживання, стан здоров'я застрахованого тощо.

За незначних страхових сум, як правило, про стан здоров'я застрахованого страховик дізнається з опитування страхувальника. За великих страхових сум страховик вимагає витяг із висновку медичної установи щодо стану здоров'я застрахованого.

За кількістю осіб, зазначених у договорі, страхування життя поділяють на *індивідуальне* (одна особа страхується за договором) та *групове* (колективне), за яким застрахованими є група осіб.

За індивідуального страхування життя страхувальник, як правило, є водночас і застрахованим. Індивідуальне страхування може здійснюватись за рахунок як самого страхувальника – застрахованого, так і юридичної особи (підприємства, установи, організації). За групового страхування найчастіше страхувальником є роботодавець, а застрахованими – наймані працівники. Групове страхування

здійснюється за рахунок юридичної особи (роботодавця). Розмір страхової премії за договором може встановлюватись середнім для всього колективу, а може диференціюватись для окремих груп застрахованих, з урахуванням віку, професії, умов праці тощо.

Страхування життя на визначену договором страхову суму передбачає поділ страхових внесків на дві частини. Перша пов'язана з страхуванням ризику, друга – з інвестуванням та отриманням прибутку. Пояснюється це тим, що цей вид страхування має покривати ризик (у випадку смерті) та забезпечити виплату відсотків на певну нагромаджену суму капіталу. Частка страхових внесків, що спрямовуються на страхування ризику, залежить від віку. Чим старший вік застрахованого, тим більша вірогідність його смерті (як середньостатистичної особи). Тому цей вид страхування більш привабливий для молоді, ніж для людей похилого віку. Якщо страхувальником є не фізична, а юридична особа, то податкові пільги можуть зробити цей вид страхування привабливим і для людей старшого віку.

Зміст страхування життя за участю в прибутку страховика полягає в тому, що якщо компанія має прибуток, вищий від очікуваного, вона ділиться цим прибутком зі страхувальником (застрахованими). Оскільки страхування життя, як правило, довгострокове, то воно за змістом є не тільки способом довгострокового страхового захисту застрахованого, а й довгостроковою формою (способом) розміщення капіталу під відсоток. Специфіка такого способу розміщення капіталу полягає в тому, що, по-перше, законодавство, як правило, забороняє розміщувати тимчасово вільні грошові засоби страхових компаній у високоризикові проєкти в зв'язку з тим, що головна функція страховика – надавати страхові послуги. А, як відомо, найдохіднішими є високоризикові проєкти. У зв'язку з тим, що страховик ризикує не власним, а залученим капіталом страхувальників, ці обмеження є виваженими та доцільними.

У сучасних умовах жоден страховик, яка б у нього не була обнадійлива фінансова ситуація протягом трьох-п'яти років, не може достеменно знати, що його чекає через наступні 5, 10, 15 та більше років. Тому страховик може обіцяти страхувальнику (застрахованому) значну частку прибутку, а ситуація, в якій реально буде функціонувати страховик, не дасть йому можливості це зробити.

Окрім того, ринок цінних паперів не може бути індикатором для визначення очікуваної норми дохідності на капітал розміщений у страховика, у зв'язку з тим, що страховик, не бере участі в здійсненні високоризикових операцій та проєктів. Це означає, що страхувальник може взагалі не отримати прибутку на свій капітал.

У зв'язку із зазначеним вище випливає:

1) ні попередня, ні поточна прибутковість страховика не в запорукою його високої дохідності в довгостроковому періоді;

2) єдиним надійним критерієм, що формує оптимістичні очікування страхувальника щодо доходу на капітал, є зіставлення величини страхових внесків і виплачених страхових сум. Вважається, що за умови, коли страхова сума за 25 років страхування життя зростає вдвічі, то капітал страховиком розміщується надійно.

Є два види договорів за участю страхувальника у прибутку страховика:

- передбачає залучення прибутку для збільшення страхової суми;
- окреме нагромадження часток прибутку.

Перший вид договору дає можливість отримання часток прибутку по закінченні строку дії договору. Другий робить можливим отримання часток прибутку до закінчення строку страхового договору.

Отже, страховий внесок складається з:

1) оплати страхового ризику;

2) частки внеску, що інвестується і приносить прибуток;

3) частки, що відшкодовує адміністративно-управлінські затрати з ведення договору.

По закінченні строку дії договору з довгострокового страхування життя застрахований отримує страхову суму та частку прибутку. Для отримання цієї виплати страхувальник повинен пред'явити: страховий поліс; підтвердження про сплату останнього внеску, а за умови смерті

Якщо смерть настала через хворобу, страхова виплата включатиме: страхову суму та суму внесків з урахуванням норми прибутковості. Пояснюється це тим, що за ризиком смерті встановлюється окремий тариф, а за нереалізованим ризиком – дожиттям – відбувається повернення внесків. Якщо смерть настала від нестрахового випадку, вигодонабувачу виплачується сума, що включає страхові внески з урахуванням норми прибутковості.

Договір страхування життя має містити інформацію щодо того, за яких умов страховик звільняється від страхової виплати у разі настання страхового випадку. Це насамперед самогубство, а також вчинений застрахованим навмисний злочин, який спричинив смерть у зв'язку з аварією, якщо застрахований перебував у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння тощо.

Довгостроковий договір зі страхування життя може бути розірваним до закінчення строку його дії. Дострокове розірвання договору зі страхування життя на встановлену страхову суму може здійснюватись як з ініціативи страховика, так і з ініціативи страхувальника.

У разі розірвання договору з ініціативи страхувальника, як правило, зростають його фінансові втрати. Тому, за погіршення фінансового стану страхувальника та нездатності сплачувати своєчасно встановлені страховим договором платежі, він (страхувальник) має альтернативні варіанти вибору своєї поведінки:

- зменшення страхової суми, а отже, й розміру поточних внесків;
- домовитись про відстрочку платежів на певний строк (якщо ці труднощі тимчасові);
- продовжити дію договору, що теж супроводжується зменшенням страхових внесків.

З ініціативи страховика достроково припиняється дія договору, якщо страхувальник своєчасно не сплатив внески і після надання йому страховиком терміну для погашення боргу не погасив його.

Дострокове припинення дії договору зі страхування життя передбачає виплату застрахованому викупної суми.

Викупна сума – це сума, що виплачується страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя. Вона розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір.

Механізм реалізації страхових продуктів зі страхування життя можна зобразити графічно (рис. 7.3).

Історично першою формою особистого страхування вважається страхування життя на випадок смерті застрахованої особи, проте з часом коло видів страхування життя розширювалось.

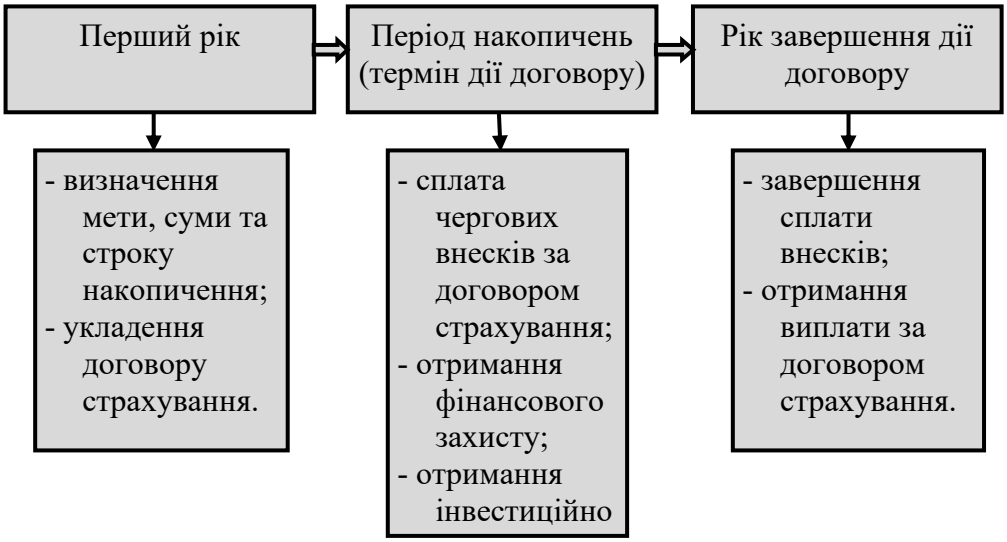

Рис. 7.3. Механізм реалізації страхових продуктів зі страхування життя

На сьогодні воно охоплює широкий спектр форм і видів (рис. 7.4):

- страхування на дожиття застрахованої особи до зазначеного в договорі віку з одноразовою виплатою капіталу;
- страхування життя на випадок смерті;
- змішане страхування життя;
- страхування дітей до вступу у шлюб;
- страхування життя з виплатою ануїтету;
- довгострокове страхування життя працівників підприємств, установ за рахунок коштів роботодавців;
- страхування життя позичальника кредиту та ін.

На сучасному етапі найбільш популярними видами страхування життя, які мають заощаджувальну функцію є: змішане страхування життя, страхування дітей, страхування до вступу у шлюб (весільне страхування), довічне страхування, страхування добровільної пенсії.

Змішане страхування життя – різновид страхування життя, що об'єднує в одному договорі кілька самостійних договорів страхування, зокрема: на випадок дожиття до закінчення терміну страхування; смерті застрахованого; втрати здоров'я від нещасних випадків. Зазвичай, страхувальниками є дієздатні фізичні особи віком від 18 до 72 років Договір страхування може бути укладений

на 3, 5, 10, 15, або 20 років. По закінченні терміну страхування страхувальникові має бути не більше 75 років. З огляду на добровільну форму змішаного страхування життя вимоги до віку страхувальника в правилах страхування можуть бути іншими.

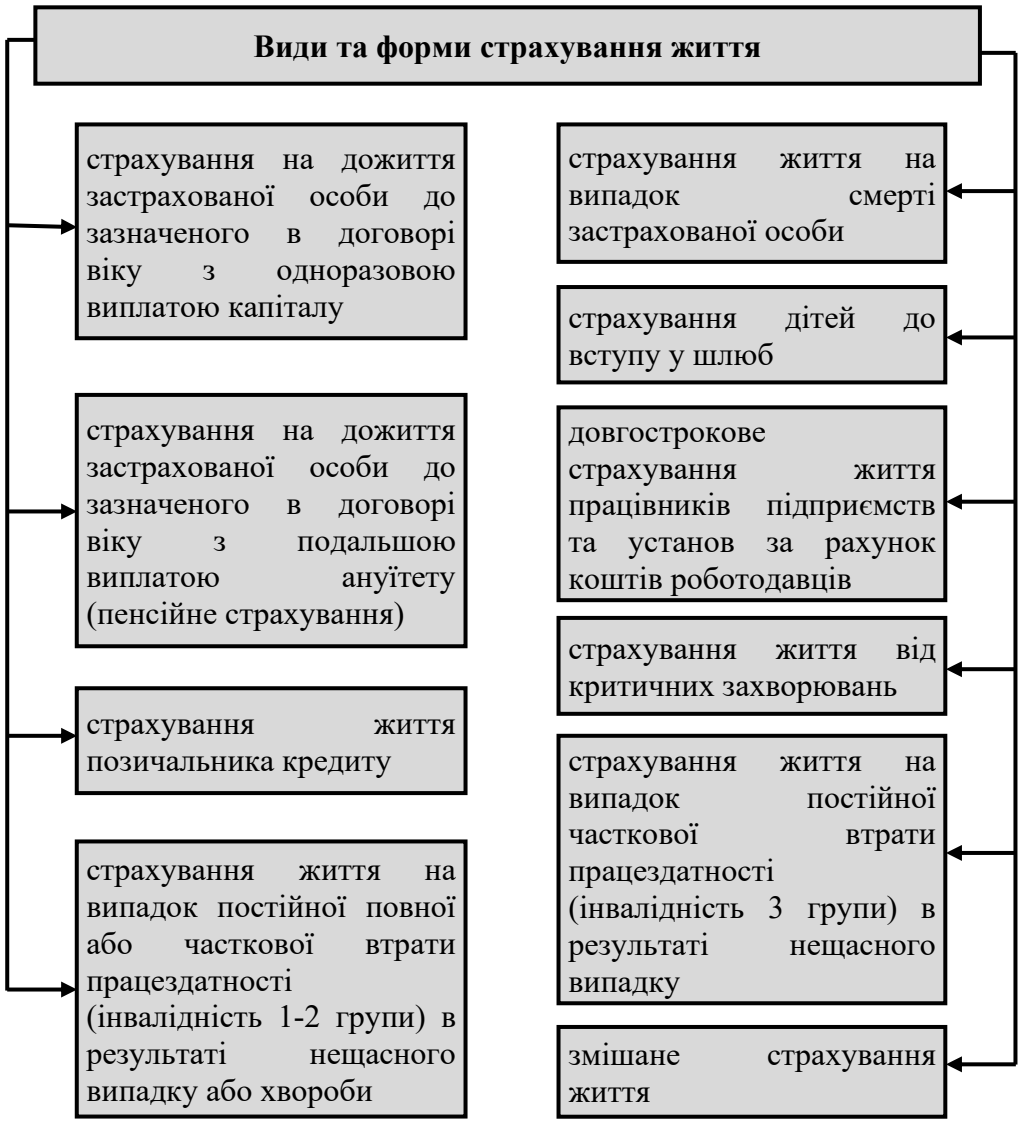

Рис. 7.4. Класифікація основних видів та форм страхування життя

Страхування дітей – у договорі страхування поєднуються умови дожиття застрахованої дитини до 18 років, смерті в період дії договору, а також втрата життя, здоров'я внаслідок нещасного

випадку. Страхувальниками можуть бути батьки, родичі, опікуни дитини, а також підприємства, які турбуються про страховий захист життя дітей своїх працівників. Застрахованою є дитина у віці від 0 до 18 років. Мінімальний термін страхування становить 3 роки, якщо договір укладається на користь дитини, яка досягла 15 років, максимальний – 18 років, який встановлюється у випадку страхування дитини віком від 0 до 6 місяців.

Весільне страхування (страхування дітей до вступу у шлюб) – один із різновидів страхування життя, що передбачає дожиття застрахованою особою до особливої події на дату повноліття. За сукупністю ризиків схоже на змішане страхування, за категорією застрахованих – із страхуванням дітей, але передбачається поруч із дожиттям до 18 років особлива подія (весілля). Проте умови весільного страхування дещо відрізняються від традиційного змішаного страхування життя. Першою особливістю весільного страхування є гарантована виплата страхового забезпечення застрахованій особі до весілля, в тому числі у випадку, коли в період дії договору страхування оплата страхових внесків буде припинена у зв'язку зі смертю страхувальника. Тому найбільш зацікавлені в цьому виді страхування бабусі та дідусі, яких особливо влаштовує виплата страхового забезпечення онукам і онучкам при реєстрації шлюбу, навіть коли страхувальник не доживе до закінчення терміну страхування і не оплатить всі внески за договором у повному обсязі. Іншою особливістю є та, що страхове забезпечення виплачується застрахованій особі після закінчення терміну страхування у зв'язку з реєстрацією шлюбу. Відповідальність страховика закінчується із досягненням дитиною повноліття, однак виплата здійснюється лише через визначений проміжок часу. Від моменту закінчення терміну дії договору і до моменту виплати страхового забезпечення з нагоди реєстрації шлюбу застрахованої особи (або по досягненню нею 21 року) договір діє в повному обсязі в частині інших ризиків, включених до обсягу відповідальності страховика. Крім того, за зазначений вичікувальний період (від 18 до 21 року) розмір страхової суми, належної до оплати, збільшується на додатковий відсотковий дохід, який врахований у структурі тарифної ставки.

Довічне страхування життя – страховик приймає на себе зобов'язання з виплати страхової суми, встановленої у договорі страхування, вигодонабувачам (спадкоємцям) застрахованого після

його смерті. Таким чином страховим випадком визнається смерть застрахованої особи в період дії договору з будь-якої причини, за винятком смерті, що є наслідком: самогубства застрахованого, якщо договір страхування діяв на той час менше двох років; захворювання СНІДом; алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння. У випадку дострокового припинення договору у зв'язку зі смертю застрахованої особи з перерахованих причин, спадкоємцям повертається сума сплаченої страхувальником премії. Поліс довічного страхування на випадок смерті забезпечує додатковий дохід. На страховий резерв, сформований зі страхових внесків, щорічно нараховуються відсотки, що додаються до страхової суми. Чим довше буде діяти договір, тим більшою буде страхова сума.

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

Рента страхова (annuity) регулярний (щомісячний) дохід страхувальника, пов'язаний з одержанням довічної або тимчасової пенсії (ренти) за рахунок попередньо внесених у страховий фонд коштів. Якщо розрахунки за рентою виконуються на початку кожного періоду, то рента називається пренумерандо, якщо в кінці періоду – то постнумерандо.

7.3. Страхування від нещасних випадків

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

Під *нещасним випадком* розуміється раптова, короткочасна, непередбачена та незалежна від волі застрахованої особи подія, що призвела до травматичного ушкодження, каліцтва або іншого розладу здоров'я людини.

Страхування від нещасних випадків виникло в середині XIX ст. в Англії у зв'язку з будівництвом залізниці. Згодом воно з'явилося і в Німеччині, а потім в інших країнах світу.

Страхування від нещасних випадків, на відміну від страхування життя, є ризиковим видом страхування. По-перше, це означає, що настання страхового випадку можна передбачити з певною мірою вірогідності, а, по-друге, якщо імовірна подія настає, то застрахований отримує страхову виплату, якщо ні, то виплати не здійснюють і страхові платежі не повертаються.

Страхування від нещасних випадків доповнює діючу систему соціального страхування, функціонування якої передбачено законодавством України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Страхування від нещасних випадків за формою проведення може бути обов'язковим і добровільним.

Згідно Закону України «Про страхування» добровільне страхування від нещасних випадків здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком. При цьому, загальні умови і порядок здійснення такого страхування визначаються правилами страхування, що встановлюються страховиком самостійно відповідно до вимог цього закону, а конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування.

Особливостями договорів добровільного страхування від нещасних випадків є:

1) Обмеження щодо строку дії. За необхідністю договори страхування від нещасних випадків укладаються на різні терміни, наприклад:

- декілька годин, якщо застрахована особа переїздить з одного місця до іншого (касири, інкасатори банків, охоронці тощо);
- декілька днів (тижнів), якщо застрахована особа подорожує або здійснює небезпечну для здоров'я роботу;
- до одного року, якщо страхувальник або безпосередньо застрахована особа, піклуються про життя, здоров'я та працездатність.

2) Обмеження щодо віку застрахованої особи. Як правило, вік застрахованої особи на день укладення договору страхування не

повинен бути менш 16 років, а на день закінчення дії договору страхування не повинен перевищувати 65 років. Але все частіше, піклуючись про майбутнє своїх нащадків, батьки забезпечують своїх неповнолітніх дітей страховим захистом від нещасного випадку.

3) Страхові виплати здійснюються не за фактом настання нещасного випадку, а за його наслідками. При цьому, розмір страхової виплати залежить у певній пропорції від страхової суми та ступеню погіршення стану здоров'я, працездатності або часу лікування застрахованої особи.

При укладанні договору страхування страхувальник (за згодою застрахованої особи) має право призначити фізичних або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхової виплати в разі смерті застрахованої особи у разі настання нещасного випадку, а також змінювати їх до настання зазначеного страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

До страхових випадків за цим видом страхування, як правило, відносяться:

- смерть застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що настала на виробництві чи в побуті, але смерть природна, яка настала внаслідок хвороби, старості не є страховим випадком;
- встановлення первинної інвалідності застрахованій особі внаслідок нещасного випадку, що стався на виробництві чи в побуті;
- тимчасова втрата працездатності (не менше 5 робочих днів) застрахованою особою внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії договору страхування на виробництві чи в побуті.

У випадку смерті страхувальника спадкоємцям виплачується максимальна страхова сума.

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

Постраждалим від нещасного випадку може бути встановлена перша, друга чи третя група інвалідності.

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Підставою для встановлення другої групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, та не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Підставою для встановлення третьої групи інвалідності є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими дефектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Інвалідність може бути встановлена на строк від 1 до 3 років або безстроково.

Безстрокова інвалідність означає постійну інвалідність, під якою розуміють фізичні або функціональні втрати, які наносять застрахованому непоправної шкоди.

Ступінь втрати здоров'я впливає на величину страхової суми, що виплачується застрахованій особі за наслідками нещасного випадку.

Під непрацездатністю слід розуміти неможливість продовжувати професійну діяльність або виконувати звичні обов'язки протягом певного проміжку часу. Під впливом лікування непрацездатність минає. Експертиза тимчасової непрацездатності здійснюється у лікувально-профілактичних установах і засвідчується лікарняним листом або відповідною довідкою.

Не можуть бути застрахованими:

1) особи, що визнані у встановленому порядку недієздатними;

2) особи, що страждають тяжкими нервовими захворюваннями;

3) інваліди I групи.

Кожна страхова компанія визначає свій перелік обмежень та винятки. При цьому досить важливо, щоб це було визначено правилами добровільного страхування від нещасних випадків.

Як правило, за цим видом страхування можуть передбачатися випадки, коли страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо страхові випадки:

- сталися при спробі вчинення чи вчиненні застрахованою особою протиправних дій;
- безпосередньо або опосередковано пов'язані з військовими діями будь-якого роду;
- настали внаслідок внутрішнього безладу, якщо застрахована особа приймала в них участь на стороні порушників громадського спокою;
- виникли внаслідок інфаркту або інсульту у застрахованої особи;
- пов'язані з порушенням свідомості чи істотним погіршенням психічного стану застрахованою особою під впливом алкоголю, наркотиків, токсичних препаратів, а також медикаментів, що приймаються застрахованою особою не за призначенням лікаря;
- викликані тілесними або іншими ушкодженнями здоров'я застрахованої особи при самолікуванні або при лікуванні застрахованої особи особою, що не має відповідної медичної освіти;
- сталися при вчиненні застрахованою особою самогубства чи спроби самогубства;
- сталися під час занять активними видами спорту чи участі в спортивних заходах, при підготовці до цих заходів, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

Законодавством України також передбачено право страховика при необхідності робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні установи та інші підприємства, установи, організації, що мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причину та обставини страхового випадку та залучати для розслідування обставин випадку третіх осіб (в тому числі – експертів).

Страхові компанії, що здійснюють страхування від нещасних випадків, під час укладення договорів страхування враховують ряд факторів, що стосуються застрахованої особи, зокрема професію та умови роботи; вік і стан здоров'я; заняття спортом, хобі, керування автомобілем (мотоциклом); інші заняття застрахованого.

При визначенні групи ризику вирішальним є *професія або рід*

занять застрахованої особи. Залежно від цього розрізняють декілька таких груп:

- група незначного ризику – безпосередньо не зайняті у процесі виробництва, умови праці яких не пов'язані з підвищеним ризиком щодо одержання травми, зокрема: службовці, інженерно-технічні працівники та інші категорії громадян, артисти драматичних та музичних театрів, працівники банків (крім осіб, які зайняті інкасуванням та перевезенням цінних речей та грошей), працівники побутового та комунального господарства, педагогічний персонал позашкільних дитячих закладів, викладачі та студенти навчальних закладів, домогосподарки, службовці бібліотек, персонал готелів, двірники тощо.
- група середнього ризику – зайняті у процесі виробництва, умови праці яких пов'язані з підвищеним ризиком щодо одержання травми, зокрема: працівники сільського господарства, медичні працівники, працівники торгівельної мережі та харчування, працівники пошти та телеграфу, кіоскери, особовий склад аеродромного обслуговування, інкасатори та касири, працівники ветеринарних лікарень, газоелектрозварювальники, слюсарі, артисти естради, балету та танцювальних ансамблів, робітники обробної промисловості, працівники поліграфічних підприємств, пожежна охорона, військовослужбовці (крім зайнятих у військових операціях), окремі категорії працівників правоохоронних органів, службовці наглядових та фіскальних органів, працівники будівельної, машинно-будівельної та скляної промисловості, працівники транспорту (крім повітряного), працівники електростанцій та експедицій тощо.
- група підвищеного ризику – особи, діяльність яких пов'язана з особливим ризиком та шкідливим виробництвом, зокрема: працівники преси та медіа, цивільної авіації, окремі категорії працівників правоохоронних органів, випробувачі автомашин і літаків, артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапеціях, акробати, гімнасти, автомотогонщики, дресирувальники диких тварин, наїзники коней, каскадери; водії транспортних засобів, працівники гірничодобувної

промисловості (особи, які виконують роботи в підземних умовах, бурильники нафтових і газових свердловин), моряки, верхолази, рятувальники, монтажники тощо.

На практиці у правилах страхування від нещасних випадків страхові компанії зазвичай виділяють чотири групи ризику професій:

- 1-ша група – офісні працівники й персонал, не залучений до промислового виробництва;

- 2-га група – особи, зайняті в процесі виробництва (машинобудівній, деревообробній, легкій промисловості), будівельники, працівники залізничного, річкового транспорту, водії;

- 3-тя група – працівники металургійної, нафтової та газової промисловості, морського транспорту, мотоциклісти;

- 4-та група – робітники галузей із підвищеним ступенем небезпеки (підривники, працівники хімічного виробництва, водолази, електрики високовольтних ліній, пожежники тощо).

Важливим критерієм відбору ризику є *здоров'я*. Попередній медичний огляд застосовують у спірних і незрозумілих ситуаціях. Страхова компанія бере до уваги ті захворювання та фізичні дефекти, які:

- зумовлюють настання нещасного випадку;
- подовжують період видужування;
- збільшують витрати на лікування;
- ускладнюють визначення факту настання нещасного випадку.

Ризик нещасного випадку збільшується з *віком*, тому що людина поступово втрачає рухливість та окремі рефлексні рухи, що може призвести до настання нещасного випадку, хоча літнім людям притаманна більша обережність і менша схильність до ризику.

Страхові компанії не схильні підписувати договори з особами, які вимагають укласти їх на великі страхові суми, мають несприятливе матеріальне становище або з якими траплялися нещасні випадки кілька разів за невеликий період часу.

Добровільне страхування від нещасних випадків поділяється на *індивідуальне* і *колективне*.

До обов'язкових видів страхування від нещасних випадків належить, зокрема, *особисте страхування від нещасних випадків на транспорті.* Порядок здійснення цього виду страхування визначений Положенням про обов'язкове особисте страхування від

нещасних випадків на транспорті, затвердженим Постановою КМУ від 14.08.96 р. № 959 (зі змінами).

У разі страхування групи осіб (колективу) до заяви на страхування додається список осіб, які мають бути застраховані, за формою, що визначається страховиком.

За цим видом страхування страховий захист поширюється на пасажирів залізничного, морського, внутрішнього водного, автомобільного і електротранспорту (крім внутрішнього міського), а також водіїв, машиністів, кондукторів, механіків та інший обслуговуючий персонал.

Застрахованими особами за обов'язковим особистим страхуванням від нещасних випадків на транспорті вважають:

- пасажирів із моменту оголошення посадки в морське або річкове судно, потяг, автобус або інший транспортний засіб до моменту завершення поїздки;
- водії лише на час обслуговування поїздки.

Страховий платіж утримує з пасажира перевізник, який діє від імені страховика за винагороду на підставі договору доручення на всіх видах транспорту. Пасажири, які мають право на безкоштовний проїзд відповідно до чинного законодавства, підлягають обов'язковому особистому страхуванню без сплати страхового платежу й отримання ними страхового поліса.

Страхувальниками водіїв є юридичні особи або дієздатні громадяни – суб'єкти підприємницької діяльності, які є власниками транспортних засобів чи експлуатують їх та уклали зі страховиком договори страхування.

Розмір страхової суми для кожного застрахованого становить 6 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (НМДГ).

Страховим випадком є аварія на транспорті з відповідними наслідками для здоров'я пасажира:

- загибель або смерть пасажира внаслідок нещасного випадку – 100% страхової суми;
- інвалідність: I група – 90% страхової суми; II група – 75% страхової суми, III група – 50% страхової суми;
- тимчасова втрата працездатності – 0,2% страхової суми за кожен день втрати працездатності, але не більше 50% страхової суми.

7.4. Медичне страхування

Медичне страхування – це страхування на випадок втрати здоров'я через будь-яку причину, зокрема хворобу та нещасний випадок.

Страховими ризиками медичного страхування є:

- хвороба застрахованої особи;
- ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- смерть застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування в медичному закладі.

Найбільш типовим страховим ризиком в медичному страхуванні є захворювання застрахованого, а страховим випадком (подією) – звернення застрахованого в медичну установу й надання йому послуг з лікування. На відміну від страхування від нещасних випадків ризик смерті як самостійний чи окремий ризик у такому разі непередбачений.

Виділяють ряд основних завдань медичного страхування (рис. 7.5).

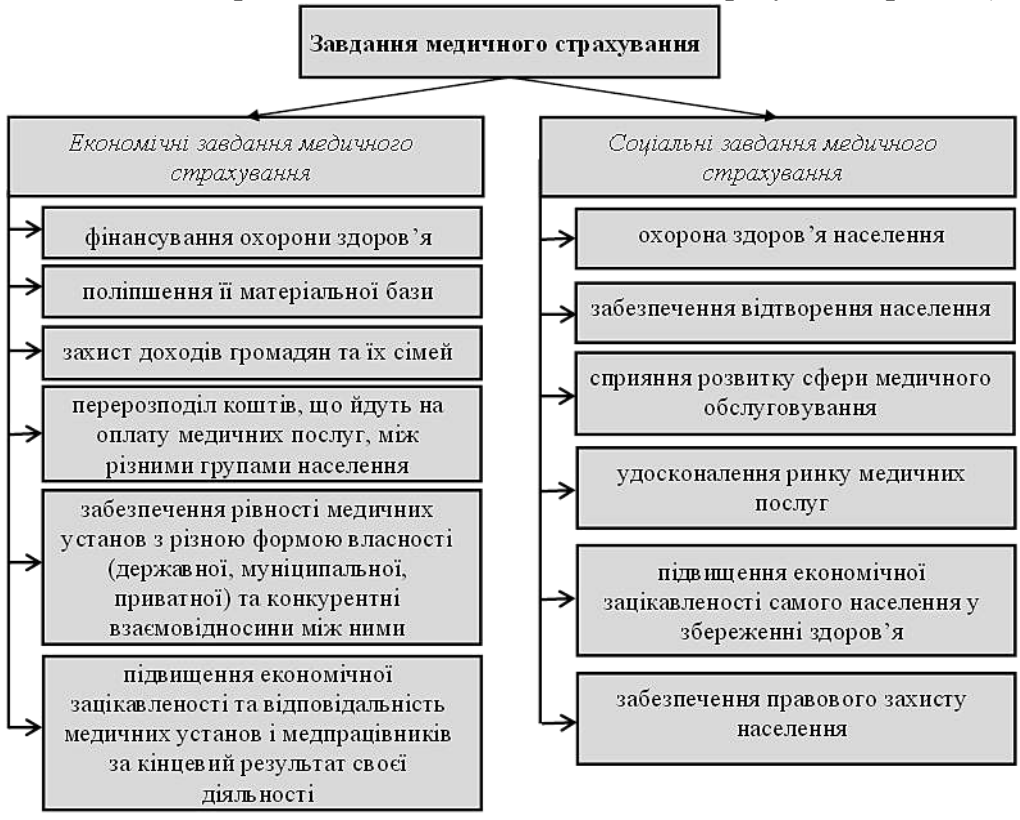

Рис. 7.5. Соціальні та економічні завдання медичного страхування

Функції медичного страхування представлені у табл. 7.3.

Таблиця 7.3

Функції медичного страхування

Функція	Зміст
Ризикова	полягає в захисті та відновленні майнових інтересів застрахованих осіб, пов'язаних із витратами на отримання медичної допомоги під час звернення до медичних установ, завдяки перерозподілу коштів страхового фонду, сформованого спеціалізованою організацією (страховиком) з урахуванням випадкового характеру подій.
Ощадна	забезпечує захист і поліпшення рівня життя населення завдяки використанню механізму капіталізації та проявляється під час накопичувальних видів страхування, які мають довгостроковий характер.
Інвестиційна	дає змогу інвестувати тимчасово вільні кошти страхових організацій в економіку країни.
Превентивна	пов'язана з фінансуванням заходів, спрямованих на зменшення страхового ризику та дає змогу страховикам знижувати імовірність їхнього настання. Водночас попереджувальна функція страхування відображає економічну зацікавленість усіх учасників страхових відносин у тому, щоб негативні події, що завдають шкоди, не настали. Тому основним завданням страхових організацій, а також економічних суб'єктів господарювання є попередження ризикових обставин за допомогою заходів щодо зменшення імовірності настання страхових випадків, ступеня їхнього негативного впливу та масштабів можливих збитків.
Контрольна	проявляється в процесі формування та використання коштів резервів. Тому контрольна функція медичного страхування полягає в дії механізмів, що забезпечують достатність сформованих страхових резервів для виконання страховиками їхніх зобов'язань, а також у контролі якості медичної допомоги, що надається застрахованим особам.

Особливості прояву кожної конкретної функції в сукупності своїй розкривають суспільне призначення медичного страхування. Так, ризикова (її ще називають «захисна») проявляється в тому, що отримавши страховий поліс, людина відчуває себе захищеною від ризиків втрати здоров'я через відсутність фінансового забезпечення лікування; превентивна функція проявляється в тому, що страховик, який уклав договори медичного страхування, з метою уникнення великих виплат при настанні страхової події, вживає попереджувальні заходи, спрямовані на профілактику захворюваності, що дозволяє і застрахованій особі, і страховику набувати впевненості щодо недопущення розвитку хвороби або виявлення її на ранній стадії. Контрольна функція проявляється в тому, що страхова компанія обирає для своїх клієнтів певні лікувально-профілактичні установи, а також контролює процес надання медичних послуг, що дозволяє запобігти зайвим призначенням і зайвим витратам. Решта з перелічених функцій здебільшого стосуються управління страховим капіталом, проте вдале його розміщення та збереження забезпечує виконання страховиком своїх страхових зобов'язань за полісами медичного страхування.

Медичне страхування ґрунтується на певних принципах. Зокрема виокремлюють принципи еквівалентності, солідарності та відшкодування (табл. 7.4).

Таблиця 7.4

Принципи медичного страхування

Принцип	Зміст
Еквівалентності	передбачає дотримання рівноваги між зобов'язаннями страховиків щодо здійснення страхових виплат і страхувальників зі сплати страхових премій. Поширюється на проведення медичного страхування в добровільній формі.
Солідарності	полягає в організації оплати медичної допомоги, наданої застрахованій особі, яка має поліс медичного страхування, коштом усіх учасників страхування, а не тільки в обсязі премій, сплачених особою, яка звернулася за медичною допомогою.
Відшкодування	передбачає надання медичної допомоги в межах програми, за яку була сплачена страхова премія під час добровільного медичного страхування, а також територіальної програми під час обов'язкового медичного страхування.

Для медичного страхування характерною є наявність декількох суб'єктів страхової діяльності, серед яких: страховики, страхувальники, застраховані особи та медичні установи (табл. 7.5).

Таблиця 7.5

Характеристика суб`єктів медичного страхування

Суб'єкт	Характеристика
Страховики (страхові медичні організації, компанії, фонди)	Юридичні особи, які створені і функціонують в організаційно-правових формах у відповідності до чинного законодавства країни, а також отримали у встановленому порядку ліцензію для здійснення цієї діяльності.
Страхувальники	Юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі страховиками договори страхування. При обов'язковому медичному страхуванні страхувальниками для працюючого населення виступають підприємства та роботодавці, а для непрацюючого – органи місцевого самоврядування. При добровільному страхуванні страхувальниками є підприємства, громадські, благодійні організації та інші юридичні особи, а також працездатні громадяни.
Застрахований	Особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чиє життя, здоров'я та працездатність є об'єктом страхового захисту. Застрахована особа зобов'язана не створювати свідомо ризику втрати свого здоров'я і здоров'я інших громадян, достовірно інформувати медичну установу і страховика про стан свого здоров'я і можливі ризики його погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, де надається медична допомога.
Медичні установи	Є самостійними суб'єктами господарювання. Вони укладають угоди з медичними страховими організаціями і працюють згідно з ними. Медичні установи, що надають послуги у системі медичного страхування, повинні отримати ліцензію на їх здійснення.

Медичне страхування можуть проводити як у добровільній, так і в обов'язковій формах. Кожна з цих форм має певні особливості щодо суб'єктів страхування і умов страхового захисту, водночас обидві пов'язані з однією з найбільш важливих галузей сфери послуг – охорони здоров'я. 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.

Кожна з двох форм проведення медичного страхування має спільні риси та свої особливості: порядок проведення, організаційно-правові та економічні принципи, фінансовий механізм реалізації. Спільні риси, які притаманні добровільному і обов'язковому медичному страхуванню, обумовлені їх соціальним призначенням (табл. 7.6). Зокрема, до спільних рис можна віднести і однакову економіко-правову природу, а також мету здійснення, що свідчить про потребу застосування у державі паралельних систем захисту майнових інтересів зацікавлених осіб при настанні страхових випадків.

Таблиця 7.6

Спільні ознаки добровільного і обов'язкового медичного страхування

Зміст ознаки	**Добровільне медичне страхування**	**Обов'язкове медичне страхування**
Відношення до страхування	Постійний страховий інтерес до захисту та підтримання здоров'я на належному рівні	
Об'єкт страхування	Здоров'я, яке проявляється в майнових інтересах, пов'язаних з витратами на надання медичної допомоги і проведення профілактичних заходів	
Сплата страхової премії	Необхідна умова забезпечення страхового покриття	

Відповідно до принципів, які відображають економічну сутність і зміст добровільного і обов'язкового страхування, можна виявити відмінності реалізації ОМС і ДМС у практиці страхової справи (табл. 7.7).

Таблиця 7.7

Принципові відмінності обов'язкової та добровільної форми медичного страхування

Обов'язкова форма (ОМС)	Добровільна форма (ДМС)
Публічність страхових відносин	Конфіденційність страхових відносин
Суцільне охоплення об'єктів страхування	Вибіркове охоплення об'єктів страхування
Безстроковість	Обмеження терміну
Уніфікованість набору страхових послуг	Різноманітність страхових послуг
Автоматичність дії страхування	-
Тарифікація за мінімальною ставкою	Тарифікація у відповідності з ринковим попитом
Обов'язковість відшкодування шкоди	-
Нормування страхових виплат	Диференціація страхових виплат

Істотними відмінностями системи добровільного медичного страхування є цілеспрямованість страхового внеску, який може бути використаний лише в медичних цілях і певна обмеженість ролі держави, яка при ОМС визначає перелік основних видів допомоги, коло застрахованих, величину страхового внеску, встановлює правила взаємодії всіх учасників сторін, контролює фінансові потоки тощо.

При обов'язковому медичному страхуванні (ОМС) об'єктом є життя і здоров'я громадян. Мета його проведення полягає у забезпеченні громадянам у разі виникнення страхового випадку можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

Обов'язкове медичне страхування перебуває під контролем держави й характеризується безприбутковістю, а також має риси соціального страхування. За обов'язкового медичного страхування страхові суми, розмір внесків, порядок їх сплати й процедура виплати страхових сум визначені законодавством. Страхувальником є роботодавець (підприємець, підприємство, установа або

організація), тому страхування переважно охоплює працююче (зайняте) населення, а для медичного страхування дітей, школярів, непрацюючої молоді, інвалідів і пенсіонерів застосовують додаткові програми або добровільне медичне страхування.

Суб'єктами ОМС є:

- *страховики* – незалежні страхові організації, які мають статус юридичної особи і ліцензію держави на право здійснювати медичне страхування. Страхові медичні організації за рахунок сформованих страхових фондів здійснюють оплату медичної допомоги застрахованим, а також інші види діяльності з охорони здоров'я громадян. Страхові медичні організації здійснюють свою діяльність на основі договорів про співробітництво із медичними установами.

У системі ОМС страховиком можуть бути і фонди ОМС, які являють собою самостійні державні некомерційні фінансово-кредитні установи, що створюються для реалізації державної політики в галузі медичного страхування.

- *страхувальники* – роботодавці (підприємства, установи, організації); селянські (фермерські) господарства; особи, які здійснюють індивідуальну трудову діяльність; особи, які займаються підприємництвом без створення юридичної особи; громадяни, які мають приватну практику у встановленому порядку; громадяни, які використовують працю найманих працівників у особистому господарстві; для непрацюючого населення – органи державного управління, виконавчої влади, місцеві адміністрації;
- з*астраховані* – громадяни, на користь яких укладаються договори страхування;
- *медичні установи* – установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг згідно з програмами ОМС (лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні інститути, інші установи, що надають різні види медичної допомоги).

Що стосується добровільного медичного страхування (ДМС), то його об'єктом є майнові інтереси страхувальника або застрахованого, які пов'язані з витратами на одержання медичної

допомоги. ДМС базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

Суб'єктами ДМС є:

- *страховики* – незалежні страхові компанії (організації), які мають статус юридичної особи, а також ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування;
- *страхувальники* – дієздатні фізичні або юридичні особи. Страхувальники-фізичні особи мають право укладати договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб. Основними страхувальниками з ДМС, зазвичай, є підприємства, які укладають договори колективного страхування на користь усіх працівників або окремих професійних груп. Підприємства сплачують страхові внески із отриманого прибутку;
- *застраховані* – громадяни, на користь яких укладаються договори страхування. Якщо фізична особа укладає договір страхування відносно себе самої, то страхувальник і застрахований є однією особою;
- *медичні установи* – установи, які мають ліцензію на право надання медичної допомоги і послуг у системі добровільного медичного страхування (лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні інститути, інші установи, що надають різні види медичної допомоги).

Схему взаємодії основних суб'єктів ДМС унаочнює рис. 7.6.

Відносини між суб'єктами добровільного медичного страхування базуються на двох договорах: договорі страхування, укладеному між страховиком та страхувальником, і договорі на надання лікувально- профілактичної допомоги, укладеному між страховиком та медичною установою. Договір добровільного медичного страхування укладають на підставі відповідної програми добровільного медичного страхування.

Страхувальник як фізична особа має право укладати договір як на свою користь, так і на користь третьої особи, яку вважатимуть застрахованою згідно з ним. Страхувальник як юридична особа укладає договори лише на користь третіх осіб, тобто трудового колективу, на який буде поширюватися страховий захист згідно з договором добровільного медичного страхування.

Рис. 7.6. Схема добровільного медичного страхування

Обсяг страхової відповідальності за договором добровільного медичного страхування визначений переліком страхових випадків, у разі настання яких у страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату. Страховим випадком є звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я за умови, що симптоми захворювання відповідають переліченим у договорі випадкам, які вважають страховими. Страхова сума, в межах якої страховик несе відповідальність щодо виплат, обумовлена вартістю вибраної страхувальником програми добровільного медичного страхування.

Програма є невід'ємною частиною договору страхування. Страховики можуть пропонувати програми, що відрізняються обставинами, за яких страхувальник буде отримувати медичну допомогу: амбулаторно, в стаціонарі, шляхом виклику медичної допомоги чи лікаря додому.

Крім того, програми можуть бути спрямованими лише на надання допомоги дітям чи дорослим, відрізнятися переліком медичних установ, залучених до реалізації послуг із медичного страхування. Програми відрізняються вартістю, на яку впливають усі вищезазначені умови.

Страховик виступає в ролі своєрідного посередника між страхувальником та медичною установою. Він бере на себе зобов'язання не лише оплатити, а й організувати застрахованому одержання гарантованої договором медичної допомоги. Відповідно страхова компанія здійснює страхову виплату шляхом перерахування вартості лікування на розрахунковий рахунок медичної установи на підставі виставлених останньою рахунків. Водночас страховик контролює не лише відповідність виставлених рахунків передбаченому договором переліку послуг, а й якість цих послуг, захищаючи в спірних ситуаціях страхувальника.

Законодавством передбачено такі різновиди здійснення добровільного медичного страхування (ДМС):

- медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- страхування здоров'я на випадок хвороби;
- страхування медичних витрат («медичний асистанс»).

За *медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)* страхувальниками можуть бути як фізичні, так і юридичні особи. У зв'язку з наданням медичних послуг у цьому виді страхування обов'язково бере участь медична установа. Перелік медичних послуг, які надають медичні установи на підставі договорів добровільного медичного страхування, відображений у програмах медичних послуг. Для здійснення страхування страховик повинен розробити правила, укласти з медичними установами договори про надання послуг та узгодити з ними програми медичних послуг і ціни на них.

Перед укладенням договору ДМС особа, яка буде застрахованою, повинна пройти медичний огляд. На його підставі визначають наявність певного захворювання (захворювань) або схильність до них. Після цього особі пропонують програму медичних послуг, після вибору якої встановлюють страхову суму, страховий тариф і визначають страховий платіж.

Після вступу в дію договору страхування застрахована особа може звернутися до медичної установи за наданням медичної

послуги. Медична установа перевіряє відповідність страхової події передбаченій у договорі страхування, і після цього надає застрахованому медичну послугу. Після завершення лікування медична установа надсилає страховій компанії рахунок для оплати вартості наданих послуг.

Страхування здоров'я на випадок хвороби має певні відмінності від безперервного страхування здоров'я.

Насамперед це стосується страхових ризиків, програм медичних послуг, способу виплати страхових сум та організаційних схем. Основним ризиком є хвороба, передбачена програмою медичних послуг, додатковими – встановлення інвалідності або смерть застрахованої особи внаслідок хвороби, передбаченої для лікування договором страхування. Особливістю цього виду страхування, що впливає й на його організаційну схему, є виплата страхових сум не медичним установам, а безпосередньо застрахованим особам.

Страхові тарифи зі страхування здоров'я на випадок хвороби встановлюють як суму тарифів на випадок хвороби, випадок інвалідності й випадок смерті. Страхове відшкодування виплачують у певному відсотку від витрат на лікування і воно залежить від виду хвороби.

Страхування медичних витрат («медичний асистанс») передусім призначений для оплати невідкладної медичної допомоги та ряду додаткових послуг під час перебування громадян України за її межами. Цей різновид медичного страхування передбачає надання лише найбільш необхідної медичної допомоги й перевезення особи на територію її країни для повноцінного лікування.

Враховуючи, що при страхуванні медичних витрат («медичному асистансі») надають не лише медичні, а й технічні та організаційні послуги, його можна вважати не цілком медичним, а здебільшого комплексним видом страхування, що повинен захистити подорожуючого від багатьох ризиків, пов'язаних із життям, здоров'ям, транспортуванням хворого або тіла померлого, перевезенням автомобіля, пошуком багажу тощо.

Обсяг страхового захисту, що може бути обраним за полісом медичного асистансу, поділяють на чотири категорії:

- категорія А передбачає лише надання послуг невідкладної медичної допомоги й оплату медичних

витрат та перевезення транспортним засобом до найближчої медичної установи; репатріацію у випадку хвороби до місця постійного проживання; репатріацію у випадку смерті; невідкладну стоматологічну допомогу;

- категорія B містить усі пункти, передбачені категорією A, й додатково забезпечує візит третьої особи у разі перебування застрахованого в лікарні понад 10 діб; дострокове повернення застрахованої особи у випадку смерті найближчих родичів (чоловіка, дружини, дітей, батьків); евакуацію дітей;
- категорія C, включаючи категорії A та B, додатково передбачає надання юридичної й адміністративної допомоги: можливість зв'язатися з адвокатом; допомоги в порушенні справи про захист застрахованої особи; повернення та відправлення багажу за іншою адресою; передавання термінових повідомлень; допомогу в разі втрати або викрадення документів для їх заміни;
- категорія D охоплює категорії A, B, C та додатково обумовлює надання допомоги в разі поломки особистого автотранспорту та захворювання водія: організацію доставки всіх пасажирів до місця проживання в країні перебування (лише в країнах Європи); надання та оплату послуг іншого водія в разі захворювання водія; забезпечення евакуації пасажирів у країну проживання.

В Україні активно функціонує поки що лише добровільне медичне страхування, обов'язкове медичне страхування на сьогоднішній день не запроваджено, хоча воно регламентується законодавством щодо сфери його поширення, механізму визначення страхової суми та способів використання страхових фондів. Що стосується добровільної форми, то таке страхування проводиться сьогодні багатьма страховими компаніями за власними правилами, обумовленими договорами з лікувальними закладами.

Україна прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, наша держава може переймати цей досвід в інших країн світу.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, вважають Німеччину (1881 р.). Характерні особливості цієї системи:

- децентралізація, зміст якої полягає у тому, що в країні існує понад 1000 страхових кас: професійні, територіальні та ерзац-каси;

- обов'язковий характер медичного страхування.

Британська модель характеризується такими особливостями:

- високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;

- превалювання бюджетної системи фінансування;

- сплата пацієнтами 10% вартості лікування.

Американська модель медичного страхування характеризується такими ознаками:

- акумуляцією коштів у централізованому страховому фонді;

- розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20% населення;

- добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 60% населення.

У Канади риси національної системи медичного страхування такі:

- обов'язковість медичного страхування;

- понад 90% всіх витрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25% всіх витрат на охорону здоров'я;

- добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

Японська модель медичного страхування характеризується:

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;

- охопленням медичним страхуванням усіх, хто працює на підприємствах з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їх сімей;

- нарахування страхових премій (внесків) зі стандартного щомісячного доходу.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Історичні витоки особистого страхування.
2. Стан і перспективи розвитку страхування життя в Україні.
3. Стан і перспективи розвитку страхування від нещасних випадків в Україні.
4. Стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні.
5. Пенсійне страхування та його особливості.
6. Інвестиційне страхування життя та перспективи його впровадження і розвитку в Україні.
7. Зарубіжний досвід розвитку страхування життя.
8. Особливості функціонування моделей медичного страхування в економічно розвинутих країнах.
9. Необхідність та проблемні аспекти впровадження в Україні страхової медицини.
10. Необхідність, значення та принципи надання послуг асистансу в особистому страхуванні.

ТЕМА 8. СТРАХУВАННЯ МАЙНА

Зміст теми

8.1. Загальна характеристика страхування майна
8.2. Страхування майна юридичних осіб
8.3. Страхування майна фізичних осіб
8.4. Страхування транспортних засобів і вантажів
8.5. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств

8.1. Загальна характеристика страхування майна

Страхування майна – це галузь страхування, де предметом страхового захисту виступають майнові інтереси юридичних та фізичних осіб, що не суперечать чинному законодавству і пов'язані з правом володіння, користування та розпорядження майном.

Економічне призначення страхування майна полягає у відшкодуванні збитків, заподіяних страхувальникові внаслідок втрати, знищення, пошкодження майна при настанні страхового випадку.

Об'єктами страхування майна є майнові інтереси, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням майном.

Предметами страхування майна є нерухоме і рухоме майно: будівлі, споруди, сировина, матеріали, незавершене виробництво, готова продукція, транспортні засоби, вантажі, багаж, домашнє майно, врожай тощо.

Найбільш поширеними страховими ризиками є знищення, пошкодження або втрата майна внаслідок вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ, технічних аварій і катастроф та протиправних дій третіх осіб.

Страхування майна належить до загального (ризикового) страхування. Усі види страхових послуг у галузі майнового страхування за статусом страхувальника поділяють на дві групи:

- послуги, що обслуговують майнові інтереси юридичних осіб;
- послуги, що обслуговують майнові інтереси фізичних осіб.

Така класифікація пояснюється різним змістом правил страхування. З врахуванням цієї обставини структуру галузі страхування майна формують дві підгалузі:

- страхування майна юридичних осіб;
- страхування майна фізичних осіб.

Водночас існують страхові послуги, що мають універсальний характер і можуть застосовуватися для забезпечення страхового захисту особистого майна громадян чи майна підприємств (організацій, установ).

За формою проведення страхування майна поділяється на обов'язкове та добровільне. Об'єкти, правила, страхові суми, форми договорів та тарифи для обов'язкових видів страхування встановлює Кабінет Міністрів України (вони є однаковими для усіх страховиків і страхувальників). Види добровільного страхування майна здійснюють згідно з розробленими страховиками правилами страхування, зареєстрованими в Уповноваженому органі (на сьогодні – НБУ). Конкретні умови страхування, зокрема об'єкти, страхові суми, термін дії договорів, обмеження, винятки та конкретні деталі узгоджують із власником чи користувачем майна (страхувальником) і зазначають у договорі страхування, тому умови добровільного страхування одних і тих самих видів майна різними страховиками можуть значно відрізнятися.

Види страхування майна відповідно до законодавчих змін трансформуються у відповідні класи страхування:

- страхування наземного транспорту (крім залізничного) (клас 3);
- страхування залізничного транспорту (клас 4);
- страхування повітряного транспорту (клас 5);
- авіаційне страхування цивільної авіації (майнові ризики) (клас 5);
- страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту) (клас 6);
- страхування засобів водного транспорту (клас 6);
- страхування вантажів та багажу (вантажобагажу) (клас 7);
- страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ (клас 8);
- страхування тварин (крім тих, що використовуються у цілях сільськогосподарського виробництва) на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та

нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановлених Кабінетом Міністрів України (класи 8, 9);
- страхування сільськогосподарської продукції (класи 8, 9);
- страхування майнових ризиків користувача надр під час дослідно-промислового і промислового видобування та використання газу (метану) вугільних родовищ (класи 8, 9);
- страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції» (класи 8, 9);
- страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб (класи 8, 9);
- страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, випадкового пошкодження або псування (класи 8, 9);
- страхування майна, переданого у концесію (класи 8, 9);
- страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ» (клас 9);
- страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування» від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР із наступними змінами) (клас 9).

8.2. Страхування майна юридичних осіб

Вагоме місце серед всіх видів страхування майна займає страхування майна юридичних осіб – підприємств, установ та організацій.

У групі страхування майна юридичних осіб переважають добровільні види страхування й насамперед страхування майна від вогневих ризиків і ризиків стихійних явищ. Умови добровільного страхування майна юридичних осіб, що пропонуються страховими компаніями, передбачають можливість страхового захисту не лише майна, що належить підприємству, а й майна, взятого в оренду, лізинг, на зберігання, перероблення, комісію чи ремонт від фізичних та юридичних осіб.

Об’єктами страхування майна юридичних осіб є будівлі,

споруди, передавальні пристрої, машини й обладнання, сировина та матеріали, незавершене виробництво, готова продукція.

Не приймають на страхування предмети, факт знищення яких складно встановити: грошові знаки, цінні папери, вироби з дорогоцінних металів, напівдорогоцінного та дорогоцінного каміння, рідкісні та антикварні предмети, слайди й фотокартки, предмети релігійного культу, філателістичні колекції, документи, рукописи, майно, що розміщене в застрахованому приміщенні, але не належить страхувальникові.

Рухоме майно приймається на страхування і знаходиться під страховим захистом тільки на території, вказаній у договорі страхування. При зміні місця перебування застрахованого майна підприємство повинно завчасно повідомити страховика й у випадку збільшення ступеню ризику сплатити додаткову страхову премію, визначену страховою компанією.

На особливих умовах, визначених у договорі, страховик може взяти під страховий захист майно, незалежно від його місця перебування.

Резервуари (трубопроводи, апарати тощо), інше технологічне обладнання знаходяться під страховим захистом за умови, якщо вони перебувають у тому технологічному зв'язку між собою і використовуються для тих речовин та матеріалів, які було відображено у заяві на страхування, технологічному регламенті, монтажно-технологічних схемах та в інших документах, що є доповненнями до договору страхування.

Юридичні особи можуть страхувати такі види майна:

- державне;
- власне;
- орендоване;
- заставне;
- лізингове.

Підприємства та організації можуть укладати такі види договорів страхування майна:

- основні;
- додаткові;
- спеціальні.

За *основним* договором можна застрахувати усе майно, що належить підприємству (організації): будівлі, споруди, передавальні

пристрої, силові та інші машини, обладнання, транспортні засоби, риболовецькі судна, знаряддя лову, об'єкти незавершеного виробництва, інвентар, готову продукцію, сировину, товари, матеріали та інше майно.

За *додатковим* договором можна застрахувати:

- майно, одержане підприємствами згідно з договором найму (в оренду, лізинг, прокат);
- прийняте від інших підприємств та населення для переробки, ремонту, перевезення, зберігання, на комісію тощо.

Спеціальний договір може бути укладено на страхування:

- окремого виду майна чи окремого об'єкта (вибіркове страхування);
- майна, переданого згідно з договорами найму (в оренду, лізинг, прокат);
- майна на час проведення експериментальних або дослідницьких робіт, експонування на виставках.

Порядок та основні умови страхування майна зазначаються у правилах страхування за видами майна чи ризиків, які розробляються самостійно окремими страховиками і підлягають реєстрації в Уповноваженому органі (на сьогодні – НБУ) при видачі ліцензії на право здійснення відповідного виду страхування.

У правилах страхування ще відображаються додаткові умови компенсації збитків, розмір франшизи, обов'язки сторін та інші обставини, які можуть впливати на страхове відшкодування та виконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальником.

В договорі вказуються страхові ризики, обсяг страхової відповідальності, винятки зі страхових випадків та обмеження страхування, страхова оцінка і страхова сума, принципи відшкодування збитків.

Страхова відповідальність – це перелік страхових ризиків, у випадку виникнення яких страховик бере на себе зобов'язання відшкодувати збитки. У страхуванні майна використовується стандартний перелік ризиків, який в окремих випадках може доповнюватися або конкретизуватися страховиком.

Загальним ризиком при страхуванні майна є знищення,

пошкодження або втрата майна, а конкретними ризиками є:

- вогневі ризики й ризики стихійних явищ (пожежа від удару блискавки, повінь, буря, злива, град, сель, землетрус та інші);
- технічні аварії та катастрофи (пожежа внаслідок аварії електрообладнання, вибух, неправильна експлуатація техніки й обладнання, аварії систем водо-, тепло- та енергопостачання);
- протиправні (навмисні) дії третіх осіб (крадіжка зі зломом, грабіж, навмисне знищення або пошкодження, підпал).

Страхувальники мають право застрахувати майно від всіх запропонованих у правилах страхування ризиків або обрати лише конкретні ризики. Розміри страхових тарифів встановлюються окремо за видами ризиків і коригуються залежно від рівня складності ризику та інших обставин. Для коригування використовуються понижувальні або підвищувальні коефіцієнти.

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

Не відшкодовуються збитки, що виникли внаслідок таких причин:

- обробки вогнем, теплом чи іншим термічним впливом на майно з метою переробки або в інших цілях (сушіння, зварювання, копчення, гаряча обробка тощо);
- пошкодження тиском, що виник внаслідок вибуху, а також обробка вибухом чи тиском у виробничих чи інших цілях (зварювання вибухом, закріплення матеріалів вибухом, штампування тиском тощо);

- використання вибухових речовин (динаміт, тротил тощо) та інших хімічних сполук або сумішей речовин, яким властиві швидкі екзотермічні реакції, що супроводжуються виділенням великої кількості тепла чи газів, спеціально призначених для проведення вибухів у тій чи іншій формах, чи для екзотермічних реакцій у режимі теплового вибуху тощо;
- груба недбалість чи намір страхувальника (у тому числі з метою збільшення розміру страхового відшкодування);
- порушення встановлених законодавством чи іншими нормативними актами правил та норм безпеки чи інших аналогічних норм;
- неминучі в процесі роботи чи природно пов'язані з нею випадки самозагоряння, корозії, гниття, природного зносу;
- усякого роду військові дії, громадянська війна, народні збурення, страйки та їх наслідки, реквізиція, арешт, конфіскація, знищення чи пошкодження майна за розпорядженням цивільної чи військової влади;
- дія бомб, мін, снарядів та інших знарядь війни;
- радіоактивне забруднення та (чи) вплив ядерної енергії у будь-якій формі;
- дія гризунів чи інших шкідників;
- обвал будівель чи їх частин, якщо такий обвал не викликаний страховим випадком;
- викрадення майна під час або безпосередньо після страхового випадку.

Метою встановлення таких обмежень є підвищення відповідальності страхувальника за збереження майна.

Страхову суму встановлюють у межах вартості (страхової оцінки) майна за цінами й тарифами, що діють на момент укладання договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

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

Для оцінювання основних засобів застосовують їх повну балансову вартість за вирахуванням величини зносу. Товарно-матеріальні цінності як власного виробництва, так і придбані

підприємством оцінюють за розміром фактичної собівартості або за цінами, що діяли на день укладання договору з вирахуванням зносу; об'єкти в стадії незавершеного будівництва – за розміром матеріальних і трудових витрат, фактично здійснених на момент страхового випадку; продукцію в процесі виробництва або оброблення – за вартістю витрачених на момент страхового випадку сировини, матеріалів і вкладеної праці; майно, отримане за договорами оренди, лізингу – за дійсною (балансовою) вартістю за даними бухгалтерського обліку підприємства, якому належить це майно, але не більше за суму, в межах якої страхувальник несе відповідальність перед власником. Майно також може бути застрахованим за відновною вартістю. Знос за основними засобами розраховують на основі норм амортизаційних відрахувань, визначених чинним законодавством.

Страхова сума може дорівнювати дійсній вартості майна, що гарантує повне відшкодування завданих збитків з урахуванням механізму дії безумовної (умовної) франшизи, якщо вона передбачена договором страхування. Якщо майно прийняте на страхування певною часткою (відсотком) від його повної вартості, всі об'єкти вважають застрахованими на таку частку (відсоток). Відхилення страхової суми від страхової оцінки змушує страхову компанію здійснювати відшкодування збитків за системою пропорційної відповідальності, за якої страхове відшкодування виплачують пропорційно до тієї частки збитків, що становить страхова сума до страхової оцінки.

Якщо майно застраховано у кількох страховиків і загальна страхова сума перевищує дійсну вартість майна, страхова виплата, що виплачується всіма страховиками, не може перевищувати дійсну вартість майна. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно до розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

ст. 94 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

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

Більш високі ставки застосовуються при страхуванні обладнання, приладів під час проведення дослідницьких та експериментальних робіт, космічної техніки. Підвищені ризики супроводжують транспортні засоби, тому вони страхуються за окремими тарифами.

Величина *страхової премії* залежить від страхового тарифу, страхової суми та деяких інших умов, зокрема:

- виду майна та умов його зберігання;
- технічного стану підприємства;
- виду виробництва;
- строку страхування;
- форми внесення страхових платежів;
- укладення договору з франшизою;
- безперервності страхування протягом кількох років;
- відсутності страхових випадків;
- здійснення превентивних заходів тощо.

При обчисленні страхових платежів враховуються також різні знижки, пільги, які надаються страхувальнику з боку страховика.

Страхові тарифи зі страхування майна переважно коливаються від 0,01% до 0,2% за вогневіризики й ризики стихійних явищ, від 0,1% до 1% за ризиками технічних аварій і катастроф та від 0,5% до 5% за ризиком дій третіх осіб (тариф за останній ризик залежить від захищеності підприємства й навіть від його розміру).

Майно вважається застрахованим, якщо між страховиком і страхувальником укладено договір страхування. Договір страхування переважно укладається на підставі письмової заяви страхувальника. У передбачених випадках до заяви може додаватись опис майна, який є невід'ємною частиною договору. При укладенні договору страхування страхувальник зобов'язаний надати страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику. В окремих випадках при укладенні договорів страхування майна може бути передбачено видачу страхувальнику страхового свідоцтва (страхового поліса).

Тривалість дії договорів страхування – від одного місяця до 11 місяців, один рік і більше (невизначений строк) із щорічним уточненням вартості майна.

Якщо у період дії договору страхування вартість майна змінюється, це зумовлює необхідність перерахунку страхової суми і страхових платежів та укладення додаткового договору на строк до закінчення дії основного договору, або навіть переукладання діючого договору.

Договір набуває чинності після сплати страхового платежу.

У разі настання страхової події із застрахованим майном:

- встановлюється факт настання страхової події;
- складається страховий акт про страховий випадок;
- визначається розмір збитку та страхового відшкодування;
- здійснюється страхова виплата.

При настанні страхового випадку страхувальник повинен:

- вжити заходів щодо запобігання та зменшення збитків;
- повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, визначений договором страхування;

Термін повідомлення про страховий випадок зазвичай встановлюють у межах трьох робочих днів.

- повідомити у відповідні органи про настання події згідно з їх компетенцією (поліцію, пожежну, аварійну служби тощо);
- надати страховику всі документи, необхідні для встановлення причин та розміру збитку;
- до прибуття представника страховика зберігати всі залишки знищеного або пошкодженого майна.

Загальні умови та порядок виплати *страхового відшкодування* зазначені у законодавстві, а конкретні умови визначені в правилах та в договорі страхування.

Якщо в договорі страхування не передбачено іншого, то збитки відшкодовуються таким чином:

- у разі пошкодження майна страхове відшкодування виплачується у розмірі різниці між заявленою страховою сумою та вартістю залишків майна, придатних для подальшого використання;
- у разі втрати майна страхове відшкодування виплачується в розмірі дійсної (відновної) вартості з вирахуванням зносу та вартості залишків майна, придатних для подальшого використання.

Розрахунок та виплата страхового відшкодування проводиться на підставі заяви страхувальника і страхового акта (аварійного сертифікату). Страховий акт складається страховиком або уповноваженою ним особою – аварійним комісаром з обов'язковою участю представника страхувальника.

Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку щодо застрахованого майна.

До суми збитку можуть включатись також витрати, пов'язані із врятуванням майна, збереженням його залишків до складання страхового акта, прибиранням та впорядкуванням території, проведенням експертизи та інші необхідні витрати.

Термін виплати страхового відшкодування вказується у договорі страхування.

У більшості випадків він не перевищує 15 днів від дня складання страхового акта та отримання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

Страховик може відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо страхувальник не виконав своїх зобов'язань, передбачених договором страхування. Підстави та порядок відмови визначаються законодавчо та правилами страхування. Ними можуть бути:

- навмисні дії страхувальника, спрямовані на спричинення страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування;
- отримання відшкодування збитків від винної особи;
- несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку або створення страховику перешкод у визначенні обставин та причин страхового випадку;
- інші випадки, передбачені законодавством.

Особливе місце серед страхування майна юридичних осіб займає *страхування технічних ризиків*.

В Україні зазначений вид страхування лише починає розвиватися. На сьогодні страхування технічних ризиків в Україні здійснюється як страхування будівельно-монтажних робіт.

Дія страхування технічних ризиків поширюється на такі об'єкти страхування:

- продукцію будівельно-монтажних та інших робіт, прямо пов'язаних з будівництвом, реконструкцією та капітальним ремонтом;
- продукцію пусконалагоджувальних робіт;
- будівельні машини, а також засоби та обладнання для виконання монтажу;
- обладнання будівельного майданчика;
- будови та споруди, які реконструюються або перебувають в процесі капітального ремонту.

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

При страхуванні будівельного підприємця від усіх ризиків страхувальниками є забудовники та будівельні підприємці. Об'єктами страхування є житлові будинки, промислові споруди, дорожні та залізничні об'єкти, мости, дамби, греблі, тунелі тощо. Страхові ризики: пожежа, вибух, удар блискавки; паводок, повінь, дощ, сніг; землетрус, зсув, обвал; злом, крадіжка. Термін страхування починається з моменту початку будівельних робіт або після вивантаження на будівельному майданчику застрахованих предметів і закінчується прийманням чи пуском в експлуатацію споруди.

Відповідну специфіку має страхування всіх монтажних ризиків істрахування будівельних (технічних) машин.

8.3. Страхування майна фізичних осіб

Страхування майна фізичних осіб є підгалуззю страхування майна. Об'єктом страхування виступає майно фізичних осіб, яке належить їм на правах особистої власності. Страхування майна фізичних осіб на сьогодні проводиться зазвичай в добровільній формі.

Конкретними об’єктами страхування майна фізичних осіб є:

- будинки (житлові, садові, дачні);
- господарські та допоміжні споруди (ферми, теплиці, гаражі, альтанки, огорожі, системи відведення води тощо);
- домашні тварини;
- домашнє майно (оздоблення квартир, меблі, одяг, побутова техніка, засоби зв’язку, електронна техніка тощо);
- технічні засоби (автомашини, сільськогосподарська техніка, обладнання для підприємницької діяльності, знаряддя для спорту та відпочинку).

Основними видами страхових подій є:

- стихійні лиха;
- нещасні випадки (пожежа, викид газу, падіння дерев);
- протиправні дії третіх осіб.

Правила проведення страхування майна фізичних осіб можуть значно відрізнятися у різних страховиків, проте переважно для них характерні такі умови:

- договори страхування майна громадян мають переважно короткостроковий характер;
- сплата страхових платежів може відбуватися в готівковій чи безготівковій формі, одноразово за весь строк страхування чи в декілька етапів;
- під час дії договору страхування страхувальник може укласти додатковий договір на термін, що залишився до кінця дії основного договору;
- для певних категорій страхувальників страховиками можуть надаватися пільги.

Під час укладання договорів страхування майно фізичних осіб поділяють на кілька груп залежно від його характеру й вартості, терміну служби та рівня ризиковості. Кожну з цих груп страхують окремо. Страхування нерухомого майна й транспортних засобів відбувається відповідно до тих самих ризиків і в тому самому порядку, що і юридичних осіб.

При страхуванні транспортних засобів фізичних осіб страхові компанії переважно застосовують дещо вищі тарифи, ніж при страхуванні юридичних осіб, тому що імовірність збитку за одиничним договором завжди вища, ніж за груповим зі страхування, наприклад, автомашин транспортного підприємства.

Страхування будівель і споруд

До об'єктів страхування будівель і споруд відносять: будівлі, житлові будинки, садові будинки, дачі, гаражі, погреби, сараї; зовнішні будівлі – тротуари, огорожа, ворота, збудовані на постійному місці; будівлі в стадії незавершеного будівництва, а також одночасно, з окремим визначенням страхової суми, можна застрахувати додаткове обладнання до будівель (газопровід, водозлив, водяні та газові лічильники та ін.), яке знаходиться у межах садиби страхувальника. Водночас у рамках страхування будівель не підлягає страхуванню рухоме майно, що там перебуває.

На страхування не приймаються зношені, аварійні і ті, що підлягають знесенню будівлі, а також об'єкти, що розташовані в зоні, якій загрожують обвали, зсуви, повені та інші стихійні лиха, якщо це визначено в установленому порядку.

Також страхування будівель не передбачає відшкодування збитків, що виникли через гниття, знос, ураження домовим грибком; конструктивні вади будівель, які були відомі страхувальникові до настання страхового випадку; навмисні дії страхувальника; ведення військових дій, виникнення громадських заворушень, конфіскацію майна, екологічні катастрофи.

Договір страхування будівель укладають на основі усної або письмової заяви страхувальника (переважно терміном на один рік або кілька місяців). Факт укладання договору страхування засвідчується страховим свідоцтвом встановленого зразка.

Договір страхування може бути укладено:

- на всі будівлі;
- на окремі будівлі, що належать страхувальнику;
- на окремі конструктивні елементи (вікна, двері тощо);
- на будівлі, зведення яких ще не завершено.

Договором можна передбачити страхування цивільної відповідальності страхувальника та членів його родини за шкоду, яка може бути заподіяна при користуванні (розпорядженні) будівлями.

Договір страхування набирає чинності з наступного дня, якщо він сплачується. готівкою, або з дня надходження страхового платежу на рахунок страховика – у разі безготівкового розрахунку.

Дія договору страхування припиняється через такий термін, на який його було укладено, у день, що передує числу, із якого договір набрав чинності.

Під час укладання договору страхування будівель визначають їх вартість (страхову оцінку). На її підставі визначають розмір страхової суми, страхового платежу, а в разі знищення або ушкодження будівель – розмір збитку та страхового відшкодування.

Страхову суму визначають окремо для кожної будівлі, що приймається на страхування, за домовленістю страхувальника зі страховиком, але вона не може перевищувати дійсної вартості будівлі. Коли договір укладено на страхову суму, меншу за страхову оцінку, страховик несе пропорційну відповідальність.

Розмір страхової суми незавершеного будівництва, що має в обов'язковому порядку фундамент та стіни, визначається в процентному відношенні до повної вартості будівлі.

Страхові платежі визначають за розміром страхової суми, терміном страхування та ступенем ризику з одночасним використанням граничних розмірів тарифних ставок.

У разі дострокового розірвання договору страхування з ініціативи страхувальника (наприклад, втрати права власності в результаті продажу або дарування будівель) йому повертають частину сплаченого платежу, якщо в період страхування не було страхового випадку.

У разі настання *страхового випадку* страхувальник повинен:

- вжити заходів щодо запобігання та зменшення збитків;
- протягом доби повідомити правоохоронні органи про знищення будівель внаслідок навмисних неправомірних дій третіх осіб, у разі пожежі – в органи пожежного нагляду;
- у термін, який зазначено в договорі страхування, письмово повідомити страховика про настання страхового випадку і в заяві докладно вказати, коли і за яких обставин знищено (пошкоджено) будівлі і в які компетентні органи про це заявлено;

– зберегти до прибуття на місце представника страховика пошкоджені будівлі в такому стані, який вони мали після припинення впливу страхової події.

Страховик повинен прийняти та зареєструвати заяву страхувальника про знищення або пошкодження будівель, скласти акт відповідної форми з обов'язковою участю страхувальника, при потребі зробити запит до компетентних органів або самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, обчислити суму збитку та страхового відшкодування, виплатити страхувальнику страхове відшкодування.

Страхове відшкодування виплачується, якщо знищення або пошкодження будівель сталося в результаті таких подій:

– стихійного лиха (буря, ураган, блискавка, злива, град, обвал, зсув, сель, вихід ґрунтових вод, осідання ґрунту, повінь, землетрус);
– нещасного випадку (пожежа, вибух, аварія опалювальної системи, водопровідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викид газу);
– неправомірних дій третіх осіб.

Страховик відшкодовує також збитки, пов'язані з розбиранням і перенесенням будівель у випадку, якщо їм загрожує знищення в результаті страхових подій, що зазначені вище.

Страхове відшкодування виплачується у розмірі збитку, але не більше страхової суми. Страхове відшкодування не виплачується, якщо пошкодження (знищення) будівель не пов'язано зі страховим випадком і якщо страхувальник вчинив навмисні дії, що спричинили збиток або призвели до скоєння злочину.

Страхування домашніх тварин

Страхування домашніх тварин – вид страхування майна, що забезпечує захист власникам на випадок захворювання або загибелі тварин. Договори добровільного страхування тварин укладають із фізичними особами, які є власниками тварин.

Об'єктами страхування тварин, що належать фізичним особам є здорові тварини з певними віковими обмеженнями: велика рогата худоба, коні віком від 1 місяця; свині від 6 місяців; мули й невелика рогата худоба (вівці, кози, віслюки) від 1 року; хутрові звірі (нутрії, кролі) із 45-денного віку; собаки від 6 місяців до 10–12 років; бджолосім'ї, коти, декоративні птахи, хом'яки; екзотичні тварини.

На страхування не приймають хворих, виснажених, а також тих тварин, які перебувають у місцевості, в якій оголошено карантин (крім тварин тих видів, які до цього захворювання не сприйнятливі).

Собак приймають на страхування, якщо вони зареєстровані, бджолосім'ї – після перевірки ветеринарно-санітарного паспорта пасіки.

Власники тварин зобов'язані дотримуватись рекомендацій щодо догляду за тваринами, їх годування й утримання, а також вжити всіх заходів, щоб запобігти їх захворюванню та загибелі. У випадку, якщо громадяни не виконують зазначених умов, то договір страхування не укладають.

Страхування тварин здійснюють на випадок:

- страхування на випадок загибелі або падежу тварин від хвороб чи стихійного лиха, нещасних випадків;
- страхування на випадок вимушеного забою тварини, якщо вона травмована через нещасний випадок і це робить неможливим її подальше використання, або якщо вимушений забій (за розпорядженням спеціальної ветеринарної служби) пов'язаний із вжиттям заходів, спрямованих на боротьбу з епізоотією чи невиліковною хворобою, що також унеможливлює подальше використання тварини;
- страхування на випадок лікування тварини від хвороби чи травми внаслідок нещасного випадку;
- страхування на випадок протиправних дій третіх осіб.

Договір страхування укладають на підставі усної або письмової заяви страхувальника (переважно терміном на один рік), з обов'язковим оглядом тварин, за умови страхування всіх наявних у господарстві тварин цього виду. Якщо в господарстві є тварини різних видів, то за бажанням страхувальника можуть бути застрахованими тварини всіх видів або лише один вид. Страховий захист тварин обмежується певною територією, обумовленою як місце страхування. Якщо тварини не перебувають за місцем страхування, дія договору припиняється.

Страхову суму встановлюють на кожну тварину окремо, водночас її максимальний розмір не може перевищувати ринкової вартості тварини (страхової оцінки). Для всіх тварин одного виду та вікової групи страхова оцінка повинна бути однаковою.

У разі настання *страхового випадку* збитки розраховують на

кожну тварину окремо та в разі загибелі чи викрадення визначають в розмірі її дійсної вартості, в разі захворювання – вартості лікування, вимушеного забою – дійсній вартості за вирахуванням вартості придатних для реалізації м'яса й шкіри для певних видів тварин. Якщо причиною вимушеного забою є інфекційне захворювання, то збиток дорівнює дійсній вартості.

Страхування домашнього майна

Страхуванням охоплюється різне майно, що належить на правах приватної власності страхувальникові та членам його родини, які разом із ним проживають і ведуть спільне господарство: меблі, радіо-, відео- й телеапаратура, електроприлади, килимові вироби, одяг, білизна, взуття, предмети домашнього господарства та вжитку, господарський і спортивний інвентар тощо. На страхування приймають не лише предмети домашньої обстановки, побуту та особистого споживання, а й будівельні матеріали, корми, паливо, сільськогосподарські культури, елементи оздоблення та обладнання житлових і господарських приміщень.

Страховий захист не поширюється на різні документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, фотознімки, кімнатні рослини, запасні частини, деталі, приладдя до транспортних засобів та інше майно, страхування якого здійснюється за іншими правилами. Крім того, не вважаються застрахованими предмети, які використовуються з комерційною чи професійною метою чи не належать страхувальникові або членам його родини на правах особистої власності (наприклад, речі взяті на прокат, у тимчасове користування або на зберігання від інших осіб). Крім того, не приймається на страхування домашнє майно, що перебуває в аварійних або дуже старих будівлях чи в зоні, якій загрожують повені, зсуви, обвали та інші стихійні лиха, із моменту оголошення у встановленому порядку про таку загрозу.

На страхування може прийматися все домашнє майно, яке є в господарстві, окремі групи предметів або окремі предмети. Особливо цінне майно (вироби з коштовних металів, коштовне, напівкоштовне каміння, картини, колекції, унікальні та антикварні речі тощо) може прийматися на страхування за спеціальним договором.

Домашнє майно переважно ділять на 2-3 групи: звичайне, довготривалого використання (дороге) й унікальне. Майно загального користування приймають на страхування без огляду, а страхові тарифи коливаються від 0,1% до 1% його вартості. Дороге майно страхують лише з оглядом і врахуванням його зносу та реальної вартості. Для цього складають перелік застрахованих предметів, у якому зазначають їх ринкову вартість і характерні ознаки. Страхові тарифи становлять від 0,3% до 2-3% вартості майна. Унікальне майно страхують теж лише на підставі огляду, а також за умови забезпечення його збереженості (сейфу, броньованих дверей, захищених вікон, сигналізації тощо). Страхові тарифи встановлюють в індивідуальному порядку. Вони становлять від 0,3% до 3-4% його вартості. Розмір тарифної ставки залежить від обсягу відповідальності страховика, виду домашнього майна, типу будівлі, в якій міститься майно, умов додержання безпеки житла та інших факторів. Термін страхування становить здебільшого один рік, але можуть бути встановлені інші терміни страхування згідно з конкретними запитами страхувальника.

Страховик відповідає за збитки, що виникли внаслідок таких причин: стихійне лихо; нещасний випадок (пожежа, вибух, аварія опалювальної системи, водо- провідної або каналізаційної мережі, проникнення води із сусіднього приміщення, викид газу, раптове зруйнування основних конструкцій житлових або підсобних приміщень); викрадення або неправомірні дії третіх осіб.

До обсягу страхової відповідальності не включаються збитки, які виникли внаслідок ведення бойових дій, введення військового стану, зносу, технічного браку, технічних поломок, перевищення терміну експлуатації домашнього майна, навмисних дій страхувальника або членів його родини.

Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви страхувальника. Термін страхування становить здебільшого один рік, але можуть бути встановлені інші терміни страхування згідно з конкретними запитами страхувальника. Дія договору страхування у просторі обмежена місцем страхування.

Страхова сума кожного застрахованого предмета домашнього майна має відповідати страховій оцінці. Страховою оцінкою може бути погоджена сторонами страхування дійсна або первісна вартість майна з урахуванням витрат, пов’язаних із його рятуванням або

приведенням у порядок під час страхового випадку. За бажанням страхувальника майно може бути застраховано на повну дійсну (первісну) вартість або на певну частину від цієї вартості.

Колекції, картини, унікальні та антикварні речі приймаються на страхування в розмірі їх повної вартості згідно з експертною оцінкою відповідних компетентних органів.

Тарифна ставка залежить від обсягу відповідальності страховика, виду домашнього майна, типу будівлі, в якій знаходиться майно, умов дотримання безпеки житла та інших факторів.

Порядок сплати страхових платежів і терміни дії договору здебільшого відповідають умовам, які передбачено в разі страхування будівель.

Розмір збитку визначають окремо за кожним предметом домашнього майна й окремо за кожним ризиком знищення або ушкодження домашнього майна: в разі знищення майна – розміром дійсної (первісної) вартості застрахованого майна з урахуванням залишків (якщо такі є); у разі викрадення розміром дійсної вартості; в разі пошкодження майна збиток дорівнює втраченій вартості, що визначають як різницю між дійсною вартістю та вартістю з урахуванням знецінення, тобто втрати якості та цінності майна через страховий випадок.

За електропобутовими виробами у випадку їх часткового пошкодження збиток дорівнює вартості ремонту, зменшеній на величину зносу. У разі знищення чи пошкодження елементів оздоблення чи обладнання житлових і господарських приміщень збиток дорівнює вартості ремонту (відновлення) за розцінками, що діють на день страхового випадку.

Страхове відшкодування зазвичай виплачують за системою першого ризику.

8.4. Страхування транспортних засобів і вантажів

Страхування транспортних засобів (страхування каско) охоплює страхування наземного, авіаційного, морського та річкового транспорту.

Страхування каско **–** страхування вартості транспортних засобів (суден, літаків, залізничних вагонів, автомобілів) без урахування вантажів.

Страхування каско авіаційного транспорту

Страхувальниками можуть бути:

- експлуатант або власник цивільного повітряного судна комерційної авіації;
- розробник, виробник цивільної авіаційної техніки, організація з технічного обслуговування, що має право проводити випробувальні польоти, у тому числі інші польоти з виробничої необхідності (приймально-здавальні, сертифікаційні польоти або виробничі перельоти тощо);
- навчальний заклад, що має право виконувати навчально-тренувальні польоти.

Страховим ризиком є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання, пов'язана з повною втратою або пошкодженням повітряного судна під час руління, у повітрі чи на землі.

Повною втратою повітряного судна вважається:

- повна втрата повітряним судном здатності виконувати політ у зв'язку з руйнуванням основних елементів несучих конструкцій (планера) або у разі, коли компетентною комісією встановлено, що ремонт цього повітряного судна технічно неможливий чи економічно недоцільний;

- втрата повітряного судна у зв'язку з вимушеною посадкою на місцевість, яка непридатна для зльоту повітряного судна, або економічною недоцільністю його евакуації;

- зникнення повітряного судна безвісти, коли повітряне судно, яке виконувало плановий політ, не прибуло до пункту призначення і заходи щодо його розшуку протягом 60 діб не дали результатів або коли його розшук офіційно припинено до закінчення зазначеного строку.

Страховим випадком вважається подія, що відбулася та внаслідок якої сталася повна втрата повітряного судна або пошкодження окремих його частин, систем та елементів конструкції під час руління, у повітрі чи на землі і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику або вигодонабувачу.

Страхувальники мають право під час укладання договорів страхування призначати громадян або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхового відшкодування.

Якщо повітряне судно є власністю кількох осіб, кожна особа отримує страхове відшкодування пропорційно її частці у праві власності на повітряне судно.

Страхова сума не повинна бути меншою, ніж балансова вартість повітряного судна на день укладення договору страхування.

На повітряне судно, що підлягає страхуванню, мають бути в наявності:

- посвідчення про державну реєстрацію цивільного повітряного судна;

- документи, що підтверджують право власності на повітряне судно або його оренди.

Законодавчо було визначено, що максимальний розмір *страхового тарифу* на один рік для повітряних суден з максимальною злітною масою до 15000 кілограмів (включно) не повинен перевищувати 8%, від 15001 кілограма і більше – 6%, для вертольотів – 10% страхової суми, визначеної договором страхування.

Страховий збиток визначають на підставі технічного акта огляду повітряного судна після його пошкодження та документів, що обґрунтовують суми витрат на ремонт, а в разі його повної втрати – акта списання повітряного судна. *Страхове відшкодування* виплачують у розмірі вартості ремонту або балансової вартості (страхової суми).

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

Страхування каско-суден охоплює страхування корпусу судна

(включаючи машини і обладнання), фрахту та деяких інших витрат, пов'язаних з ризиками плавання на морях, річках та озерах.

Під фрахтом розуміють плату за перевезення судном вантажу і пасажирів.

За будь-яких умов підлягають обов'язковому відшкодуванню збитки:

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

Правила страхування передбачають п'ять різновидів умов страхування суден:

1) *Страхування на умовах «З відповідальністю за загибель і пошкодження»*. Найбільш широкий обсяг відповідальності страховика за цими умовами виявляється, по-перше, у тому, що за вище зазначеними страховими ризиками, страховик відшкодує збитки як від повної загибелі, так і від ушкодження судна; по-друге, у тому, що коло страхових ризиків при цих умовах значно ширше, ніж при інших, і містить:

- збитки від ушкодження судна внаслідок заходів, вжитих для порятунку або гасіння пожежі;
- збитки, внески і витрати по загальній аварії;
- збитки, що страхувальник зобов'язаний оплатити власникові іншого судна внаслідок зіткнення суден;
- усі необхідні і доцільні витрати з порятунку судна, із зменшення збитку і встановлення його розміру, якщо збиток підлягає відшкодуванню за умовами страхування.

2) *Страхування на умовах «Без відповідальності за ушкодження крім випадків катастрофи»*. Дані умови зобов'язують страховика лише до відшкодування збитків від повної загибелі судна.

Збитки від ушкодження підлягають відшкодуванню лише якщо їх причинами були катастрофа, посадка на мілину, пожежа або вибухи на борту судна, зіткнення суден або судна з різного роду нерухомими або плавучими предметами (включаючи лід), перевертання або затоплення судна, заходи, вжиті для рятування або для гасіння пожежі. За цими умовами страхування відшкодовуються також:

- збитки від пропажі судна безвісти;
- збитки, внески і витрати по загальній аварії;
- збитки, що страхувальник зобов'язаний оплатити власникові іншого судна внаслідок зіткнення суден;
- усі необхідні і доцільні витрати із порятунку судна.

3) *Страхування на умовах «Без відповідальності за окрему аварію»*. Специфіка цих умов полягає у подальшому обмеженні випадків, що стосуються відшкодування збитків при частковому пошкодженні судна. Збитки, що відносяться до загальної аварії, відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо ушкодження заподіяні устаткуванню, механізмам, машинам і котлам, але не корпусові судна і керму. За цими умовами відшкодовуються тільки збитки з ушкодження судна, заподіяні гасінням пожежі або зіткнення з іншим судном під час рятувальних операцій, і не відшкодовуються збитки, викликані посадкою судна на мілину, пожежею або вибухом на судні, зіткненням суден між собою або судна з рухомими або нерухомими предметами, перекиданням або затопленням судна.

4) *Страхування на умовах «З відповідальністю тільки за повну загибель судна, включаючи витрати з порятунку судна»*. Ці умови страхування гарантують відшкодовування збитків тільки від повної загибелі судна і пропажі його безвісти (що прирівнюється до повної загибелі судна), а також доцільні і необхідні витрати з порятунку судна. Інші збитки, у тому числі ті, що відносяться до загальної аварії, не підлягають відшкодуванню.

5) *Страхування на умовах «З відповідальністю тільки за повну загибель судна»*. Ці умови забезпечують відшкодовування збитків від повної загибелі судна і пропажі його безвісти. Не відшкодовуються навіть необхідні і доцільні витрати з порятунку судна.

Огляд судна, вантажів чи іншого майна, що приймається на страхування, здійснює *сюрвейєр*. На підставі його висновку страховик приймає рішення про укладення договору страхування.

Договір страхування може бути укладений на будь-який термін, але прийнято укладати договір на термін один рік або на

рейс (перехід судна від місця відправлення до місця призначення, а у випадку необхідності і зворотний перехід). Договір страхування чинний у межах певного географічного регіону.

Розподіл витрат по загальній аварії між судном, вантажем і фрахтом здійснюється *диспашером*, який складає спеціальний розрахунок (*диспашу*).

При настанні *страхового випадку* страхувальник повинен засвідчити документально цей факт, надати всі претензійні документи та розрахунки, необхідні страховику для визначення *страхового відшкодування*. Виплата страхового відшкодування в повному обсязі відбувається у разі повної фактичної, повної конструктивної загибелі судна та при пропажі судна безвісти.

Страхування авто-каско – це вид страхування, що передбачає страховий захист збитків, які можуть виникнути внаслідок пошкодження, повного знищення або втрати автотранспортного засобу чи окремих його частин у разі настання подій, передбачених страховим договором.

При страхуванні наземного автомобільного транспорту *об'єктами страхування* є транспортні засоби та причепи до них, які відповідним чином зареєстровані та знаходяться в технічно справному стані (вантажні та легкові автомобілі, мотоцикли, моторолери, спеціальний автотранспорт, міні-техніка), а також додаткове обладнання до транспортного засобу.

Переважно на страхування приймаються транспортні засоби, термін експлуатації яких не перевищує 10 років.

Страховими випадками при страхуванні засобів наземного автомобільного транспорту можуть бути:

- - дорожньо-транспортна пригода (ДТП);
- - пожежа або вибух у транспортному засобі в результаті самозаймання;
- - викрадення або спроба викрадення;
- - протиправні дії третіх осіб;
- - стихійне лихо (повінь, буря, ураган, землетрус тощо), падіння дерев, падіння предметів, напад тварин.

Не страхуються, особливо дорогі та престижні, автотранспортні засоби, які не обладнані пристроями (сигналізацією) проти викрадення.

Мають місце обмеження страхових випадків, за яких страховик не здійснює відшкодування, зокрема, якщо транспортний засіб знищено під час бойових дій чи масових заворушень; конфісковано на підставі рішення суду; при радіоактивному забрудненні, внаслідок якого транспортний засіб не може бути використаний; гнитті, корозії, втраті природних властивостей матеріалів, використаних в автотранспортному засобі, внаслідок природних хімічних процесів; природного зносу транспортного засобу в цілому, окремих деталей і вузлів, втрати товарного вигляду, заводського браку; збитків, що виникли внаслідок участі автомобільного засобу в змаганнях (автомобільних перегонах); збитків, завданих майну водія та пасажирів, які перебували в транспортному засобі під час страхового випадку.

Страхові тарифи визначаються в розрізі ризиків, сума яких становить сукупний базовий страховий тариф. Розмір страхового тарифу залежить від:

- типу та марки/моделі автомобіля, його призначення;
- року випуску;
- умов та строку експлуатації;
- технічних та зовнішніх характеристик автомобіля;
- місця зберігання та наявності пристроїв проти викрадення;
- віку та стажу водія;
- інших факторів.

На величину тарифної ставки впливає також тарифна політика страховика, яка визначається кон'юнктурою страхового ринку.

Договір страхування може укладатись на термін від декількох днів до одного року (переважно укладається на рік) і набуває чинності з 00 годин дня наступного за днем надходження страхового платежу. Договір може бути укладений як на користь страхувальника, так і на користь іншої особи, визначеної страхувальником.

Укладення договору на всі ризики називають «повним каско», на один або два – «частковим каско».

Страхова сума визначається на підставі страхової оцінки автотранспортного засобу. Дійсна вартість може бути визначена експертним шляхом, на підставі каталогу офіційного дилера чи

рахунку-фактури заводу виробника. Страхова сума не повинна перевищувати дійсної вартості транспортного засобу на день укладення договору з урахуванням зносу.

Транспортний засіб може бути застрахований на повну вартість або на певну частку від повної вартості, але не менше 1/10 від вартості автомобіля.

Власна участь страхувальника у покритті збитків реалізується за допомогою безумовної франшизи, що встановлюється кожною страховою компанією з урахуванням індивідуальних особливостей транспортного засобу, виду ризику тощо.

Страхові компанії застосовують переважно безумовну франшизу розміром від 0,2 до 15%.

Страховий платіж визначають на підставі базової тарифної ставки та коригувальних коефіцієнтів.

При настанні страхового випадку відшкодуванню підлягають тільки прямі збитки, виключаючи втрачену вигоду, витрати на оренду транспортного засобу, моральну шкоду тощо.

Розмір *страхового збитку* визначається:

- при повному або конструктивному знищенні автотранспортного засобу – у розмірі його дійсної вартості за вирахуванням вартості вузлів, деталей та устаткування, що придатні для подальшого використання або реалізації;
- при пошкодженні автотранспортного засобу чи додаткового обладнання – в розмірі витрат на його відновлення (з урахуванням зносу на день настання страхового випадку) згідно з кошторисом-розрахунком, який складено експертом страховика і погоджено із страхувальником.

Витрати на відновлення включають:

- витрати на матеріали і запасні частини, що необхідні для ремонту, за цінами, визначеними на дату страхового випадку за вирахуванням зносу частин, вузлів, агрегатів та деталей, які замінюються в процесі відновлення (ремонту);
- витрати на оплату ремонтних робіт за діючими тарифами на дату настання страхового випадку.

При визначенні суми *страхового відшкодування* враховуються страхова сума, різниця між страховою сумою і зазначеною у заяві на страхування вартістю автотранспортного засобу та франшиза.

Якщо транспортний засіб був прийнятий на страхування у певній частці від його повної вартості, то страховик здійснює виплату страхового відшкодування за системою пропорційної відповідальності. Остаточний розмір страхового відшкодування визначається з врахуванням франшизи.

Страхове відшкодування не виплачується у разі:

- якщо страхувальник перебував у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, внаслідок навмисних дій та при невчасному повідомленні страховика про страховий випадок;
- використання транспортного засобу та причепів до нього в аварійному стані (про це було заздалегідь відомому страхувальнику);
- управління транспортним засобом особою, яка немає (або тимчасово позбавлена) посвідчення водія;
- вчинення дій, пов'язаних з порушенням правил дорожнього руху;
- порушення правил пожежної безпеки, перевезення та зберігання вогненебезпечних речовин і предметів, що легко займаються тощо.

На сьогодні на страховому ринку України пропонується новітній страховий продукт – страхування GAP (Guaranted Asset Protection – Гарантія збереження вартості автомобіля) – це програма, яка захищає від фінансових втрат при зменшенні вартості автомобіля в процесі його експлуатації. Страхувальник, застосовуючи програму каско та додаткову опцію GAP, має можливість отримати повне відшкодування вартості автомобіля, включаючи різницю вартості в процесі його використання.

Страхування вантажів (карго) – це страхування вартості вантажів на всіх видах транспорту без урахування страхового захисту самого транспортного засобу.

У міжнародній практиці торгових і транспортних операцій на сьогодні застосовують міжнародні комерційні терміни Інкотермс.

Інкотермс (Incoterms, International commercial terms) – це міжнародні правила у форматі словника, що забезпечують однозначні тлумачення найбільш уживаних торговельних термінів у договорах міжнародної купівлі-продажу, розроблені Міжнародною торговою палатою.

Правила були вперше опубліковані в 1936 році Міжнародною торговою палатою, перша редакція відома як «Інкотермс-1936». Поправки і доповнення були пізніше зроблені в 1953, 1967, 1976, 1980, 1990, 2000, 2010 роках. На сьогоднішній день діють Інкотермс-2020.

Правила Incoterms (Інкотермс) представляють собою скорочені за першими трьома літерами торгові терміни, які відображають підприємницьку практику в договорах міжнародної купівлі-продажу товарів. Правила Інкотермс визначають в основному обов'язки, вартість і ризики, що виникають при доставці товару від продавців до покупців.

Структура термінів сформована в послідовності наростання обсягу обов'язків продавця щодо базисних умов поставки.

Кожен термін позначається трибуквеною абревіатурою, перша буква вказує на точку переходу зобов'язань і ризиків від продавця до покупця.

- Група E – відвантаження, перехід зобов'язань у місці відправлення (англ. Departure). Продавець зобов'язаний надати товари покупцеві безпосередньо на підприємстві-виробнику, своєму складі, митне оформлення товару продавцем не проводиться. Продавець не відповідає за навантаження товару на транспортний засіб; EXW.

- Група F – основне перевезення не сплачено продавцем (англ. Main carriage unpaid), перехід зобов'язань – у терміналі відправлення для основного перевезення. Продавець зобов'язується поставити товар у розпорядження перевізника, якого покупець наймає самостійно; FCA, FAS, FOB.

- Група C – основне перевезення сплачено продавцем (англ. Main carriage paid), перехід зобов'язань – у терміналі прибуття для основного перевезення. Продавець зобов'язаний укласти договір перевезення товару, але без прийняття на себе ризику його випадкової загибелі або пошкодження; CFR, CIF, CPT, CIP.

- Група D – прибуття, перехід зобов'язань у покупця, повноцінна доставка (англ. Arrival). Продавець несе всі витрати з доставки і приймає на себе всі ризики до моменту прибуття товару у місце призначення; DAT, DAP, DDP.

Із 11 базових умов поставки лише дві – CIF (вартість, страхування і фрахт) та CIP (фрахт/перевезення і страхування, оплачені до пункту призначення) – прямо пов'язані зі страхуванням та означають, що обов'язок застрахувати вантаж лежить на продавцеві (виробнику). В усіх інших 9 базових умовах поставки страхування вантажу залежать від покупця і він самостійно приймає рішення про його страхування.

Під час внутрішніх перевезень вантажів усіма видами транспорту в Україні цих базових умов не дотримуються, тому страхування вантажів проводиться у добровільній формі. Умови страхування вантажів, зокрема ризики їх перевезення, визначаються правилами страхування, що розробляються кожною страховою компанією.

Для страхування вантажів можуть застосовуватися такі системи ризиків:

1) «*З відповідальністю за всі ризики» (загальна аварія)*.

За цією умовою відшкодовуються:

- збитки від пошкодження або повної загибелі всього або частини вантажу або багажу, що сталися з будь-якої причини, крім загальних винятків;
- видатки та внески по загальній аварії вчинені для запобігання збитків із будь- якої причини, крім загальних винятків;
- усі необхідні та доцільно здійснені видатки з порятунку вантажу, а також із зменшення збитку та встановлення його розміру, якщо збиток відшкодовується за умовами страхування, крім загальних винятків.

2) *«Із відповідальністю за окрему аварію».*

За договором страхування, що укладений на цій умові, відшкодовуються, крім загальних винятків:

- збитки від повної загибелі або пошкодження всього або частини вантажу, завдані пожежею, блискавкою, бурею, вихором та іншими стихійними лихами, загибеллю або зіткненням поїздів, суден, літаків та інших засобів перевезення між собою або ударом їх в нерухомі або плавучі предмети, посадкою судна на мілину, провалом або обвалом мостів, намокання водою з-за борту, а також внаслідок заходів, прийнятих для порятунку вантажу або для гасіння пожежі;

- збитки внаслідок зникнення транспортних засобів без вісти;
- збитки від повної загибелі всього або пошкодження всього або частини вантажу внаслідок нещасних випадків при навантаженні, укладанні, вивантаженні і прийманні судном палива;
- збитки від повної загибелі або пошкодження всього або частини вантажу внаслідок викидання на берег, затоплення або перекидання судна, перекидання або сходження з рейок наземного транспортного засобу, розвантаження вантажу в порту, пожежі або вибуху на судні, літаку або іншому засобі перевезення;
- видатки та внески по загальній аварії понесені для запобігання збитків за будь- якої причини, крім загальних винятків;
- збитки від загибелі або пошкодження вантажу внаслідок викидання за борт при небезпеці аварії або змиву за борт, надходження води з моря, озера або ріки усередину судна, засобу транспортування, контейнеру або місця зберігання, повної втрати пакування, що впало за борт або було знищено під час навантаження або розвантаження судна, якщо вони не віднесені на рахунок загальної аварії;
- всі необхідні і доцільно здійснені витрати з порятунку та збереження вантажу, а також запобіганню його подальшого пошкодження.

3) *«Без відповідальності за пошкодження, крім випадків катастроф».*

За договором страхування, укладеним на цій умові, відшкодовуються, крім загальних винятків:

- збитки від повної загибелі всього або частини вантажу внаслідок вогню, блискавки, бурі, вихору та інших стихійних лих, катастрофи чи зіткнення суден, літаків та інших транспортних засобів між собою, або удару їх у нерухомі або плаваючі предмети, посадки судна на мілину, провалу мостів, вибуху, пожежі, пошкодження судна кригою, пошкодження внаслідок дії забортної води, а також внаслідок дій, прийнятих для рятування або для гасіння пожежі;
- збитки внаслідок пропажі судна або літака безвісти;

- збитки від повної загибелі всього або частини вантажу внаслідок нещасних випадків при навантаженні, складуванні, вивантаженні вантажу та прийомі судном палива;
- збитки від пошкодження вантажу внаслідок катастрофи або зіткнення суден, літаків та інших транспортних засобів між собою або з будь-яким нерухомим чи плаваючим предметом (включаючи кригу), посадки судна на мілину, пожежі або вибуху на судні, літаку чи іншому транспортному засобі;
- видатки та внески по загальній аварії понесені для запобігання збитків за будь- якої причини крім загальних винятків;
- збитки від загибелі вантажу внаслідок викидання за борт при небезпеці аварії або змиву за борт; проникнення морської, річкової або озерної води на судно, контейнер, човен або підйомник; повної втрати будь-якого пакування, що потрапило за борт або було знищено під час навантаження або розвантаження судна, якщо вони не віднесені на рахунок загальної аварії;
- усі необхідні та доцільно здійснені видатки з порятунку вантажу, а також із зменшення збитку та встановлення його розміру, якщо збиток відшкодовується за умовами страхування.

Страхові тарифи при страхуванні вантажів залежать від:

- виду вантажу (продукції) і транспортного засобу;
- виду тари (упакування);
- способу відправлення вантажу;
- маршруту перевезення;
- відстані перевезення;
- вартості вантажу;
- обсягу страхової відповідальності (умов страхування).

Договори страхування вантажів класифікують за такими ознаками:

1) за видами транспорту – договори залізничних, морських, автомобільних, внутрішніх водних і повітряних перевезень;

2) за територією – внутрішньодержавні і міжнародні;

3) за кількістю перевізників, що беруть участь у перевезенні – місцеві перевезення, перевезення в прямому сполученні, прямі змішані перевезення тощо.

Загальною особливістю страхування вантажів є термін дії договорів. Їх можуть укладати на окремі партії вантажів (разові договори тривалістю від 1-2 до 10-15 днів) і на усю продукцію, що відвантажується продавцем чи виробником (генеральні договори на квартал, півроку або рік).

Страховий поліс видається страховиком лише від свого імені і набирає чинності з моменту сплати страхувальником страхової премії. За терміном дії страхові поліси поділяють на рейсові, тобто вантаж страхується від одного пункту до іншого, та на визначений період часу. За умовами змішаного полісу страхування вантажу здійснюється одночасно за обома умовами.

Вантаж приймається на страхування в сумі, заявленій страхувальником. *Страхова сума* має відповідати дійсній страховій вартості вантажу.

Збитки визначають за величиною пошкоджень вантажу. Переважно їх величину визначають спеціальні представники страховиків (аварійні комісари або диспашери). Умовами страхування вантажів передбачені також випадки відмови у відшкодуванні збитків, а також принципи відшкодування збитків. Величина збитків може збільшуватися на витрати, пов'язані з порятунком вантажу. Збитки за морських перевезень визначають залежно від того, яка аварія трапилася – спільна чи окрема.

Страхові компанії не відшкодовують збитків від пошкодження вантажу за відсутності зовнішніх ушкоджень транспортного засобу, контейнера або тенту чи за наявності цілої пломби. Причиною таких збитків може бути лише неправильне розміщення вантажу. Відповідальність за порушення правил навантаження несе перевізник, а не страховик.

8.5. Особливості страхування майна сільськогосподарських підприємств

Сільське господарство є однією з найбільш важливих та, водночас, і найбільших ризикових галузей економіки. Залежність сільськогосподарського виробника від природно-кліматичних чинників, сезонності виробництва та тривалості виробничого циклу, складу і структури сільськогосподарських виробничих фондів зумовлює значні особливості при проведенні страхування.

На сьогодні переважно діють два варіанти добровільного страхування сільськогосподарських ризиків. Перший охоплює страхування врожаю сільськогосподарських культур, тварин, будівель, споруд, техніки, інших матеріальних цінностей. Другий варіант має особливості лише щодо страхування сільськогосподарських культур. На відміну від першого варіанту, де об'єктом страхування є вартість втраченого врожаю певної культури, яка визначається порівнянням врожайності цієї культури з гектара за поточний рік і середньої її врожайності за попередні 5 років, у другому варіанті страховий захист розрахований на відшкодування витрат на посів (садіння) та вирощування сільськогосподарських культур у разі їх загибелі або пошкодження.

За правилами добровільного страхування за першим варіантом *об'єкти страхування* розбито на чотири групи:

1) Врожай сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень плодоносного віку.

2) Дерева та плодово-ягідні кущі, що зростають у садах, та виноградники.

Не приймаються на страхування багаторічні насадження, знос або зрідження яких становить понад 70%, а також ті, що підлягають списанню з балансу.

3) Сільськогосподарські тварини, птиця, кролі, хутрові звірі, сім'ї бджіл у вуликах.

У Великобританії поліс зі страхування тварин передбачає також покриття на випадок загибелі їх від переляку (причиною можуть бути літальні апарати, дикі звірі, агресивні собаки тощо), птиці – від гризунів. У Нідерландах фермер має змогу страхувати як усе стадо, так і лише окремих тварин. Також при страхуванні тварин у деяких країнах з боку держави активно надаються субсидії (наприклад, в Австрії при мультиризиковому страхуванні тварин).

4) Будівлі, споруди, сільськогосподарська техніка, об'єкти незавершеного будівництва, передавальні пристрої, силові, робочі та інші машини, транспортні засоби, сировина, матеріали, продукція.

Сільськогосподарські підприємства мають змогу вибирати варіанти страхування, а страховики, в свою чергу, пропонують цілий ряд страхових продуктів. Вибір тих чи інших страхових продуктів істотно залежить від низки факторів, серед яких тип сільськогосподарської культури, найбільш поширені ризики, період страхування, фінансові можливості страхувальника тощо.

Особливою популярністю серед страхувальників користується страхування від ризиків «повна загибель та весняні заморозки» та комплексне (мультиризикове) страхування майбутнього врожаю.

На сьогодні в Україні діє також державна підтримка страхування сільськогосподарської продукції, яка передбачає надання сільськогосподарським товаровиробникам з державного бюджету в порядку, визначеному чинним законодавством, грошових коштів у вигляді відшкодування частини вартості страхового платежу (страхової премії), нарахованого за договором страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою.

Основними принципами страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою є:

- підтримка стабільності фінансового становища і кредитоспроможності сільськогосподарських товаровиробників;
- обов'язковість укладення договору страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою як умови при наданні сільськогосподарським товаровиробникам окремих видів державної підтримки та дотацій, визначених Кабінетом Міністрів України;
- рівна доступність до державної підтримки сільськогосподарських товаровиробників незалежно від їх організаційно-правової форми;
- забезпечення відшкодування збитку, завданого страхувальникам внаслідок настання страхових випадків, у розмірі, порядку та на умовах, визначених чинним законодавством;
- виконання зобов'язань України у сфері міжнародної торгівлі.

Суб'єктами страхових відносин при страхуванні сільськогосподарської продукції з державною підтримкою є

страхувальники, страховики, центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну аграрну політику, та Національний банк України. Право здійснювати страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою мають страховики, які отримали ліцензію на здійснення страхування сільськогосподарської продукції, дотримуються вимог законодавства та відповідають вимогам нормативно-правових актів Національного банку України.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Історичні витоки майнового страхування.
2. Формування ринку майнового страхування в Україні: стан іперспективи розвитку.
3. Досвід зарубіжних країн у страхуванні майна юридичних осіб.
4. Страхування майна громадян: сучасний стан та проблеми його розвитку в Україні.
5. Особливості страхування домашнього майна громадян в країнах ЄС.
6. Особливості страхування авіа- та водних транспортних засобів.
7. Розвиток страхування автотранспортних засобів в Україні.
8. Правила страхування автокаско провідних страховиків України.
9. Особливості страхування вантажів на різних видах транспортних засобів.
10. Страхування майна сільськогосподарських підприємств в Україні: стан і перспективи розвитку.
11. Зарубіжний досвід страхування сільськогосподарських ризиків.
12. Комплексні страхові продукти у майновому страхуванні.

ТЕМА 9. СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Зміст теми

9.1. Загальна характеристика страхування відповідальності
9.2. Роль Моторного (транспортного) страхового бюро України у страхуванні цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів
9.3. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів
9.4. Міжнародна система страхування «Зелена картка»
9.5. Страхування інших видів відповідальності

9.1. Загальна характеристика страхування відповідальності

Страхування відповідальності – це галузь страхування, в якій об'єктом страхування є відповідальність перед третіми юридичними або фізичними особами, які можуть зазнати збитків внаслідок будь-якої дії чи бездіяльності страхувальника (тобто шкоди, завданої страхувальником життю, здоров'ю чи майну третьої особи).

Страхування відповідальності спрямоване як на захист майнових прав осіб, постраждалих внаслідок дії або бездіяльності страхувальника, так і на захист фінансового стану самого страхувальника.

Поняття відповідальності багатомірне, тому важливо виробити загальний критерій, що визначає ті види відповідальності, які можуть бути об'єктом страхування. У зв'язку з тим, що відповідальність нерозривно пов'язана з порушенням суб'єктивного права, в основу її класифікації можуть бути покладені права, свободи й обов'язки громадянина в тій соціально- економічній сфері, де останній функціонує.

Економічною основою страхування відповідальності є матеріальна відповідальність юридичних і фізичних осіб за наслідки своєї діяльності або бездіяльності.

Види відповідальності:

1) цивільна – виникає з прав передбачених законом або договором, які регулюють правостосунки громадян у соціумі;

2) матеріальна – витікає з прав, порядок реалізації яких передбачений трудовими відносинами;

3) адміністративна – виникає з прав громадян і посадових осіб за здійснення ними адміністративного правопорушення;

4) професійна – пов'язана з правами, реалізація яких зумовлена виконанням службових обов'язків посадовими особами.

Рівень розвитку страхування відповідальності прямо залежить від досконалості національних правових інститутів і законодавства, оскільки в основі цього напрямку страхування закладені норми національного і міжнародного права. Для страхування становить інтерес цивільна відповідальність, що 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 застосовують встановлені законом або договором санкції майнового характеру. Йдеться про відшкодування збитків, реально завданих третій особі, та неодержаної користі.

Об'єктом страхування відповідальності виступають майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі.

Характерні риси страхування відповідальності:

1. На відміну від особистого страхування, в якому застрахована особа відома на момент укладення договору страхування, при страхуванні відповідальності вона стає відомою лише після страхового випадку.

2. При страхуванні відповідальності страхувальник ніколи не отримує страхового відшкодування, воно належить потерпілій особі. Тому організаційна схема страхування відповідальності переважно трьохелементна.

3. На страхування відповідальності значно впливає неможливість визначення третьої (потерпілої) особи й розміру збитків під час укладення договору страхування (виняток становить страхова відповідальність за виконання договірних зобов'язань). Внаслідок цього страхову суму встановлюють у формі «ліміту відповідальності», тобто суми, в межах якої страховик відшкодовує збитки. Якщо реальні збитки перевищують ліміт відповідальності, то їх відшкодовує страхувальник. Ця сама особливість зумовлює необхідність дещо вищих, ніж при страхуванні майна, страхових тарифів і розмірів страхових резервів. Загалом для страхової компанії операції зі страхування відповідальності є більш ризиковими, ніж зі страхування майна чи особистого страхування.

Страхування відповідальності певною мірою знижує відповідальність самих страхувальників. Види страхування, що належать до цієї галузі страхування, мають комплексний характер, тому що більшість полісів страхування відповідальності забезпечують одночасний страховий захист як життя і здоров'я третьої особи (об'єктів особистого страхування), так і її майна (об'єктів майнового страхування).

Зазвичай у договорі страхування відповідальності зазначають дві страхові суми:

- для покриття збитків по життю і здоров'ю третіх постраждалих осіб;
- для покриття майнових збитків третіх осіб.

Усі види страхування відповідальності можна представити такою структурою:

1) страхування цивільної відповідальності фізичних осіб (виникає на основі загальних законів; типовим є страхування відповідальності власників автотранспорту);

2) страхування громадянської відповідальності юридичних осіб пов'язане з екологічним забрудненням (непостійним, випадковим, ненавмисним); ризиком радіоактивного забруднення (в багатьох країнах – обов'язкове); відповідальність, пов'язана з вибухом;

3) страхування професійної відповідальності працівників: лікарів, медичних сестер, працівників судово-правової системи, поліцейських тощо;

У страхувальника повинен бути страховий інтерес, зумовлений наявністю судової системи, що суворо карає за нанесення професійного збитку.

4) страхування відповідальності за договорами між підприємствами: з приводу постачання продукції, з отримання кредитів банку (позичальником), орендатора з орендодавцем тощо.

Найбільш поширеними видами страхування відповідальності є: страхування відповідальності власників транспортних засобів; страхування професійної відповідальності; страхування відповідальності виробника за якість продукції; страхування відповідальності за екологічне забруднення; страхування відповідальності підприємця; страхування відповідальності інвестора.

За формою проведення страхування відповідальності поділяється на обов'язкове та добровільне.

Види страхування відповідальності відповідно до законодавчих змін трансформуються у відповідні класи страхування:

- страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника) (клас 10);
- страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (клас 10);
- страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів (класи 10, 11, 12, 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання, що надає послуги із транспортування та/або зберігання транспортних засобів у разі тимчасового затримання транспортних засобів, за шкоду, яка може бути заподіяна транспортному засобу при здійсненні його транспортування та/або зберігання (класи 10, 13);
- страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного

перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів (класи 10, 11, 12, 13);
- страхування відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника) (клас 11);
- авіаційне страхування цивільної авіації (ризики відповідальності) (класи 11, 13);
- страхування відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника) (клас 12);
- страхування відповідальності морського судновласника (клас 12);
- страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажирам, багажу, пошті, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам (класи 12, 13);
- страхування цивільно-правової відповідальності арбітражного керуючого за шкоду, яку може бути завдано у зв'язку з виконанням його обов'язків (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності (клас 13);
- страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі (клас 13);

- страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України (клас 13);
- страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України) щодо шкоди, яка може бути заподіяна третім особам (клас 13);
- страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно третім особам внаслідок проведення вибухових робіт (клас 13);
- страхування цивільно-правової відповідальності приватного нотаріуса (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю та (або) здоров'ю і майну третіх осіб під час виконання робіт з гуманітарного розмінування (клас 13);
- страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора, ліквідатора фінансової установи та працівників центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну фінансову політику, які визначені ним для вирішення питань щодо участі держави у капіталізації банку (клас 13);
- страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну (клас 13);
- страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту (клас 13);

- страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12-14 статті 6 Закону України «Про страхування» від 7 березня 1996 року №85/96-ВР із наступними змінами) (клас 13);
- страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту) (клас 14);
- страхування виданих гарантій (порук) та прийнятих гарантій (клас 15);
- страхування фінансових ризиків (класи 16, 18);
- страхування інвестицій (клас 16);
- страхування ризику невиплати гравцям призів у разі неплатоспроможності та/або банкрутства оператора державних лотерей (клас 16);
- страхування судових витрат (клас 17);

9.2. Роль Моторного (транспортного) страхового бюро України у страхуванні цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів

Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ) є непідприємницькою (неприбутковою) організацією і здійснює свою діяльність відповідно до Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» № 1961-IV від 1 липня 2004 року та свого статуту.

Статут – кодифікований нормативно-правовий акт, що є зведенням правил, які регулюють діяльність організацій, установ, товариств, громадян, їх відносини з іншими організаціями та громадянами, права та обов'язки в певній сфері державного управління або господарської діяльності.

МТСБУ є організацією-гарантом відшкодування шкоди:

- на території країн-членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», заподіяної власниками та/або користувачами зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники та/або користувачі надали іноземним компетентним органам

страховий сертифікат «Зелена картка», виданий від імені страховиків-членів МТСБУ;

- на території України, заподіяної водіями-нерезидентами, на умовах та в обсягах, встановлених законодавством про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності та принципами взаємного врегулювання шкоди на території країн-членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка», за інших обставин, визначених чинним законодавством про цивільно-правову відповідальність.

МТСБУ засноване у 1994 році, є Членом Ради Бюро Міжнародної системи автострахування «Зелена картка» з 1997 року та Членом Управлінського комітету Ради Бюро Міжнародної системи автострахування «Зелена картка».

Органами управління МТСБУ є загальні збори членів, загальні збори повних членів, президія та дирекція. Органами контролю є координаційна рада та ревізійна комісія. Структура, функції, компетенція, порядок формування та роботи органів управління та контролю МТСБУ визначається чинним законодавством та статутом.

На сьогодні організаційна структура МТСБУ така: генеральний директор; заступник генерального директора з питань здійснення обов'язкового страхування в Україні; заступник генерального директора з питань зовнішніх зв'язків; фінансовий директор-головний бухгалтер; департамент врегулювання; департамент інформаційного забезпечення, аналізу та методології страхування; департамент міжнародного страхування; юридичний департамент.

Метою діяльності МТСБУ є:

- виконання гарантійних функцій стосовно відшкодування шкоди, завданої третім особам при експлуатації наземних транспортних засобів, відповідно до чинного законодавства України та угод, укладених МТСБУ з уповноваженими організаціями інших країн зі страхування цивільно-правової відповідальності;

- взаємне врегулювання питань стосовно відшкодування шкоди та забезпечення виплати страхового відшкодування третім особам;
- координація роботи страховиків-членів МТСБУ у сфері страхування цивільно-правової відповідальності за шкоду, заподіяну третім особам внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, як на території України, так і за її межами;
- захист інтересів членів МТСБУ.

Основними функціями МТСБУ є:

- здійснення виплат із централізованих страхових резервних фондів (компенсацій та відшкодувань) на умовах, передбачених чинним законодавством України;
- управління централізованими страховими резервними фондами, що створюються при МТСБУ для забезпечення виконання покладених на нього функцій;
- виконання страхових зобов'язань з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (у тому числі за договорами міжнародного страхування) за страховиків-членів МТСБУ у разі недостатності коштів та майна цих страховиків, що визнані банкрутом та/або ліквідовані;
- забезпечення членства України в міжнародній системі автомобільного страхування «Зелена картка» та виконання загальновизнаних зобов'язань перед уповноваженими організаціями інших країн-членів цієї системи;
- укладання угод з уповноваженими організаціями інших країн зі страхування цивільно-правової відповідальності про взаємне визнання договорів страхування цивільно-правової відповідальності та взаємне врегулювання питань стосовно відшкодування шкоди; виконання цих угод;
- збирання необхідної інформації про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності для узагальнення та внесення пропозицій щодо удосконалення механізму здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;

- співробітництво з органами Міністерства внутрішніх справ України та іншими органами державної влади з питань обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- розробка зразків страхових полісів і договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, що затверджуються спеціальним Уповноваженим органом з питань регулювання ринків фінансових послуг, та забезпечення такими полісами страховиків-членів МТСБУ в порядку, визначеному президією МТСБУ;
- надання страховикам інформації щодо страхових випадків стосовно конкретних страхувальників;
- розрахунок розміру базового страхового платежу та коригуючих коефіцієнтів за договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності для подання на затвердження до Уповноваженого органу з питань регулювання ринків фінансових послуг;
- встановлення порядку укладання та виконання членами МТСБУ договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (в т. ч. договорів міжнародного страхування), забезпечення платоспроможності МТСБУ та його членів;
- представництво членів МТСБУ з метою захисту їх інтересів у взаємовідносинах з органами державної влади України, а також з уповноваженими організаціями інших країн-членів міжнародної системи автострахування «Зелена картка» зі страхування цивільно-правової відповідальності;
- представництво та участь МТСБУ у роботі відповідних міжнародних органів;
- розгляд претензій третіх осіб стосовно відшкодування шкоди, спричиненої власником транспортного засобу, що мав відповідний договір обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, укладений у державах з уповноваженими організаціями зі страхування цивільно-правової відповідальності, з якими МТСБУ уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування, та/або відповідно до інших укладених МТСБУ угод;

- координація діяльності страховиків-членів МТСБУ при укладанні договорів перестрахування з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності за договорами міжнародного страхування на період, поки укладення таких договорів перестрахування буде вимагатися умовами членства МТСБУ в міжнародній системі автострахування «Зелена картка» та/або прийнятими на себе членами МТСБУ зобов'язаннями;
- взаємодія з органами державної влади України з метою захисту інтересів членів МТСБУ щодо законодавчого врегулювання питань, пов'язаних з проведенням обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- здійснення через засоби масової інформації заходів щодо роз'яснення питань обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, його соціально-суспільного значення;
- створення, підтримка та обслуговування єдиної централізованої бази даних щодо обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності.

Страховики можуть входити до складу МТСБУ як асоційовані та повні його члени.

Асоційовані члени – це страховики, які:

- мають ліцензію на здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності;
- визнають та виконують положення статуту МТСБУ, договору про співпрацю з МТСБУ у сфері обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності за внутрішніми договорами, внутрішніх нормативних документів та рішення органів управління МТСБУ, прийнятих у межах їх повноважень;
- сплачують членські внески згідно з рішеннями загальних зборів членів МТСБУ та/або президії, у випадках, передбачених статутом МТСБУ;
- сплатили до централізованого страхового резервного фонду захисту потерпілих у ДТП (фонду захисту потерпілих) базовий гарантійний внесок у розмірі, визначеному положенням про фонд захисту потерпілих;

– здійснюють відрахування та додаткові гарантійні внески до фондів МТСБУ (крім фонду страхових гарантій) згідно з положеннями про ці фонди.

Асоційовані члени мають право укладати внутрішні договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, дія яких поширюється тільки на територію України.

Повні члени – це страховики-члени МТСБУ, які:

– виконали всі вимоги щодо асоційованих членів;
– сплатили до централізованого страхового резервного фонду страхових гарантій (фонду страхових гарантій) гарантійний внесок у розмірі, визначеному положенням про фонд страхових гарантій;
– здійснюють відрахування та додаткові внески фонду страхових гарантій МТСБУ згідно з положенням про цей фонд;
– виконують вимоги договорів про співпрацю між ними та МТСБУ, угод, укладених МТСБУ з уповноваженими організаціями інших країн зі страхування цивільно-правової відповідальності.

Повні члени мають право укладати внутрішні договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, дія яких поширюється на територію України, та договори міжнародного страхування, дія яких поширюється на території інших країн-членів міжнародної системи автомобільного страхування «Зелена картка».

На сьогодні членами МТСБУ є 35 страхових компаній, з них – 11 повні члени МТСБУ.

Взаємодію суб'єктів страхових відносин і механізм фінансового забезпечення при виплаті страхового відшкодування Моторним (транспортним) страховим бюро України зображено на рис. 9.1.

Для забезпечення виконання зобов'язань членів МТСБУ перед страхувальниками і потерпілими при ньому створюються такі централізовані страхові резервні фонди:

– фонд страхових гарантій, який призначений для забезпечення гарантування платоспроможності страховиків повних членів МТСБУ та виконання їх

зобов’язань за додатковими договорами обов’язкового страхування цивільно-правової відповідальності у разі їх неплатоспроможності, а також для забезпечення платоспроможності МТСБУ під час взаєморозрахунків з уповноваженими організаціями інших країн у галузі страхування цивільно-правової відповідальності, з якими МТСБУ уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування та взаємне врегулювання питань стосовно відшкодування шкоди;

– фонд захисту потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах (фонд захисту потерпілих), призначений для здійснення розрахунків з потерпілими у випадках, передбачених чинним законодавством про страхування цивільно-правової відповідальності.

Рис. 9.1. Взаємодія суб’єктів страхових відносин і механізм фінансового забезпечення при виплаті страхового відшкодування МТСБУ

9.3. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів

На сьогодні правовою основою здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (ОСЦПВВНТЗ) є Закон України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» № 1961-IV від 1 липня 2004 року. Дія закону поширюється на нерезидентів і резидентів – власників транспортних засобів (автомобілів, автобусів, самохідних машин, сконструйованих на базі автомобілів, мотоциклів усіх типів, марок та моделей, причепів, напівпричепів та мотоколясок), експлуатованих на вулично-дорожній мережі загального користування, за винятком засобів, власники яких застрахували цивільну відповідальність у державах з уповноваженими організаціями зі страхування цього виду відповідальності, з якими МТСБУ уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування.

21 травня 2024 року ВРУ прийняла в цілому законопроєкт №8300 «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів». 17 червня Закон 3720-IX підписав Президент, але його норми почнуть діяти з 1 січня 2025 року.

Метою ОСЦПВВНТЗ є забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну потерпілих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди та захисту майнових інтересів страхувальників.

Суб'єкти ОСЦПВВНТЗ:

- страховики (страхові компанії);
- МТСБУ;
- страхувальники (власники транспортних засобів);
- особи, цивільно-правова відповідальність яких застрахована;
- юридичні та фізичні особи, яким заподіяна шкода транспортним засобом внаслідок дорожньо-транспортної пригоди.

Схема взаємодії суб'єктів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності при настанні страхового випадку (ДТП) відображена на рис. 9.2.

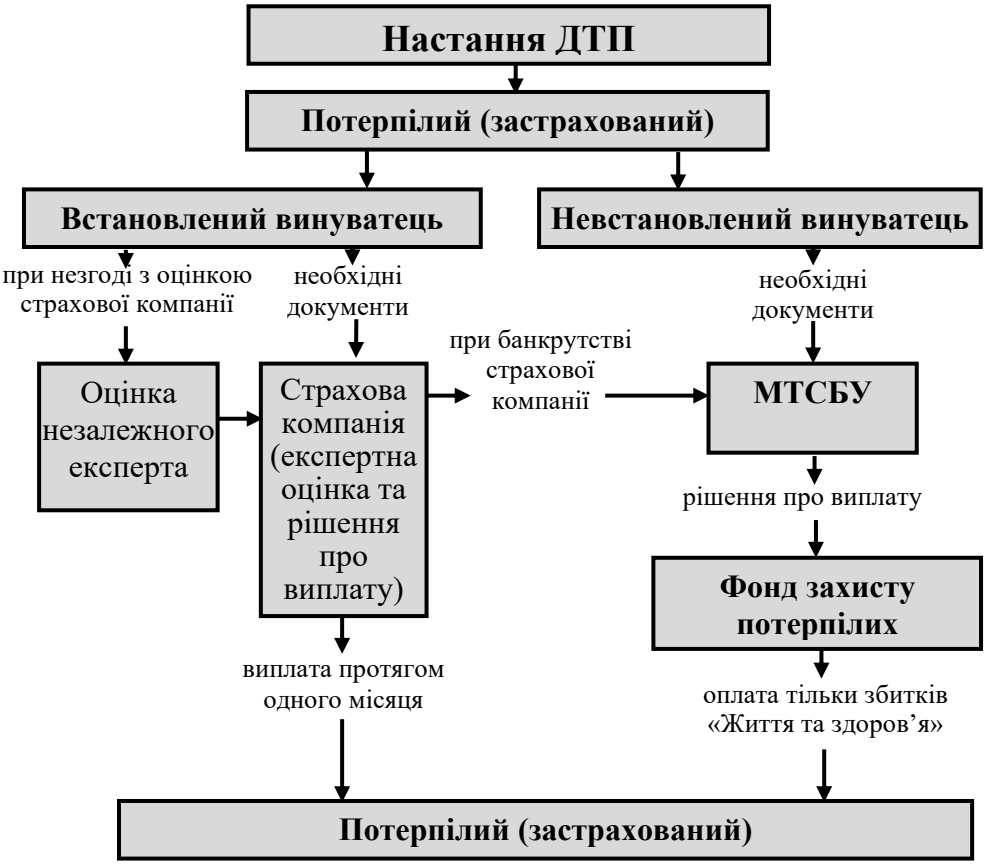

Рис. 9.2. Схема взаємодії при настанні страхового випадку (ДТП) у випадку дії поліса обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів

Об'єктом страхування є цивільна відповідальність власників транспортних засобів за шкоду, заподіяну третім особам внаслідок ДТП, а саме: здоров'ю або життю фізичних осіб, їхньому майну та майну юридичних осіб.

Відшкодуванню страховиком підлягає пряма шкода, заподіяна третій особі під час руху транспортного засобу за умови, що встановлено причинний зв'язок між рухом транспортного засобу та заподіяною ним шкодою.

Страховим випадком вважається дорожньо-транспортна пригода, що сталася з участю транспортного засобу страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за заподіяну шкоду майну, життю чи здоров'ю третіх осіб.

Розміри індивідуальних *страхових платежів* (внесків, премій) встановлюються страховиками самостійно, шляхом добутку базового страхового платежу (180 грн) та коригуючих коефіцієнтів, визначених відповідно до діючого законодавства – Положення про перелік, значення та порядок застосування коригуючих коефіцієнтів під час укладання страховиками договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 30.05.2022 № 108.

Страховик для заохочення безаварійної експлуатації транспортних засобів під час укладання договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів більше ніж на пів року має право застосовувати коригуючий коефіцієнт залежно від наявності чи відсутності страхових випадків з вини осіб, відповідальність яких застрахована, у період дії попередніх договорів (бонус-малус).

Бонус-малус – це система підвищень або знижок до базової ставки страхового тарифу, за допомогою якої страховик коригує страхову премію залежно від того, чи були страхові випадки по відношенню до об'єкта страхування у певному періоді.

При укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності страхувальнику присвоюється клас залежно від частоти страхових випадків, які виникли з вини особи, відповідальність якої застрахована.

При укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності вперше страхувальнику присвоюється клас 3.

Залежність класу страхувальника від частоти страхових випадків, які виникли з його вини (система бонус-малус) відображена в табл. 9.1.

Залежно від кількості страхових випадків, які виникли у період дії попередніх договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, при укладанні договору на новий строк застосовується підвищуючий коефіцієнт страхового тарифу з присвоєнням більш низького класу до найнижчого – М чи з урахуванням безаварійної експлуатації транспортного засобу та при відсутності страхових випадків, які виникли з вини страхувальника, – понижуючий коефіцієнт з присвоєнням більш високого класу.

Таблиця 9.1

Залежність класу страхувальника від частоти страхових випадків, які виникли з його вини (система бонус-малус)

Клас на початок дії договору страхування	Коригуючий коефіцієнт	Клас після закінченню дії договору страхування з урахуванням наявності страхових випадків з вини страхувальника			
		0 страхових виплат	**1 страхова виплата**	**2 страхові виплати**	**3 страхові виплати і більше**
М	1,8	0	М	М	М
0	1,6	1	М	М	М
1	1,4	2	М	М	М
2	1,2	3	1	М	М
3	1,0	4	1	М	М
4	0,99	5	2	М	М
5	0,98	6	3	1	М
6	0,97	7	4	1	М
7	0,96	8	4	1	М
8	0,95	9	5	2	М
9	0,94	10	5	2	1
10	0,93	11	6	2	1
11	0,92	12	6	2	1
12	0,91	13	6	2	1
13	0,9	13	7	2	1

Звільняються від обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності на території України:

- учасники бойових дій та інваліди війни, що визначені законом;

- інваліди I групи, які особисто керують належними їм транспортними засобами;

- особи, що керують транспортним засобом, належним інваліду I групи, у його присутності.

Відшкодування збитків від дорожньо-транспортної пригоди, винуватцями якої є зазначені особи, проводить МТСБУ.

За умови особистого володінням і керуванням транспортним засобом, об'єм двигуна якого до 2500 сантиметрів кубічних включно, 50% вартості полісу сплачують:

- пенсіонери;

- інваліди II групи;

- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, віднесені до I або II категорії;

- учасники війни.

Є такі види договорів страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів:

1. Внутрішній договір укладають із власником транспортного засобу, зареєстрованого в Україні чи тимчасово ввезеного на територію України для користування. Діє лише на території України.

2. Договір міжнародного обов'язкового страхування укладають у разі користування транспортними засобами за межами України. Діє на території країн, зазначених у таких договорах.

Починаючи з 07.02.2018 р. забезпечується можливість укладання внутрішніх договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (які діють виключно на території України) в електронній формі.

Договори ОСЦПВВНТЗ можуть укладатися на умовах:

1. Страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації транспортного засобу, визначеного в договорі страхування, будь-якою особою, яка експлуатує його на законних підставах (договір I типу).

2. Страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації будь-якого транспортного засобу, або одного з транспортних засобів, зазначених у договорі, особою, вказаною в договорі страхування (договір II типу).

3. Страхування відповідальності за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, майну третіх осіб внаслідок експлуатації транспортного засобу, визначеного в договорі страхування, особою, вказаною в договорі страхування, або однією з осіб, зазначених у договорі (договірIII типу).

Договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів укладаються на строк не менше одного року.

Короткострокові договори страхування (строк дії – менше року) укладаються по відношенню до транспортних засобів:

- незареєстрованих – на час до їх реєстрації;

- тимчасово зареєстрованих – на час до їх постійної реєстрації;

- зареєстрованих на території іноземних держав – на час їх перебування на території України.

З 01 липня 2022 року відповідно до Постанови Правління Національного банку України від 30.05.2022 №109, страхові суми за внутрішніми договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності встановлені у розмірі:

- за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю – 320 000 грн на одного потерпілого, незалежно від кількості потерпілих;
- за шкоду, заподіяну майну потерпілих – 160 000 грн на одного потерпілого, але не більше 800 000 грн на одну страхову подію.

Розмір франшизи при відшкодуванні збитку, заподіяного майну потерпілих, встановлюється при укладанні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності, але не може перевищувати 2% від страхової суми. Франшиза при відшкодуванні збитку, заподіяного життю та здоров'ю потерпілих, не застосовується.

Шкодою, заподіяною життю та здоров'ю потерпілого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, є:

- шкода, пов'язана з лікуванням потерпілого;
- шкода, пов'язана з тимчасовою втратою працездатності потерпілим;
- шкода, пов'язана із стійкою втратою працездатності потерпілим;
- моральна шкода, що полягає у фізичному болю та стражданнях, яких потерпілий – фізична особа зазнав у зв'язку з каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я;
- шкода, пов'язана із смертю потерпілого.

У зв'язку з *лікуванням* потерпілого відшкодовуються обґрунтовані витрати, пов'язані з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням, протезуванням та реабілітацією потерпілого у відповідному закладі охорони здоров'я,

медичним піклуванням, лікуванням у домашніх умовах та придбанням лікарських засобів. Мінімальний розмір страхового відшкодування становить 1/30 розміру мінімальної заробітної плати у місячному розмірі за кожний день лікування, підтверджений відповідним закладом охорони здоров'я, але не більше ніж 120 днів.

У зв'язку з *тимчасовою втратою працездатності* потерпілим відшкодовуються неотримані доходи за підтверджений відповідним закладом охорони здоров'я час втрати працездатності. Доходи потерпілого оцінюються у таких розмірах:

- для працюючої особи (особи, яка працює за трудовим договором) – неотримана середня заробітна плата, обчислена відповідно до норм законодавства України про працю;
- для особи, яка забезпечує себе роботою самостійно, – неотримані доходи, які обчислюються як різниця між доходом за попередній (до дорожньо-транспортної пригоди) календарний рік та доходом, отриманим у тому календарному році, коли особа була тимчасово непрацездатною;
- для непрацюючої повнолітньої особи – допомога у розмірі, не меншому мінімальної заробітної плати, встановленої чинним законодавством.

Шкода, пов'язана із *стійкою втратою працездатності* потерпілим внаслідок ДТП, відшкодовується у розмірах, визначених відповідно до Цивільного кодексу України.

Мінімальний розмір страхового відшкодування (регламентної виплати), виражений у мінімальних заробітних платах, встановлених законодавством на дату настання страхового випадку, становить:

- I група інвалідності – 36 мінімальних заробітних плат;
- II група інвалідності – 18 мінімальних заробітних плат;
- III група інвалідності – 12 мінімальних заробітних плат;
- у разі визнання неповнолітньої (малолітньої) особи дитиною з інвалідністю – 18 мінімальних заробітних плат.

Страховиком (у випадках, передбачених чинним законодавством) відшкодовується потерпілому – фізичній особі, який зазнав ушкодження здоров'я під час дорожньо-транспортної пригоди, *моральна шкода* у розмірі 5% страхової виплати за шкоду, заподіяну здоров'ю.

У випадку *смерті* потерпілого страхове відшкодування виплачують, якщо його смерть настала впродовж одного року після ДТП та є прямим наслідком цієї ДТП. Розмір страхової виплати визначають у мінімальних заробітних платах, встановлених законодавством на дату настання страхового випадку:

- виплата утриманцям – 36 мінімальних заробітних плат;
- виплата морального збитку (батькам, дітям, дружині, чоловікові) – 12 мінімальних заробітних плат;
- витрати на поховання – не більше ніж 12 мінімальних заробітних плат.

Шкода, заподіяна в результаті ДТП майну потерпілого, – це шкода, яка включає:

- пошкодження чи фізичне знищення транспортного засобу;
- пошкодження чи фізичне знищення доріг, дорожніх споруд, технічних засобів регулювання руху;
- пошкодження чи фізичне знищення майна потерпілого;
- проведення робіт, які необхідні для порятунку потерпілих у результаті ДТП;
- пошкодження транспортного засобу, використаного для доставки потерпілого до відповідного закладу охорони здоров'я, чи забруднення салону цього транспортного засобу;
- евакуацію транспортних засобів з місця ДТП.

Виплата *страхового відшкодування* здійснюється протягом одного місяця з дня отримання страховиком визначених законодавством документів або в строки та в обсягах, встановлені рішенням суду.

В контексті європейської практики врегулювання збитків за договорами ОСЦПВВНТЗ має місце оформлення європротоколу, який діє і в Україні.

Європротокол – спеціальний бланк повідомлення про настання дорожньо-транспортної пригоди, який заповнюється водіями-учасниками ДТП на місці аварії, потім надається страховику та стає підставою для виплати страхового відшкодування потерпілим.

Такий механізм спрощеного оформлення ДТП запроваджено в Україні з 19 вересня 2011 року, коли вступив в силу Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо дорожньо-транспортних пригод та виплати страхового відшкодування» від 17.02.2011 №3045-VI.

Європротокол може заповнюватися як в паперовому вигляді, на спеціальному бланку, так і в електронній формі, з використанням системи «Електронний європротокол».

Інформаційна система «Електронний європротокол» впроваджена в МТСБУ з 01.10.2017 р. У відповідності до рішення Президії МТСБУ від 13.07.17 № 403/2017, європротокол, оформлений з використанням зазначеної системи, є повним аналогом європротоколів, надісланих або пред'явлених страховику у паперовій формі.

Система «Електронний європротокол» є доступною за покликанням https://dtp.mtsbu.ua.

Бланк європротоколу видається автовласнику безкоштовно під час укладення договору обов`язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів. У разі втрати або використання бланку європротоколу, новий бланк видається страховиком безоплатно на підставі письмової заяви.

У країнах Європейського Союзу оформлення ДТП без участі представників дорожньої поліції почало використовуватися ще в 50-х роках минулого століття. Зараз у більшості країн ЄС водіям, які потрапили в ДТП, достатньо заповнити бланк європротоколу для того, щоб оформити цю подію. Лицьова сторона бланку європротоколу за структурою глав ідентична в усіх країнах, де він запроваджений, відрізняється тільки мова, на якій надруковано бланк. Це зроблено для того, щоб водії різних країн могли швидко зорієнтуватися, якщо вони потраплять в ДТП на території іншої країни.

Європротоколом можна скористатися при умовах, коли:

- відсутні травмовані (загиблі) люди;
- водії-учасники ДТП мають поліси ОСЦПВВНТЗ;
- наявна згода водіїв транспортних засобів – учасників ДТП щодо її обставин;
- у водіїв відсутні ознаки алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів.

У разі невиконання хоча б однієї з зазначених умов, виклик відповідного підрозділу Національної поліції для оформлення ДТП є обов'язковим.

Додаткові умови для застосування системи «Електронний європротокол»:

- транспортні засоби обох учасників ДТП повинні мати діючі поліси внутрішнього страхування ОСЦПВВНТЗ. Якщо будь-який транспортний засіб забезпечений полісом іноземного страховика, необхідно використовувати паперовий бланк європротоколу або викликати поліцію;
- водії повинні мати при собі справні мобільні телефони (хоча б один з учасників ДТП повинен мати з собою пристрій (смартфон, планшет, ноутбук) з фотокамерою та доступом в Інтернет);
- ідентифікаційні дані про страхувальника (коди ІНПП або ЄДРПОУ) та про забезпечений транспортний засіб (номерний знак, марку та модель) мають бути зазначені в полісі та коректно внесені в єдину централізовану базу даних МТСБУ. В протилежному випадку система не зможе правильно ідентифікувати учасників ДТП.

Якщо водії скористались європротоколом (незалежно від його форми), то вони:

- мають право залишити місце ДТП;
- звільняються від обов'язку інформувати відповідний підрозділ Національної поліції України про настання ДТП;
- звільняються від адміністративної відповідальності, передбаченої за спричинення ДТП;
- повинні не пізніше трьох робочих днів з дати ДТП звернутись зі своїм примірником заповненого європротоколу до страховика, з яким укладали договір ОСЦПВВНТЗ (в разі використання системи «Електронний європротокол» повідомлення страховикам учасників ДТП відправляються автоматично).

Важливо пам'ятати, що при оформленні європротоколу страхове відшкодування є додатково лімітованим. З 10.07.2022 р. відповідно до Постанови Правління Національного банку України від 30.05.2022 №108, такий ліміт складає 80 000 грн.

9.4 Міжнародна система страхування «Зелена картка»

«Зелена картка» («Green card») – назва міжнародної системи, а також полісів обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників наземних транспортних засобів, які в'їжджають на своєму транспортному засобі на територію країн-учасниць міжнародної системи «Зелена картка».

Міжнародна система автомобільного страхування «Зелена картка» заснована у 1949 році (набрала чинності із січня 1953 року) на підставі Рекомендації робочої групи з автомобільного транспорту Комітету з внутрішнього транспорту Європейської економічної комісії ООН, в якій урядам було запропоновано звернутися до страховиків, що здійснюють страхування ризиків цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, укласти угоди для створення єдиних та дієвих умов страхування при транскордонному русі транспортних засобів.

Міжнародна система «Зелена картка» діє у країнах, де:

- страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів є обов'язковим;
- наявне Національне бюро, до якого входять всі страховики, що здійснюють обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів;
- офіційно визнана законність вимог цієї системи.

Кожне Національне бюро забезпечує гарантію:

1) своєму уряду про те, що іноземний страховик буде дотримуватися чинного законодавства країни та сплатить компенсацію потерпілим у дорожньо-транспортних пригодах у межах встановленого законом ліміту відповідальності;

2) Бюро інших країн-членів міжнародної системи «Зелена картка» щодо виконання зобов'язань страховиком, який застрахував цивільно-правову відповідальність водія, що спричинив дорожньо-транспортну пригоду на території їх країни.

Україна, однією з перших країн на пострадянському просторі, слідом за Естонією, приєдналася до міжнародної системи автострахування «Зелена картка».

Створивши відповідну законодавчу базу для здійснення діяльності на міжнародному рівні, у червні 1997 року відповідно до рішення 31 Генеральної Асамблеї Ради Бюро, яка відбулася у м. Будапешт (Угорщина), Національне бюро України було прийнято до міжнародної системи автострахування «Зелена картка», а його членство у цій системі було активізовано з липня 1998 року у якості «перехідного члена».

На засіданні 38 Генеральної Асамблеї Ради Бюро, яке відбулося у Люксембурзі 27.05.2004 р., було прийнято рішення про набуття України з 01.01.2005 р. статусу «повного члена» в міжнародній системі автомобільного страхування «Зелена картка» за умови виконання Бюро України вимог, виставлених Радою Бюро Міжнародної системи, які були зняті з МТСБУ з 01 січня 2009 року.

Фактичними *суб'єктами міжнародної системи «Зелена картка»* виступають Бюро країн та страхові компанії-члени, які уповноважені здійснювати обов'язкове страхування цивільної відповідальності власників наземних транспортних засобів.

На сьогодні міжнародна система «Зелена картка» складається з 46 Бюро, які представляють близько 1500 автостраховиків у 50 країнах Європи, Північної Африки та Близького Сходу.

Міжнародний страховий сертифікат «Зелена картка» в усіх країнах має уніфіковану форму. Його наявність є обов'язковою передумовою для водіїв, які планують виїхати за кордон на власному автомобілі до країн-членів міжнародної системи «Зелена картка».

В Україні передбачені два типи полісів «Зеленої картки»:

- поліс, дія якого поширюється на території всіх країн-учасниць системи «Зелена картка» (окрім росії та Білорусі);
- поліс, дія якого поширюється на території Азербайджану та Молдови.

Тарифні ставки МТСБУ встановлює щороку. Вартість поліса залежить від типу транспортного засобу, країни перебування та терміну дії поліса.

Міжнародний договір «Зелена картка» може укладатися на строк 15 днів, 1 місяць, 2 місяці, 3 місяці, 4 місяці, 5 місяців, 6 місяців, 7 місяців, 8 місяців, 9 місяців, 10 місяців, 11 місяців або один рік.

Укладати договори міжнародного обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів мають право страхові компанії, які мають статус повного члена МТСБУ.

Починаючи з 01.03.2014 р розпочато укладання договорів міжнародного страхування «Зелена картка» із одночасним внесенням інформації про укладений договір страхування в єдину централізовану базу даних (ЦБД) МТСБУ за допомогою підсистеми «Green Card online». Ознакою укладення договору через підсистему «Green Card online» є контрольний код, згенерований ЦБД МТСБУ та нанесений у нижньому правому куті бланку сертифіката «Зелена картка».

Оформлення договорів міжнародного страхування «Зелена картка» із застосуванням підсистеми «Green Card online» здійснюється в офісах страхових компаній та страховими агентами, що мають доступ до мережі Інтернет.

До того ж, з 01.01.2019 р. оформлення українських «Зелених карток» повинно здійснюватись виключно шляхом автоматичного друку. Така технологія унеможливлює виготовлення фальшивого страхового документа, дозволяє забезпечити перевірку дійсності договору при перетині кордону та дозволяє страхувальнику, одразу після оформлення договору страхування, перевірити його статус, звернувшись до ЦБД МТСБУ (https://gc.mtsbu.ua/MTSBU_Pages/Tree.aspx?autoauth=true).

Починаючи з 01.09.2022 р. забезпечується можливість укладання договорів міжнародного страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів (які діють виключно за межами України) в електронній формі.

Виплата *страхового відшкодування* здійснюється на умовах, визначених законодавством про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів країни, на території якої сталася ДТП.

Гарантом виплати страхового відшкодування за договорами «Зелена картка» в Україні є МТСБУ – Національне бюро «Зеленої картки» в Україні.

Ліміт відповідальності страхової компанії встановлений законодавством країн-членів міжнародної системи страхування «Зелена картка» і залежить від законодавства країни, на території якої сталася ДТП.

9.5. Страхування інших видів відповідальності

Страхування професійної відповідальності

Страхування професійної відповідальності пов'язане з можливістю пред'явлення претензій особам за наслідки помилок, допущених під час виконання ними професійних обов'язків, зазначених у страховому полісі. Претензії страхувальнику, не пов'язані з виконанням ним професійних обов'язків, не підлягають страховому захисту.

Види професійної відповідальності, що підлягають страхуванню:

- медична;
- юридична;
- аудиторська;
- нотаріальна;
- журналістська;
- архітектурна;
- експертна.

Основу професійної відповідальності становить порушення контракту між професіоналом і клієнтом щодо надання послуг. Будь-яка особа, яка придбає послугу, розраховує на компетентність і сумлінність професіонала. Якщо клієнтові завдано шкоди, він має право притягти до відповідальності професіонала в судовому порядку.

У страхуванні професійної відповідальності виділяють дві групи ризиків:

- ризики, пов'язані з можливістю заподіяння третім особам тілесних ушкоджень та шкоди здоров'ю. Такі випадки трапляються у роботі лікарів, хірургів, дантистів, фармацевтів, водіїв транспортних засобів тощо;
- ризики, пов'язані з можливістю заподіяння матеріальних збитків, зокрема втрата права на пред'явлення претензій. Ці ризики пов'язані з діяльністю архітекторів, будівельників, консультантів тощо. Термін втрати права на пред'явлення претензій встановлюється законодавством. Передбачається, що вина страхувальника, який підлягає страхуванню з даного виду, може виявлятися двояко: у формі необачності, недбалості, некваліфікованого виконання своїх обов'язків

та у формі навмисних дій. Вину у формі навмисних дій страхувальника можна встановити тільки у судовому порядку.

Страховий випадок – помилка, допущена страхувальником під час виконання професійних обов'язків, що призвела до матеріальних збитків або втрати здоров'я, заподіяння тілесних ушкоджень чи смерті третіх осіб.

Страхові суми з цього виду страхування встановлюють за домовленістю сторін.

Розмір *страхового платежу* залежить від професії, віку, стажу роботи, дати отримання кваліфікації, загальної кількості працівників, які підлягають страхуванню за цим видом. Визначають розмір страхового платежу два головних чинники: загальна чисельність осіб, зайнятих діяльністю, відповідальність за яку підлягає страхуванню, та встановлений ліміт відповідальності.

Страхові тарифи встановлюють у відсотках до річного доходу страхувальника. Договори укладають на один або декілька років. Страховик зобов'язується згідно з договором страхування виплатити страхувальникові компенсацію за будь-яким позовом третьої сторони за збиток, заподіяний їй страхувальником через недбалість або помилку.

За даним видом страхування, як правило, передбачається франшиза. До неї, за вимогою страховика, можуть додаватися витрати, пов'язані з роботою незалежних експертів для встановлення суми збитків.

В Україні окремі види страхування професійної відповідальності здійснюють в обов'язковій формі, зокрема: страхування цивільно-правової відповідальності приватного нотаріуса; страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України.

Розмір *страхового відшкодування* визначається договором страхування при добровільному страхуванні, а при обов'язковому – чинним законодавством або згодою сторін. Якщо претензії до одного страхувальника висувають відразу кілька осіб і обсяг спричинених збитків перевищує загальний ліміт відповідальності страховика, обумовлений договором, то відшкодування здійснюється пропорційно відношенню суми завданих збитків до загального ліміту відповідальності страховика.

Страхування відповідальності за неповернення кредитів

Делькредерне страхування

При делькредерному страхуванні страхувальником може виступати як кредитор, так і позичальник. Якщо кредитор одночасно є і страхувальником, він може розраховувати на страхове відшкодування збитків у випадку невиконання боржником своїх фінансових зобов'язань. За другою формою делькредерного страхування позичальник виступає у ролі страхувальника і тим самим захищає майнові інтереси свого кредитора.

Делькредерне страхування кредитних ризиків передбачає:

1. *Страхування товарних кредитів* – надання страхового захисту страхувальнику на випадок неплатоспроможності покупців-позичальників.

Метою страхування товарних кредитів є гарантія повернення підприємствами у визначний строк грошових коштів, якщо клієнт; якому надано товар чи послуги у кредит, не в змозі своєчасно їх сплатити через свою неплатоспроможність чи з інших причин.

Страхувальниками за даним видом страхування виступають постачальники, тобто кредитори. Об'єктом страхування за договором є майнові інтереси страхувальника, пов'язані з його комерційною діяльністю. Ризик проявляється в імовірності спричинення прямих матеріальних збитків страхувальнику внаслідок невиконання (неналежного) виконання обов'язків за контрактами купівлі-продажу товарів (робіт, послуг). Страховим випадком є заподіяння прямих матеріальних збитків страхувальнику, пов'язаних з порушенням його прав і законних інтересів під час здійснення ним комерційної діяльності у частині виконання перед ним грошових зобов'язань контрагентів за контрактами.

2. *Страхування відповідальності позичальника за непогашення кредитів* – надання страхового захисту кредитору на випадок непогашення суми кредиту та відсотків за ним у встановлені терміни. Учасниками процесу страхування виступають: страхова компанія, фізична або юридична особа та позичальник. Об'єктом страхування є відповідальність позичальника перед банком-кредитором за своєчасне і повне погашення кредиту, у т.ч. відсотків за ним. Термін дії договору страхування відповідає терміну дії кредитного договору. Страхову суму встановлюють у межах суми кредиту, а страховий платіж залежить від розміру страхової суми, ступеня ризику, форми кредиту, а також від кредитної історії позичальника.

3. *Страхування експортних кредитів* – надання страхового захисту підприємцям, які здійснюють різні форми міжнародної співпраці. Необхідність страхування експортних кредитів полягає у потребі покриття збитків, спричинених учаснику зовнішньоекономічної діяльності, у зв'язку з невиконанням іноземним контрагентом договірних зобов'язань внаслідок власної неплатоспроможності, або інших умов, передбачених договором страхування. Страховим випадком вважається неплатоспроможність іноземного контрагента, що в свою чергу зумовлює майнову відповідальність страховика перед страхувальником. Страховим ризиком є настання неспроможності іноземного контрагента, внаслідок чого цей іноземний контрагент:

- не оплатив або не може більше оплачувати товари або послуги, що є об'єктом контракту, укладеного страхувальником з цим іноземним контрагентом;
- не поставив або не може більше поставляти товари або послуги, що є об'єктом контракту, укладеного страхувальником з цим іноземним контрагентом.

Страхова сума визначається у межах укладеного контракту між страхувальником та контрагентом. Страхова премія розраховується, виходячи з запланованого обсягу експортно-імпортних операцій страхувальника.

4. *Страхування кредитів під інвестиції* – надання страхового захисту інвесторам, які здійснюють вкладення коштів у різні інвестиційні проєкти за рахунок наданих кредитів та інвестицій. Кредити під інвестиції можуть надаватися як у товарній, так і грошовій (готівковій чи безготівковій формах). При видачі кредитів у товарній формі кредиторами є виробники й продавці інвестиційних інструментів, а при грошовій формі – банківські установи, які однаково зацікавлені у своєчасному й повному поверненні заборгованості.

Страхування кредитів довіри

Сутність даного виду страхування полягає у тому, що роботодавець захищає себе від імовірних збитків на випадок фінансових зловживань працівників.

Страхування кредиту довіри (недовіри) з'явилось в Англії. Ще у 1840 році страхова компанія Guarantee Society of London продала перший поліс, за умовами якого компанія гарантувала працедавцям матеріальний захист на випадок збитків, завданих їм їхніми службовцями в разі несумлінного виконання покладених на них обов'язків.

До цього часу таку гарантію забезпечувала звичайна готівкова застава в певному обумовленому розмірі. Особливого розмаху цей вид страхування набув у США в період міграційного буму. Працедавці змушені були користуватися послугами здебільшого невідомих працівників, які наймалися на службу. Необхідні були гарантії, що й сприяло утвердженню нового виду страхування. Сьогодні страхування довіри («Fidelity-Insurance») в США забезпечує більш ніж 200 страхових компаній. Страхування кредиту довіри (недовіри) практикується здебільшого як загальне й охоплює всіх без винятку службовців та працівників. Завдяки цьому працедавець уникає необхідності надмірного нагляду за окремими працівниками, що, в свою чергу, не дає підстав для їх дискримінації, забезпечує страховий захист і полегшує персональні відносини.

Суб'єктами страхування довіри виступають роботодавці та працівники, які, відповідно до своїх службових обов'язків, несуть матеріальну та фінансову відповідальність перед роботодавцем. Страхування кредитів довіри пропонує також захист від незадовільних фінансових наслідків, збитків, завданих власним персоналом, якому з огляду на виконувані ним службові обов'язки необхідно довіряти майнові цінності. Зазначене страхування дає змогу: уникати зайвої турботи про матеріальні цінності, що полягає у виникненні особливих вказівок та інструкцій; запобігати прямим збиткам і втратам; уникати в кожному випадку потреби отримувати докази цілості матеріальних цінностей. Страховик відшкодовує страхувальникові майнові збитки, які були завдані його довіреними особами шляхом чи в результаті вчинення ними недозволених дій.

Останніми роками особливим різновидом страхування довіри стало страхування комп'ютерних зловживань. Воно захищає власників комп'ютерних систем від збитків, які можуть бути завдані їм у результаті використання електронної обробки інформації шляхом зовнішнього вторгнення в комп'ютерну систему з метою пошкодження носіїв інформації, зміни програм, внесення фіктивних рахунків, зняття з них коштів і їх подальшого привласнення. Страхова сума визначається за згодою сторін, але у межах можливих фінансових збитків, що можуть виникнути у результаті непрофесійної діяльності відповідальних осіб.

Страхування заставного майна (гарантійне страхування)

Економічний зміст страхової гарантії зводиться до того, що страховик замість отриманої невисокої страхової премії бере на себе замість боржника роль гаранта оплати його повної заборгованості у визначених термінах на користь застрахованого (бенефіціанта) цієї гарантії. За гарантійного (заставного) страхування у відносини вступають не дві, як за делькредерного страхування, а три сторони.

За гарантійного страхування, як і за делькредерного, застосовують два способи надання страхового захисту:

- одноразовий, який застосовується щодо окремої кредитної операції, що має потребу страхової гарантії;
- багаторазовий, який застосовується щодо загальної кількості операцій, що можуть бути здійсненими одним боржником упродовж часу дії угоди про гарантійне страхування.

Договір страхування заставного майна дозволяє позичальнику отримати необхідний кредит, а кредитору – отримати заставне майно позичальника у разі несвоєчасного погашення суми заборгованості за кредитом. Метою проведення даного виду страхування є захист майнових інтересів фінансово-кредитної установи, яка здійснює кредитування фізичних та юридичних осіб, та страхувальників, пов'язаних з володінням, користуванням та розпорядженням заставним майном.

Об'єктом страхування є заставне майно, яке передається банку у заставу і належить, як правило, страхувальнику на правах власності або оренди чи лізингу. Страхова сума встановлюється за згодою сторін у межах дійсної вартості майна (при розрахунку страхового відшкодування буде враховуватись амортизація) або у розмірі повної відновлювальної вартості (у такому разі розрахунок страхового відшкодування буде здійснюватись без врахування амортизації).

При страхуванні заставного майна страхове покриття розповсюджується на такі види ризиків:

- пожежі (пошкодження чи повне знищення об'єктів страхування внаслідок впливу вогню, а також продуктів горіння і засобів гасіння пожежі), ураження блискавкою та вибуху газу;
- стихійних лих (повінь, землетрус, шторм, буря, вихор, ураган, смерч, град, зсув ґрунту тощо) та падіння керованих літальних апаратів або їх уламків;

- часткової або загальної аварії обігрівальної, водогінної та каналізаційної систем, систем пожежогасіння та інших технологічних аварій, які спричинили об'єкту страхування прямі або опосередковані збитки;
- протиправних або зумисних дій третіх осіб (підпал, крадіжка зі зламом, пограбування тощо).

У групі заставного (гарантійного) страхування практикується також особливий напрямок страхового захисту – *страхування фінансових гарантій*. Техніка надання страхових гарантій стає дедалі різноманітнішою. Саме тому кредити, видані під різні фінансові гарантії, об'єднують у дві групи:

1) кредити, повернення яких гарантується залученням давно відомих фінансових інструментів (іпотечні та банківські кредити, які видаються під заставу іпотеки або іншого майна, що належить позичальникам. Іпотека та інше майно стають предметами страхування, а позичальник відповідно – страхувальником і застрахованим в одній особі);

2) кредити, повернення яких гарантується борговими зобов'язаннями фінансового характеру (облігаціями, акціями, комерційними паперами, сертифікатами фінансових активів підприємств). З огляду на різноманітність видів гарантій їх поділяють на гарантії, що стосуються відносин між приватними суб'єктами, та гарантії, що стосуються відносин, у яких одна зі сторін є суб'єктом загальнонародного, державного значення. Емітенти боргових зобов'язань самі й ініціюють таке страхування, щоб підняти довіру до себе.

Страхування споживчих кредитів

Враховуючи незначний розмір споживчих кредитів, найбільш доступною та надійною формою фінансового забезпечення інтересів кредиторів стає страхування кредитного ризику без отримання від позичальника майнової застави. Страхування споживчих кредитів базується на визнанні ризику неплатежу чи неплатоспроможності позичальників, який формується у процесі кредитування.

Основні фактори неповернення кредитів при споживчому кредитуванні:

- шахрайство з кредитними коштами банку;
- недосконалий банківський моніторинг простроченої заборгованості;

- незадовільний фінансовий стан позичальника;
- об'єктивні фактори невиконання боргових зобов'язань (смертність, втрата працездатності, хвороба, втрата роботи тощо).

Ефективна взаємодія учасників процесу кредитування дозволяє знизити ризики та втрати банку (фінансової установи), а також значно збільшити обсяги продажу товарів та послуг. З метою уникнення фінансових втрат установ банків та інших фінансових установ, що здійснюють споживче кредитування, застосовується комплексна технології взаємодії банку (фінансової установи) та страхової компанії зі страхування споживчих кредитів.

Страхування відповідальності виробника за якість продукції

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

Розвиток страхування відповідальності за якість продукції тісно пов'язаний з розвитком правових норм, що захищають споживачів товарів. Так, у Великій Британії та США цей вид страхування з'явився ще наприкінці минулого століття. Численні положення британського права покладено в основу Директиви про уніфікацію правових та адміністративних норм у зв'язку з відповідальністю виробників за якість продукції, прийнятої у 1985 році країнами ЄС.

Страховик бере на себе зобов`язання відшкодувати витрати, які страхувальник буде зобов`язаний виплатити за випадкові ушкодження, спричинені здоров`ю, включаючи смерть, третіх осіб, що трапились у період терміну страхування та причиною яких була реалізована продукція підприємства-страхувальника.

Поняття «продукція» охоплює будь-які товари, комплектуючі, сировину, електроенергію. Не входять до цього поняття природні ресурси, продукти тваринництва, рибальства, мисливства, а також сільськогосподарська продукція, яка не пройшла промислову переробку.

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 тощо). Під дефектом розуміють також недоліки конструкції, виробничі огріхи, помилки в інструкції, недоліки контролю за якістю продукції.

Питання про вину виробника не порушується – відповідальність виникає із самого факту шкоди, заподіяної позивачеві, тобто «відповідальність без вини». Для одержання компенсації особа, яка 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). Продукція, перш ніж потрапити до споживача, може пройти через багатьох осіб – безпосередніх виробників, постачальників, імпортерів, продавців. Кожен із цього ланцюжка може нести відповідальність перед клієнтами за заподіяну шкоду, якщо не назве іншої винної особи. Тобто термін «виробник» тлумачиться досить широко. Директива ЄС дозволяє обмежувати відповідальність виробника за тілесні ушкодження або смерть через неякісну продукцію.

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

- він вжив усіх необхідних кваліфікованих заходів аби унеможливити дефекти у продукції на етапі виробничого процесу, абодіяв згідно з певним законодавчим актом;
- не передав дефектну продукцію до сфери збуту;
- поставка здійснювалась не 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 та інструкцій, що додаються до продукту.

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

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.

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

- за випадкову шкоду, завдану здоров'ю третьої 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).

Страховик несе відповідальність лише за прямі та ненавмисні збитки, що виникли протягом дії договору страхування у зв'язку з продукцією, яка покривається договором.

Не визнаються страховими випадками події, що сталися в разі: навмисних дій страхувальника, спрямованих на настання страхового випадку або його грубої необережності; реалізації продукції, строк придатності якої закінчився; недотримання правил і умов зберігання продукції; недотримання правил і умов користування продукцією; недоліків (дефектів) продукції, які були відомі страхувальнику до їх реалізації; невиконання страхувальником обов`язку відкликати продукцію або інформувати споживачів про її небезпечні властивості, які стали відомі страхувальнику до настання страхового випадку; недотримання страхувальником положень законодавства або відомчих нормативів, порушення яких призвело до настання страхового випадку або визначено як злочин; проведення третьою особою чи страхувальником експериментів та дослідів.

Страховий захист не розповсюджується на відповідальність страхувальника за моральну шкоду та непрямі збитки, завдану третім особам, а також його відповідальність перед органами державної влади та контрагентами за договорами реалізації продукції.

Виключається відповідальність за шкоду споживачеві (третій особі), якої було завдано продукцією з таких причин:

- радіація, радіоактивне зараження, ядерні вибухи;
- страйки, політичні акції, військові дії, а також розпорядженнявійськових і цивільних владних структур;
- дефекти, які були відомі страхувальнику до реалізації продукції;
- неправильне зберігання продукції на складі страхувальника;
- транспортування продукції (цей ризик включається до інших полісів, наприклад щодо страхування відповідальності перевізника);
- шкода нематеріальних активів: патентів, знаків для товарів,ліцензій тощо.

Також, як правило, відповідальність виключається, якщо дефект зумовлюється природними властивостями або коли шкода здоров'ю та майну вважається неминучою.

Договір страхування передбачає *агрегатний ліміт відповідальності* (встановлюється за згодою сторін і є граничною сумою страхового відшкодування, що може бути виплачене за всіма страховими випадками, які сталися протягом усього терміну 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.

Договір може передбачати умову власної участі страхувальника у відшкодуванні збитків – франшизу.

Страхові тарифи розраховуються актуарно та ідентифікуються для кожного підприємства індивідуально. Зазвичай страховий тариф (ставка страхової премії) обчислюється у відсотках до річного грошового обігу страхувальника на підставі даних попередніх періодів (наприкінці року коригується згідно з реальним обсягом).

Для деяких видів виробництва придатний інший метод розрахунку страхової премії. Ставка визначається на кожні 100 одиниць випущеної продукції. Цей метод менш популярний, оскільки він не впливає на тарифну ставку в разі подорожчання продукції та на витрати з врегулювання позовів у зв'язку з інфляцією.

Страхова сума зазначається в договорі страхування за домовленістю між страховиком та страхувальником, виходячи з річного обігу реалізації страхувальником продукції та виду продукції.

Страхувальник зобов`язаний вжити всіх можливих заходів для з`ясування причин та наслідків страхового випадку; негайно сповістити страховика про обставини та обсяг всіх вимог, які пред`явлено страхувальнику у зв`язку зі страховим випадком або про розпочате проти нього судове провадження; забезпечити, наскільки це можливо, участь страховика у встановленні розміру заподіяної шкоди і надати йому всю доступну інформацію та документацію для висновків щодо причин, дії й наслідків страхового випадку, про характер та розмір заподіяного збитку; не відшкодовувати збитки, не визнавати частково або цілком вимоги, які пред`являються йому у зв`язку зі страховим випадком, а також не приймати на себе будь-яких прямих або непрямих зобов`язань з врегулювання таких вимог без попереднього узгодження із страховиком.

Розмір *страхового відшкодування* встановлюється страховиком на підставі отриманих від страхувальника документів.

Страхування відповідальності за забруднення довкілля

Законодавством України передбачено запровадження ряду обов'язкових екологічних напрямків страхування, зокрема:

- страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;

- страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
- страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
- страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
- страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів;
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно третім особам внаслідок проведення вибухових робіт;
- страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю та (або) здоров'ю і майну третіх осіб під час виконання робіт з гуманітарного розмінування.

Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища» визначає правові, економічні та соціальні основи організації захисту природного середовища.

Згідно з національним законодавством забруднювач несе відповідальність за забруднення навколишнього природного середовища та зниження якості природних ресурсів, а також за порушення законодавства про охорону навколишнього природного середовища.

Національні законодавства та міжнародні угоди покладають безумовну відповідальність за викиди небезпечних речовин у навколишнє середовище за принципом «платить забруднювач». При цьому той, хто заподіяв шкоду, повинен компенсувати не лише прямі втрати, а й витрати на очищення забруднених водойм, ґрунту тощо.

Підприємства, які є джерелами підвищеної екологічної небезпеки, звільняються від відшкодування шкоди, заподіяної навколишньому природному середовищу, тільки коли доведуть, що шкода виникла внаслідок стихійних природних явищ чи навмисних дійпотерпілих.

Що ж до підприємств, не віднесених до власників джерел підвищеної екологічної небезпеки, то вони звільняються від відшкодування збитків, якщо доведуть, що шкоду заподіяно не з їхньої вини. Особи, яким завдані збитки, мають право на відшкодування неодержаних прибутків за час, необхідний для відновлення здоров'я, якості навколишнього природного середовища, відтворення природних ресурсів до стану, придатного для використання за цільовим призначенням.

Екологічне страхування – різновид страхування цивільної відповідальності власників або користувачів об'єктів підвищеної екологічної небезпеки через імовірне аварійне забруднення ними довкілля та завдання шкоди життєво важливим інтересам третіх осіб, що передбачає часткову компенсацію збитків потерпілим.

Забруднення – це викид та нагромадження шкідливих речовин в обсязі, який не може більше поглинатися навколишнім середовищем. Забруднення можна класифікувати на випадкові, на ті, що настали в результаті непередбачених подій, та на навмисні. На практиці визначення характеру викиду може викликати ускладнення, особливо при постійних або повторних викидах. Підприємство може періодично скидати шкідливі речовини у межах норм, визнаних безпечними. У якийсь момент ці викиди перестають бути безпечними. Шкода перестає вважатись випадковою, якщо вона стала явною та забруднювач усвідомив це. Необхідно враховувати й те, що шкода може виявитися через багато років. У такому разі важко встановити зв'язок між результатом забруднення (наприклад, захворюванням людей) та викидами.

Необхідність запровадження екологічного страхування зумовлюють такі чинники:

- посилення негативних впливів господарської діяльності на стан екосистем, що проявляється в зменшенні біологічного різноманіття в рослинному та тваринному світі;
- створення господарською діяльністю ситуацій, що зумовлюють глобальні зміни в довкіллі;
- зростання кількості техногенно-екологічних аварій та катастроф;
- ядерні інциденти;

- загострення проблем зберігання та знешкодження екологічно небезпечних відходів;
- наявність об'єктів і видів діяльності, що є джерелами підвищеної небезпеки для навколишнього природною середовища та, як наслідок, життєдіяльності та здоров'я людини.

Об'єктами екологічного страхування є будь-які екологічні ризики забруднення довкілля і потенційного економічного збитку, спричиненого забрудненням виробничими, побутовими та іншими відходами, транспортними засобами тощо.

Головною відмінною рисою екологічного страхування є те, що його об'єктом є ризик цивільної відповідальності та ризик пред'явлення власникові або користувачеві об'єкта підвищеної екологічної небезпеки (страхувальникові) майнових претензій щодо відшкодування збитків зі сторони фізичних або юридичних осіб згідно з нормами цивільного законодавства.

Ще починаючи з 60-х років Ллойд надавав покриття компенсацій за позовами, висуненими третіми особами за шкоду їх здоров'ю та нерухомому майну внаслідок забруднення, а також при порушенні інших прав та погіршенні умов життя, що захищаються законом. У страхове покриття включались і витрати на превентивне очищення, тобто поліс покривав не лише забруднення внаслідок нещасного випадку.

Суб'єктами екологічного страхування є держава, підприємства, громадяни-власники, населення, страхові компанії.

Страховим випадком вважають заподіяння прямої шкоди третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки під час дії договору обов'язкового страхування.

Оскільки збитки, спричинені техногенними аваріями і катастрофами, можуть бути непомірно великими, світова практика екологічного страхування використовує лімітування цивільної відповідальності за заподіяну шкоду.

Захист від екологічних ризиків може здійснювати не лише через страхування відповідальності, а й через майнове страхування (страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»), та особисте страхування (страхування персоналу ядерних установок, джерел іонізуючого випромінювання, а також державних інспекторів з нагляду за ядерною та радіаційною безпекою безпосередньо на ядерних установках).

Види страхового покриття збитків, завданих технологічною аварією, досить різноманітні:

- витрати, пов'язані з ліквідацію аварії (очисткою території, відновленням процесу виробництва тощо);
- недоотримані доходи внаслідок пошкодження сільськогосподарських угідь тощо;
- витрати, пов'язані з відновленням тварин;
- витрати на лікування хворих, якщо хвороба спричинена наслідками техногенних аварій і катастроф;
- витрати, пов'язані з очищенням ґрунту і водойм, забруднених внаслідок техногенних катастроф, тощо.

Страховик не відшкодовує витрати страхувальнику на превентивні заходи або на очищення його власного майна. Проте компенсуються витрати третіх осіб щодо мінімізації збитку, які мали місце після настання страхового випадку. Навіть якщо забруднення сталось у приміщеннях страхувальника, воно може бути джерелом небезпеки навколишньому середовищу і третім особам. Наприклад, забруднення ґрунтових вод з причини зараження шкідливими речовинами земельної ділянки страхувальника. У цьому випадку превентивні заходи та заходи з очищення служать не лише інтересам страхувальника, а отже, ці витрати не є його власним збитком. Тому в деяких країнах такі витрати, згідно із законодавством, повинні охоплюватися договором.

Страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, що може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, дозволить уникнути зайвих витрат, пов'язаних із відшкодуванням прямої шкоди, завданої третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки, а також проблем, які можуть виникнути під час перевірок контролюючими органами.

За *договором екологічного страхування* відшкодовують шкоду, заподіяну життю, здоров'ю і майну третіх осіб, зокрема довкіллю (природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду), внаслідок пожеж і/або аварій на об'єктах підвищеної небезпеки.

Поліси страхування відповідальності за екологічні забруднення не покривають шкоди внаслідок навмисного порушення страхувальником законодавчих актів, постанов, розпоряджень та інших нормативних документів, що регулюють питання екології.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Історичні витоки страхування відповідальності.
2. Формування ринку страхування відповідальності в Україні: стан і перспективи розвитку.
3. Система прямого врегулювання збитків при здійсненні ОСЦПВВНТЗ.
4. Перспективи розвитку страхування професійної відповідальності в Україні.
5. Особливості страхування відповідальності за неповернення кредитів.
6. Страхування відповідальності роботодавця.
7. Страхування відповідальності перевізників.
8. Страхування відповідальності у сфері космічного страхування.
9. Страхування відповідальності в галузі морського страхування.
10. Страхування відповідальності в галузі авіаційного страхування.
11. Проблеми збереження довкілля та роль страхування відповідальності за екологічне забруднення у їх вирішенні.
12. Страхування відповідальності власників собак.
13. Страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності.

ТЕМА 10. ПЕРЕСТРАХУВАННЯ І СПІВСТРАХУВАННЯ

Зміст теми

10.1. Сутність та функції перестрахування
10.2. Види перестрахувальних операцій
10.3. Співстрахування та механізм його дії

10.1. Сутність та функції перестрахування

Перестрахування – це страхування одним страховиком (цедентом, перестрахувальником) на визначених умовах ризику виконання частини своїх обов'язків перед страхувальником в іншого страховика (перестраховика), резидента або нерезидента, який має статус страховика або перестраховика згідно з законодавством країни, в якій він зареєстрований.

У національних законодавчих актах більшості країн світу перестрахування переважно визначається як нове самостійне страхування (Великобританія), страхування страховиків або страхування ризиків (Німеччина), страхування надлишкових зобов'язань (Словенія).

Перестрахування є самостійною галуззю страхування.

Виділяють теоретичний та прикладний підходи до з'ясування сутності перестрахування та його сучасного змістового наповнення.

За теоретичним підходом у більшості визначень перестрахування розглядається як сфера фінансово-економічних відносин, природа яких є спільною із страховими відносинами. Погляд на перестрахування як сукупність фінансово-економічних відносин у страховій сфері дає змогу об'єднати його із страхуванням у межах однієї економічної категорії. При цьому перестрахувальним відносинам притаманні усі ознаки економічної категорії страхування, а тому економічні відносини у перестрахуванні характеризують їх належність до системи страхових відносин.

Відповідно до прикладного підходу перестрахування доцільно трактувати:

- з управлінської позиції – як метод управління ризиками прямого страховика щодо захисту його майнових інтересів, пов'язаних із забезпеченням додаткових гарантій виконання страхових зобов'язань перед страхувальниками за договором страхування;
- з організаційно-правової позиції:

1) як вид діяльності (бізнесу), відповідно до якого страховик, приймаючи на страхування ризики, частину відповідальності за ними передає іншим страховикам (перестраховикам) на узгоджених умовах з метою компенсації частини страхових виплат, здійснених на користь страхувальників;

2) як форму організації резервів перестраховика за рахунок перестрахувальної премії, що надходить від прямого страховика як плата за отримання перестрахувального захисту;

- з юридичної позиції – як цивільно-правові відносини, які передбачають обов'язок перестраховика компенсувати частину страхових виплат, здійснених прямим страховиком за договором страхування в разі настання страхового випадку.

Економічна природа перестрахування виникає із необхідності диверсифікації ризиків, взятих на страхування страховою компанією: використовуючи механізм передачі страхового ризику в перестрахування, страховик сподівається зменшити тягар втрати власного капіталу та страхових фондів у разі виплати страхових відшкодувань і таким чином покращити фінансові показники своєї основної діяльності. Результатом передачі страхового ризику в перестрахування є його розподілення, внаслідок чого страховик залишається тільки з частиною цього ризику.

Завдання перестрахування:

- надання додаткової фінансової місткості для прийняття прямим страховиком ризиків на страхування;
- вторинний перерозподіл прийнятого на страхування ризику;
- забезпечення збалансованості результатів діяльності страховика за кожен звітний рік;
- вплив на покращення показників платоспроможності прямого страховика.

Виділяють певні відмінності між договором страхування і договором перестрахування, а саме:

- договір страхування зазвичай належить до реальних договорів, тому що вони за загальним правилом набувають чинності з моменту оплати страхувальником страхової премії або першого страхового внеску, а договір перестрахування є переважно консенсуальним, тобто набирає чинності з моменту його укладення (акцепту), якщо сторони не передбачили іншого;
- між цими договорами простежуються істотні відмінності в суб'єктному складі учасників: за договором перестрахування з обох сторін є страховик, а за договором страхування з однієї сторони – страховик, а з іншої – страхувальник;
- на відміну від основних договорів страхування, у яких визначено багато різновидів страхових випадків, у договорі перестрахування страховий випадок завжди однаковий;
- договірні правовідносини у сфері перестрахування базуються на двох принципах – «платності» і «доброї волі». Зазначений «принцип платності» належить до однієї зі специфічних особливостей договору перестрахування, що відрізняє його від договору страхування та полягає в зобов'язанні перестраховика виплатити страховикові (перестрахувальнику) страхову суму або страхове відшкодування, пропорційне його частці участі, і лише тоді, коли перестрахувальник здійснить страхову виплату страхувальникові. Поряд із цією відмінністю спільним для договорів страхування і перестрахування є принцип «доброї волі», який в договорі страхування полягає в тому, що страхувальник зобов'язаний інформувати страховика перед укладанням договору страхування та в період усього терміну його дії про всі істотні обставини ризику щодо об'єкта страхування. За умовами укладеного договору перестрахування страховик (перестрахувальник) зобов'язаний надати перестраховикові повну та достовірну інформацію про ризик. Перестраховик ухвалює рішення про укладання договору

перестрахування та виплату страхового відшкодування за цим договором на основі інформації, наданої перестрахувальником.

Послідовність процесу перестрахування (механізм передачі страхового ризику в перестрахування) представлена на рис. 10.1.

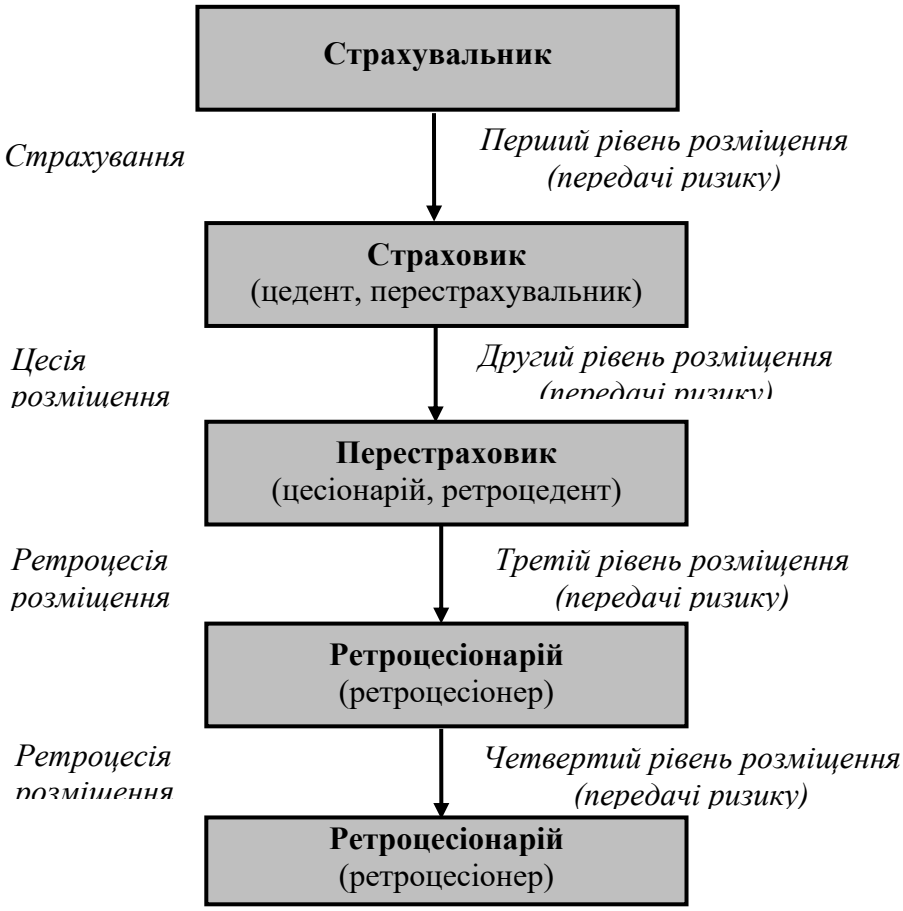

Рис. 10.1. Механізм передачі страхового ризику в перестрахування

Страховик, який прийняв на страхування ризик від страхувальника, а потім передав частину свого страхового ризику іншому страховику, іменується *перестрахувальником (цедентом).*

Страхувальник, страхуючи ризик, передає його за певну плату (страхову премію) страховику. Це перший рівень розміщення (передачі ризику). Тут економічні правовідносини реалізуються між страхувальником і страховиком. При цьому страховик (цедент,

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

Страхувальник, укладаючи договір прямого страхування із страховиком, може не знати про чинні договори перестрахування, тобто не виникає ніяких правовідносин між страхувальником і перестраховиком.

Перший рівень розміщення (передачі) ризику дозволяє страхувальнику отримати у законному порядку згідно з укладеним страховим договором страхове відшкодування в разі настання (реалізації) страхового ризику. Страхувальника не турбує, як саме страховик зможе забезпечити виконання зобов'язань відповідно до укладеного договору страхування. Страховик, прийнявши на себе страховий ризик, реально оцінюючи свої економічні можливості чи відповідно до чинного законодавства, що регламентує діяльність суб'єктів страхового ринку, самостійно шукає іншого страховика, який би погодився взяти на себе частину страхового ризику, що був переданий йому страхувальником. Страховик, якому страховик (цедент) передає частину ризику, взятого ним від страхувальника на страхування, зветься *перестраховиком (цесіонарієм)*. Це другий рівень розміщення (передачі) страхового ризику, його іменують перестраховою *цесією*. При перестрахуванні реалізуються економічні взаємовідносини між цедентом і цесіонарієм (страховиком, який бере частину страхового ризику від страховика). Цесіонарій може, у свою чергу, передати частину взятого на себе страхового ризику іншому перестраховику (*ретроцесіонарію*). Процес розміщення (передачі) ризику від цесіонарія до ретроцесіонарія має назву *ретроцесії*. Це третій рівень розміщення ризику. Перестрахування може бути продовжене, ризик може передаватись у ретроцесію іншому ретроцесіонарію (четвертий рівень розміщення ризику) і так може відбуватись декілька разів, поки страховий ризик не буде поділено між перестраховиками так, щоб забезпечити реалізацію економічних інтересів усіх учасників страхування певного страхового ризику.

Перестрахувальник має право передати повністю або частково свої зобов'язання за договором страхування перестраховику для відшкодування витрат перестраховиком шляхом укладення договору перестрахування відповідно до політики перестрахування,

розробленої та затвердженої страховиком згідно з вимогами, встановленими Регулятором.

Передача зобов'язань за договором страхування перестраховику здійснюється в один з таких способів або шляхом їх поєднання:

1) перестрахувальник має право передати всі або окремі ризики за укладеним договором страхування, а перестраховик має право прийняти їх або відмовити в їх прийнятті (факультативне перестрахування);

2) перестрахувальник зобов'язаний передати перестраховику в перестрахування всі або окремі ризики за договорами страхування, укладеними перестрахувальником, а перестраховик зобов'язаний їх прийняти відповідно до умов договору перестрахування (облігаторне перестрахування).

Розмір суми відповідальності, в межах якої перестрахувальник залишає за собою ризик виконання частини своїх зобов'язань за договором страхування визначається у договорі перестрахування.

Факт прийняття ризику в перестрахування може посвідчуватися сертифікатом, полісом, ковер-нотою тощо.

Залежно від способу передачі зобов'язань за договором перестрахування сторони можуть врегульовувати взаємовідносини шляхом обміну іншими документами (сліп, бордеро премій, бордеро збитків тощо).

Незалежно від права, що підлягає застосуванню до договору перестрахування, істотні умови договору перестрахування повинні відповідати вимогам, встановленим Законом України «Про страхування» (2021 р.).

Додаткові вимоги до порядку та умов укладення договорів перестрахування, в тому числі укладених з нерезидентами, за окремими класами, ризиками та/або договорами страхування можуть встановлюватися Регулятором у випадках, визначених законом.

Перелік функцій перестрахування, що розкриватимуть всебічно його сутність, зображено на рис. 10.2.

У світовій практиці виокремлюють таких страховиків, які приймають участь у перестрахуванні:

- професійні перестраховики;
- страховики, які поряд із страхуванням займаються перестрахуванням.

Рис. 10.2. Функції перестрахування

Професійні перестраховики – це страхові компанії, які займаються виключно перестрахуванням. У сферу їх діяльності не входить пряме страхування і, відповідно, прямі контакти із страхувальниками. Професійний перестраховик може пропонувати перестрахування для усіх видів страхування: страхування майна, відповідальності, нещасних випадків, транспортних засобів, життя, кредитів тощо.

Продаж перестрахових послуг може проводитись на ринку як безпосередньо між страховими компаніями, так і з залученням посередників: перестрахових брокерів, брокерів Ллойду, перестрахових агентств.

Діяльність брокерів Ллойду відрізняється наявністю маркетингових досліджень, розробкою нових страхових продуктів і визначенням стратегічних планів перестрахової діяльності.

Відповідно до українського законодавства посередниками на ринку перестрахування можуть виступати лише *перестрахові брокери*.

Значне місце у перестрахуванні посідають перестрахувальні пули. *Перестрахувальний пул* діє як посередник, розподіляючи передані в перестрахування ризики між своїми членами. З огляду на світовий досвід доцільним вважається створювати пули у страхуванні ризиків з можливою катастрофічною відповідальністю (ядерні ризики, авіаційні, каско морських суден).

Види перестрахувальних пулів:

- ринковий – створюється страховими та перестраховими компаніями, які діють на національному або міжнародному ринках для покриття відповідальності за екологічними та катастрофічними ризиками;

- централізований (національний, урядовий) – створення перестрахового пулу відбувається на державній основі з метою недопущення передання значних обсягів перестрахових премій перестраховикам-нерезидентам. За даних умов всі страхові компанії, які надають страхові послуги в окремій державі, повинні перестраховувати ризики в централізованому пулі;

- андерайтерський – створюється між досвідченими страховими та перестраховими компанії та компаніями, які не мають відповідних знань і навичок у перестрахуванні унікальних та значних за розмірами ризиків, з метою набуття останніми досвіду в управлінні ризиками та покращенні своєї фінансової стійкості.

Якщо розглядати сутність перестрахування з позиції спорідненої категорії страхування, можна виділити загальні принципи, які є дієвими і у взаємовідносинах суб'єктів перестрахування, а саме:

- принцип перестрахового інтересу;
- принцип довіри сторін перестрахування;
- принцип регресу;
- принцип відшкодування збитків у межах завданих втрат.

Але, крім загальноприйнятих, можна виділити і специфічні принципи при організації та здійсненні перестрахових операцій:

- принцип перерозподілу відповідальності – передбачає відповідальність суб'єктів перестрахування за ризик згідно з участю кожної сторони;

- принцип договірних взаємовідносин – передбачає, що всі відносини між продавцями та покупцями перестрахового захисту формуються відповідно цивільно-правового забезпечення (укладення договору);
- принцип законодавчого регулювання – включає наявність нормативно-правового забезпечення перестрахування та державного нагляду і контролю;
- принцип комісійної винагороди – передбачає фінансове супроводження взаємовідносин учасників перестрахування.

Комісія в перестрахуванні – це частина страхової премії, закладена в тарифну ставку в розмірі витрат на ведення справи, яка залишається в цедента, оскільки останній відповідає перед страхувальником за всю страхову суму та обслуговує весь договір страхування. Передаючи надалі частину ризику іншому страховику – цесіонеру, цедент передає йому і відповідну частину премії та виступає перед цесіонером немовби посередником, який дає цесіонерові і клієнта, і частину страхової премії, за що залишає собі певну винагороду у вигляді комісії.

Є такі види комісій:

- оригінальна комісія – відрахування з премії на користь цедента, що виплачується у перестрахувальній цесії;
- перестрахувальна комісія – відрахування з премії на користь ретроцедента, що використовується за ретроцесії;
- брокерська комісія – відрахування з премії на користь брокера, яка покриває витрати, пов'язані з розміщенням перестрахувального договору, і враховує прибуток із цього розміщення.

Страховик (цедент) має також право на тантьєму.

Тантьєма – відрахування з прибутку перестраховика, який може отримати страховик (цедент) за результатами проходження договору перестрахування.

Тантьєма виплачується щороку із суми чистого прибутку, який отримує перестрахова компанія. Вона є формою заохочення перестраховиком перестрахувальника щодо наданої участі у договорі перестрахування, сумлінності та обачного ведення справи.

10.2. Види перестрахувальних операцій

Перестрахування класифікують за такими критеріями:

1) *за способом дії:*
- активне (передавання ризиків у перестрахування);
- пасивне (прийняття ризиків на перестрахування).

2) *за типом покриття ризиків:*
- традиційне (за яким здійснюється класичний перестрахувальний захист у відношенні окремого або групи однорідних ризиків, ґрунтується на річному терміні дії договору і фіксованій платі за перестрахування);
- альтернативне (включає фінансове перестрахування, тобто відносини між страховиком і перестраховиком, пов'язані з перерозподілом страхових і фінансових ризиків, притаманних страховій діяльності, на довгостроковій основі (більше одного року). Основними формами альтернативного (фінансового) перестрахування є перестрахування на основі керованого фонду, перестрахування портфеля збитків попередніх років і змішане перестрахування).

3) *за територіальним розміщенням ризик*ів:
- внутрішнє (національне);
- зовнішнє (зарубіжне);
- регіональне (виокремлення частини певної території).

4*) за галузевою ознакою:*
- особисте;
- майнове;
- відповідальності.

5) *за методом передачі ризиків:*
- факультативне;
- облігаторне (договірне);
- факультативно-облігаторне;
- облігаторно-факультативне.

При *факультативному перестрахуванні* добровільно укладаються індивідуальні угоди, що стосуються найчастіше одного ризику. Факультативний метод перестрахування характеризується повною свободою сторін договору перестрахування. Перестрахувальник має право передавати ризики або лишати їх на власній відповідальності, а перестраховик має право прийняти

ризики чи відмовитися від них. При факультативному перестрахуванні кожен ризик передається окремо.

Договір факультативного перестрахування – це індивідуальна угода, що найчастіше стосується одного ризику.

Головна особливість цього методу перестрахування полягає в можливості індивідуальної оцінки ризику та можливості регулювання страховиком (цедентом) розміру власного утримання.

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

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

Попередньою умовою для укладання договору в перестрахуванні на факультативній основі є сліп.

Сліп – це документ-пропозиція, що пересилається перестраховикам цедентом і містить основні характеристики ризику. Сліп включає таку інформацію: найменування та адресу страхувальника; тип договору; об'єкт страхування; страхову суму; ставку премії; власне утримання. Отримуючи сліп, перестраховик може прийняти пропозицію або відмовитися від неї, звернутися до страховика за додатковою інформацією щодо ризику. Якщо перестраховик погоджується прийняти ризик, він вказує на сліпі частку, яку зможе взяти на свою відповідальність.

Основними причинами використання факультативного перестрахування є такі:

- захист власного утримання страховика;
- підтримка партнерських відносин із перестраховиком, якому передається ризик (принцип взаємності);
- перестрахування страхового ризику, який має високу імовірність настання;
- освоєння нових видів страхування;
- збільшення ємкості страхової компанії з метою страхування великих ризиків;
- доступ до сервісних послуг перестрахової компанії.

Переваги факультативного методу перестрахування:

- можливість вибору для компанії-цедента якомога сприятливіших умов перестрахування (розміщення

ризику в кількох перестрахових компаніях, вибір найкращих пропозицій);
- використання цедентом перестрахування в тих випадках, коли відповідальність за ризиками справді може зашкодити фінансовій стійкості страховика або коли він має розширити свою діяльність у сфері страхування несприятливих для нього ризиків.

Недоліки факультативного методу перестрахування:
- без згоди перестраховика перестрахувальник не може змінити умови страхування;
- великі витрати з оформлення факультативного перестрахування, особливо в разі неодноразової факультативної пропозиції;
- тривалість оформлення факультативного перестрахування впливає на можливість укладання договору або навіть відмови від нього;
- вивчення кожного ризику і часте проведення перестрахування дає певну інформацію конкурентам про андерайтерську політику компанії-цедента;
- неможливість автоматичного поновлення факультативного покриття.

До факультативного перестрахування страхові компанії найчастіше вдаються у ситуаціях, коли страховий ризик не підпадає під умови чинних договорів перестрахування; ризик є настільки значним, що виходить за межі чинних договорів перестрахування; а також коли страхова компанія вважає необхідним перестрахувати частину відповідальності за власним утриманням.

Факультативне перестрахування часто використовується при морському і повітряному страхуванні, страхуванні виставок, а також при страхуванні надзвичайних ризиків – землетруси, затоплення, повені тощо.

При *облігаторному перестрахуванні* виникає зобов'язання сторін: цеденту – передавати раніше узгоджені частини ризиків, а перестраховику – їх приймати.

Облігаторний метод перестрахування передбачає обов'язкове передавання перестрахувальником раніше узгодженої частини ризику за всіма покриттями. Перестраховик також обов'язково має приймати ці частини ризиків згідно з умовами договору.

У договорі облігаторного перестрахування обов'язково визначаються ліміти відповідальності, перестрахувальна комісія, обмеження щодо покриття. Договір облігаторного перестрахування частіше укладається на невизначений термін з правом взаємного розірвання шляхом повідомлення сторін щодо прийнятого рішення.

Перестрахування на облігаторній основі має універсальний характер, тобто використовується в усіх видах страхування.

Переваги облігаторного методу перестрахування:

- дозволяє збільшити обсяги страхових операцій;
- забезпечує рівномірний розподіл ризиків (перестраховик упевнений в тому, що ризики як більш, так і менш сприятливі, будуть розподілені рівномірно);
- автоматичне приймання ризиків, що потребує значно менших витрат, пов'язаних з обробкою ризиків;
- дозволяє розвивати довгострокові відносини між сторонами;
- надає гарантію підтримки з боку перестраховика та надає більше свободи цеденту щодо проведення страхових операцій.

При облігаторному перестрахуванні перестрахувальник повинен систематично висилати перестраховику перелік ризиків, що потрапляють під перестрахування. Такий перелік у перестрахуванні називають *бордеро*. Коли діють облігаторні договори перестрахування, бордеро премій і бордеро збитків складаються регулярно.

Основний недолік облігаторного перестрахування полягає в тому, що коли ризик, який підлягає перестрахуванню, не підпадає під умови облігаторного договору або страхова сума за ризиком перевищує ліміт відповідальності за договором, тоді може виникнути потреба в додатковому договорі факультативного перестрахування.

При *факультативно-облігаторному перестрахуванні* факультативність передбачається для страховика (цедента), а облігаторність – для перестраховика. Цедент передає чи залишає в себе ризики або їх частину. Перестраховик згідно з таким методом перестрахування зобов'язаний прийняти обумовлені договором ризики.

Така форма перестрахування, як правило, невигідна для перестрахової компанії, оскільки вона не має права відмовити у прийнятті страхового ризику. Натомість перестраховик отримує можливість розширити сферу своєї діяльності і встановити в ній певний баланс шляхом проведення детальної перевірки всіх страхових ризиків, які він приймає на перестрахування.

При *облігаторно-факультативному перестрахуванні* обов'язковість передбачається для страховика (цедента), а факультативність – для перестраховика.

З огляду на світовий досвід такі договори частіше застосовують страхові компанії зі своїми філіями. За облігаторно-факультативним договором перестраховикові дають можливість відбирати вигідніші ризики, що небажано для незалежного страховика (цедента), тому що може порушити баланс його страхового портфеля.

6) *за формою передачі ризиків*:

− пропорційне;

− непропорційне.

Пропорційна форма перестрахування передбачає часткову участь сторін у розподілі відповідальності. Відповідно до узгодженої частки участі в договорі між сторонами розподіляють страхові премії і збитки. Сутність *непропорційного перестрахування* полягає в тому, що відшкодування, надане перестраховиком, обумовлене лише розміром збитку та 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.

За пропорційного перестрахування величина відповідальності пропорційна величині перестрахувальної премії, за непропорційного такого співвідношення не дотримуються. Крім того, за пропорційного перестрахування страховик переважно утримує з перестраховиків плату за укладання й супровід договору (комісію), а за непропорційного перестрахування комісії не застосовують. За непропорційного перестрахування встановлюють пріоритет першого страховика: якщо він виплатить страхове відшкодування, то лише тоді виплату здійснює другий страховик, потім третій і так далі.

Форми передачі ризику в перестрахування унаочнює рис. 10.3.

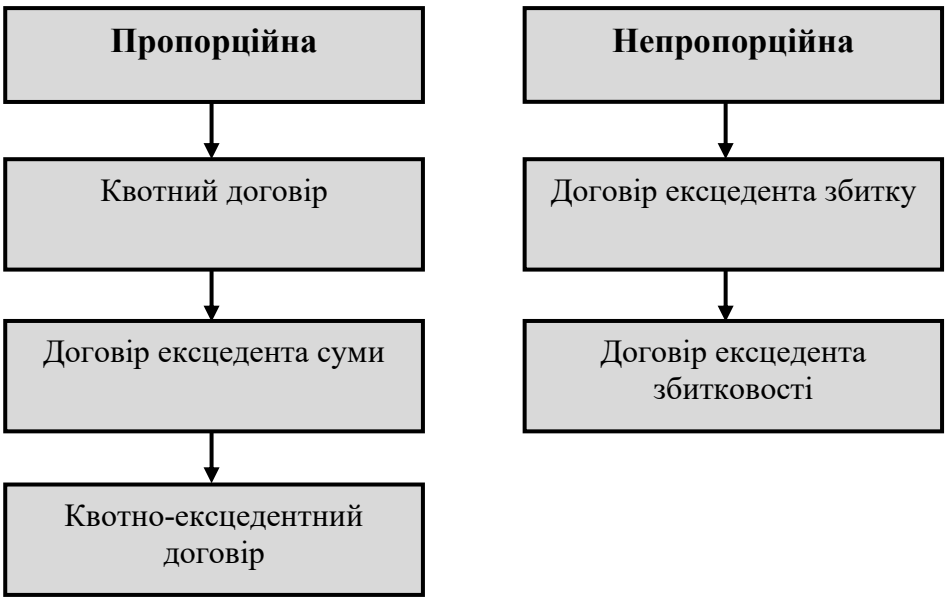

Рис. 10.3. Форми передачі ризику в перестрахування

До групи договорів пропорційного перестрахування належать квотні договори, договори ексцедента суми та квотно-ексцедентні договори.

Квотний договір є найпростішим видом договорів перестрахування. Його сутність полягає в тому, що цедент зобов'язаний передати перестраховикові визначену частку в усіх ризиках цього виду, а перестраховик не має права відмовитися від цього обов'язку. Зазвичай за квотного перестрахування цедент передає, а перестраховик приймає від нього відповідну частину премії, визначену у відсотках. У свою чергу, перестраховик виплачує цеденту комісійну винагороду за ведення справи за договором перестрахування і надання можливості участі в цьому договорі, а також тантьєму зі свого прибутку.

Квотні договори застосовують як у факультативному, так і в облігаторному перестрахуванні. Основними їх перевагами є:

- можливість залишити на власному утриманні страховика такої частини відповідальності, що відповідає його фінансовим можливостям;
- невеликий обсяг витрат з обслуговування договору;

- звільнення страховика від зобов'язання передавати інформацію про прийняті ризики за автоматичності передання ризиків перестраховикові, що дає певну свободу останньому в регулюванні збитків, поновленні або анулюванні полісів;
- більша збалансованість фінансових результатів за квотними договорами.

До недоліків квотних договорів перестрахування належать:

- недостатній захист від окремих великих і катастрофічних збитків;
- відсутність захисту від ефекту кумуляції однотипних ризиків або багатьох ризиків внаслідок настання одного страхового випадку;
- у прямого страховика немає можливості маневрувати часткою власного утримання за ризиками або групами ризиків.

Сутність *ексцедентного договору (договору ексцедента суми)* полягає в тому, що всі прийняті на страхування ризики, страхова сума яких перевищує власне утримання цедента, підлягають перестрахуванню в межах визначеного ліміту або ексцедента. Перед укладанням договору ексцедентного перестрахування цедент ретельно аналізує статистику страхових випадків, здійснює актуарні розрахунки та на цій основі визначає розмір власної участі в усіх або частині договорів прямого страхування, а відповідальність понад цю власну участь передає перестраховикам. Розмір власного утримання цедента є лімітом (або лінією), на основі якого обчислюють ексцедент, тобто сума ризику, що перевищує ліміт власного утримання цедента в певну кількість разів. Кратність перевищення ліміту власного утримання зазначають у договорі ексцедентного перестрахування. Відповідно, ексцедент обчислюють як суму власного утримання цедента, помножену на зазначену в договорі кількість разів, що забезпечує необхідне та узгоджене перестрахування ризику.

Перевагами ексцедентних договорів є такі:

- завдяки встановленню межі власного утримання в грошовій сумі страховий портфель, що залишають в складі власного утримання прямого страховика, стає безпечнішим;

- сплату перестрахувальної премії здійснює прямий страховик лише за тими ризиками, що він не в змозі залишити на власному утриманні;
- прямий страховик має змогу маневрувати власними утриманнями за ризиками і групами ризиків.

За ексцедентного перестрахування прямий страховик повинен аналізувати кожен ризик, визначаючи частку в ексцедентному договорі, тому витрати з обслуговування ексцедентних договорів значно вищі, порівнюючи з квотними договорами. Крім того, недоліком ексцедентного перестрахування з позиції перестраховика є можливість передавання йому більш небезпечних ризиків за диференційованого власного утримання прямого страховика.

На відміну від квотного договору, ексцедентний договір є засобом збалансування страхового портфеля страховика і обмежує експозиції визначення тарифів. Страхові тарифи можуть бути встановлені на різних рівнях залежно від типу ризику і очікуваних втрат. Цей тип договору дозволяє страховику регулювати ризик, який він приймає, щоб підтримувати належний рівень фінансової стійкості компанії.

Квотно-ексцедентний договір найчастіше використовують новостворені страхові компанії або якщо страхова компанія розширює свій бізнес у новому для неї виді страхування і не може точно обчислити ефект збільшення квотного утримання. Квотна форма в таких договорах необхідна для встановлення брутто-утримання, визначений відсоток якого цедент утримує на власному рахунку як нетто-утримання, тоді як різницю перестраховують як квотну частку. Страхові суми, що перевищують брутто- утримання, підлягають перестрахуванню як ексцедент, який зазвичай обмежують до рівня багаторазового брутто-утримання та фіксують в абсолютному вираженні.

Спільною ознакою договорів пропорційного перестрахування є те, що збитки та премії за прямим страхуванням розподіляють між цедентом і перестраховиком у відповідній пропорції, вони прив'язані до страхової суми. Власне утримання страховика в договорах пропорційного перестрахування визначають в процентах у межах встановленого ліміту за квотного перестрахування або розміром лінії за ексцедентного перестрахування.

До групи договорів непропорційного перестрахування належать договори ексцедента збитку і договори ексцедента збитковості.

Згідно з *договором ексцедента збитку* механізм перестрахування вступає в дію тоді, коли остаточна сума збитку за застрахованим ризиком перевищує межу обумовленої в договорі суми у разі настання страхового випадку.

Ексцедент збитку застосовують для захисту від кумуляції ризиків, а також у різних сферах особистого страхування.

У разі недостатньої місткості першого ексцедентного договору у договорі ексцедента збитку, як і в договорі ексцедента суми, застосовують другий, третій і наступні ексцеденти. Але спосіб розподілу відповідальності в ексцедентних договорах непропорційного перестрахування відмінний від того, що характерний для пропорційногоексцедентного покриття. На відміну від договорів ексцедента суми, деперестраховики беруть участь у всіх і в кожному збитку незалежно від його розміру, у договорах ексцедента збитку перестраховики відшкодовують лише ті збитки, які перевищують встановлений страховиком (цедентом) пріоритет.

Договори ексцедента збитку досить прибуткові для перестраховиків. Частіше вони укладаються в результаті вірогідного прогнозування можливості настання дуже великих збитків.

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

1) ризикований ексцедент збитку – WXL (working exess of loss – робочий ексцедент збитку за окремим ризиком);

2) катастрофічний ексцедент збитку – CXL (catatroph exess of loss).

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

У таких видах страхування, як страхування цивільної відповідальності, не завжди можна визначити сам ризик (якщо це вимоги третіх осіб), тому доцільно використовувати покриття не за ризиком, а за цілим випадком. Під час стихійного лиха (землетрус, буря тощо) вступають у дію більшість договорів страхового портфеля, але жоден збиток не перевищує ліміту.

Сукупність цих збитків може істотно зашкодити цеденту. У цій ситуації має сенс використати покриття за випадком – катастрофічний ексцедент збитку. В основі катастрофічного ексцедента збитку лежить захист від кумуляції збитків в разі настання одного випадку (ДТП, авіакатастрофа, стихійне лихо). Зрозуміло, що цей вид захисту потребує точного визначення випадку. Тому в таких договорах застосовується «погодинне» застереження, яке обмежує час виявлення страхового випадку (у годинах, днях). Перестрахувальник фіксує час початку страхового випадку.

Договір ексцедента збитковості – це договір перестрахування, який покриває не окремі збитки або їх сукупність, а певний вид страхування або весь страховий портфель цедента.

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

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

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

Укладення договорів непропорційного перестрахування найчастіше пов'язане зі значними катастрофічними збитками.

Непропорційні договори перестрахування є досить мобільними, простими в обробці та організації, але водночас і більш збитковими. Хоча пропорційні договори виникли значно раніше, однак тенденція сьогодні така, що непропорційні договори набувають все більшої ваги, насамперед з розглянутих щойно причин. Цим пояснюється зростання інтересу страховиків до непропорційних договорів перестрахування.

10.3. Співстрахування та механізм його дії

Співстрахування – це спосіб розподілу ризику між двома та більше страховиками шляхом покладання на кожного із них заздалегідь обумовленої частки можливих збитків страхувальника.

Співстрахування не є формою перестрахування, проте воно разом із перестрахуванням є методом перерозподілу страхових ризиків.
Історично співстрахування виникло раніше від перестрахування.

Співстрахування має такі ознаки:

- при співстрахуванні укладається тільки один договір страхування;
- при співстрахуванні страхується один і той самий об'єкт;
- перелік страхових подій, на випадок настання яких укладається договір страхування, є однаковим для всіх страховиків;
- договір страхування передбачає єдиний тариф для всіх співстраховиків;
- у разі настання страхового випадку кожен із співстраховиків виплачує страхувальникові лише частину збитків, яка заздалегідь визначена в договорі.

Об'єкт договору страхування може бути застрахований двома або більше страховиками, кожен із яких є співстраховиком. У такому разі в договорі визначається пропорція (частка) та сума участі кожного страховика (співстраховика) за одним договором страхування (договір співстрахування).

У договорі співстрахування повинні міститися умови, що визначають права і обов'язки кожного співстраховика.

Відповідальність страховиків за договором страхування (співстрахування) є окремою та не є спільною і обмежується виключно індивідуальною пропорцією (часткою) участі страховика. Кожен із зазначених у договорі страховиків не несе відповідальності за пропорції (частки) участі інших страховиків, які з будь-яких причин не виконують повністю або частково своїх зобов'язань.

Якщо це прямо визначено договором співстрахування, один із страховиків може визначати умови страхування за договором співстрахування для решти страховиків (страховик-лідер) та брати

участь у врегулюванні страхових випадків від імені інших страховиків з урахуванням того, що кожний співстраховик несе відповідальність виключно в межах своєї пропорції (частки), якщо інше не зазначено у договорі.

У разі ліквідації страховика, що є стороною договору співстрахування, дія такого договору припиняється щодо пропорції (частки) участі такого страховика у порядку, встановленому законодавством України.

Регулятор має право встановлювати особливі умови укладення та виконання договорів співстрахування, а також додаткові вимоги до таких договорів та особливості розрахунку технічних резервів за такими договорами.

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

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

Можлива також ситуація, коли один і той самий предмет страхування буде застрахований у кількох страховиків за різними договорами. Згідно чинного страхового законодавства, якщо майно застраховане в кількох страховиків і загальна страхова сума перевищує дійсну вартість майна, то страхове відшкодування, що виплачується всіма страховиками, не може перевищувати дійсної вартості майна. При цьому кожен страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування. Співстраховики, як правило, несуть солідарну відповідальність перед страхувальником за виплату страхового відшкодування, якщо у договорі не передбачене інше.

Перевагою співстрахування є його простота, що не потребує здійснення складних розрахунків, недоліком – одночасна робота страхувальника з кількома страховиками, а також необхідність страховиків узгоджувати свої дії, особливо під час укладання договору страхування.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Історія розвитку перестрахування.
2. Причини появи та основні економічні ознаки перестрахування.
3. Особливості операцій перестрахування.
4. Сутність перестрахових пулів, необхідність їх створення.
5. Порівняльна характеристика принципів діяльності страхового і перестрахового пулів.
6. Тенденції розвитку національного ринку перестрахування.
7. Тенденції розвитку світового ринку перестрахування.
8. Порівняльна характеристика ринків перестрахування провідних країн світу.
9. Правові аспекти організації перестрахування ризиків українськими страховиками.
10. Особливості та проблеми перестрахування ризиків у нерезидентів.
11. Напрямки вдосконалення державного регулювання перестрахувальної діяльності в Україні.
12. Співстрахування та його значення в розвитку страхування.
13. Основні відмінності між співстрахуванням і перестрахуванням.

ТЕМА 11. ДОХОДИ, ВИТРАТИ І ПРИБУТОК СТРАХОВИКА

Зміст теми

11.1. Характеристика доходів та витрат страховика
11.2. Формування фінансових результатів страховика
11.3. Фінансова звітність страховика
11.4. Особливості оподаткування страхових компаній

11.1. Характеристика доходів та витрат страховика

В процесі фінансової діяльності страховики отримують доходи і несуть витрати. Формування доходів страхової компанії, специфіка її витрат, склад і порядок визначення страхових резервів пов'язані з особливістю страхування як сфери бізнесу. Двоїстий характер діяльності страховика, що об'єднує проведення самого страхування та інвестування, обумовлює специфіку його доходів.

Доходи страхової компанії можна розділити на три великі групи:

- доходи від страхової діяльності, тобто всі надходження, які пов'язані зі страховими та перестраховими операціями;
- доходи від інвестування та розміщення тимчасово вільних коштів (в тому числі тимчасово вільних коштів страхових резервів);
- інші доходи, тобто ті, що не належать ні до страхових, ні до інвестиційних доходів, але можуть виникати у страховика у процесі його господарської діяльності.

Доходи від страхової та перестрахової діяльності є первинними доходами страхової компанії. Усі види доходів, які отримуються страховиком від проведення страхових та перестрахових операцій, – це доходи від основної діяльності. До них відносять:

- страхові премії за договорами прямого страхування, співстрахування та ризиками, які прийняті на перестрахування;

- отримані винагороди та тантьєми за ризиками, що передані на перестрахування;
- відшкодування перестраховиками частки страхових виплат за договорами, які передані на перестрахування;
- повернені суми з централізованих страхових резервних фондів;
- повернені суми технічних резервів, інших, ніж резерв незароблених премій, а саме повернення різниці між зарезервованою сумою та фактично сплаченою страхувальникові.

Основним джерелом доходів страховика є страхові премії. Отримані страхові премії вважають «заробленими» після закінчення договору страхування, якщо за період дії цього договору не відбулися страхові випадки. За економічним змістом зароблені страхові премії є результатом реалізації страхової послуги, аналогічно поняттю «виручка від реалізації продукції». Розмір зароблених страхових премій (ЗП) залежить від страхових платежів і зміни залишків резервів незароблених премій. Його визначають за формулою:

$$ЗП = (РНП_{поч} – ЧП_{поч}) + (СП – ПП) – (РНП_{кін} – ЧП_{кін}),$$

де $РНП_{поч}$ – резерв незароблених премій на початок звітного періоду;

СП – страхові премії, що надійшли у звітному періоді;

ПП – страхові премії, передані перестраховикам;

$РНП_{кін}$ – резерв незаробленої премії на кінець звітного періоду;

$ЧП_{поч}$, $ЧП_{кін}$ – частка перестраховика в резерві незароблених премій відповідно на початок і кінець звітного періоду.

Незароблені страхові премії є частиною технічних резервів страхової компанії. Це премії, отримані страховиком, які утримуються до закінчення терміну дії страхового договору, але не належать страховику. Для розрахунку резервів незароблених премій можуть використовуватися такі методи: метод «плаваючих» кварталів, метод «1/365» та метод «1/24».

При застосуванні *методу «плаваючих» кварталів* величину резервів незароблених премій на будь- яку звітну дату встановлюють залежно від часток надходжень сум страхових платежів, що не можуть бути меншими за 80% загальної суми

надходжень страхових платежів, із відповідних видів страхування в кожному місяці з попередніх дев'яти місяців (розрахунковий період) та обчислюють у такому порядку: частки надходжень сум страхових платежів за перші три місяці розрахункового періоду множать на 1/4; частки надходжень сум страхових платежів за наступні три місяці розрахункового періоду множать на 1/2; частки надходжень сум страхових платежів за останні три місяці розрахункового періоду множать на 3/4; одержані добутки додають. Резерв незароблених премій розраховують за кожним видом страхування окремо. Загальна величина резерву незароблених премій дорівнює сумі резервів незароблених премій, розрахованих окремо за кожним видом страхування.

За *методом «1/365»* резерв незароблених премій на будь-яку дату визначають як сумарну величину незароблених премій за кожним договором. Незароблену страхову премію за кожним договором визначають як добуток частки надходжень суми страхового платежу, що не може бути меншою за 80% суми надходжень страхового платежу, та результату, отриманого від ділення строку дії договору, який ще не минув на дату розрахунку (у днях), на весь строк дії договору (в днях).

Розмір резерву незароблених премій за *методом «1/24»* залежить від часток надходжень сум страхових платежів, що не можуть бути меншими 80% загальної суми надходжень страхових платежів із відповідних видів страхування, та коефіцієнтів для його обчислення. Для розрахунку резерву незароблених премій методом «1/24» договори групують за видами страхування; датами початку дії договорів, що припадають на однакові місяці; строками дії договорів (у місяцях). Загальну частку надходжень страхових платежів за договорами, що належать до однієї групи, визначають їх підсумовуванням. Резерв незароблених премій розраховують за кожною групою договорів множенням загальної суми часток надходжень страхових платежів за договорами на коефіцієнти для розрахунку цього резерву. Коефіцієнт для кожної групи договорів визначають як відношення строку дії договору цієї групи, що не минув на дату розрахунку резерву незароблених премій (в половинах місяців), до всього строку дії договорів групи (в половинах місяців). Резерв незароблених премій методом «1/24» загалом за видом страхування визначають підсумовуванням резервів незароблених премій за групами договорів.

Окрім доходів від страхової діяльності, страховик отримує *доходи від інвестиційної та фінансової діяльності* (відсотки від розміщення коштів на депозитах в банківських установах, відсотки за облігаціями, дивіденди за акціями, участь у прибутках перестраховиків тощо). Ці доходи є похідними від первинних доходів страховика. Їх структура залежить від напрямів інвестиційної діяльності страхової компанії, які, у свою чергу, залежать від джерел походження коштів, які використовуються в інвестиційному процесі (власні кошти у формі статутного фонду, вільних резервів, нерозподіленого прибутку, залучені кошти у формі страхових резервів тощо).

Інвестування власних коштів не регламентується законодавством, тому страховик діє на власний розсуд. Виняток становить статутний капітал. Однак інвестування залучених коштів та можливість отримання певних видів доходів суворо регламентовані. Це пов'язано з тим, що ці кошти не є власністю страховика, тому він повинен розпоряджатися ними з особливою обережністю, дотримуючись законодавчо визначених принципів: безпеки, прибутковості, ліквідності та диверсифікованості.

Інвестиційна діяльність ґрунтується на імовірному характері кругообігу коштів у процесі страхової діяльності, а тривалість вкладення коштів страхувальників обумовлена договором страхування.

У країнах з розвиненим страховим ринком страховики виступають одними з найзначніших інвесторів.

Ефективна інвестиційна діяльність характеризує можливості окремої страхової компанії стабільно виконувати свої зобов'язання в разі настання страхових випадків, зокрема:

- інвестиційний дохід може бути джерелом приросту власного капіталу страховика, використовуваного в надзвичайних ситуаціях для страхових виплат;
- успішна інвестиційна діяльність дає можливість страховій компанії використовувати частину інвестиційного доходу для покриття збитків за страховими операціями;
- інвестиційна діяльність дає можливість страховику залучати страхувальників до участі в забезпеченні прибутковості через систему нарахування бонусів, премій, надання різних видів додаткових послуг.

Розрізняють певні відмінності в інвестиційних можливостях страхових компаній зі страхування життя та страхових компаній із ризикового страхування. Компанії зі страхування життя можуть інвестувати страхові резерви в довгострокові інвестиційні інструменти з огляду на тривалість договорів страхування. Оскільки доходи компаній зі страхування життя перевищують їх витрати, а всі страхові виплати й витрати можуть бути оплаченими з доходів від премій та інвестицій, то недоцільно вкладати фонди страхування життя в короткострокові цінні папери. Водночас ануїтети й дохідні купони з гарантованою викупною сумою потребують іншого підходу до інвестицій, а саме вкладень у короткострокові інвестиційні інструменти.

Для страхових компаній із ризикового страхування первинне значення має наявність коштів для виплати страхового відшкодування. Це зумовлює надання переваги, порівнюючи з короткостроковими або ліквідними довгостроковими інструментами. Певні страхові претензії (наприклад, зі страхування відповідальності) можуть залишатися неоплаченими повністю протягом тривалого часу, що дозволяє мати довгострокові інвестиції, але вони повинні зберігати свою реальну вартість і приносити дохід, нагромаджуваний для подальшої кінцевої виплати відшкодування. Можливість кумуляції ризиків також приводить до необхідності утримання в портфелі компаній із ризикового страхування короткострокових інвестицій. Водночас наявність окремих видів страхових резервів, певний час не використовуваних страховиками, потребують іншого підходу до інвестицій – вкладень у довгострокові інвестиційні інструменти

Третя група доходів страховика – це *інші доходи* (всі доходи. окрім доходів від страхової та інвестиційної діяльностей). Ці доходи не мають конкретних особливостей, які були б пов'язані зі специфікою страхування. Вони притаманні страховикам так само, як іншим суб'єктам підприємницької діяльності. До них належать:

- доходи від продажу основних засобів, матеріальних цінностей та інших активів;
- доходи від передачі майна в оренду;
- штрафи, пені, неустойки за порушення договірних умов;
- надходження у вигляді відшкодування спричинених страховикові збитків;
- доходи від реалізації прав регресної вимоги страховика до страхувальника або іншої особи, яка відповідальна за збиток;

- доходи у формі безповоротної фінансової допомоги та безоплатно отриманих товарів (послуг);
- суми кредиторської заборгованості, за якими закінчився строк позовної давності;
- курсові різниці, які виниклі в результаті переоцінки у встановленому порядку майна та зобов'язань, виражених в іноземній валюті.

Витрати страхової компанії, як і доходи, можна розділити на три великі групи:

- витрати, пов'язані з виконанням страхового зобов'язання;
- витрати на обслуговування процесу страхування і перестрахування;
- витрати на утримання страхової компанії.

Витрати, пов'язані з виконанням страхового зобов'язання включають:

- страхові виплати за договорами страхування, співстрахування та перестрахування;
- суми страхових премій за ризиками, що передані на перестрахування;
- винагороди і тантьєми, які виплачуються за договорами перестрахування;
- повернення частини страхових премій, а також виплату викупних сум за договорами страхування (співстрахування, перестрахування) у випадках, передбачених законодавством та (або) умовами договору;
- суми відрахувань у страхові резерви, сформовані відповідно до законодавчих вимог.

Друга група витрат – це *витрати на обслуговування процесу страхування і перестрахування*:

- винагороди, сплачені за надання послуг страхових агентів і страхових брокерів;
- оплата послуг спеціалістів (експертів, оцінювачів, сюрвейєрів, аварійних комісарів, юристів, адвокатів тощо), залучених для оцінки страхового ризику, його наслідків, визначення страхової вартості майна та розміру страхової виплати, врегулювання страхових виплат;
- оплата послуг інкасації;
- оплата послуг актуаріїв.

До *витрат на утримання страхової компанії* належать адміністративно- управлінські витрати, які має будь-який інший суб'єкт господарювання. Вони охоплюють заробітну плату, плату за оренду приміщення, витрати на рекламу, відрядження та інші операційні витрати страховика.

Витрати страхової компанії, так само як і доходи, пов'язані з двоїстим характером її діяльності, тому їх можна об'єднати у дві групи – витрати на проведення страхових операцій, що безпосередньо формують собівартість страхової послуги (нетто-тариф), та витрати на проведення інших операцій (витрати, що супроводжують отримання доходів від інвестування й розміщення тимчасово вільних коштів страховика та інших його доходів). Остання група витрат об'єднує витрати на ведення страхової справи.

Вся сукупність витрат на ведення справи страховика включає організаційні, аквізиційні, інкасаційні, ліквідаційні та управлінські витрати (табл. 11.1).

Таблиця 11.1

Характеристика витрат на ведення страхової справи

Вид витрат	Характеристика витрат
Організаційні	Витрати, пов'язані з організацією, створенням страхової компанії; належать до фінансових ресурсів страховика та є інвестиціями
Аквізиційні	Виробничі витрати страховика, пов'язані з залученням нових страхувальників, укладанням нових договорів страхування
Інкасаційні	Витрати, пов'язані з обслуговуванням товарно-грошового обігу страхової компанії, а також виготовленням бланків, квитанцій тощо
Ліквідаційні	Витрати, пов'язані з ліквідацією збитку, спричиненого страховим випадком, до яких належать витрати на оплату праці ліквідаторам, судові та поштово-телеграфні витрати тощо
Управлінські	Витрати, що поділяють на загальні витрати управління та витрати з управління майном, пропорційні зібраним страховим внескам. Вони мають головне значення під час оцінювання рентабельності страхової компанії

Аквізиційні витрати – витрати пов'язані з укладанням та пролонгацією договорів страхування. Це витрати, пов'язані із залученням нових страхувальників, укладанням нових договорів страхування. Вони можуть включати оплату послуг із розробки умов, правил страхування та проведення актуарних розрахунків; комісійну винагороду страховим посередникам (брокерам, агентам) за укладання й обслуговування договорів страхування; відшкодування страховим агентам витрат на службові поїздки, пов'язані з виконанням їхніх обов'язків; оплату послуг спеціалістів, які оцінюють прийняті на страхування ризики; витрати на виготовлення бланків страхової документації; витрати на рекламу тощо.

У національному законодавстві аквізиційні витрати (acquisition costs) визначають, як обсяг витрат страховика, визначених у його обліковій політиці, які можуть включати:

- витрати на оплату праці та нарахування на заробітну плату в частині проведеної працівниками страховика або інших осіб роботи з оцінки ризику; розроблення умов, правил і договорів, проведення актуарних розрахунків; підготовку та укладання договорів;

- витрати на винагороди страховому агенту, страховому (перестраховому) брокеру та іншим особам, у тому числі страховикам за надані послуги з метою укладання договорів;

- витрати на оплату послуг медичних, експертних та інших організацій або осіб щодо огляду фізичних осіб та об'єктів страхування перед укладанням договорів;

- витрати на оплату послуг з оцінки ризику, визначення страхової вартості майна;

- витрати на оплату послуг за тендерну документацію та її підготовку, якщо тендер проводиться для вибору страховика;

- витрати на проведення передпродажних та рекламних заходів щодо страхових послуг;

- вартість використаних бланків (страхових полісів, свідоцтв, сертифікатів, квитанцій) або плати за адміністрування інформації про договори в електронному вигляді;

- програмне та інформаційне забезпечення для обслуговування процесу укладення договорів;

- інші видатки, що виникають у процесі укладання договорів.

Також розрізняють відстрочені аквізиційні витрати (deferred acquisition costs, DAC) – обсяг аквізиційних витрат, пов'язаних з укладанням договорів, що мали місце протягом поточного та/або попередніх розрахункових періодів, але надходження сум страхових платежів, за якими належать до доходів наступних розрахункових періодів та визнаються у витратах одночасно з визнанням відповідної зароблені страхової премії протягом строку дії договору.

Грошові потоки, які мають місце в процесі страхової (операційної) інвестиційної та фінансової діяльності страховика, наведені у табл. 11.2.

Таблиця 11.2

Типові фінансові потоки страховика за видами діяльності

Позитивні фінансові потоки (надходження)	**Негативні фінансові потоки (витрати)**
1	2
Операційна діяльність	
Страхові премії за договорами страхування, співстрахування, перестрахування	Виплати за договорами страхування, співстрахування, перестрахування
Винагороди і тантьєми за договорами перестрахування, винагороди за договорами співстрахування, а також за надання послуг страхового агента, сюрвейєра, аварійного комісара та інших страхових і нестрахових посередників	Оплата винагороди страховим посередникам
Надходження з відшкодування заподіяних страховику збитків	Оплата послуг експертів, аварійних комісарів, інших страхових і нестрахових посередників
Прибуток минулих років, виявлений узвітному році	Оплата заборгованості за договорами перестрахування, оплата праці, виплата дивідендів і сплата відсотків, розрахунки з податків і зборів, штрафи, пені, неустойки, збиток минулих років, виявлений у звітному році

Продовження табл.11.2

1	2
Інвестиційна діяльність	
Виручка від продажу цінних паперів та інших фінансових вкладень	Витрати на придбання цінних паперів та інших фінансових вкладень
Отримані відсотки і дивіденди	Витрати, пов'язані з придбанням цінних паперів та інших фінансових вкладень
Виручка від продажу основних засобів	Витрати, пов'язані з придбанням основних засобів
Надходження від погашення позик, наданих іншим організаціям	Позики, надані іншим організаціям, придбання дочірніх структур
Фінансова діяльність	
Надходження від емісії акцій та іншихцінних паперів	Погашення зобов'язань з оренди
Збільшення номінальної вартості цінних паперів	Погашення кредитів і позик

11.2. Формування фінансових результатів страховика

Фінансовий результат – це вартісна оцінка підсумків діяльності страхової компанії. Узагальнено його визначають як різницю між доходами і витратами за звітний період (квартал, півріччя, дев'ять місяців, рік). Додатний фінансовий результат означає отримання прибутку, від'ємний – збитку.

У страховій діяльності розрізняють два види прибутку: фактичний, який отримують за результатами роботи страхової компанії, та нормативний, який закладають у структуру брутто-премії. Різниця між значеннями нормативного прибутку та прибутку від реальної страхової діяльності зумовлена багатьма чинниками, головним з яких є імовірнісна природа страхових виплат. Це призводить до відхилення реальних страхових виплат від тих, що враховані у структурі страхового тарифу.

Оскільки страхова компанія проводить не лише страхову, а й інвестиційну, фінансову та іншу операційну діяльність, фінансовий результат страховика є підсумком фінансових результатів усіх цих видів діяльності, а саме:

- фінансового результату (прибутку/збитку) від страхової діяльності;
- фінансового результату (прибутку/збитку) від інвестиційної та фінансової діяльності;
- фінансового результату (прибутку/збитку) від іншої операційної діяльності та інших операцій.

Фінансовий результат від страхової діяльності (ФРСД) обчислюють за формулою:

$$ФРСД = (ЗП + КП + ВП + ПЦР + ПТР) – (ВС + ВЦР + ВТР + ВВС),$$

де *ЗП* – зароблені страхові премії за договорами страхування і перестрахування;

КП – комісійні винагороди за перестрахування;

ВП – частки страхових виплат, сплачені перестраховиками;

ПЦР – повернені суми з централізованих страхових резервних фондів;

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

ВС – виплати страхових сум і страхових відшкодувань;

ВЦР – відрахування в централізовані страхові резервні фонди;

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

ВВС – витрати на ведення справи.

Прибуток (збиток) від інвестиційної та фінансової діяльності визначають як різницю між відповідними доходами та витратами. У компаніях із ризикового страхування цей прибуток повністю залишають у розпорядженні акціонерів, об’єднують із прибутком від страхової діяльності та розподіляють згідно з рішенням загальних зборів акціонерів. Інвестиційний дохід у компаніях зі страхування життя ділять на дві частини: отриманий завдяки інвестуванню страхових резервів та отриманий завдяки інвестуванню власних коштів страховика. *Прибуток (збиток) від іншої операційної діяльності* також визначають як різницю між відповідними доходами та витратами.

Принципи формування фінансових результатів діяльності страхової компанії обумовлені особливостями складу її доходів і витрат, а саме:

- страхова компанія може передавати ризики на перестрахування іншим страховикам або професійним перестраховикам, а також приймати ризики на перестрахування. Таким чином, страховик може одночасно бути і перестрахувальником (цедентом), і перестраховиком. Це означає, що одна операція, наприклад, придбання перестрахувального захисту цедентом, буде відображатися як витрати у цедента та як дохід у перестраховика;
- страхова компанія формує страхові резерви, необхідні для здійснення майбутніх страхових виплат. Ця операція не є витратами в контексті руху грошових коштів, але впливає на фінансовий результат діяльності компанії. Після припинення страхових зобов'язань відбувається повернення раніше сформованих страхових резервів. Хоча це повернення не є доходом у сенсі притоку фінансових ресурсів, ця операція збільшує фінансовий результат діяльності страховика;
- доходи страхової компанії складаються з кількох джерел: доходів від страхової діяльності за всіма дозволеними видами страхування, інвестиційних доходів, а також доходів від іншої, не забороненої законом діяльності, яка безпосередньо не пов'язана зі страховою діяльністю.

11.3. Фінансова звітність страховика

Страховики оприлюднюють річну фінансову звітність та річну консолідовану фінансову звітність (якщо страховик відповідно до законодавства складає консолідовану фінансову звітність) разом із аудиторським звітом та інформацією про інші показники своєї діяльності згідно з вимогами до розкриття інформації, встановленими законодавством. В Україні законодавство поділяє звітність страховиків за строками складання на:

- проміжну (щоквартальну наростаючим підсумком із початку звітного періоду за станом на останній день кварталу);
- річну (станом на 31 грудня звітного року).

НБУ як регулятор страхового ринку встановлює для страховиків та страхових груп:

1) порядок ведення бухгалтерського обліку окремих господарських операцій, пов'язаних з діяльністю з надання страхових послуг, які не визначені міжнародними стандартами фінансової звітності, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері бухгалтерського обліку та аудиту;

2) перелік показників регуляторної звітності (у тому числі звіту про платоспроможність та фінансовий стан), порядок та строки її подання до Регулятора, вимоги до структури пояснювальних записок до звітності;

3) перелік показників звіту про управління (консолідованого звіту про управління) за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері бухгалтерського обліку та аудиту;

4) перелік відомостей, склад, обсяги та форми розкриття інформації, що підлягають обов'язковому оприлюдненню, особливості та строки їх оприлюднення.

НБУ як регулятор страхового ринку має право:

1) вимагати від страховиків та страхових груп подання разової, тимчасової регуляторної звітності та проміжної фінансової звітності (проміжної консолідованої фінансової звітності) у випадках та в порядку, встановленому Регулятором;

2) надавати методичні рекомендації щодо облікової політики, а також перелік інформації, що підлягає розкриттю у примітках до фінансової звітності страховиків та страхових груп.

Проміжна звітність страховика формується у такому складі:

1) загальні відомості про страховика;

2) звіт про доходи та витрати страховика;

3) звіт про страхові платежі та виплати за структурними підрозділами страховика;

4) пояснювальна записка до звітних даних страховика;

5) Баланс (Звіт про фінансовий стан);

6) Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід).

Річна звітність складається страховиком станом на 31 грудня звітного року у такому складі:

1) загальні відомості про страховика;

2) звіт про доходи та витрати страховика;

3) звіт про страхові платежі та виплати за структурними підрозділами страховика;

4) пояснювальна записка до звітних даних страховика;

5) річна фінансова звітність для суб'єкта господарювання.

Кожний власник істотної участі у страховику, який є юридичною особою, зобов'язаний подати до Регулятора річний звіт про свою діяльність, який повинен містити такі відомості:

1) види діяльності, які здійснює юридична особа;

2) інформація щодо суб'єктів господарювання, в яких така юридична особа має участь, що перевищує 10 відсотків (найменування та місцезнаходження суб'єкта господарювання, види його діяльності, розмір частки, що знаходиться у власності юридичної особи);

3) фінансова звітність цієї юридичної особи на кінець останнього звітного року разом з аудиторським звітом.

Регулятор має право вимагати від власників істотної участі у страховику подання інших періодичних звітів чи інформації з метою здійснення нагляду за безпекою і надійністю фінансового стану страховика.

ст. 47 Закону України «Про страхування» (2021 р.)

Фінансова звітність відповідно до вимог Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» та звітні дані страховика складаються та подаються до Національного банку України в електронній формі у вигляді документів, передбачених Правилами складання та подання звітності учасниками ринку небанківських фінансових послуг, з використанням веб-інтерфейсу доступу до спеціалізованого програмного забезпечення, який розміщений на офіційному веб-сайті НБУ.

Також страховик щороку складає та подає раді страховика звіт про платоспроможність та фінансовий стан страховика разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності за результатами надання аудиторських послуг.

Відповідальна особа страхової групи зобов'язана щороку складати та подавати раді страховика або раді відповідальної особи страхової групи звіт про платоспроможність та фінансовий стан страхової групи разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності за результатами надання аудиторських послуг.

Звіт про платоспроможність та фінансовий стан страховика разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності затверджується радою страховика.

Звіт про платоспроможність та фінансовий стан страхової групи разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності затверджується радою страховика, який є контролером інших учасників страхової груп або радою відповідальної особи страхової групи, якщо у страховій групі відсутній страховик, який є контролером інших учасників страхової групи.

Учасники страхової групи зобов'язані подавати відповідальній особі страхової групи звіти та інформацію, необхідні для складання звіту про платоспроможність та фінансовий стан страхової групи, у порядку, визначеному нормативно-правовими актами Регулятора.

Страховик зобов'язаний подавати до Регулятора щорічну фінансову звітність (консолідовану фінансову звітність) разом з аудиторським звітом. Звіт про платоспроможність та фінансовий стан страховика подається до Регулятора після його затвердження, разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності.

Відповідальна особа страхової групи зобов'язана подавати звіт про платоспроможність та фінансовий стан страхової групи Регулятору, після його затвердження, разом із звітом суб'єкта аудиторської діяльності.

Відповідальна особа страхової групи повідомляє Регулятора про суб'єктів аудиторської діяльності, які надаватимуть послуги з обов'язкового аудиту консолідованої фінансової звітності страхової групи відповідно до вимог законодавства, за формою, встановленою Регулятором.

Порядок призначення та відсторонення суб'єкта аудиторської діяльності від надання аудиторських послуг, порядок повідомлення Регулятора про суб'єкта аудиторської діяльності, який надаватиме відповідні послуги, а також порядок подання страховиком, страховою групою звіту суб'єкта аудиторської діяльності за результатами надання відповідних аудиторських послуг встановлюються Регулятором.

Безперервна тривалість виконання суб'єктом аудиторської діяльності завдання з обов'язкового аудиту фінансової звітності страховика не може перевищувати 10 років. Максимальна тривалість виконання завдання з обов'язкового аудиту фінансової звітності страховика може бути продовжена відповідно до Закону України «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність».

Суб'єкт аудиторської діяльності зобов'язаний інформувати Регулятора про встановлення під час надання аудиторських послуг:

1) суттєвого порушення законодавства з питань, що належать до компетенції Регулятора;

2) суттєвої загрози або сумнівів щодо можливості страховика продовжувати діяльність на безперервній основі;

3) наявності модифікованої думки (думки із застереженням, негативної думки або відмови від висловлення думки);

4) недотримання вимог до мінімального капіталу, вимог до капіталу платоспроможності (консолідованого капіталу платоспроможності).

Суб'єкт аудиторської діяльності не несе відповідальності за розкриття Регулятору визначеної вище інформації.

Обов'язковими реквізитами пакета звітності страховика є кваліфіковані електронні підписи керівника та головного бухгалтера страховика, накладені з дотриманням вимог законодавства у сфері електронних довірчих послуг.

Проміжна фінансова звітність (І квартал, перше півріччя, дев'ять місяців), крім консолідованої, подається страховиком не пізніше 25 числа місяця, що настає за звітним кварталом, а річна – не пізніше 20 лютого наступного року за звітним.

11.4. Особливості оподаткування страхових компаній

Оподаткування діяльності страхових компаній регулюються Податковим кодексом України. Відповідно до п. 136.2 ст. 136 Податкового кодексу України (ПКУ) під час провадження страхової діяльності юридичних осіб-резидентів одночасно із ставкою податку на прибуток, визначеною у п. 136.1 ст. 136 ПКУ, ставки податку на дохід встановлюються у таких розмірах:

- 3% за договорами страхування від об'єкта оподаткування;
- 0% за договорами з довгострокового страхування життя, договорами добровільного медичного страхування та договорами страхування у межах недержавного пенсійного забезпечення, зокрема договорів страхування додаткової пенсії.

Згідно з п. 137.2 ст. 137 ПКУ податок, що підлягає сплаті до бюджету платниками податку, які провадять страхову діяльність, визначається в порядку, передбаченому п. 141.1 ст. 141 ПКУ, яким встановлено, що страховики сплачують податок на прибуток за ставкою, визначеною відповідно до п. 136.1 ст. 136 ПКУ (18%), та податок на дохід за ставкою, визначеною відповідно до п.п. 136.2.1 та 136.2.2 п. 136.2 ст. 136 ПКУ (3% та 0%) (рис. 11.1).

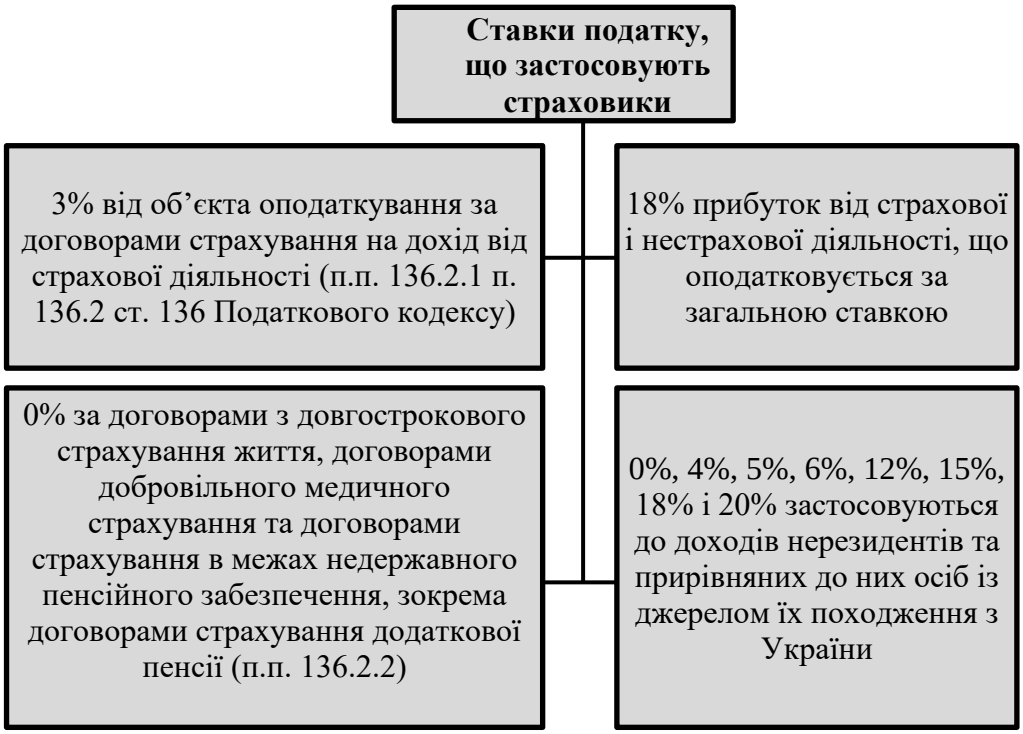

Рис. 11.1. Ставки податку на доходи та прибуток страховиків

Нарахований страховиком податок на дохід за ставкою, визначеною у п.п. 136.2.1 п. 136.2 ст. 136 ПКУ, є різницею, яка зменшує фінансовий результат до оподаткування такого страховика.

Об'єкт оподаткування страховика, до якого застосовується ставка 3% та 0%, розраховується як сума страхових платежів, страхових внесків, страхових премій, нарахованих за договорами страхування і співстрахування. При цьому страхові платежі, страхові внески, страхові премії за договорами співстрахування включаються до складу об'єкта оподаткування страховика тільки в розмірі його частки страхової премії, передбаченої договором співстрахування.

Страхові платежі, страхові внески, страхові премії за договорами перестрахування до об'єкта оподаткування, до якого застосовується ставка, визначена відповідно до п.п. 136.2.1 і 136.2.2 п. 136.2 ст. 136 ПКУ, не включаються.

Відповідно до п.п. 141.1.3 п. 141.1 ст. 141 ПКУ *фінансовий результат до оподаткування страховика збільшується:*

- на позитивну різницю між приростом (убутком) сформованих у відповідному звітному періоді відповідно до міжнародних стандартів фінансової звітності страховими резервами, крім тих, що не впливають на формування фінансового результату до оподаткування страховика (за вирахуванням прав вимоги до перестраховиків у страхових резервах), та приростом (убутком) відповідних резервів, розрахованих за методикою, визначеною Національним банком України (за вирахуванням прав вимоги до перестраховиків у страхових резервах);
- на позитивну різницю між сумою будь-яких виплат (винагород) страховим посередникам та іншим особам за надані послуги щодо укладання (пролонгації) договорів страхування та сумою нормативу витрат на виплати страховим посередникам, розрахованих за методикою, визначеною уповноваженим органом, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну фінансову політику.

Фінансовий результат до оподаткування страховика зменшується:

- на від'ємну різницю між приростом (убутком) сформованих у відповідному звітному періоді відповідно до міжнародних стандартів фінансової звітності страховими резервами, крім тих, що не впливають на формування фінансового результату до оподаткування страховика (за вирахуванням прав вимоги до перестраховиків у страхових резервах), та приростом (убутком) відповідних резервів, розрахованих за методикою, визначеною Національним банком України (за вирахуванням прав вимоги до перестраховиків у страхових резервах).

Коригування фінансового результату до оподаткування у зв'язку із створенням та використанням страховиками інших резервів (забезпечень), ніж зазначені у п. 141.1 ст. 141 ПКУ, здійснюється у порядку, встановленому п. 139.1 ст. 139 ПКУ.

На сьогодні триває робота над проєктом закону «Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо вдосконалення оподаткування страхової діяльності в Україні», тому слід очікувати податкових нововведень у страховій сфері. Учасники страхового ринку вже давно звертають увагу на необхідність зміни податкового законодавства, щоб уникнути подвійної системи оподаткування страхової діяльності.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Організація фінансів страховика та її особливості.
2. Класифікація та характеристика грошових потоків страховика.
3. Порядок формування витрат на ведення страхової справи.
4. Методичні підходи до визначення зароблених страхових премій.
5. Методичні підходи до визначення зароблених страхових премій в зарубіжних країнах.
6. Методичні підходи до визначення резерву незароблених страхових премій.
7. Собівартість страхових послуг та особливості її визначення.
8. Порівняльна характеристика доходів та витрат страхових компаній та інших фінансових установ.
9. Економічна суть та значення прибутку страховика.
10. Принципи формування та розподілу прибутку страхових компаній.
11. Різниця в механізмі розподілу та використання прибутку в страхових компаніях зі страхування життя, порівнюючи зі страховиками, які здійснюють ризикове страхування.
12. Показники рентабельності страхової діяльності.
13. Зарубіжний досвід оподаткування страхової діяльності.

ТЕМА 12. ФІНАНСОВА НАДІЙНІСТЬ СТРАХОВИКА

Зміст теми

12.1. Поняття фінансової надійності страховика
12.2. Ключові вимоги до платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика
12.3. Інструменти щодо недопущення (усунення) порушень вимог до платоспроможності страховика. Підстави віднесення страховиків до категорії неплатоспроможних

12.1. Поняття фінансової надійності страховика

Погіршення фінансово-економічної ситуації в країні на фоні воєнних дій, негативні тенденції у фінансовому секторі, а також зниження купівельної спроможності клієнтів страхових послуг призводять до скорочення обсягів страхування, зниження їх прибутковості та, як наслідок, зниження рівня фінансової надійності та стійкості страхових компаній.

Фінансова стійкість, з одного боку, постає об'єктом внутрішнього фінансового управління безпосередньо в самій страховій компанії, а з іншого – виступає індикатором для регуляторних органів страхового ринку та різноманітних рейтингових агенцій. Тому страховик має на меті підвищувати власну фінансову стійкість як задля підтримання нормативів щодо фінансових показників, так і намагаючись сформувати позитивний імідж надійного постачальника послуги в очах страхувальника.

Фінансова стійкість страхової компанії – це її здатність відповідати своїм фінансовим зобов'язанням та оплатити страхові виплати в разі настання страхового випадку, при цьому зберігаючи стійкість та надійність у своїй фінансовій діяльності впродовж тривалого періоду часу. Фінансова стійкість означає, що страхова компанія має достатні резерви, капітал та фінансові ресурси для покриття своїх зобов'язань і забезпечення надійності перед своїми клієнтами і партнерами.

Особливе значення фінансової стійкості страхових компаній для економіки зумовлене низкою причин (табл. 12.1).

Таблиця 12.1

Показники значимості фінансової стійкості страхових компаній для економіки

Показник	Значення
Захист інтересів страхувальників	фінансова стійкість страхових компаній гарантує, що вони зможуть виплачувати страхові відшкодування своїм клієнтам в разі настання страхових подій. Це важливо для захисту інтересів страхувальників, оскільки вони зможуть отримати компенсацію у випадку збитків.
Забезпечення стабільності страхового ринку	фінансово стійкі страхові компанії сприяють стабільності страхового ринку, вони можуть надавати послуги на довгострокову перспективу і забезпечувати послідовність і надійність на ринку.
Залучення інвестицій	фінансово стійкі страхові компанії можуть залучати інвестиції від інших фінансових установ та інвесторів. Це дозволяє їм розширювати свої можливості та вкладати кошти в економіку.
Зменшення фінансових ризиків	фінансово стійкі страхові компанії здатні ефективно керувати своїми фінансами та ризиками, що сприяє зменшенню фінансових коливань і покращує стійкість фінансової системи в цілому.
Соціальне значення	фінансово стійкі страхові компанії виконують соціальну функцію, надаючи захист населенню та бізнесу в умовах несподіваних подій, таких як стихійні лиха, аварії тощо.
Робочі місця	страхові компанії створюють значну кількість робочих місць, сприяючи розвитку економіки та зменшуючи безробіття.

Фінансову стійкість страховика зазвичай оцінюють за низкою показників, граничні величини яких законодавчо встановлені окремо для компаній зі страхування життя й ризикового страхування.

Фінансова надійність страховика – це спроможність страховика виконати страхові зобов'язання, прийняті за договорами страхування та перестрахування у випадку впливу несприятливих чинників. Фінансову надійність страхових компаній також визначають як здатність виконувати взяті на себе зобов'язання за всіма укладеними договорами страхування.

В цілому фінансову надійність страхової компанії досягають (рис. 12.1):

- правильно розрахованими страховими тарифами;
- розміром власних коштів;
- наявністю страхових резервів у розмірах, що відповідають величині страхових зобов'язань;
- правильним розміщенням страхових резервів;
- збалансованим страховим портфелем;
- перестрахувальними операціями.

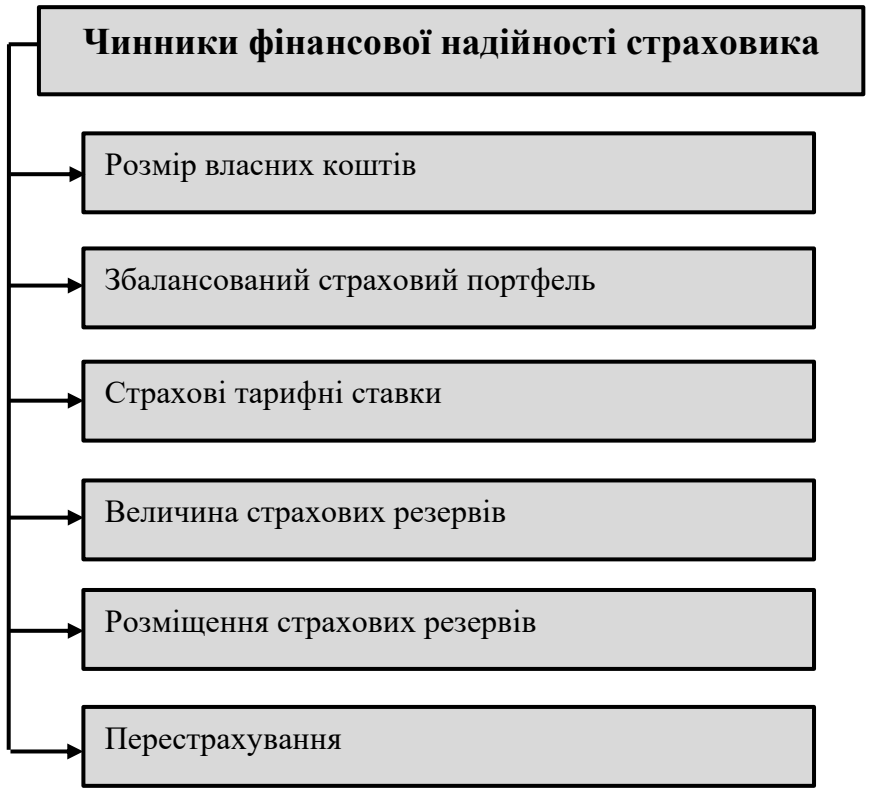

Рис. 12.1. Чинники, що визначають фінансову надійність страховика

Досягнення фінансової надійності страхової компанії – це важливий процес, який вимагає комплексу заходів та стратегій. Основні способи досягнення фінансової надійності страхової компанії:

- раціональне управління ризиками;
- ефективне управління асортиментом страхових продуктів;
- рентабельні інвестиції;
- фінансова диверсифікація;
- фінансовий контроль;
- дотримання нормативів;
- формування фінансових резервів;
- оптимізація бізнес-процесів;
- планування ліквідності;
- перестрахування;
- залучення та підтримка професійного персоналу;
- запобігання шахрайству;
- репутація страховика;
- інновації на постійній основі.

12.2. Ключові вимоги до платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика

Для забезпечення виконання зобов'язань перед страхувальниками страхові компанії повинні додержуватися вимог, що забезпечують їх платоспроможність.

Платоспроможність – це здатність страховика своєчасно виконувати грошові зобов'язання, обумовлені законом або договором, перед страхувальниками. Страхова компанія має як зовнішні зобов'язання (страхові та нестрахові), так і внутрішні (наприклад, перед акціонерами чи співробітниками). Головна роль, безумовно, належить страховим зобов'язанням, тому що через них реалізують страховий захист страхувальників і за своїм обсягом вони значно перевищують усі інші зобов'язання страховика. Платоспроможність страховиків є головною ознакою їх фінансової стійкості.

Вимоги щодо забезпечення платоспроможності страховика

Платоспроможність страховика забезпечується обсягом

прийнятного регулятивного капіталу, який включає:

- капітал платоспроможності;
- мінімальний капітал;
- регулятивний капітал.

Етапи оцінки платоспроможності страховика:

1) розподіл складових власного капіталу на перший, другий, третій рівні регулятивного капіталу;

2) визначення суми прийнятних активів та їх різниці із зобов'язаннями страховика;

3) визначення капіталу платоспроможності (SCR);

4) визначення мінімального капіталу (MCR);

5) визначення прийнятного регулятивного капіталу (% врахування рівнів регулятивного капіталу в MCR та SCR).

Регулятивний капітал страховика складається з капіталу першого рівня, капіталу другого рівня та капіталу третього рівня. Порядок розрахунку регулятивного капіталу, складові регулятивного капіталу та методика оцінки активів і зобов'язань для цілей розрахунку регулятивного капіталу визначаються нормативно-правовими актами Регулятора.

Складові регулятивного капіталу першого рівня:

- фактично сплачений зареєстрований статутний капітал (для акціонерних товариств – представлений простими акціями);
- емісійні різниці за простими акціями;
- нерозподілений прибуток (збиток) минулих років після вирахування дивідендів, які мають бути виплачені, підтверджений аудитором;
- резерви та фонди, створені або збільшені за рахунок нерозподіленого прибутку;
- від'ємне значення регулятивного капіталу другого рівня;
- додатнє значення різниці між сумою складових капіталів першого, другого, третього рівнів та надлишком прийнятних активів над зобов'язаннями.

Складові регулятивного капіталу другого рівня:

- фактично сплачений зареєстрований статутний капітал, представлений привілейованими акціями;
- емісійні різниці за привілейованими акціями;

- субординований борг, строк погашення якого більше/рівне 10 років, на який надано дозвіл НБУ;
- прибуток (збиток) поточного та звітного року;
- складові, що не були включені до регулятивного капіталу першого рівня (не відповідають критеріям першого рівня);
- додатнє значення різниці між надлишком прийнятних активів над зобов'язаннями та суми складових капіталів першого, другого, третього рівнів.

Складові регулятивного капіталу третього рівня:

- субординований борг, строк погашення якого більше/рівне 5 років, на який надано дозвіл НБУ;
- складові, що не були включені до регулятивного капіталу першого, другого рівня (не відповідають критеріям відповідного рівня).

Встановлені вимоги до складових відповідного рівня регулятивного капіталу ґрунтуються на вимогах Директиви ЄС 2009/138 Solvency II та Регламенту ЄС 2015/35.

Для розрахунку регулятивного капіталу використовуються лише *прийнятні (дозволені) активи*:

- гроші в банку;
- державні цінні папери;
- інші цінні папери;
- зобов'язання перестраховика;
- нерухоме майно;
- непрострочена дебіторська заборгованість (обмежена);
- кошти в МТСБУ;
- готівка;
- кредити страхувальникам.

Страховик та кожний власник істотної участі у страховику на постійній основі зобов'язані підтримувати платоспроможність страховика, яка забезпечується шляхом дотримання вимог до капіталу платоспроможності та мінімального капіталу.

Вимоги до капіталу платоспроможності та до мінімального капіталу, а також складові та пропорції складових регулятивного капіталу, що є прийнятними для виконання вимог до капіталу платоспроможності та до мінімального капіталу, встановлюються Регулятором.

Розмір прийнятного регулятивного капіталу для виконання вимог до капіталу платоспроможності та до мінімального капіталу повинен перевищувати розмір капіталу платоспроможності та розмір мінімального капіталу відповідно.

Страховик, який отримав ліцензію на здійснення діяльності із страхування життя та діяльності із страхування іншого, ніж страхування життя (страхування здоров'я), має здійснювати оцінку платоспроможності в частині дотримання вимог до мінімального капіталу окремо для діяльності із страхування життя та окремо для діяльності із страхування іншого, ніж страхування життя.

Розрахунок капіталу платоспроможності (SCR) та мінімального капіталу (MCR) здійснюється за одним із таких підходів:

1) базовий підхід (починаючи з 01.01.2027 р.);

2) спрощений підхід (починаючи з 01.01.2024 р.).

Формула розрахунку капіталу платоспроможності визначена відповідно до Директив Solvency I окремо для life та non-life.

Страховик зобов'язаний здійснювати оцінку платоспроможності в частині дотримання вимог до капіталу платоспроможності та мінімального капіталу, розрахованих за базовим підходом (оцінку платоспроможності за базовим підходом), у разі виконання щонайменше однієї з таких умов (критеріїв):

1) такий страховик отримав ліцензію на здійснення діяльності із страхування за одним чи декількома класами страхування життя або за одним чи декількома з класів 10, 11, 12, 13, 14, 15 страхування іншого, ніж страхування життя;

Дана умова не включає:

- діяльність із страхування за класом страхування 13 за умови, що ліцензія на здійснення діяльності із страхування страховика містить обмеження та/або особливості до цього класу, визначені нормативно-правовими актами Регулятора, які можуть давати підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу;

- страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання наземного транспортного засобу, повітряного судна, водного судна страхування іншої відповідальності, страхування кредитів, страхування поруки (гарантії).

2) за умови виконання хоча б одного з таких критеріїв протягом трьох календарних років поспіль:

- сума валових страхових премій страховика протягом календарного року перевищує 200 млн грн;
- сума технічних резервів страховика з урахуванням вхідного перестрахування та без вирахування вихідного перестрахування на кінець календарного року перевищує 700 млн грн;
- сума валових премій страховика за договорами вхідного перестрахування протягом календарного року перевищує 10 відсотків загальної суми валових страхових премій страховика та/або 20 млн грн;
- сума технічних резервів за договорами вхідного перестрахування страховика на кінець календарного року перевищує 10 відсотків загальної суми технічних резервів страховика з урахуванням вхідного перестрахування та без вирахування вихідного перестрахування та/або 70 млн грн.

Абсолютні значення критеріїв, переглядаються Регулятором у встановленому його нормативно-правовими актами порядку кожні п'ять років та збільшуються пропорційно до зміни індексу споживчих цін за відповідний період. Розраховані абсолютні значення показників округлюються до числа, кратного 1 млн грн.

Страховик, що отримує ліцензію чи змінює обсяг ліцензії, зобов'язаний здійснювати оцінку платоспроможності за базовим підходом, якщо відповідно до його плану діяльності хоча б один із передбачених критеріїв буде виконуватися для нього протягом щонайменше одного з наступних трьох років.

Страховик має право змінити підхід до оцінки платоспроможності із базового підходу на спрощений підхід виключно за умови отримання дозволу Регулятора, якщо жоден із критеріїв не виконувався протягом останніх трьох календарних років та не буде виконуватися протягом наступних трьох років відповідно до його плану діяльності.

Страховик, що не відповідає критеріям за власною ініціативою має право звернутися до Регулятора за дозволом на здійснення розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу за базовим підходом. Порядок та умови отримання дозволу Регулятора

на зміну підходу до розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу встановлюються нормативно-правовими актами Регулятора.

Страховик, що не відповідає критеріям та не отримав дозвіл Регулятора на здійснення розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу за базовим підходом, зобов'язаний здійснювати такий розрахунок за спрощеним підходом.

Розрахунок капіталу платоспроможності (SCR) та мінімального капіталу (MCR) за спрощеним підходом

Розмір капіталу платоспроможності розраховується страховиком у порядку, встановленому Регулятором, на основі обсягів страхових (перестрахових) премій, страхових (перестрахових) виплат, технічних резервів та капіталу під ризиком з використанням встановлених коефіцієнтів.

Страховик розраховує капітал платоспроможності та мінімальний капітал один раз на квартал або здійснює позачерговий розрахунок та застосовує результат розрахунку з дня, наступного за днем розрахунку, до дня наступного розрахунку включно.

Регулятор має право вимагати від страховика здійснення перерахунку розміру капіталу платоспроможності та розміру мінімального капіталу, якщо за інформацією Регулятора показники діяльності страховика істотно відхиляються від показників, на яких базуються розрахунки розміру капіталу платоспроможності та мінімального капіталу. Ознаки та критерії істотного відхилення показників діяльності страховика встановлюються Регулятором.

Для цілей оцінки платоспроможності страховика мінімальний капітал страховика визначається за більшою з таких величин:

1) третина від розміру капіталу платоспроможності, розрахованого за спрощеним підходом;

2) мінімальне абсолютне значення:

- *32 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування іншого, ніж страхування життя (крім класів страхування, визначених у наступному пункті);
- *48 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування 10, 11, 12, 13, 14, 15;

Дана умова не включає діяльність зі страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання наземного транспортного засобу, повітряного судна, водного судна, страхування іншої відповідальності, страхування кредитів, страхування поруки (гарантії) та діяльність із прямого страхування за класом страхування 13, за умови що ліцензія страховика на здійснення діяльності із страхування містить обмеження та/або особливості для цього класу, визначені нормативно-правовими актами Регулятора, які можуть давати підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу.

- *48 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування життя;
- *48 млн грн* – для страховика, ліцензія якого включає право здійснення діяльності з вхідного перестрахування без дотримання обмежень.

Абсолютні значення переглядаються Регулятором кожні п'ять років та збільшуються пропорційно до зміни індексу споживчих цін за відповідний період. Розраховані абсолютні значення округлюються до числа, кратного 1 млн грн. Період, протягом якого діяльність страховиків має бути приведена у відповідність із переглянутими значеннями не може становити менше шести місяців.

Розрахунок капіталу платоспроможності (SCR) та мінімального капіталу (MCR) за базовим підходом

Розрахунок розміру капіталу платоспроможності здійснюється страховиком у порядку, встановленому нормативно-правовими актами Регулятора.

Розмір капіталу платоспроможності повинен забезпечити покриття неочікуваних збитків від ризиків, які приймає на себе страховик у процесі діяльності, протягом наступних 12 місяців з рівнем довіри, визначеним Регулятором, але який не перевищує 99,5%.

При розрахунку розміру капіталу платоспроможності враховуються щонайменше такі ризики:

- андерайтинговий ризик щодо страхування іншого, ніж страхування життя і страхування здоров'я;
- андерайтинговий ризик щодо страхування життя;
- андерайтинговий ризик щодо страхування здоров'я;

Андерайтинговий ризик – ризик виникнення збитків чи додаткових втрат або недоотримання запланованих доходів, або виникнення несприятливої зміни вартості страхових зобов'язань внаслідок неадекватних припущень, здійснених під час ціноутворення та резервування.

– ринковий ризик;

Ринковий ризик – ризик виникнення збитків чи додаткових втрат або недоотримання запланованих доходів, або виникнення несприятливих змін у фінансовому стані, прямо чи опосередковано зумовлений зміною вартості активів та зобов'язань.

– кредитний ризик;

Кредитний ризик – ризик виникнення збитків чи додаткових втрат або недоотримання запланованих доходів, або виникнення несприятливих змін у фінансовому стані внаслідок невиконання боржником/контрагентом взятих на себе зобов'язань відповідно до умов договору.

– операційний ризик.

Операційний ризик – ризик виникнення збитків чи додаткових втрат або недоотримання запланованих доходів внаслідок допущення недоліків або помилок в організації внутрішніх процесів, навмисних або ненавмисних дій працівників чи інших осіб, збоїв у роботі інформаційних систем або внаслідок впливу зовнішніх факторів.

Розрахунок розміру ризиків повинен базуватися на актуальних даних та обґрунтованих припущеннях про показники діяльності страховика.

За загальним правилом, страховик розраховує капітал платоспроможності один раз на квартал. Результат розрахунку (чергового та позачергового) застосовується з дня, наступного за днем розрахунку, до дня наступного розрахунку включно.

Страховик зобов'язаний у встановленому Регулятором порядку, відслідковувати відхилення показників його діяльності від припущень, на яких базується розрахунок розміру ризиків при розрахунку капіталу платоспроможності.

Якщо показники діяльності страховика істотно відхиляються від припущень, на яких базується розрахунок капіталу

платоспроможності, страховик повинен невідкладно, але не пізніше 30 календарних днів з дня виявлення такого відхилення, здійснити позачерговий розрахунок капіталу платоспроможності та повідомити про це Регулятора протягом п'яти робочих днів з дня розрахунку.

Регулятор має право вимагати від страховика здійснення перерахунку розміру капіталу платоспроможності, якщо, за інформацією Регулятора показники діяльності страховика суттєво відхиляються від припущень, на яких базується розрахунок розміру капіталу платоспроможності.

Розмір мінімального капіталу розраховується в порядку, визначеному Регулятором, як лінійна комбінація набору величин (обсяг технічних резервів, страхових (перестрахових) премій, капіталу під ризиком, відстроченого податку та адміністративних витрат) з використанням встановлених коефіцієнтів. Зазначені складові беруться до розрахунку за вирахуванням вихідного перестрахування.

Розмір мінімального капіталу повинен забезпечити покриття неочікуваних збитків від ризиків, які приймає на себе страховик у процесі діяльності із страхування, протягом наступних 12 місяців з рівнем довіри, визначеним Регулятором, але який не перевищує 85%.

Максимальний розмір мінімального капіталу, якщо розрахований розмір мінімального капіталу:

- менше 25% розміру капіталу платоспроможності – для цілей оцінки платоспроможності страховика приймається розмір мінімального капіталу, що становить 25% капіталу платоспроможності;
- більше 25% і менше 45% розміру капіталу платоспроможності – для цілей оцінки платоспроможності страховика приймається результат розрахунку розміру мінімального капіталу;
- більше 45% розміру капіталу платоспроможності – для цілей оцінки платоспроможності страховика приймається розмір мінімального капіталу, що становить 45% капіталу платоспроможності.

Мінімальний розмір мінімального капіталу страховика не може становити менше ніж мінімальне абсолютне значення:

- *32 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування іншого, ніж

страхування життя (крім класів страхування, визначених у наступному пункті);

- *48 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування 10, 11, 12, 13, 14, 15;

Дана умова не включає діяльність зі страхування відповідальності, яка виникає внаслідок використання наземного транспортного засобу, повітряного судна, водного судна, страхування іншої відповідальності, страхування кредитів, страхування поруки (гарантії) та діяльність із прямого страхування за класом страхування 13, за умови що ліцензія страховика на здійснення діяльності із страхування містить обмеження та/або особливості для цього класу, визначені нормативно-правовими актами Регулятора, які можуть давати підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу.

- *48 млн грн* – для страховика, який отримав ліцензію на здійснення діяльності з прямого страхування за одним чи декількома з класів страхування життя;
- *48 млн грн* – для страховика, ліцензія якого включає право здійснення діяльності з вхідного перестрахування без дотримання обмежень.

Абсолютні значення переглядаються Регулятором кожні п'ять років та збільшуються пропорційно до зміни індексу споживчих цін за відповідний період. Розраховані абсолютні значення округлюються до числа, кратного 1 млн грн. Період, протягом якого діяльність страховиків має бути приведена у відповідність із переглянутими значеннями не може становити менше шести місяців.

Страховик розраховує розмір мінімального капіталу не менше одного разу на квартал, використовуючи актуальні дані станом на звітну дату, та застосовує результат розрахунку з дня, наступного за днем розрахунку, до дня наступного розрахунку включно.

Додаткові вимоги до капіталу платоспроможності

Регулятор за результатами здійснення нагляду за страховиком має право встановити додаткові вимоги до капіталу платоспроможності понад розрахований розмір капіталу платоспроможності страховика.

Додаткові вимоги до капіталу платоспроможності можуть бути встановлені, якщо за висновками Регулятора, в тому числі із застосовуванням професійного судження:

- показники діяльності страховика суттєво відхиляються від припущень, на яких базується розрахунок капіталу платоспроможності (з урахуванням здійснення страховиком самостійно та/або на вимогу Регулятора перерахунку розміру капіталу платоспроможності);
- система корпоративного управління страховика або система внутрішнього контролю, система управління ризиками, контроль за дотриманням норм (комплаєнс), внутрішній аудит, актуарна функція не відповідає вимогам, встановленим законодавством України та нормативно-правовими актами Регулятора;
- страховику притаманні суттєві ризики, що не враховані при розрахунку капіталу платоспроможності.

Порядок встановлення та скасування додаткових вимог до капіталу платоспроможності понад розмір капіталу платоспроможності страховика, та порядок розрахунку таких додаткових вимог до капіталу платоспроможності встановлюються Регулятором.

Прийнятний регулятивний капітал

Для визначення достатності капіталу оцінюється його прийнятність через пропорції складових регулятивного капіталу різних рівнів.

Критерії прийнятності (зокрема, пропорції складових) регулятивного капіталу різняться для покриття вимог до капіталу платоспроможності та до мінімального капіталу.

Прийнятний регулятивний капітал рівний сумі капіталу першого рівня, прийнятній сумі капіталу другого рівня, додатково для капіталу платоспроможності (SCR) прийнятній сумі капіталу третього рівня. Сума прийнятного регулятивного капіталу із дотриманням критеріїв прийнятності має бути більшою за капітал платоспроможності (SCR) та мінімальний капітал (MCR).

Критерії прийнятності капіталу платоспроможності (SCR):

- складові регулятивного капіталу першого рівня – ≥50% SCR;

− складові регулятивного капіталу другого рівня та третього рівня – ≤50% SCR (складові регулятивного капіталу третього рівня – <15%SCR).

Критерії прийнятності мінімального капіталу (MCR):

− складові регулятивного капіталу першого рівня – ≥80% MCR;
− складові регулятивного капіталу другого рівня – ≤20% MCR.

Вимоги до інвестиційної діяльності страховика

Інвестиційна діяльність страховика має здійснюватись з дотриманням таких вимог:

1) вимоги до усіх активів:
− загальні принципи інвестування;
− відкрита валютна позиція.
2) покриття технічних резервів.

Страховик зобов'язаний формувати *активи* з дотриманням принципу розсудливості, а саме:

− страховик зобов'язаний інвестувати лише в активи, ризики яких він може коректно визначати, відслідковувати, оцінювати, управляти ними та подавати звіти про них;
− кошти повинні бути інвестовані таким чином, щоб забезпечити належний рівень безпеки, якості, диверсифікованості, належну ліквідність та прибутковість активів.

Загальні вимоги до активів страховика:

− вимоги до інвестиційної діяльності – принцип інвестування та відкрита валютна позиція до усіх активів;
− вимоги до прийнятних активів для розрахунку регулятивного капіталу – перелік активів, якісні вимоги, ліміти на концентрацію активів;
− вимоги до активів на покриття технічних резервів – скорочений перелік прийнятних активів, що враховуються до розрахунку регулятивного капіталу, з такими ж якісними вимогами, ліміти відносно обсягу технічних резервів.

Дотримання вимог щодо відповідності валют активів та зобов'язань:

$$\frac{\sum_i |A_i - 3i|}{Pk} \cdot 100\% \leq 20\%$$

де, Аi - активи в і-тій валюті;

Зi - зобов'язання в і-тій валюті;

|Аi − Зi| – різниця включається до розрахунку без урахування знака;

Рk – регулятивний капітал.

Види *технічних резервів*, порядок та вимоги до їх розрахунку, вимоги до припущень, на яких базується розрахунок технічних резервів, методи оцінювання припущень встановлюються Регулятором.

В основі побудови вимог до формування технічних резервів закладено принципи та підходи МСФЗ 17 «Страхові контракти», що введений в дію з 01.01.2023 р. та є обов'язковим до імплементації для усіх страховиків в Україні.

Визначаються єдині підходи до:

- обліку договорів для цілей фінансової та регуляторної звітності;

- розрахунку всіх видів технічних резервів;

- джерел використання даних для розрахунку;

- вимоги до якості даних та документування процесу розрахунку та отриманих результатів.

Технічні резерви для оцінки платоспроможності відображають суму грошових коштів, яку страховик мав би сплатити для передачі всіх зобов'язань за договорами страхування (перестрахування) іншому (умовно приймаючому) страховику.

Розмір технічних резервів розраховується як сума двох таких величин:

1) найкраща оцінка резервів, що відповідає середній величині майбутніх грошових потоків за договорами страхування (перестрахування), зваженій на імовірності їх реалізації з урахуванням вартості грошей у часі (очікувана теперішня вартість майбутніх грошових потоків);

2) маржа ризику, що забезпечує дотримання вимог до платоспроможності приймаючим страховиком у разі негайної передачі йому зобов'язань за договорами страхування (перестрахування).

Розрахунок розміру технічних резервів може здійснюватися за іншим (спрощеним) методом, у випадках та порядку, встановлених Регулятором.

Для більшості страховиків non-life застосовується спрощена модель оцінки страхових зобов'язань. До того ж, страховики non-life переважно мають адаптувати умови договорів страхування для застосування спрощеної моделі. Для страховиків life запроваджується загальна модель оцінки страхових зобов'язань.

Страховик зобов'язаний проводити оцінювання розміру сформованих технічних резервів та застосованих методів, а також припущень для їх розрахунку, у тому числі з використанням статистичних даних, у порядку, встановленому Регулятором.

Якщо за результатами проведеного страховиком оцінювання розміру технічних резервів або за результатами здійснення нагляду Регулятором встановлено, що застосування страховиком певних методів розрахунку та/або припущень призводить до недостатності розміру сформованих відповідних технічних резервів, страховик зобов'язаний здійснити відповідне коригування актуарних, статистичних та інших методів і припущень.

Перелік активів для покриття технічних резервів страховика ведеться у вигляді окремого реєстру активів, порядок ведення якого встановлюється Регулятором.

12.3 Інструменти щодо недопущення (усунення) порушень вимог до платоспроможності страховика. Підстави віднесення страховиків до категорії неплатоспроможних

Інструменти щодо недопущення та/або усунення порушень вимог до платоспроможності застосовуються до страховиків та поділяються на такі групи:

- інструменти, що використовуються при самостійному виявлені та визнанні страховиком значного ризику вчинення порушення вимог до платоспроможності або вчинення такого порушення (план відновлення діяльності страховика, план фінансування страховика);
- інструменти, що використовуються при самостійному виявлені Регулятором значного ризику вчинення порушення вимог до платоспроможності або вчинення такого порушення (заходи раннього втручання, заходи впливу).

Інструменти щодо недопущення та/або усунення інших порушень, що застосовуються до страховиків або інших об'єктів нагляду, поділяються на такі групи:

- коригувальні заходи;
- заходи впливу.

Об'єкти нагляду – страховики, перестраховики, надавачі супровідних послуг на ринку страхування, об'єднання учасників ринку страхування, які є саморегулівними організаціями, власники істотної участі у страховиках, учасники фінансових груп (страхових груп, страхових підгруп), страхові групи, страхові підгрупи, керівники страховиків та особи, на яких покладено виконання ключових функцій, нагляд за якими здійснює Регулятор.

План відновлення діяльності страховика

У разі якщо прийнятний регулятивний капітал страховика для виконання вимог до капіталу платоспроможності не перевищує 120 відсотків капіталу платоспроможності та/або наявні значні ризики порушення вимог до капіталу платоспроможності у наступні три місяці, страховик негайно повідомляє про це Регулятора та протягом 30 днів з дня виявлення відповідних обставин складає план відновлення діяльності страховика або оновлює раніше складений план відновлення діяльності страховика, якщо припущення, покладені у його основу, є недійсними, та подає його Регулятору для погодження.

План відновлення діяльності страховика повинен гарантувати відновлення фінансового стану страховика та виконання ним вимог до капіталу платоспроможності протягом не більше 180 днів з дня встановлення порушення вимог до капіталу платоспроможності.

Регулятор у порядку та за умов, визначених його нормативно-правовими актами, погоджує або відхиляє план відновлення діяльності страховика або оновлений план відновлення діяльності страховика протягом 15 робочих днів після його надходження. У разі відхилення плану відновлення діяльності страховика Регулятор надає страховику вмотивовані пояснення такого відхилення. Страховик зобов'язаний подати Регулятору виправлений план відновлення діяльності страховика протягом 10 робочих днів після отримання повідомлення Регулятора про відхилення плану відновлення діяльності страховика.

Страховик починає реалізацію плану відновлення діяльності страховика з дня його погодження. Страховик подає Регулятору звіти про виконання плану відновлення діяльності страховика кожні 30 днів.

У разі вмотивованого звернення страховика за рішенням Регулятора строк реалізації плану відновлення діяльності страховика може бути подовжено, але не більш як на 90 днів. Регулятор може відмовити у подовженні строку, якщо страховик не виконує частково або повністю план відновлення діяльності страховика.

Страховику забороняється виплачувати дивіденди чи розподіляти капітал у будь-який інший спосіб у разі недотримання вимог до капіталу платоспроможності та/або наявності значних ризиків порушення вимог до капіталу платоспроможності.

План фінансування страховика

У разі порушення вимог до мінімального капіталу та/або наявності значних ризиків порушення вимог до мінімального капіталу у наступні три місяці страховик негайно повідомляє про це Регулятору та протягом 15 днів з дня виявлення відповідних обставин складає план фінансування страховика та подає його до Регулятора для погодження.

План фінансування страховика повинен гарантувати відновлення фінансового стану страховика та виконання ним вимог щонайменше до мінімального капіталу протягом не більше 90 днів з дати, коли було встановлено порушення вимог до мінімального капіталу.

Регулятор у порядку та за умов, визначених його нормативно-правовими актами, погоджує або відхиляє план фінансування страховика протягом 10 робочих днів після його надходження. У разі відхилення плану фінансування страховика Регулятор надає страховику вмотивовані пояснення такого відхилення. Страховик зобов’язаний подати до Регулятора оновлений план фінансування страховика протягом 10 робочих днів після отримання повідомлення Регулятора про відхилення плану фінансування.

Страховик починає реалізацію плану фінансування страховика з дня його погодження. Страховик подає Регулятору звіти про виконання плану фінансування страховика кожні 15 днів.

У разі якщо страховик складає та подає Регулятору для погодження план фінансування у процесі виконання плану відновлення діяльності, план фінансування включається до плану відновлення діяльності. При цьому строки відновлення фінансового стану страховика та виконання ним вимог до капіталу платоспроможності не подовжуються.

Заходи раннього втручання

Регулятор має право застосувати один чи декілька заходів раннього втручання у разі настання хоча б однієї з таких умов:

1) прийнятний регулятивний капітал страховика для виконання вимог до капіталу платоспроможності не перевищує 120 відсотків капіталу платоспроможності;

2) прийнятний регулятивний капітал страховика для виконання вимог до мінімального капіталу не перевищує 120 відсотків мінімального капіталу (якщо розмір мінімального капіталу є вищим за розмір капіталу платоспроможності).

До заходів раннього втручання належать:

- тимчасове збільшення частоти подання фінансової та інших видів звітності або вимога надання додаткової інформації;
- обмеження виплати змінних винагород та бонусів/премій;
- встановлення обмеження на розподіл прибутку та інші види розподілу капіталу;
- вимога складання або оновлення плану відновлення діяльності страховика протягом 30 днів, якщо припущення, які лягли в основу діючого плану відновлення, суттєво відхиляються від поточних обставин. Критерії суттєвих відхилень визначаються нормативно-правовими актами Регулятора;
- вимога реалізації окремих заходів плану відновлення діяльності страховика;
- вимога реалізації окремих заходів плану фінансування страховика;
- заборона приймати страховий портфель від іншого страховика;
- заборона здійснювати вхідне перестрахування;
- вимога коригування або перегляду стратегії та/або плану діяльності страховика;
- встановлення підвищених вимог до системи внутрішнього контролю страховика;
- встановлення підвищених вимог до складу активів та правил формування технічних резервів;
- вимога здійснення перерахунку розміру капіталу платоспроможності та технічних резервів для цілей платоспроможності, якщо показники діяльності

страховика відхиляються від припущень, на яких базуються розрахунки;

- тимчасове, у тому числі до усунення виявлених порушень, встановлення для страховиків, страхових груп обмежень щодо здійснення окремих видів операцій;
- зупинення виплат дивідендів чи розподілу капіталу в будь-якій іншій формі;
- скликання загальних зборів безпосередньо Регулятором або на його вимогу органами управління страховика;
- тимчасове відсторонення від виконання обов'язків окремих членів правління, головного ризик-менеджера, головного внутрішнього аудитора, головного комплаєнс-менеджера або відповідальних за виконання цих функцій осіб.

У разі порушення страховиком вимог щодо капіталу платоспроможності *Регулятор додатково може застосовувати такі заходи раннього втручання*:

- заборона чи обмеження розпорядження та/або відчуження усіх або частини активів;
- тимчасова, у тому числі до усунення виявлених порушень, заборона страховику укладати нові договори страхування (перестрахування) та/або продовжувати строк дії укладених договорів страхування (перестрахування), здійснювати інші операції з активами;
- вимога звільнення окремих членів правління, головного ризик-менеджера, головного внутрішнього аудитора, відповідального актуарія, головного комплаєнс-менеджера або відповідальних за виконання цих функцій осіб.

Коригувальні заходи

У разі виявлення у діяльності страховика або інших об'єктів нагляду ознак, що свідчать про потенційне порушення вимог законодавства України та/або про загрозу функціонуванню страховика або його фінансовому стану, Регулятор має право застосувати до страховика або інших об'єктів нагляду коригувальні заходи. Перелік таких ознак встановлюється Регулятором.

Коригувальні заходи полягають у наданні Регулятором рекомендацій щодо вчинення дій та/або необхідності утримання від вчинення будь-яких дій з метою усунення обставин та/або уникнення виявлених ризиків.

У рішенні Регулятора про застосування коригувального заходу зазначається строк виконання наданих рекомендацій, а також застереження, що їх невиконання у такий строк є підставою для віднесення страховика до більш ризикової категорії з метою здійснення нагляду відповідно до ризик-орієнтованого підходу.

У разі виявлення під час здійснення нагляду однотипних недоліків у діяльності чи однотипних порушень страховиками та/або іншими особами, які можуть бути об'єктом нагляду Регулятора, вимог законодавства України Регулятор може видавати рекомендації необмеженому колу страховиків та/або інших осіб, які можуть бути об'єктом нагляду Регулятора, що оприлюднюються шляхом розміщення на сторінці офіційного інтернет-представництва Регулятора у встановленому його нормативно-правовими актами порядку.

Заходи впливу

Заходи впливу застосовуються за:

- порушення вимог Закону України «Про страхування» і нормативно-правових актів Регулятора;
- порушення вимог, рішень та/або розпоряджень Регулятора;
- здійснення страховиками ризикової діяльності, яка загрожує інтересам клієнтів чи інших кредиторів;
- застосування іноземними державами або міждержавними об'єднаннями чи міжнародними організаціями до страховика санкцій, що становлять загрозу інтересам клієнтів чи інших його кредиторів та/або стабільності фінансової системи.

Заходи впливу, що можуть застосовуватись до страховиків:

1) письмове застереження про усунення порушень та/або вжиття заходів для усунення причин та умов, що сприяли вчиненню порушень;

2) зупинення виплати дивідендів чи розподілу капіталу в будь-якій іншій формі;

3) скликання органів управління страховика;

4) укладення із страховиком письмової угоди, за якою страховик зобов'язується сплатити визначене грошове зобов'язання та/або вжити заходів для усунення та/або недопущення в подальшій діяльності порушень, для поліпшення фінансового стану страховика, підвищення ефективності функціонування системи управління ризиками тощо;

У разі невиконання або неналежного виконання страховиком умов письмової угоди Регулятор має право застосувати до нього інші заходи впливу.

5) встановлення для страховиків, страхових груп обмежень щодо здійснення окремих видів операцій, у тому числі діяльності за окремим класом/окремими класами страхування (ризиком/ризиками в межах відповідного класу);

6) тимчасова, у тому числі до усунення виявлених порушень, заборона страховику укладати нові договори страхування (перестрахування) та/або продовжувати строк дії укладених договорів страхування (перестрахування), у тому числі за окремим класом/окремими класами страхування (ризиком/ризиками в межах відповідного класу), здійснювати інші операції з активами;

7) накладення штрафів на страховика за:

- використання страховиком послуг з реалізації страхових та/або перестрахових продуктів, що надаються особами без їх реєстрації як страхових посередників або включення до переліку працівників з реалізації, – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат;
- неправомірну реєстрацію страховиком страхового агента, додаткового страхового агента, субагента або неправомірне включення до переліку працівників з реалізації страховика та страхового агента – у розмірі 30 мінімальних заробітних плат;
- неналежний нагляд страховика за діяльністю його працівників з реалізації та керівників з реалізації, страхових агентів, субагентів та додаткових страхових агентів – у розмірі 15мінімальних заробітних плат;
- виконання функціональних обов'язків щодо реалізації страхових та перестрахових продуктів керівниками з реалізації та працівниками з реалізації страховика, які не відповідають встановленим вимогам до таких осіб – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат;
- невиконання страховиком вимог щодо надання інформації клієнту до укладення договору страхування – у розмірі 2 мінімальних заробітних плат;

- відмову страховика від перевірки Регулятора або перешкоджання такій перевірці – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат;
- ухилення страховиком від виконання або несвоєчасне виконання розпорядження про усунення порушення в діяльності з реалізації страхових послуг – у розмірі від 5 до 30 мінімальних заробітних плат;

8) накладення інших штрафів на страховика – згідно з нормативно-правовим актом Регулятора щодо застосування санкцій у вигляді штрафів, яким встановлені розміри штрафів за певні порушення, – не більше 5 відсотків розміру мінімального капіталу страховика на останню звітну дату;

9) тимчасове відсторонення посадової особи об'єкта нагляду від виконання обов'язків;

10) віднесення страховика до категорії неплатоспроможних;

11) анулювання ліцензії на здійснення діяльності із страхування;

12) ліквідація страховика.

Заходи впливу, що можуть застосовуватись до власників істотної участі у страховику або до інших осіб за порушення пов'язанні з участю у страховику:

1) письмове застереження про усунення порушень та/або вжиття заходів для усунення причин та умов, що сприяли вчиненню порушень;

2) накладення штрафів:

- на власників істотної участі за невиконання прийнятих на себе зобов'язань про надання необхідної фінансової допомоги страховику в рамках вжиття заходів для приведення діяльності страховика у відповідність із вимогами законодавства – не більше 10 відсотків розміру мінімального капіталу страховика на останню звітну дату, зважену на частку істотної участі, якою володіє власник істотної участі у страховику;
- на особу, яка набула або збільшила істотну участь у страховику з порушенням Закону України «Про страхування», – не більше 10 відсотків:

а) номінальної вартості придбаних акцій (паїв, часток) страховика, якщо особа набула або збільшила пряму істотну участь у страховику;

б) номінальної вартості акцій (паїв, часток), які належать акціонеру (учаснику) страховика, через якого особа набула або збільшила істотну участь у страховику, якщо особа набула або збільшила опосередковану істотну участь у страховику;

3) тимчасова заборона використання власником істотної участі у страховику права голосу на загальних зборах страховика (тимчасова заборона права голосу).

Заходи впливу, що можуть застосовуватись до інших об'єктів нагляду:

1) письмове застереження про усунення порушень та/або вжиття заходів для усунення причин та умов, що сприяли вчиненню порушень;

2) зупинення виплати дивідендів чи розподілу капіталу в будь-якій іншій формі;

3) накладення штрафів за:

- здійснення страховим посередником діяльності з реалізації страхових та/або перестрахових продуктів без реєстрації, на юридичних осіб – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі 10 мінімальних заробітних плат;
- реєстрація страхового посередника шляхом надання неправдивих відомостей або іншим незаконним шляхом – накладення штрафу, на юридичних осіб – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі 10 мінімальних заробітних плат;
- подання страховим або перестраховим брокером завідомо недостовірної інформації Регулятору для внесення до Реєстру, на юридичних осіб – у розмірі від 5 до 35 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб-підприємців – у розмірі від 1 до 10 мінімальних заробітних плат;
- невиконання страховим посередником вимоги щодо ведення окремих поточних рахунків для отримання платежів за договорами страхування (перестрахування), – у розмірі 30 мінімальних заробітних плат;
- здійснення діяльності з реалізації страхових продуктів страховими посередниками, виконання функціональних обов'язків щодо реалізації страхових та перестрахових продуктів керівниками з реалізації та працівниками з

реалізації страхового посередника, які не відповідають встановленим вимогам до таких осіб, на юридичних осіб – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі 10 мінімальних заробітних плат;

- невиконання страховим агентом – фізичною особою-підприємцем, страховим агентом – юридичною особою, страховим та/або перестраховим брокером вимоги про страхування відповідальності:

а) за відсутність договору не більше трьох робочих днів – у розмірі 1 мінімальної заробітної плати;

б) за відсутність договору не більше 14 календарних днів – у розмірі 2 мінімальних заробітних плат;

в) за відсутність договору більше 14 календарних днів – у розмірі 4 мінімальних заробітних плат;

- невиконання страховим посередником вимог щодо надання інформації клієнту до укладення договору страхування, на юридичних осіб – у розмірі 2 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі 1 мінімальної заробітної плати;
- відмова страхового посередника від перевірки Регулятора або перешкоджання такій перевірці, на юридичних осіб – у розмірі 35 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі 10 мінімальних заробітних плат;
- ухилення страховим посередником від виконання або несвоєчасне виконання розпорядження про усунення порушення в діяльності з реалізації страхових послуг, на юридичних осіб – у розмірі від 5 до 30 мінімальних заробітних плат, на фізичних осіб – у розмірі від 1 до 10 мінімальних заробітних плат;

4) тимчасове відсторонення посадової особи об’єкта нагляду від виконання обов’язків;

5) виключення з державних реєстрів, які ведуться Регулятором, у тому числі позбавлення статусу саморегулівної організації та виключення осіб, які здійснюють діяльність з реалізації страхових та перестрахових продуктів.

Порядок застосування коригувальних заходів, заходів раннього втручання та заходів впливу, визначається нормативно-правовими актами Регулятора, чинними на момент прийняття рішення Регулятора про застосування відповідних заходів.

Заходи впливу можуть бути застосовані Регулятором протягом шести місяців з дня виявлення порушення, але не пізніше ніж через три роки з дня його вчинення, якщо інший строк не встановлений законодавством.

Рішення Регулятора про застосування до страховика заходу впливу у вигляді накладення штрафу набирає чинності з робочого дня, наступного за днем прийняття такого рішення. У разі якщо рішення Регулятора про застосування до страховика заходу впливу у вигляді накладення штрафу протягом одного місяця з дня набрання ним чинності не було виконано або не було оскаржено у судовому порядку та адміністративним судом було відкрито провадження у справі, таке рішення визнається виконавчим документом, підлягає оформленню Регулятором відповідно до вимог Закону України «Про виконавче провадження» та передається до органів державної виконавчої служби або приватному виконавцю для примусового виконання.

Інформація про застосовані Регулятором до страховиків заходи впливу може оприлюднюватися Регулятором на сторінках свого офіційного інтернет-представництва у встановленому законодавством та нормативно-правовими актами Регулятора порядку.

Підстави віднесення страховика до категорії неплатоспроможних

Регулятор зобов'язаний прийняти рішення про віднесення страховика до категорії неплатоспроможних у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:

1) зменшення розміру прийнятного регулятивного капіталу для виконання вимог до мінімального капіталу на 50 і більше відсотків рівня мінімального капіталу, встановленого нормативно-правовими актами Регулятора;

2) неможливість виконати вимоги до мінімального капіталу протягом 90 днів з дня, коли встановлено порушення таких вимог. Регулятор має право віднести страховика до категорії неплатоспроможних у будь-який момент протягом зазначеного 90-денного періоду у разі часткового або повного невиконання плану фінансування страховика;

3) неможливість виконати вимоги до капіталу платоспроможності протягом 180 днів з дня, коли встановлено порушення таких вимог, якщо строк виконання не було подовжено

відповідно до Закону України «Про страхування». Регулятор має право віднести страховика до категорії неплатоспроможних у будь-який момент протягом зазначеного 180-денного періоду у разі часткового або повного невиконання плану відновлення діяльності страховика;

4) неподання страховиком до Регулятора плану відновлення діяльності страховика та/або плану фінансування страховика у встановлені строки у разі порушення страховиком вимог до капіталу платоспроможності та/або мінімального капіталу.

Регулятор має право прийняти рішення про віднесення страховика до категорії неплатоспроможних у разі наявності хоча б однієї з таких підстав:

1) невиконання страховиком у встановлений договором або законодавством України строк своїх зобов'язань перед страхувальниками та іншими кредиторами, строк виконання яких настав, у тому числі через недостатність/відсутність грошових коштів;

2) повторне відхилення Регулятором плану відновлення діяльності страховика або плану фінансування страховика;

3) повторне порушення вимог до мінімального капіталу протягом 270 днів з дня усунення порушення таких вимог та/або виконання плану фінансування;

4) повторне порушення вимог до капіталу платоспроможності протягом 180 днів з дня усунення порушення таких вимог та/або виконання плану відновлення діяльності;

5) зменшення розміру прийнятних активів для покриття технічних резервів для цілей фінансової звітності нижче рівня, встановленого нормативно-правовими актами Регулятора;

6) систематичне неподання, критерії якого встановлені нормативно-правовими актами Регулятора, страховиком фінансової та іншої звітності, додаткової інформації відповідно до вимог, визначених законом та нормативно-правовими актами Регулятора.

Питання для самостійного вивчення та додаткових досліджень

1. Фінансова стійкість страхових компаній та фактори її забезпечення.
2. Тарифна політика та її вплив на фінансову стійкість страховика.
3. Інвестиційний портфель страховика та його характеристика.
4. Попереджувальна (превентивна) діяльність страховика. Система превентивних заходів для зменшення страхового ризику.
5. Страхові резерви та порядок їх формування.
6 .Відмінності формування страхових резервів зі страхування життя та ризикових видів страхування.
7. Оцінка фінансової надійності провідних страховиків України (на основі аналізу динаміки фінансових показників за останні три роки).
8. Фінансова безпека страхової організації та характеристика джерел її забезпечення.
9. Комплексне оцінювання фінансового стану страхової компанії.
10. Фінансова стратегія і планування у страхуванні.
11. Директива 2009/138/ЄС про початок і ведення діяльності у сфері страхування й перестрахування (Solvency II). Вимоги до платоспроможності відповідно до Solvency II.
12. Основи регулювання достатності капіталу, визначені принципами Міжнародної асоціації органів нагляду за страховими компаніями (IAIS).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аберніхіна І. Г., Сокиринська І. Г. Фінанси страхових організацій : навч. посіб. Дніпро : Пороги, 2019. 198 с.
2. Александрова М. М. Страхування : навч.-метод. посіб. Київ : ЦУЛ, 2002. 208 с.
3. Александрова М. М., Полчанов А. Ю. Порядок здійснення рейтингової оцінки страховика. *Вісник Житомирського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки.* 2008. Вип. 1(43). URL: https://ideas.repec.org/a/scn/000ven/95960.html.
4. Александрова М., Шахрай Ю. Європейський вектор регуляторних вимог до страховиків. URL: https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/11/249.pdf.
5. Андрієнко В., Кобко Р. Роль державного регулювання у процесі забезпечення економічної безпеки ринку страхових послуг України. *Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія : Економічні науки.* 2017. Вип. 44(1). С. 5-14.
6. Аранчій В. І., Остапенко О. М., Остапенко Т. М. Страховий менеджмент : навч. посіб. Полтава : ПДАА, 2018. 252 с.
7. Базилевич В. Д. Страховий ринок України. Київ : Знання, 2002. 417 с.
8. Базилевич В. Д., Базилевич К. С. Страхова справа: навч. посіб. Київ : Знання, 2002. 203 с.
9. Базилевич В. Д., Базилевич К. С., Пікус Р. В. Страхування : підруч. Київ : Знання, 2008. 1019 с.
10. Базилевич К. Об'єктивна необхідність і межі державного регулювання страхової діяльності. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Економіка.* 2006. Вип. 81-82. С. 9-11.
11. Барзилович А. Д. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Інвестиції: практика та досвід.* 2020. № 5-6. С.109-114.
12. Безугла В. О., Постіл І. І., Шаповал Л. П. Страхування : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2008. 582 с.
13. Біла книга «Майбутнє регулювання ринку страхування в Україні», НБУ. Київ, квітень 2020. 28 с. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/White_paper_insurance_2020.pdf?v=7.
14. Боженко А. С., Олійник В. М. Ключові засади перестрахової діяльності в системі страхування. *Економіка. Фінанси. Право.* 2014. № 5. С. 19-23.
15. Бурбель Л. Шість головних викликів, з якими зустрівся страховий ринок упродовж шести місяців війни. Interfax Ukraine. URL: https://interfax.com.ua/news/blog/856594.html.

16. Буяк Л. М., Пришляк К. М., Башуцька О. С. Імітаційна модель управління страховою компанією в умовах ринку. *Науковий вісник Чернівецького університету.* 2020. Вип. 829. Економіка. С. 99-107.
17. Васильєва Т., Козьменко С., Козьменко О. Нові вектори розвитку страхового ринку України : монографія. Суми: «Університетська книга», 2022. 315 с.
18. Віленчук О. М. Інноваційні стратегії управління діяльністю страхових компаній: міжнародний та національний контексти. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Економічні науки.* 2021. Вип. 41. С. 65-70.
19. Віленчук О. М. Формування еквівалентності фінансово-економічних інтересів суб'єктів ринку аграрного страхування на засадах актуарної збалансованості. *Вісник Житомирського національного агроекологічного університету.* 2016. № 1(54). Т. 2. С. 137-147.
20. Внукова Н. М., Временко Л. В., Успаленко В. І. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. Харків : Бурун Книга, 2009. 656 с.
21. Вовчак О. Д. Страхова справа: підруч. Київ : Знання, 2011. 391 с.
22. Вовчак О. Д. Страхування : навч. посіб. Львів : Новий світ-2000, 2004. 480 с.
23. Вовчак О. Д., Завійська О. І. Страхові послуги : навч.-метод. посіб. Львів : Видавництво ЛКА, 2005. 156 с.
24. Войтович Л. М. Європейський досвід державного регулювання страхової системи та можливості його впровадження в Україні. *Вчені записки Університету «КРОК».* 2021. № 3(63). С. 73-79.
25. Волкова В. В. Методичні аспекти державного регулювання страхового ринку України. *Економіка і організація управління.* 2016. № 4(24). С. 136-142.
26. Волкова В. В., Волкова Н. І. Розвиток системи страхування кредитних ризиків банків. *Економіка і організація управління.* 2023. № 2(50). С. 86-95.
27. Волохова Л. Ф. Страхування цивільно-правової відповідальності власників автотранспортних засобів у контексті інноваційних трансформацій. *Економічний простір.* 2021. № 165. С. 105-109.
28. Волошина-Сідей В. В., Коверза А. І. Сучасні підходи до дослідження потенціалу ринку страхування життя. *Економіка та суспільство.* 2022. Вип. 42. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1641/1578.
29. Вороніна О. О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. *Глобальні та національні проблеми економіки.* 2015. Вип. 8. С. 733-737.
30. Галущак В. В. Страхування кредитних ризиків. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Економічні науки.* 2016. Вип. 16(1). С. 105-107.

31. Гаманкова О. О. Ринок страхових послуг України: теорія, методологія, практика : монографія. Київ : КНЕУ, 2009. 283 с.
32. Гижибовський Ю. Правові та фінансово-економічні передумови запровадження в Україні медичного страхування. *Ефективність державного управління: збірник наукових праць.* 2009. Вип. 18. С. 112-118.
33. Говорушко Т. А. Страхові послуги : підруч. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 376 с.
34. Говорушко Т. А., Стецюк В. М. Страхування : навч. посіб. Львів: «Магнолія 2006», 2014. 328 с.
35. Господарський кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text.
36. Гринчишин Я. М., Грищук Т. В. Страхування життя як інноваційний продукт на страховому ринку України. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка».* 2019. № 11. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7438.
37. Дані наглядової статистики. *Офіційний сайт Національного банку України*. URL: https://bank.gov.ua/ua/statistic/supervision-statist.
38. Дема Д. І., Віленчук О. М., Демянюк І. В. Страхові послуги : навч. посіб. Житомир : ЖНАЕУ, 2010. 482 с.
39. Долгошея Н. О. Страхування в запитаннях та відповідях : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 318 с.
40. Доманчук А. І. Управління фінансами страхових компаній в Україні прикладні аспекти. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво.* 2019. № 2. С. 152-161.
41. Дьячкова Ю. М. Страхування : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 240 с.
42. Економічний енциклопедичний словник: у 2 т. Т. 2 / за ред. С. В. Мочерного. Львів : Світ, 2006. 568 с.
43. Європейське страхування – основні факти. : URL: http://www.insuranceeurope.eu/publications/statistics.
44. Жилякова О. В., Жилякова Г. С. Інноваційні технології у страхуванні життя. *Modern Economics.* 2020. № 22(2020). С. 13-17.
45. Жилякова О. В., Шевчук І. Л. Страхові послуги : навч. посіб. Харків, Видавець Іванченко І. С., 2013. 184 с.
46. Жукова Ю. М., Демченко І. О. Сучасні тенденції розвитку транспортного страхування в Україні. *Збірник наукових праць Університету державної фіскальної служби України.* 2020. Вип. 1-2. С. 100-113.
47. Журавка О. С., Босак І. Л., Кубах Т. Г., Мордань Є. Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник СумДУ. Серія «Економіка».* 2022. № 2. С. 50-58.
48. Журавка О. С., Бухтіарова А. Г., Пахненко О. М. Страхування : навч. посібн. Суми : Сумський державний університет, 2020. 350 с.

49. Журавка О. С., Вірменко Ю. В., Кобець Ж. О. Розвиток інституту страхових брокерів у контексті євроінтеграційних процесів. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління.* 2018. № 1(12). С. 320-327.
50. Загородній А. Г., Вознюк Г. Л. Страхування : термінологічний словник. 2-е вид., випр. та доп. Львів : Бескид Біт, 2002. 104 с.
51. Залєтов О. Рейтингові агентства та їх вплив на страховий ринок. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка.* 2008. № 104. С. 44-46.
52. Залєтов О. М. Убезпечення життя : монографія. Київ : Міжнародна агенція «Бізон», 2006. 685 с.
53. Захарченко Н. В. Вплив COVID-19 на ринок страхування в Україні та у всьому світі. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління.* 2021. Том 21. Вип. 4(47). С. 110-128.
54. Золотарьова О. В., Галаганов В. О. Актуальні проблеми та перспективи розвитку страхування життя в Україні. *Економіка і суспільство.* 2017. Вип. 10. С. 589-597.
55. Золотарьова О. В., Постольник Л. В. Автотранспортне страхування та напрями його розвитку в Україні. *Бізнес-навігатор.* 2019. Вип. 3-2. С. 84-88.
56. Ідея для стартапу: які страхові продукти потрібні цифровому світу. *Економічна правда.* : URL: https://www.epravda.com.ua/publications/ 2018/03/23/635279.
57. Історія страхування : підруч. / С. К. Реверчук, Т. В. Сива, С. І. Кубів, О. Д. Вовчак. Київ: Знання, 2005. 213 с.
58. Кириченко А. В. Особливості страхування життя населення. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Економіка» : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА*, грудень 2019. № 15(43). С. 104-107.
59. Кібер-страхування. MO Group. : URL: https://www.mogroup.com.ua/?p=873.
60. Клапків Л. М., Клапків Ю. М., Свірський В. С. Фінансові ризики в діяльності страхових компаній: теоретичні засади, сучасні реалії та прагматизм управління : монографія. Івано-Франківськ : Видавець Кушнір Г. М., 2020. 171 с.
61. Клапків М. С. Страхування фінансових ризиків: монографія. Тернопіль : Економічна думка; Карт-бланш, 2002. 570 с.
62. Клапків Ю. М. Принципи функціонування ринку страхових послуг. *Вісник ДонДУУ. Серія : Менеджер*. 2017. № 2(75). С. 46-51.
63. Клапків Ю. М., Свірський В. С., Щур Р. І. Аналіз сучасних тенденцій у страховому сегменті фінансового ринку України. *Науково-виробничий журнал «Інноваційна економіка».* 2021. Вип. 3-4. С. 130-139.
64. Климук Н. Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2021. № 1(87). С. 55-60.

65. Климук Н. Я., Смірнова В. Л., Панчишин Н. Я. Програми медичного страхування та їх особливості за умов COVID-19. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021.* № 3(89). С.47-50.
66. Ключові принципи страхування: вимоги Міжнародної асоціації органів нагляду за страхуванням. URL: https://forinsurer.com/public/02/12/28/186.
67. Кнейслер О. Теоретико-прагматичні підходи до визначення сутності перестрахування. *Формування ринкових відносин в Україні.* 2011. № 3(118). С. 109-113.
68. Кнейслер О., Король С., Спасів Н. Прагматизм управління фінансовою стійкістю страхових компаній в Україні. *Світ фінансів.* 2022. № 3(72). С. 99-110.
69. Кобко Р. В. Концептуальний підхід до державного регулювання економічної безпеки ринку страхових послуг України. *Вісник Черкаського університету. Серія : Економічні науки.* 2017. № 1. С. 66-73.
70. Коваль О. А., Ночвай О. І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Ефективна економіка*. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905.
71. Козирєв В. А., Руденко Я. П. Вплив фінансових посередників на функціонування страхового ринку. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка».* 2015. № 3. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=3922.
72. Коли в Україні запрацює накопичувальна система і від кого це залежить. URL: https://www.5.ua/suspilstvo/koly-v-ukraini-zapratsiuie-nakopychuvalna-systema-pensii-i-vid-koho-tse-zalezhyt-rozenko-181276.html.
73. Кондрат І. Ю., Черкасова О. В., Шандра Я. Р. Проблеми страхування кредитних ризиків на фінансовому ринку України. *Управління у сферах фінансів, страхування та кредиту*: зб. тез доп. ІІ Всеукр. наук.-практ. конф., м. Львів, 18-21 листопада 2009 року, присвяченої 165–річчю Національного університету «Львівська політехніка» та 15–річчю кафедри фінансів. Львів : Видавництво Національного університету «Львівська політехніка». 2009. С. 92-94.
74. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с.
75. Котик О. В., Клим'юк Ю. Ю. Проблеми розвитку ринку страхування життя в Україні. *Вісник НУВГП.* 2022. Вип. 2(98). С. 101-111.
76. Кравчук А. В., Кириченко І. І. Теоретичні засади розвитку перестрахування. *Вісник Житомирського державного технологічного університету. Серія : Економічні науки.* 2014. № 1. С. 142-147.
77. Кривицька О. Р. Ресурси страховика та страхові ресурси: теоретична полеміка чи практична несумісність. Наукові записки. Серія «Економіка». 2013. Вип. 21. С. 228-232.

78. Кривицька О. Р. Страхування життя як альтернативне джерело забезпечення потреб населення. *Соціальна економіка.* 2017. Вип. 53(1). С. 28-33.
79. Криклій А. С., Пікус Р. В. Ринок страхування життя в Україні: тенденції та європейський досвід. *Економіка та держава.* 2008. № 5. С. 13-16.
80. Кропельницька С. О., Плець І. І. Страхові послуги : навч. посіб. Івано-Франківськ: ДВНЗ Прикарпатський національний ун-т ім. В. Стефаника, 2013. 390 с.
81. Кропельницька С. О., Щур Р. І. Страхування : навч.-метод. посіб. Івано- Франківськ : ПП Бойчук, 2012. 134 с.
82. Кулина Г. Інноваційні технології дистрибуції страхових продуктів. *Світ фінансів.* 2016. № 1. С. 215-226.
83. Кучерівська С. С., Гладчук О. М. Вітчизняні реалії перестрахування. *Науковий вісник Чернівецького національного університету.* 2020. № 829. С. 80-91.
84. Ліга страхових організацій України. *Офіційний сайт.* URL: https://uainsur.com/.
85. Лойко В. В., Боєва М. Ю. Управління фінансовими ризиками страхової компанії. *European scientific journal of Economic and Financial innovation.* 2019. № 2(4). С. 21-29. URL: http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/27748.
86. Луценко В. В. Особливості та сутність автотранспортного страхування. *Сучасні гроші, банківські послуги та фінансові інновації в цифровій економіці* : матеріали IV Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Київ, 12 квітня 2021 р. Київ, 2021. С. 80-82.
87. Маруженко Д. С. Концептуальні засади визначення перестрахування як специфічної фінансової послуги. *Наукові праці НДФІ.* 2007. Вип. 2(39). С. 181-194.
88. Матвійчук Л. О. Теоретичні аспекти визначення сутності та функцій перестрахування. *Інфраструктура ринку.* 2018. Вип. 18. С. 327-332.
89. Мединська Т. В. , Ніконенко У. М., Боднарюк І. Л. Інституційні та податкові аспекти розвитку страхового ринку як сегменту ринку фінансових послуг. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія «Економічні науки.* 2024. № 1. Т. 2. С. 212-219.
90. Мельник Т. А., Сибірцев В. В. Страхування : навч. посіб. Кропивницький : ПП «Ексклюзив Систем», 2022. 307с.
91. Мельничук І. І., Ляшук О. І. Механізм управління фінансовою стійкістю страхової компанії: теоретичний аспект. *Економіка та суспільство.* 2022. Вип.
44. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1817.
92. Михайлова Н. В., Кравцова А. І. Теоретичні основи державного регулювання страхової діяльності в Україні. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі.* 2016. № 4(76). С. 163-168.

93. Мініна А. О. Інновації в сфері автострахування. *Сучасні гроші, банківські послуги та фінансові інновації в цифровій економіці* : матеріали IV Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Київ, 12 квітня 2021 р. Київ, 2021. С. 92-95.
94. Мних М. В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика : підруч. Київ : Знання України, 2006. 284 с.
95. Морозова Л. С., Тимощук О. В. Розвиток державного регулювання страхової діяльності в Україні. Проблеми і перспективи економіки та управління. 2021. № 2(26). С. 134-140.
96. Моташко Т. П., Олійник Р. Р. Каталізатори та інгібітори розвитку автотранспортного страхування в Україні. *Економіка та держава.* 2020. № 3. С. 110-114.
97. Моторне (транспортне) страхове бюро України *Офіційний сайт.* URL: https://mtsbu.ua/.
98. Наливайко Д. В. Особливості здійснення та значення страхування майна у системі фінансових послуг. *Молодий вчений.* 2016. № 3. С. 130-133.
99. Національна асоціація страховиків України. *Офіційний сайт.* URL: https://www.nasu.com.ua/.
100. Національний банк пропонує системне оновлення умов роботи ринку автотранспортного страхування в Україні. URL: https://bank.gov.ua/ua/news/all/natsionalniy-bank-proponuye-sistemne-onovlennya-umov-roboti-rinku-avtotransportnogo-strahuvannya-v-ukrayini.
101. Національний банк та Нацкомфінпослуг уклали меморандум про співпрацю. URL: https://bank.gov.ua/ua/news/all/natsionalniy-bank-ta-natskomfinposlug-uklali-memorandum-pro-spivpratsyu.
102. Національний банк України. *Офіційний сайт.* URL: https://bank.gov.ua/.
103. Нечипоренко А. В. Державне регулювання страхової діяльності в Україні: теоретичний аспект. *Ефективна економіка.* 2021. № 7. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2021/96.pdf.
104. Нові вектори розвитку страхового ринку України : монографія / О. В. Козьменко та ін. Суми : Університетська книга, 2012. 315 с.
105. Нові підходи до регулювання ринку небанківських фінансових установ. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Novi_pidhodu_do%20reguliyvannya_runky_nfu_pr_2021-04-15_16.pdf?v=4.
106. Обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності автовласників на території України URL: https://mtsbu.ua/avtocivilka/obovyazkove-strahuvannya-civilno-pravovoyi-vidpovidalnosti-avtovlasnikiv-na-teritoriyi-ukrayini.
107. Олійник О. В., Нагаєва Г. О. Страхування: навч. посібн. Харків : ХНАУ, 2020. 252 с.

108. Онопрієнко І. М., Волкова Є. Маркетинг як інструмент активізації страхових послуг. *Економіка та управління національним господарством.* 2019. Вип. 6(23). С. 173-179.
109. Опальчук Р. М. Страховий менеджмент : навч. посіб. Київ : ЦП «Компринт», 2023. 251 с.
110. Організаційна структура Національного банку. Офіційний сайт Національного банку України. URL: https://bank.gov.ua/ua/about/structure#orgchart.
111. Орлова О. В. Організація та перспективи розвитку страхування життя в Україні. *Вісник соціально-економічних досліджень.* 2013. Вип. 1(48). С. 384-390.
112. Павленко О. П. Страхування ризиків фінансово-кредитних установ як домінуючого елементу ринку фінансових послуг. *Молодий вчений.* 2016. № 3. С. 143-149.
113. Панченко О. Понятійно-категоріальні засади страхування фінансових ризиків. *Проблеми і перспективи економіки та управління.* 2019. № 2(18). С. 236-244.
114. Панченко О. І. Типологізація фінансових ризиків як основа організації їх страхового захисту. *Бізнес Інформ.* 2019. № 2. С. 350-357.
115. Панченко О. І., Сорока А. В. Ринок страхових посередників в умовах макроекономічної нестабільності. *Проблеми і перспективи економіки і управління.* 2015. № 3(3). С. 265-272.
116. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України.* 2020. № 53. С.104-114.
117. Плиса В. Й. Страхування: підруч., 2-е вид., випр. та доп. Київ : Каравела, 2019. 512 с.
118. Податковий кодекс України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text.
119. Попович Д. В. Деякі аспекти врегулювання національного страхового ринку. Збірник тез звітної наукової конференції Львівського національного університету імені Івана Франка (електронне видання): Секція факультету управління фінансами та бізнесу, (м. Львів, 1-8 лютого 2022 р.). Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2022. С. 182-186. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/10/ZBIRNYK_ZVITNA-KONF._2022.pdf.
120. Попович Д. В. Кібер-страхування як важливий інструмент захисту бізнесу. Збірник тез звітної наукової конференції Львівського національного університету імені Івана Франка (електронне видання): Секція факультету управління фінансами та бізнесу, (м. Львів, 1-8 лютого 2023 р.). Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2023. С. 224-228. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/10/ZBIRNYK_ZVITNA-KONF._2023.pdf.

121. Попович Д. В. Перспективи розвитку unit-linked страхування на сучасному етапі функціонування національного страхового ринку. Збірник тез звітної наукової конференції Львівського національного університету імені Івана Франка (електронне видання): Секція факультету управління фінансами та бізнесу, (м. Львів, 1-8 лютого 2021 р.). Львів: ЛНУ ім. Івана Франка, 2021. С. 195-200. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/06/ZBIRNYK_ZVITNA-KONF._2021.pdf.
122. Попович Д. В. Розвиток страхового ринку України в умовах впровадження SOLVENCY II. Збірник тез звітної наукової конференції Львівського національного університету імені Івана Франка (електронне видання): Секція факультету управління фінансами та бізнесу, (м. Львів, 1-8 лютого 2020 р.). Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2020. С. 184-186. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/10/ZBIRNYK_ZVITNA-KONF._2020.pdf.
123. Попович Д. В. Стратегічні вектори розвитку страхового ринку України на сучасному етапі. Збірник тез звітної наукової конференції Львівського національного університету імені Івана Франка (електронне видання): Секція факультету управління фінансами та бізнесу, (м. Львів, 1-8 лютого 2019 р.). Львів : ЛНУ ім. Івана Франка, 2019. С. 174-178. URL: http://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/10/ZBIRNYK_ZVITNA-KONF._2019.pdf2.
124. Попович Д. В. Формування новітньої моделі державного регулювання страхового ринку. *Сучасна парадигма публічного управління* : зб. тез наук. доп. за матеріалами ІІ Міжнародної науково-практичної конференції / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 12 листопада 2020 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. С. 45-50. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zbirnyk_tezy_LNU_ 2020_ Paradyhma_PU.pdf.
125. Попович Д. В., Біда М. С., Закорко К. К. Тенденції розвитку страхового ринку України в умовах воєнного стану. *Молодий вчений.* 2023. №3 (115). С. 110-114.
126. Попович Д. В., Браточенко О. О., Врубель І. Й. Проблеми та перспективи розвитку ринку автотранспортного страхування в Україні. *Молодий вчений.* 2018. № 10. С. 864-867.
127. Попович Д. В., Бундз Н. Б., Іванків В. О. Проблеми та перспективи розвитку страхування кіберризиків на національному страховому ринку. *Молодий вчений.* 2023. № 4(116). С. 168-172.
128. Попович Д. В., Герило А. В. Реалізація державної політики в сфері оподаткування страхового бізнесу: проблеми та перспективи вдосконалення. *Сучасна парадигма публічного управління* : зб. тез наук. доп. за матеріалами ІІІ Міжнародної науково-практичної конференції / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 19-22 жовтня 2021

р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. С. 181-186. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/12/Suchasna-paradyhma-publ-upravl-3-1.pdf.
129. Попович Д. В., Герило А. В., Костів М. Б. Особливості оподаткування страхового бізнесу на сучасному етапі. *Молодий вчений.* 2021. № 9(97). С. 61-65.
130. Попович Д. В., Гладкий С. Ю. Проблемні аспекти андерайтингу майнових ризиків в Україні. *Фінансова політика України в умовах європейської інтеграції* : зб. тез наук. доп. за матеріалами І Всеукр. наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти та молодих вчених (м. Львів, 20 лютого 2020 р.) : у 2 ч. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. Ч. 2. С. 308-310. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/03/Zbirnyk_ 02.2020 _CH.2.pdf.
131. Попович Д. В., Гладкий С. Ю., Працьовитий Т. Д. Тенденції розвитку страхового ринку України на сучасному етапі. *Молодий вчений.* 2019. № 11(75). С. 596-602.
132. Попович Д. В., Капітанчук М. В. Функціонування системи медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Молодий вчений.* 2022. № 10(110). С. 64-70.
133. Попович Д. В., Кравцова О. В. Сучасні тенденції розвитку медичного страхування в умовах впровадження медичної реформи в Україні. *Сучасна парадигма публічного управління* : зб. тез наук. доп. за матеріалами І Міжнародної науково-практичної конференції / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 17-18 жовтня 2019 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. С. 344-347. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/12/Zbirnyk_tezy_LNU_2019_Paradyhma_PU.doc-1.pdf.
134. Попович Д. В., Кравцова О. В., Микитюк О. О. Life-страхування на страховому ринку України: проблеми та перспективи розвитку. *Молодий вчений.* 2018. № 10. С. 868-872.
135. Попович Д. В., Мегель С. П. Розвиток страхування іпотеки як спосіб мінімізації кредитних ризиків. *Трансформація національної моделі фінансово-кредитних відносин: виклики глобалізації та регіональні аспекти.* VIII Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Ужгород, 1 грудня 2023 р.). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ», 2023. С. 242-244. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/62096/1/03151875_zbirnik_konferentsiji_uzhgorod_01122023_%282%29.pdf.
136. Попович Д. В., Пилат М. В. Страховий ринок: виклики в період дії воєнного стану. *Актуальні проблеми економіки, фінансів та права в умовах сучасних викликів*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (м. Полтава, 30 травня 2023 р.) : у 2 ч. Полтава : ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. С. 24-27. URL: http://www.economics.in.ua/2023/06/30-2.html.

137. Попович Д. В., Працьовитий Т. Д. Новітні тренди розвитку страхового ринку в умовах євроінтеграційного курсу України. *Фінансова політика України в умовах європейської інтеграції* : зб. тез наук. доп. за матеріалами І Всеукр. наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти та молодих вчених (м. Львів, 20 лютого 2020 р.) : у 2 ч. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. Ч. 1. С. 109-112. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/04/Zbirnyk_02.2020_CH_1.pdf.
138. Попович Д. В., Тишковець М. М. Забезпечення фінансової безпеки страхової компанії в процесі інтеграції економіки України. *Сучасна парадигма публічного управління* : зб. тез наук. доп. за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної конференції / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 10-12 листопада 2022 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2022. С. 763-768. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/02/Konferentsiia_Suchasna_paradyhma_2022.pdf.
139. Попович Д. В., Фурман О. О. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування у повоєнний період. *Державна фінансова політика України в умовах євроінтеграції: погляди науковців та практиків:* зб. тез наук. доп. за матеріалами ІІІ Всеукр. наук.- практ. конф. (м. Львів, 25 травня 2023 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2023. С. 51-55. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/10/ Zbirnyk_05.2023.pdf.
140. Попович Д. В., Шутко А. М. Використання стрес-тестування при управлінні страховим бізнесом. *Сучасна парадигма публічного управління* : зб. тез наук. доп. за матеріалами IV Міжнародної науково-практичної конференції / за наук. ред. к.е.н., доцента Стасишина А. В. (м. Львів, 10-12 листопада 2022 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2022. С. 769-771. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/02/Konferentsiia_Suchasna_paradyhma_2022.pdf.
141. Попович Д. В., Янісів Ю. В. Сучасні тенденції ринку life-страхування в Україні. *Державна фінансова політика України в умовах європейської інтеграції: погляди науковців та практиків* : зб. тез наук. доп. за матеріалами ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 18 лютого 2021 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. С. 63-65. URL: https://financial.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/04/Zbirnyk_02.2021.pdf.
142. Правове регулювання страхової діяльності : навч. посіб. О. П. Гетманець, О. М. Шуміло, Т. В. Колєснік та ін. ; за ред. О. П. Гетманець, О. М. Шуміла. Київ : Хай-Тек Прес, 2014. 400 с.
143. Практика страхування кредитів, наданих індивідуальним клієнтам, в банківській системі України. URL: https://forinsurer.com/public /05/01/01/1761.
144. Приказюк Н. В., Гуменюк Л. С. Кібер-страхування як важливий інструмент захисту підприємств в умовах цифровізації економіки.

Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». 2020. № 4. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/4_2020/8.pdf.
145. Приказюк Н., Моташко Т. Роль інтернету в реалізації страхових послуг. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Економіка*. 2014. Вип. 3. С. 45-52.
146. Приступа Л. А. Оцінювання фінансової стійкості страхової компанії як базис управлінської діяльності. *Вісник Хмельницького національного університету.* 2019. № 2. С. 16-22.
147. Про акціонерні товариства : Закон України від 27.07.2022 р. № 2465-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2465-20#Text.
148. Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність : Закон України від 21.12.2017 р. № 2258-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2258-19#Text.
149. Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні : Закон України від 16.07.1999 р. № 996-XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-14#Text.
150. Про валюту та валютні операції : Закон України від 21.06.2018 р. № 2473-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2473-19#Text.
151. Про виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами, з іншої сторони : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.10.2017 р. № 1106. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1106-2017-%D0%BF#Text.
152. Про внесення змін до деяких законів України з питань запобігання використанню банків та інших фінансових установ з метою легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом : Закон України від 06.02.2003 р. № 485-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/485-15#Text.
153. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення ефективного функціонування експортно-кредитного агентства : Закон України від 24.03.2022 р. № 2154-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2154-20#Text.
154. Про внесення змін до деяких законів України щодо регулювання ринків фінансових послуг : Закон України від 02.06.2011 р. № 3462-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3462-17#Text.
155. Про внесення змін до деяких законів України щодо регулювання ринків фінансових послуг : Закон України від 22.11.2023 р. № 3498-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3498-20#Text.
156. Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення правового регулювання страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою : Закон України від 01.07.2021 р. № 1601- IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1601-20#Text.

157. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг : Закон України від 12.09.2019 р. № 79-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/79-20#Text.
158. Про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 28.06.2024 р. № 77. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ v0077500-24#Text.
159. Про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Національного банку України з питань реєстрації страхових і перестрахових брокерів та умов провадження посередницької діяльності у сфері страхування : Постанова Правління Національного банку України від 05.09.2023 р. № 109. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ v0109500-23#Text.
160. Про державну підтримку сільського господарства України: Закон України від 24.06.2004 р. № 1877-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1877-15#Text.
161. Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань : Закон України від 15.05.2003 р. № 755-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15#Text.
162. Про деякі питання здійснення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів : Постанова Правління Національного банку України від 30.05.2022 р. № 108. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0108500-22#Text.
163. Про електронні документи та електронний документообіг : Закон України від 22.05.2023 р. № 851-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/851-15#Text.
164. Про забезпечення здійснення повноважень та виконання функцій з державного регулювання та нагляду у сфері ринків фінансових послуг з питань ліцензування та реєстрації : Постанова Правління Національного банку України від 25.06.2020 р. № 83. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0083500-20#Text.
165. Про забезпечення здійснення повноважень та виконання функцій з державного регулювання та нагляду у сфері ринків фінансових послуг з питань нагляду за діяльністю учасників ринків фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 25.06.2020 р. № 85. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0085500-20#Text.
166. Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення : Закон України від 06.12.2019 р. № 361-IX . URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/361-20#Text.

167. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності : Закон України від 11.09.2003 р. № 1160-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1160-15#Text.
168. Про затвердження Вимог до рейтингів фінансової надійності (стійкості) страховиків та перестраховиків-нерезидентів та порядку їх підтвердження та визнання такими, що втратили чинність, деяких розпоряджень Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України : Розпорядження Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 11.07.2013 р. № 2262. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1285-13#Text.
169. Про затвердження Кваліфікаційних вимог до страхових агентів, необхідні для здійснення посередницької діяльності з обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів : Розпорядження Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 23.07.2013 р. № 2401. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1398-13#Text.
170. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку рівня економічної безпеки України : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 29.10.2013 р. № 1277. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1277731-13#Text.
171. Про затвердження Переліку небанківських фінансових установ, які зобов'язані виконувати обов'язки фінансових агентів : Постанова Правління Національного банку України від 07.07.2020 р. № 96. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0096500-20#Text.
172. Про затвердження Положення про авторизацію надавачів фінансових послуг та умови здійснення ними діяльності з надання фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 199. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0199500-23#Text.
173. Про затвердження Положення про авторизацію осіб, які мають право здійснювати актуарну діяльність у сфері страхування, та осіб, які можуть виконувати обов'язки відповідального актуарія : Постанова Правління Національного банку України від 25.12.2023 р. № 187. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0187500-23#Text.
174. Про затвердження Положення про визначення методики оцінки активів і зобов'язань для цілей розрахунку регулятивного капіталу страховика та внесення змін до Положення про встановлення вимог щодо забезпечення платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика : Постанова Правління Національного банку України від 21.06.2024 р. № 71. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0071500-24#Text.
175. Про затвердження Положення про використання електронного підпису та електронної печатки : Постанова Правління Національного

банку України від 20.12.2023 р. № 172. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0172500-23#Text.
176. Про затвердження Положення про вимоги до додаткового звіту суб'єкта аудиторської діяльності щодо страховика та порядку його подання та внесення змін до постанови Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 199 : Постанова Правління Національного банку України від 15.02.2024 р. № 20. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0020500-24#Text.
177. Про затвердження Положення про вимоги до системи управління страховика : Постанова Правління Національного банку України від 27.12.2023 р. № 194. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0194500-23#Text.
178. Про затвердження Положення про вимоги до структури власності надавачів фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 14.04.2021 р. № 30. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0030500-21#Text.
179. Про затвердження Положення про встановлення вимог щодо забезпечення платоспроможності та інвестиційної діяльності страховика : Постанова Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 201. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0201500-23#Text.
180. Про затвердження Положення про встановлення критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від здійснення діяльності учасниками ринку небанківських фінансових послуг, їх суспільна важливість : Постанова Правління Національного банку України від 08.11.2023 р. № 143. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0143500-23#Text.
181. Про затвердження Положення про добровільний вихід з ринку страховика та передачу страховиком страхового портфеля : Постанова Правління Національного банку України від 25.12.2023 р. № 184. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0184500-23#Text.
182. Про затвердження Положення про загальні вимоги до документів і порядок їх подання до Національного банку України в межах окремих процедур та внесення змін до деяких нормативно-правових актів Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 200. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0200500-23#Text.
183. Про затвердження Положення про застосування Національним банком України заходів впливу до установ за порушення законодавства з питань фінансового моніторингу : Постанова Правління Національного банку України від 28.07.2020 р. № 106. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0106500-20#Text.
184. Про затвердження Положення про застосування Національним банком України коригувальних заходів, заходів раннього втручання,

заходів впливу у сфері державного регулювання діяльності на ринках небанківських фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 25.12.2023 р. № 183. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0183500-23#Text.
185. Про затвердження Положення про здійснення безвиїзного нагляду за діяльністю з надання фінансових та супровідних послуг : Постанова Правління Національного банку України від 14.12.2023 р. № 162. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0162500-23#Text.
186. Про затвердження Положення про здійснення установами фінансового моніторингу : Постанова Правління Національного банку України від 28.07.2020 р. № 107. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0107500-20#Text.
187. Про затвердження Положення про ліцензування Експортно-кредитного агентства та умови провадження ним діяльності із страхування, перестрахування, надання гарантій та внесення змін до деяких нормативно-правових актів Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 06.01.2023 р. № 1. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0001500-23#Text.
188. Про затвердження Положення про обов'язкове особисте страхування від нещасних випадків на транспорті : Постанова Кабінету міністрів України від 14.08.1996 р. № 959. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/959-96-%D0%BF#Text.
189. Про затвердження Положення про організацію та проведення інспекційних перевірок на ринках небанківських фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 20.12.2023 р. № 167. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0167500-23#Text.
190. Про затвердження Положення про особливості укладання договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів : Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 27.10.2011 р. № 673. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1483-11#Text.
191. Про затвердження Положення про порядок видачі ліцензій на здійснення валютних операцій : Постанова Правління Національного банку України від 31.03.2023 р. № 43. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0043500-23#Text.
192. Про затвердження Положення про порядок нагляду на консолідованій основі за небанківськими фінансовими групами : Постанова Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 202. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0202500-23#Text.
193. Про затвердження Положення про порядок обліку страховиком договорів, пов'язаних зі здійсненням діяльності із страхування, та вимоги до захисту інформації страховика : Постанова Правління Національного

банку України від 29.12.2023 р. № 204. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0204500-23#Text.
194. Про затвердження Положення про порядок підготовки та оновлення плану безперервної діяльності, плану відновлення діяльності та плану фінансування страховика : Постанова Правління Національного банку України від 21.06.2024 р. № 74. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0074500-24#Text.
195. Про затвердження Положення про порядок поновлення тимчасово зупинених ліцензій та внесення змін до постанови Правління Національного банку України від 12.08.2022 р. № 177 : Постанова Правління Національного банку України від 22.03.2024 р. № 35. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0035500-24#Text.
196. Про затвердження Положення про порядок призначення, здійснення та припинення тимчасової адміністрації страховика, кредитної спілки : Постанова Правління Національного банку України від 23.12.2023 р. № 178. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0178500-23#Text.
197. Про затвердження Положення про порядок розкриття інформації небанківськими фінансовими установами : Постанова Правління Національного банку України від 05.11.2021 р. № 114. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0114500-21#Text.
198. Про затвердження Положення про порядок та умови укладення договору страхування відповідальності суб'єкта аудиторської діяльності перед третіми особами : Постанова Правління Національного банку України від 20.12.2023 р. № 168. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0168500-23#Text.
199. Про затвердження Положення про порядок формування страховиками технічних резервів : Постанова Правління Національного банку України від 29.12.2023 р. № 203. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/v0203500-23#Text.
200. Про затвердження Положення про реєстрацію страхових та перестрахових брокерів та умови провадження посередницької діяльності у сфері страхування та про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 30.06.2022 р. № 135. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0135500-22#Text.
201. Про затвердження Положення про сертифікацію осіб на право здійснення тимчасової адміністрації небанківської фінансової установи : Постанова Правління Національного банку України від 21.12.2020 р. № 162. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0162500-20#Text.
202. Про затвердження Положення про таємницю страхування : Постанова Правління Національного банку України від 19.12.2023 р. № 166. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0166500-23#Text.

203. Про затвердження Положення про таємницю фінансової послуги : Постанова Правління Національного банку України від 15.12.2023 р. № 163. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0163500-23#Text.
204. Про затвердження Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування : Постанова Правління Національного банку України від 25.12.2023 р. № 182. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0182500-23#Text.
205. Про затвердження Положення щодо провадження діяльності зі страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою : Постанова Правління Національного банку України від 20.04.2021 р. № 108. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0108500-21#Text.
206. Про затвердження Порядку і правил проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою : Постанова Кабінету Міністрів України від 13.11.2013 р. № 981. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/981-2013-%D0%BF#Text.
207. Про затвердження Порядку і правил проведення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності приватного нотаріуса : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.08.2015 р. № 624. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/624-2015-%D0%BF#Text.
208. Про затвердження Порядку надання державної підтримки страхування сільськогосподарської продукції : Постанова Кабінету Міністрів України від 09.12.2021 р. № 1342. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1342-2021-%D0%BF#Text.
209. Про затвердження Порядку подання фінансової звітності : Постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2000 р. № 419. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/419-2000-%D0%BF#Text.
210. Про затвердження Правил організації статистичної звітності, що подається до Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 13.11.2018 р. № 120. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0120500-18#Text.
211. Про затвердження Правил складання та подання звітності учасниками ринку небанківських фінансових послуг до Національного банку України : Постанова Правління Національного банку України від 25.11.2021 р. № 123. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0123500-21#Text.
212. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text.
213. Про інвестиційну діяльність : Закон України від 18.09.1991 р. № 1560-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1560-12#Text.

214. Про інноваційну діяльність : Закон України від 04.07.2002 р. № 40-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/40-15#Text.
215. Про інститути спільного інвестування : Закон України від 05.07.2012 р. № 5080-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5080-17#Text.
216. Про іпотеку : Закон України від 05.06.2003 р. № 898-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/898-15#Text.
217. Про критичну інфраструктуру : Закон України від 16.11.2021 р. № 1882- IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1882-20#Text.
218. Про нафту і газ : Закон України від 12.07.2001 р. № 2665-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2665-14#Text.
219. Про Національний банк України : Закон України від 20.05.1999 р. № 679-XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/679-14#Text.
220. Про нотаріат : Закон України від 02.09.1993 р. № 3425-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3425-12#Text.
221. Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів : Закон України від 01.07.2004 р. № 1961-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1961-15#Text.
222. Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності : Закон України від 05.04.2007 р. № 877-V. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/877-16#Text.
223. Про особливості страхування сільськогосподарської продукції з державною підтримкою : Закон України від 09.02.2012 р. № 4391-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4391-17#Text.
224. Про початок і ведення діяльності у сфері страхування і перестрахування (Solvency II) : Директива 2009/138/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 25.11.2009 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_039-09#Text.
225. Про правонаступництво Національного банку України в здійсненні державного регулювання та нагляду на ринках фінансових послуг : Постанова Правління Національного банку України від 25.06.2020 р. № 82. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0082500-20#Text.
226. Про припинення Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг : Указ Президента України від 30.06.2020 р. № 259/2020. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/259/2020#Text.
227. Про протимінну діяльність в Україні : Закон України від 06.12.2018 р. № 2642-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2642-19#Text.
228. Про пруденційний нагляд за інвестиційними фірмами та про внесення змін до директив 2002/87/ЄС, 2009/65/ЄС, 2011/61/ЄС, 2013/36/ЄС, 2014/59/ЄС та 2014/65/ЄС : Директива 2019/2034/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 27.11.2019 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_030-19#Text.

229. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами, з іншої сторони : Закон України від 16.09.2014 р. № 1678-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#Text.
230. Про рекламу : Закон України від 03.07.1996 р. № 270/96. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/270/96-%D0%B2%D1%80#Text.
231. Про розміри страхових сум за договорами обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів : Постанова Правління Національного банку України від 30.05.2022 р. № 109. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0109500-22#Text.
232. Про розповсюдження страхових послуг (нова редакція) : Директива 2016/97/ЄС Європейського Парламенту і Ради від 20.01.2016 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_049-16#Text.
233. Про санкції : Закон України від 14.08.2014 р. № 1644-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1644-18#Text.
234. Про страхування : Декрет Кабінету Міністрів України від 10.05.1993 р. № 47-93. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KMD93047.html. (Декрет втратив чинність 11.04.1996 р. на підставі Закону № 85/96-ВР від 07.03.1996 р.).
235. Про страхування : Закон України від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#top. (Закон втратив чинність 01.01.2024 р. на підставі Закону № 1909-IX від 18.11.2021 р.).
236. Про страхування : Закон України від 18.11. 2021 р. № 1909-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text.
237. Про товариства з обмеженою та додатковою відповідальністю : Закон України від 06.02.2018 р. № 2275-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2275-19#Text.
238. Про угоди про розподіл продукції : Закон України від 14.09.1999 р. № 1039- XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1039-14#Text.
239. Про фінансові механізми стимулювання експортної діяльності : Закон України від 20.12.2016 р. № 1792-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1792-19#Text.
240. Про фінансові послуги та фінансові компанії : Закон України від 14.12.2021 р. № 1953-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1953-20#Text.
241. Про Фонд гарантування страхових виплат за договорами страхування життя : Проект Закону України від 19.02.2013 р. № 2327. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=52410.
242. Про цивільну відповідальність за ядерну шкоду та її фінансове забезпечення : Закон України від 13.12.2001 р. № 2893-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2893-14#Text.

243. Путівник для небанківських фінансових установ. URL: https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Guide-book_for_non-bank_financial_institutions.pdf?v=7.
244. Рахман М. С., Євтушенко В. А., Сипало Д. А. Заходи стимулювання страхового ринку України. *Бізнес Інформ.* 2020. № 8. С. 196-202.
245. Ролінський О. В., Уляніч Ю. В. Візуалізація даних та фінансова безпека на страховому ринку України. *Агросвіт.* 2021. № 16. С.45-51.
246. Ромашко О. М., Крихівська Н. О., Савчин Л. М. Страхові компанії як елемент кредитної системи. *Бізнес Інформ*. 2021. № 8. С. 150-156.
247. Ротова Т. А. Страхування : навч. посіб., 2-ге вид. переробл. та доп. Київ : Київ. нац. торг-екон. ун-т, 2006. 400 с.
248. Руда О. Л. Розвиток страхового ринку в Україні. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка».* 2020. № 2. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7634.
249. Рудевська В. І., Слуцький Б. О. Взаємодія банків та страхових компаній на ринку фінансових послуг: проблеми та перспективи. *Інфраструктура ринку.* 2022. Вип. 66. С. 187-194.
250. Рудковський А. Національний банк України як регулятор страхової діяльності. *Підприємництво, господарство і право.* 2020. Вип. 10. С. 61-66.
251. Рудь І. Ю., Тарасенко В. О. Ринок перестрахування в Україні: сучасний стан та перспективи. *Приазовський економічний вісник.* 2020. Вип. 3(20). С. 225-228.
252. Світлична О. С., Сташкевич Н. М. Управління фінансами страхових організацій : навч. посіб. Одеса : Атлант, 2015. 258 с.
253. Сидоренко О. О. Етапи становлення та розвитку страхового ринку України. URL: http://ir.stu.cn.ua/handle/123456789/18156.
254. «Сингента» презентувала оновлену програму індексного страхування на 2019 рік. *Агробізнес сьогодні.* URL: https://agro-business.com.ua/2017-09-29-05-56-43/item/12809-synhenta-prezentuvala-onovlenu-prohramu-indeksnoho-strakhuvannia-na-2019-rik.html.
255. Ситник Н. С., Кравцова О. В. Оцінка фінансової безпеки страхового ринку в сучасних умовах. *Бізнес Інформ.* 2019. № 10. С. 219-225.
256. Ситник Н. С., Кунинець Я. В. Роль страхування у забезпеченні фінансової безпеки держави в умовах пандемії COVID-19. *Держава та регіони.* 2021. № 3(120). С. 122-127.
257. Ситник Н. С., Смолінська С. Д., Ясіновська І. Ф. Фінанси підприємств : навч. посіб. / за заг. ред. Н. С. Ситник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 402 с.
258. Ситник Н. С., Тишковець М. М. Фінансово-економічна безпека страхової компанії та її забезпечення. *Економіка та суспільство.* 2022.

Вип. 38. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/1262/1216.
259. Сич О. А. Перестрахування в системі конкурентоздатності страхової компанії. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. Механізми ефективного розвитку прикордонних територій* : [зб. наук. праць] / ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М. І. Долішнього НАН України»; редкол. : В. С. Кравців (відп. ред.). Львів, 2014. Вип. 6(110). С. 22-28.
260. Сич О. А., Вольська Н. Р. Сутність страхування життя та його доцільність. *Ефективна економіка.* 2018. № 2. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/ ?op=1&z=6120.
261. Сич О. А., Крупський В. С. Використання зарубіжного досвіду для розвитку банкострахування в Україні. *Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України : збірник науково-технічних праць.* 2012. Вип. 22.13. С. 267-273.
262. Сич О. А., Павлосюк Х. П. Фінансова стійкість страхової компанії. *Ефективна економіка.* № 11. 2018. http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf.
263. Сініцина Т. В. Страхові продукти зі страхування врожаю сільськогосподарських культур: порівняльна характеристика. *Економіка АПК.* 2011. № 9. С. 47-52.
264. Скакальський Ю. С. Особливості страхування фінансових ризиків в Україні. URL: https://ir.kneu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3d9ddc06-c4c4-45e3-9c40-929826348831/content.
265. Смирнов С. О., Павлов Р. А., Горьова В. М. Сутність та значення рейтингової оцінки страхових компаній. *Економічний простір.* 2010. № 36. С. 100-108.
266. Соболь Р. Г. Напрями вдосконалення державного регулювання страхової діяльності в Україні. *Актуальні проблеми державного управління.* 2010. № 2. С. 145-151.
267. Сова О. Ю. Основні тренди страхового ринку України. *Вчені записки університету «КРОК». Серія : Економіка*. 2018. Вип. 3. С. 59-67.
268. Соловей Н. В., Желіба А. А. Сучасний стан розвитку ринку автотранспортного страхування. *Міжнародний науковий журнал «Освіта і наука».* 2019. Вип. 2(27). С. 217-221.
269. Сосновська О. О. Страхування: навч. посіб. Київ : ун-т ім. Б. Грінченка, 2021. 328 с.
270. Стецюк Т. І. Сутність страхування життя: значення, функції, ризики. *Наука й економіка.* 2015. Вип. 1. С. 154-160.

271. Стешенко О. Д., Ус Ю. В. Медичне страхування в умовах пандемії. *Економіка та суспільство.* 2021. Вип. 25. URL: https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/236/226.
272. Стратегічне управління страховою компанією : монографія / В. М. Фурман, О. Ф. Філонюк, М. П. Ніколенко, О. І. Барановський та ін. ; наук. ред. та кер. кол. авт. д-р екон. наук В. М. Фурман. Київ : КНЕУ, 2008. 440 с.
273. Страхове посередництво : теорія та практика : навч. посіб. / В. М. Бірюков, Ю. П. Єфімов, О. М. Залєтов, П. Мюллер, Д. П. Расшивалов ; за ред. О. М. Залєтова. : Київ : BeeZone, 2004. 416 с.
274. Страхові компанії працюватимуть за новим Законом із 2024 року. URL: https://buh.ligazakon.net/news/208279_strakhov-kompan-pratsyuvatimut-za-novim-zakonom-z-2024-roku.
275. Страхові послуги : підруч. / С. С. Осадець, Т. М. Артюх, О. О. Гаманкова та ін.; кер. авт. кол. й наук. ред. проф. Осадець С. С. і доц. Артюх Т. М. Київ : КНЕУ, 2007. 464 с.
276. Страхові послуги : підруч. У 2 ч. Ч. 1 / В. Д. Базилевич, Р. В. Пікус, Н. В. Приказюк та ін. ; за ред. В. Д. Базилевича. Київ : Логос, 2014. 496 с.
277. Страхові послуги : підруч: У 2 ч. Ч. 2 / В. Д. Базилевич, Р. В. Пікус, Н. В. Приказюк та ін. ; за ред. В. Д. Базилевича. Київ : Логос, 2014. 544 с.
278. Страхування : опорний конспект лекцій / Р. В. Пікус та ін. ; за наук. ред. проф. Р. В. Пікус. Київ : Логос, 2015. 276 с.
279. Страхування : підруч. / керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець, д-р ек. наук, проф. 2-ге вид., допов. і переробл. Київ : КНЕУ, 2002. 599 с.
280. Страхування : практикум : навч. посіб.; за ред. В. Д. Базилевича. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ : Знання, 2011. 607 с.
281. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. / Н. М. Внукова, Л. В. Временко, В. І Успаленко та ін.; за заг. ред. д. е. н. Н. М. Внукової; 2-ге вид., перероб. та доп. Харків : Бурун Книга, 2009. 656 с.
282. Танчак Я. А., Миколишин М. М. Проблематичні аспекти розвитку страхування фінансових ризиків підприємства. *Проблеми економіки.* 2019. № 4(42). С. 193-199.
283. Татарин Н. Б., Ігнатишина В. М., Скидан У. І. Проблеми та перспективи розвитку страхового ринку України на сучасному етапі. *Молодий вчений.* 2020. № 3(79). С. 269-273.
284. Татарин Н. Б., Лопушанський Р. В., Лука П. В. Модернізація ринку страхування України в умовах пандемії COVID-19. *Економіка та суспільство.* 2021. Вип. 25. URL: https://www.economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/271/259.
285. Татарин Н. Б., Підручняк К. П. Особливості фінансової діяльності страхових компаній в Україні. *Молодий вчений.* 2022. № 5(105). С.30-36.

286. Терещенко Т. Є., Заволока Л. О., Пономарьова О. Б. Страхування (у схемах, таблицях, коментарях) : навч. посібник. Дніпро : Університет митної справи та фінансів, 2020. 221 с.
287. Технологія Blockchain та страхування. Страховий адвокат. URL: https://www.insa.com.ua/uk/blog/tehnologiya_blockchain_i_strahovanie.
288. Тимчак М. В., Мінкович В. Т. Європейський досвід страхування життя та можливість його імплементації в Україні. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Економіка.* 2021. Вип. 1(57). С. 124-140.
289. Ткаченко Н. Досвід оцінювання міжнародними рейтинговими агентствами фінансової стійкості страховиків. *Вісник КНТЕУ.* 2010. Вип. 1. С. 69-83.
290. Ткаченко Н. В. Страхування : навч. посіб. Ліра-К, 2007. 376 с.
291. Ткаченко Н. В., Мороз І. А. Фінансова стійкість страхової компанії і франшиза: зв'язок понять. *Фінансовий простір.* 2012. Вип. 3(7). С. 31-37.
292. Третяк Д. Д. Розвиток ринку страхування життя в Україні. *Інноваційна економіка.* 2020. Вип. 3-4. С. 169-174.
293. Третяк Д. Д. Сутність та соціально-економічне значення медичного страхування. *Інвестиції: практика та досвід.* 2019. № 12. С. 43-47.
294. Третяк К. В. Поняття ринку перестрахування та його організаційні засади. *Фінанси, облік і аудит.* 2014. Вип. 1. С. 141-153.
295. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27.06.2014 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.
296. Фарат О. І. Сутність страхування життя та його функції. *Науковий вісник НЛТУ України.* 2008. Вип. 18.4. С. 242-249.
297. Федишин М. П., Попова Л. В., Кучерівська С. С. Фінанси страхових організацій : у схемах і таблицях : посіб. Чернівці : Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2023. 228 с.
298. Федорович І. М. Проблеми та перспективи розвитку автострахування в Україні. *Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент.* 2019. Вип. 39. С. 79-85.
299. Федорович І. М . Теоретичні та практичні засади реалізації медичного страхування в Україні. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету.* 2017. Вип. 3(2). С. 76-80.
300. Фесенко Н. В., Яремченко Л. М. Стан та перспективи функціонування страхового ринку України в умовах глобалізації. *Економіка та держава.* 2019. № 8. С. 28-34.
301. Фисун В. І., Ярова Г. М. Страхування : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 232 с.

302. Філонюк О. Ф. Державне регулювання страхової справи в контексті концепції розвитку страхового ринку України до 2010 року. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Економіка.* 2006. Вип. 81-82. С. 49-52.
303. Фінанси бізнесу : навч. посіб. / Ситник Н. С., Стасишин А. В., Попович Д. В., Сич О. А. та ін. / за заг. ред. Н. С. Ситник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. 432 с.
304. Фінансова безпека держави : навч. посіб. / Ситник Н. С., Гукалюк А. Ф., Стасишин А. В., Слобода Л. Я. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2024. 680 с.
305. Фінансовий менеджмент: навч. посіб. / Ситник Н. С., Стасишин А. В., Гукалюк А. Ф., Західна О. Р., Сич О. А., Шушкова Ю. В. ; за заг. ред. Н. С. Ситник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 845 с.
306. Фінансові ризики і їхнє страхування. URL: https://forinsurer.com/public/05/03/02/1720.
307. Фурман В. М. Страховий ринок в Україні: проблеми становлення та стратегія розвитку : автореф. дис. …д-ра екон. наук : 08.04.01. Київ, 2006. 36 с.
308. Хропонюк Д., Длугопольський О. Сучасні проблеми та перспективи розвитку страхового ринку України. *Innovation and Sustainability.* 2023. № 1. С. 118-126.
309. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text.
310. Чиж Л. М. Сутність, структура та функції страхового капіталу. *Економіка. Управління. Інновації.* 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2012_1_66.
311. Чорновол А., Табенська Ю. Стратегічні пріоритети розвитку страхового ринку України. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Серія : Економічні науки.* 2022. № 1(85). С. 125-132.
312. Шейко Ю. О., Юхимчук І. М. Перестрахування як невід'ємний елемент ризик-менеджменту страхової компанії. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка».* 2019. № 2. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/2_2019/37.pdf.
313. Шишпанова Н. О. Репутаційно-іміджевий підхід в управлінні фінансами страхових компаній. *Електронне наукове фахове видання з економічних наук «Modern Economics».* 2019. № 17. URL: https://modecon.mnau.edu.ua/issue/17-2019/shyshpanova.pdf.
314. Шишпанова Н. О., Копайгора О. О. Проблемні тенденції та напрями регулювання страхового ринку України в умовах трансформаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід.* 2021. № 10. С. 76-82.

315. Шкарлєт Т. В. Теоретичне обґрунтування фінансової діяльності страхових компаній України. URL: https://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/5633/1/studentresearchjournal160-16.pdf.
316. Шолойко А. С. Довідник інфраструктури страхового ринку. Київ : НУБіП України, 2014. 117 с.
317. Шолойко А. С. Генезис інфраструктури страхового ринку України. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* 2017. Вип. 25. Ч. 2. С. 158-160.
318. Шолойко А. С. Страхові об'єднання як фактор розвитку страхового ринку України. *Теоретичні та прикладні питання економіки.* 2014. № 1(28). С. 382-391.
319. Шолойко А., Абаєва А. Фактори впливу на фінансову стійкість страхової компанії. *Бізнес, інновації, менеджмент: проблеми та перспективи* : зб. тез ІІІ Міжнар. наук.-практ. конф. до 30-річчя факультету менеджменту та маркетингу, м. Київ, 8 грудня 2022 року. Київ : КПІ імені Ігоря Сікорського, 2022. С. 207-208.
320. Шумелда Я. Страхування : навч. посіб. Тернопіль : Джура, 2004. 280 с.
321. Шумелда Я. П. Страхування : навч. посіб. 2-е вид., доповн. Київ : Міжнародна агенція «Бізон», 2007. 384 с.
322. Що таке МТСБУ і які його функції? URL: https://polis.ua/uk/articles/Shcho-take-MTSBU-i-yaki-yoho-funktsiyi.
323. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. *Економіка та держава.* 2021. № 4. С. 87-91.
324. Яворська Т. В. Державне регулювання страхового підприємництва в Україні : монографія. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2021. 420 с.
325. Яворська Т. В. Страхові послуги : навч. посіб. Київ : Знання, 2008. 350 с.
326. Яворська Т. В. Функції та види державного регулювання страхового підприємництва в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* 2014. Вип. 8. Ч. 1. С. 181-184.

СЛОВНИК СТРАХОВИХ ТЕРМІНІВ

АБАНДОН (abandonment) – відмова страхувальника судна або вантажу від усіх прав власності на застрахований об'єкт на користь страховика, якщо той виплатить усе належне страхове відшкодування. Застосовується тоді, коли об'єкт страхування зникає безвісти або усувати пошкодження економічно недоцільно.

АВАРІЙНИЙ КОМІСАР (average comissioner) – особа (юридична або фізична), яка на прохання страховика з'ясовує причини настання страхового випадку та розмір збитків (у страхуванні переважно транспортних ризиків). За наслідками роботи А. к. складає аварійний сертифікат.

АВАРІЙНИЙ СЕРТИФІКАТ (survey-report, average certificate) – документ, який видає страхувальникові (або іншій зацікавленій особі) аварійний комісар на підставі наслідків огляду пошкодженого майна. В А. с. фіксуються можливі причини, характер і розмір збитку, зумовленого страховим випадком. А. с. є для страхувальника підставою для висунення претензії страховикові. Проте А. с. не може розглядатись як безперечний доказ відповідальності останнього.

АВАРІЯ (average) – небезпечна подія техногенного характеру, яка спричинює загибель людей чи створює на об'єкті або території загрозу їхньому життю і здоров'ю та призводить до руйнування будівель, споруд, обладнання і транспортних засобів, порушення виробничого або транспортного процесу чи завдає шкоди довкіллю.

АВАРІЯ В МОРСЬКОМУ СТРАХУВАННІ (average in marine insurance) – збиток, завданий судну, вантажу і фрахту під час морських перевезень. Такі А. в м. с. поділяються на загальні і часткові. Збитки, завдані загальною аварією, поділяються між судном, вантажем і фрахтом. Якщо аварія часткова, збитки відносяться на того, хто відповідальний за її виникнення, або на потерпілого.

АВЕРСІЯ РИЗИКУ (averce of risk) – негативне ставлення до ризику, аж до невизнання його значення і ролі. А. р. виявляється також як протидія ризикованій діяльності.

АВІАЦІЙНЕ СТРАХУВАННЯ (aviation insurance) – страхування ризиків, пов'язаних із використанням авіаційної та космічної техніки. Іноді страхування космічних ризиків виділяється в окремий вид. А. с.

охоплює страхування літаків, гелікоптерів та іншої авіаційної техніки від пошкодження та знищення; страхування відповідальності перед пасажирами і третіми особами за шкоду, заподіяну їхньому життю, здоров'ю та майну; відповідальність власників повітряних суден як роботодавців; страхування деяких інших ризиків.

АВТО-КОМБІ (auto-combi) – комбіноване страхування транспортних засобів разом із відповідним багажем, водієм та пасажирами.

АВТОМОБІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ (motor insurance) – страхування авто- і мототранспортних засобів, а також водіїв і пасажирів. У сферу А. с. включається страхування громадянської відповідальності власника автотранспортного засобу за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю або майну третіх осіб у зв'язку з експлуатацією автомобіля або мотоцикла як джерела підвищеної небезпеки (у більшості країн носить обов'язковий характер).

АГГРАВАЦІЯ (aggravare) – навмисне або несвідоме перебільшення страхувальником симптомів хвороби, що заважає страховикові визначити реальний ризик.

АДЖАСТЕР (adjuster) – фізична або юридична особа, представник страхової компанії для вирішення питань щодо претензій страхувальника за страховим випадком. А. оцінює факти страхової події, складає експертний висновок для страховика, здійснює функції аварійного комісара.

АДЕНДУМ (addendum) – документ, що є додатком до договору страхування. В А. зазначаються зміни в умовах страхування.

АКВІЗИЦІЯ (acquisition) – маркетингова діяльність, спрямована на збільшення кількості договорів страхування. Вважається, що аквізиційна діяльність нормальна, коли кількість нових договорів страхування перевищує кількість договорів, за якими закінчився термін дії.

АКСЕЛЕРАЦІЯ (accelerator) – дострокове припинення дії договору страхування в разі порушення його умов страхувальником.

АКТИВИ СТРАХОВИКА (insurer's assets) – кошти страховика, які інвестовано в цінні папери, нерухомість, інші матеріальні цінності, розміщені на рахунках у банках. Джерелами цих коштів є статутний фонд, страхові резерви та інші пасиви. Від величини й структури А. с. залежить платоспроможність страховика.

АКТ ПРО НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК (accident report form) – документ, що його складають адміністрація та комітет професійної спілки підприємства чи установи, якщо з їхнім працівником стався нещасний випадок і пов'язаний з перебуванням на роботі або виконанням службових обов'язків. У випадках із пасажиром відповідний документ складається на транспорті. У разі, якщо потерпілий застрахований від нещасних випадків, акт надсилається до страхової організації з метою оформлення страхової виплати.

АКТУАРІЙ (actuary) – офіційно вповноважена особа, яка, маючи відповідну фахову підготовку, з допомогою методів математичної статистики обчислює страхові тарифи. На А. покладається відповідальність за те, щоб страхові фонди були достатніми на той момент, коли компанії доведеться виконувати свої зобов'язання за виданими полісами.

АКТУАРНІ РОЗРАХУНКИ (actuarial calculations) – система математичних і статистичних методів обчислення страхових тарифів. Методологія А. р. ґрунтується на застосуванні теорії імовірностей, демографічної статистики та довгострокових фінансових обчислень інвестиційного доходу страховика. А. р. дають змогу визначити страховий тариф та частку кожного страхувальника у створенні страхового фонду.

АКЦЕПТ (acceptance) – згода однієї сторони страхових відносин (страхувальника або страховика) з пропозиціями іншої сторони про укладення договору страхування або перестрахування на умовах, що відповідають цим пропозиціям.

АКЦІЯ (stock) – цінний папір без визначеного часу обігу, що свідчить про внесення паю до статутного фонду акціонерного товариства, підтверджує членство в цьому товаристві і дає його власникові право на отримання доходу у формі дивіденду, а також на участь у розподілі майна в разі ліквідації товариства. А. можуть бути простими чи привілейованими, іменними або на пред'явника.

АНДЕРАЙТЕР (underwriter) – (у страхуванні) висококваліфікована і відповідальна особа страховика, уповноважена виконати необхідні процедури з розгляду пропозицій і прийняття ризиків на страхування (перестрахування); А. оцінює ризик, визначає ціну та інші умови страхування, оформляє страхові поліси.

АНДЕРАЙТИНГ (underwriting) – (у страхуванні) процес оцінювання та прийняття ризиків на страхування (перестрахування).

АНОМАЛЬНА ПОДІЯ (abnormal event) – відхилення від нормального режиму експлуатації, викликане виходом із ладу обладнання, помилкою або іншими недоліками роботи персоналу.

АНУЇТЕТ (annuity) – 1) договір страхування пенсій або ренти, згідно з яким страховик в обмін на сплату, як правило одноразову, страхової премії зобов'язується виплачувати застрахованому визначену річну суму доходу протягом його життя; 2) сучасна вірогідна вартість ренти.

АСИСТАНС (assistance) – перелік послуг (у рамках договору страхування), які надаються в потрібний момент через медичну, технічну і фінансову допомогу здебільшого туристам у закордонних поїздках (у разі хвороби, нещасного випадку).

АСОРТИМЕНТ СТРАХОВОГО РИНКУ (insurance market assortment) – набір видів страхових послуг, що пропонуються страхувальникам у даній країні, регіоні.

АУДИТ (audit) – незалежна перевірка бухгалтерської звітності та іншої обліково-звітної інформації про діяльність фірми з метою підтвердження її достовірності та законності. Всі страховики зобов'язані щорічно проходити зовнішній А. Він здійснюється юридичними або фізичними особами, які мають сертифікати та ліцензії на аудиторську діяльність, видані Аудиторською палатою України.

АУТСАЙДЕР (outsider) – страховик або посередник (брокер, агент), який не є членом страхових об'єднань (асоціацій) і не дотримується у своїй діяльності тарифних та інших угод, тобто виступає як конкурент зазначених об'єднань.

Б

БАНКІВСЬКЕ СТРАХУВАННЯ (bank insurance) – вторгнення комерційних банків у сферу страхування (переважно особистого страхування); виражається в придбанні діючих страхових компаній та/або (якщо це дозволено законодавством) організації системи продажу страхових полісів через розгалужену мережу банківських філій і відділень.

БАНКРУТСТВО (bankruptcy) – визнана арбітражним судом нездатність боржника відновити свою платоспроможність та задовольнити визнані судом вимоги кредиторів не інакше як через застосування ліквідаційної процедури.

БАРАТРІЯ (barratry) – навмисне заподіяння шкоди власникові судна або вантажу екіпажем судна. У морському страхуванні може розглядатися як страховий випадок.

БЕНЕФІЦІАР (beneficiary) – особа, на користь якої страхувальник уклав договір страхування, третя сторона – вигодонабувач за страховим полісом.

БІЗНЕС-ПЛАН СТРАХОВИКА (business plan of the insurer) – формалізована програма діяльності страхової компанії на кілька років, що містить, зокрема, систему заходів, пов'язаних часом і місцем реалізації, узгоджених зі стратегією та ресурсами і розрахованих на отримання максимального прибутку, у тому числі, за рахунок здійснення додаткових інвестицій. Основні розділи Б.-п. с. такі: характеристика страхових послуг компанії, оцінка ринку збуту страхових послуг, оцінка конкурентоспроможності компанії, план маркетингу, організаційний план, ресурси, оцінка ризику щодо виконання плану, фінансовий план.

БІНДЕР (binder) – тимчасова форма угоди між страхувальником і страховиком з приводу подальшого укладання страхового договору. Б. здебільшого застосовується в зарубіжній практиці, коли перш ніж укласти договір, потрібен тривалий час на опрацьовування нестандартних умов страхування.

БЛОКОВЕ СТРАХУВАННЯ (block insurance) – страхування, що покриває ризики, що відносяться до декількох видів товарів, що відвантажуються із різних видів транспорту та зі значною кількістю дрібних партій.

БОДМЕРЕЯ (bottomry) – договір позички, за яким капітан судна може отримати в позикодавця кошти під заставу судна або вантажу. У разі загибелі судна або вантажу позикодавець втрачає право вимагати повернення позики. Б. у сучасній практиці застосовується рідко. Така позика оформляється на умовах підвищеної плати (процента).

БОНУС (bonus) – 1) знижка, що її надає страховик із суми страхової премії за оформлення договору страхування на особливо вигідних умовах. Таку знижку у страхуванні називають також рабатом. Б. визначається переважно у відсотках або промілле; 2) сума прибутку страховика, що спрямовується на збільшення страхових сум за договорами довгострокового страхування.

БОНУС-МАЛУС (bonus-malus system) – система підвищень і знижок до базової тарифної ставки, за допомогою якої страховик коригує страхову

премію у випадку, якщо у відношенні до об'єкта страхування (переважно транспортних засобів) у певній ретроспективі не був реалізований страховий ризик.

БОРДЕРО (фр. borde-reau, анг. inventory) – перелік ризиків із зазначенням частини страхової суми та відповідної їй страхової премії, що передається цедентом на перестрахування. Б. надсилається цедентом страховикові у визначені договором перестрахування строки. Б. бувають попередніми та остаточними.

БРОКЕР ЛЛОЙДА (Lloyd's broker) – страховий брокер, що зареєстрований на страховому ринку Ллойда (Лондон).

БРОКЕРИДЖ (brokerage fee) – винагорода, яку страховий брокер отримує від клієнта, зокрема за посередницькі послуги щодо врегулювання претензій стосовно страхового випадку.

БРУТТО-ПРЕМІЯ (gross premium) – загальна сума страхових внесків, що їх сплачує страхувальник. Визначається на підставі страхової суми і брутто-ставки (страхового тарифу).

БРУТТО-СТАВКА (gross rate) – сума визначеної нетто-ставки та навантаження. Ці складові мають різне призначення. Нетто-ставка має забезпечити відшкодування витрат на покриття збитків з ризикових видів страхування, а також на виплати зі страхування життя. Навантаження призначене для забезпечення фінансування витрат страховика на ведення справи та отримання прибутку від страхових операцій.

В

ВАЛОВЕ УТРИМАННЯ (gross line) – сумарний обсяг зобов'язань, узятих страховиком на свій ризик за всіма договорами страхування.

ВАЛОВИЙ ЗБИТОК (gross loss) – максимальний збиток, що зумовлює потребу виплати всієї страхової суми.

ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ (currency of insurance) – валюта, якою сплачуватимуться страхові премії та здійснюватимуться страхові виплати.

ВАЛЮТНИЙ КУРС (currency rate) – ціна грошової одиниці однієї країни, виражена через грошову одиницю іншої країни або міжнародну грошову одиницю (наприклад, євро). Має вирішальне значення для забезпечення еквівалентності у стосунках із суб'єктами інших держав. В Україні В. к. визначається Національним банком України.

ВАУЧЕР СТРАХОВИЙ (insurance voucher) – зобов'язання страховика відшкодувати витрати страхувальника на лікування в іншій країні.

ВЕКСЕЛЬ (draft) – цінний папір, який засвідчує безумовне грошове зобов'язання векселедавця сплатити після настання строку визначену суму грошей власнику В. (векселедержателю).

ВЗАЄМНЕ СТРАХУВАННЯ (mutual insurance) – форма страхового захисту, за якої страхувальники, котрі мають споріднені майнові інтереси та ризики, одночасно є членами страхового товариства. В. с. – довготермінова домовленість між групою осіб (юридичних і фізичних) про відшкодування один одному у певних частках збитків у разі настання страхових випадків. На сьогодні В. с. має значне поширення в зарубіжних країнах, особливо в особистому страхуванні, страхуванні сільськогосподарських та морських ризиків. В. с. в Україні ще не розвинуте.

ВЗАЄМНІСТЬ У СТРАХУВАННІ (insurance recip-rocity) – умова, згідно з якою цедент перестраховує свої договори в компаніях, які, у свою чергу, передають йому на перестрахування власні договори страхування. В. у с. може застосовуватися за критеріями обсягу премій або наслідків проходження договорів.

ВИГОДОНАБУВАЧ (beneficiary) – особа, визначена страхувальником для отримання належних сум страхових виплат тоді, коли страхувальник (застрахований) не буде здатний скористатися ними самостійно. В особистому страхуванні виплати В. здійснюються у випадку смерті застрахованого. В майновому страхуванні права В. можуть набувати орендодавці, кредитори, застраховане майно яких знищено або пошкоджено. Див. також бенефіціар.

ВИД СТРАХУВАННЯ (line of insurance) – страхування однорідних об'єктів від характерних для них небезпек.

ВИКУПНА СУМА (redemption sum) – сума, на яку може претендувати власник полісу зі страхування життя в разі припинення дії полісу. Розмір В. с. залежить від суми і терміну, на який було укладено договір, та фактично здійснених внесків і тривалості дії договору.

ВИМОГА (requirement) – претензія або позов, що подається третьою особою з метою відшкодування заподіяної страхувальником шкоди життю, здоров'ю та/або майну. При цьому: позов – заява третьої особи, подана до суду, про відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну внаслідок будь-якої дії або бездіяльності страхувальника;

претензія – письмова вимога третьої особи до страхувальника, складена відповідно до вимог чинного законодавства України, про відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну внаслідок будь-якої дії або бездіяльності страхувальника.

ВИНА СТРАХУВАЛЬНИКА (insured's fault) – відношення страхувальника до своєї протиправної поведінки і її можливих наслідків, що може спричинити до завдання шкоди. Розрізняють вину двох видів: навмисні дії і необережність. Остання, у свою чергу, поділяється на просту і грубу необережність. Наявність навмисної дії або грубої необережності може бути підставою для повного або часткового звільнення страховика від його обов'язків з виплати страхового відшкодування.

ВІДКРИТИЙ КОВЕР (open cover) – форма автоматичного страхування вантажів на тривалий час без визначення будь-яких загальних лімітів. В. к. діє в межах генерального полісу. Самостійної юридичної сили не має.

ВІДНОВЛЕННЯ СТРАХУВАННЯ (renewal of insurance contract) – продовження дії договору страхування на новий термін. На практиці В. с. здійснюється укладанням нового договору або оформленням спеціального додатка до чинного договору. Часто страховики надають страхувальникам, які щороку й своєчасно поновлюють поліси, знижки зі страхових премій, визначають пільговий час для поновлення договору.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТРАХОВИКА (СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ) (insurance protection) – зобов'язання страховика у разі настання страхового випадку відшкодувати страхувальнику (вигодонабувачу) завданий збиток у межах страхової суми.

ВІЛЬНІ АКТИВИ (free assets) – кошти, які вільні від будь-яких зобов'язань, крім вимог акціонерів.

ВЛАСНЕ УТРИМАННЯ (deductable) – частина страхової суми, в межах якої цедент несе відповідальність за застрахованим ризиком, передаючи решту у перестрахування. У разі виникнення страхового випадку страхувальник звертається до страховика з претензією про відшкодування всієї суми збитку (але у межах страхової суми). Цедент вимагає від перестраховика відшкодування йому збитку за заявленими претензіями у частині страхової суми, яка була передана в перестрахування.

ВОГНЕВІ РИЗИКИ (FLEXA – fire; lightning; explosion; aircraft damage and impact) – пожежа, удар блискавки, вибух, падіння літальних апаратів, їх частин або багажу.

ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (settlement) – комплекс заходів страховика щодо встановлення факту страхового випадку, визначення розміру збитків та їх оплати.

ВТРАТА МАЙНА (loss of property) – зникнення майна внаслідок незаконного заволодіння (викрадення) третьою особою майна з будь-якою метою.

ВТРАТА ТОВАРНОЇ ВАРТОСТІ (loss of commodity cost) – умовна величина зниження дійсної вартості відновленого після пошкодження транспортного засобу (при виконанні вимог щодо якості ремонту), у порівнянні з аналогічним непошкодженим транспортним засобом.

Г

ГАРАНТІЙНИЙ ФОНД СТРАХОВИКА (quarantee fund of the insurer) – додатковий та резервний капітал, а також сума нерозподіленого прибутку. Г. ф. с. береться до уваги при визначенні платоспроможності страховика.

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ПОЛІС (general policy) – 1) письмова угода з фіксованою страховою сумою, розмір якої дає змогу покрити страхуванням кілька відправлень вантажів за умови, що про них буде своєчасно декларовано страховику. Г. п. діє доти, доки не буде використано (задекларовано) увесь ліміт встановленої страхової суми; 2) договір, на підставі якого протягом обумовленого часу страхувальник передає, а страховик приймає на страхування всі об’єкти, що відповідають угоді.

ГРОШОВЕ ПОКРИТТЯ (insurance cover) – наявність у страховика грошового забезпечення, необхідного для здійснення всіх платежів у встановлений термін.

ГРУПОВЕ СТРАХУВАННЯ (group insurance) – страхування групи осіб з подібними інтересами. Груповий поліс видається роботодавцю або іншому представнику групи, а кожний член групи отримує сертифікат, який підтверджує факт його страхування.

ГУДВІЛ (goodwill) – нематеріальний актив (наприклад, репутація, технічна компетенція, маркетингові досягнення і т. ін.), вартість якого визначається як різниця між балансовою вартістю активів підприємства та його звичайною вартістю, котра утворюється завдяки управлінській майстерності менеджерів компанії, застосуванню новітніх технологій тощо.

Д

ДЕПО СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (risk premium depot) – частина страхової премії, що належить перестраховикові, але тимчасово утримується цедентом з метою підвищення гарантії своєчасного виконання зобов'язань, передбачених договором перестрахування. Д. п. підлягає поверненню перестраховику з припиненням дії договору. Д. п. застосовується переважно в договорах із зарубіжними перестраховиками. На кошти, розміщені в Д. п., перестраховикові нараховуються відсотки.

ДЕПОЗИТ (ВКЛАД) (deposit) – це кошти (готівка або безготівкові) у національній або іноземній валюті, які розміщені клієнтами на їхніх іменних рахунках у банку на договірних засадах на визначений строк зберігання або без зазначення такого строку і підлягають виплаті вкладникові згідно із законодавством України та умовами договору. Залежно від терміну зберігання Д. поділяються на три групи: до запитання, строкові та ощадні. Найпривабливішими є строкові Д. За зберігання грошей на вкладах банки виплачують відсотки. Д. є одним із основних каналів розміщення тимчасово вільних коштів страхових резервів. До страховиків ставиться вимога, щоб грошові кошти зберігалися на рахунках не менш ніж трьох банків.

ДЕРЖАВНЕ ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ (state insurance) – види обов'язкового страхування, за яких визначені законодавством страхувальники сплачують страхові внески за рахунок державного бюджету.

ДЕТАЛЬНИЙ СЕРТИФІКАТ (detailed certificate) – документ, що містить детальну характеристику кожного договору перестрахування, прийнятого перестраховиком від цедента.

ДЖЕРЕЛО ПІДВИЩЕНОЇ НЕБЕЗПЕКИ (source of the raised danger) – діяльність, пов'язана з експлуатацією певних об'єктів, особливі властивості яких створюють підвищену імовірність заподіяння шкоди оточуючим.

ДИВЕРСИФІКАЦІЯ (diversification) – у страхуванні здійснюється з метою зменшення ризику та отримання більшого прибутку завдяки: 1) одночасному розвитку кількох, не пов'язаних один з одним видів страхування, розширенню страховиком спектра страхових послуг; 2) поширенню активності страховиків за межі основного бізнесу, що досягається розміщенням активів (із додержанням існуючих нормативів) серед різних, не пов'язаних між собою об'єктів (акції, облігації, нерухомість, банківські депозити).

ДИВІДЕНДИ (dividends) – 1) частина прибутку акціонерного товариства, яка щорічно розподіляється серед акціонерів; 2) доходи, отримані суб'єктом оподаткування за корпоративними правами у вигляді частини прибутку юридичної особи, включаючи доходи, нараховані як відсотки на акції чи на внески до статутних фондів (за винятком доходів, отриманих від інших видів цінних паперів, зокрема, від їх продажу, і доходів від операцій з борговими зобов'язаннями та вимогами).

ДИСИМУЛЯЦІЯ (dissimulation) – навмисне приховування особою, яка бажає застрахуватися, наявної хвороби. Виявляється за допомогою діагностики та медичної документації.

ДИСКЛОУЗ (disclose) – норма страхового права, згідно з якою страхувальник зобов'язаний негайно сповістити страховика про будь-які чинники, що можуть мати істотне значення стосовно ризику, прийнятого на страхування.

ДИСКОНТ (discount) – 1) різниця між теперішньою ціною і ціною на момент погашення або ціною за номіналом цінного паперу; 2) різниця між цінами на один і той самий товар з різними термінами постачання.

ДИСКОНТУВАННЯ (discounting vultiplier) – визначення теперішньої вартості майбутніх доходів і витрат. Д. здійснюється множенням фактичного розміру платежу на дисконтувальний коефіцієнт. Використовується в актуарних розрахунках зі страхування життя.

ДИСПАША (average statement) – 1) розрахунок витрат, пов'язаних із загальною аварією судна, який складає диспашер. Д. містить докладний виклад причин загальної аварії; 2) розподіл збитків між учасниками морських перевезень; виконується на підставі заяви зацікавленої особи і висновку диспашера про визнання аварії загальною.

ДИСПАШЕР (АДЖАСТЕР) (average, adjuster) – фахівець у галузі морського права, який здійснює розрахунки з розподілу витрат за загальною аварією між судном, вантажем і фрахтом.

ДІЙСНА ВАРТІСТЬ ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ (insurable value of vehicle) – ринкова вартість транспортного засобу на момент укладання договору страхування. Ринкова вартість транспортного засобу (його складових) – вартість, за яку можливе відчуження транспортного засобу (його складових) на ринку подібних транспортних засобів (його складових) на дату оцінювання вартості за угодою, укладеною між покупцем та продавцем, після проведення відповідного дослідження ринку подібних

транспортних засобів за умови, що кожна зі сторін діяла зі знанням справи, розсудливо і без примусу. Ринкова вартість може визначатися на підставі таких документів: висновку товарознавчого дослідження (експертизи), договору купівлі-продажу, рахунку-фактури, каталогу офіційного дилера або інших офіційних каталогів та документів, що містять вартість цього та/або аналогічного транспортного засобу в даному регіоні.

ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ (voluntary insurance) – форма страхування, що здійснюється на підставі добровільно укладеного договору між страховиком і страхувальником. Д. с. здійснюється згідно з правилами страхування, що їх розробляє страховик і реєструє в Уповноваженому органі. Договір Д. с. вступає в дію, як правило, після повної сплати страхової премії або суми, що припадає на перший строк платежу.

ДОВІРЕНА ОСОБА (authorized representative) – фізична чи юридична особа, яка: 1) на підставі посвідченої згідно з вимогами чинного законодавства довіреності власника транспортного засобу, або на інших підставах, що передбачені законодавством, використовує цей транспортний засіб; 2) особа, яка на законних підставах представляє інтереси страхувальника; 3) фізична чи юридична особа, яка за дорученням страхувальника реалізує його права та обов'язки, обумовлені договором страхування.

ДОВІРЕНІСТЬ (power of attorney) – документ, який видається однією особою іншій для представництва перед третьою особою.

ДОГОВІР ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (reinsurance treaty) – угода між двома страховими компаніями, з яких одна – цедент (перестрахувальник) – зобов'язується передати ризики, а друга – перестраховик – прийняти ризики до перестрахування. У Д. п. зазначаються: метод перестрахування, ліміти відповідальності перестраховика, частка його участі в договорі, перестрахувальна комісія, порядок розрахунків. Д. п. буває пропорційним або непропорційним.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ (insurance contract) – письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, на користь якої укладено договір, а страхувальник – сплатити страхову премію у визначені строки та виконувати інші умови договору. Д. с. укладається на підставі заяви страхувальника відповідно до умов правил страхування. Факт укладення Д. с. може засвідчуватись також страховим полісом, свідоцтвом. У Д. с. зазначається вид страхування, об'єкт страхування, страхова сума,

страхові події, страховий тариф, страхова премія, вигодонабувач, реквізити сторін, строки початку та закінчення дії договору. Як правило, Д. с. вступає в дію після сплати всього страхового платежу або суми, визначеної за першим строком платежу.

ДОДАТКОВА КОМІСІЯ (additional commission) – надбавка, що виплачується цеденту на покриття витрат, пов'язаних із укладанням нових договорів страхування.

ДОДАТКОВА ПРЕМІЯ (additional premium) – додатковий страховий внесок, який сплачується страхувальником за те, що до умов страхування вносяться додаткові ризики або ризики з підвищеною небезпекою. Д. п. сплачується здебільшого в особистому страхуванні тоді, коли застрахувати заявника на звичайних умовах з огляду на стан його здоров'я, небезпечність професії, складність клімату місцевості, де він перебуває, неможливо. Д. п. розраховується в процентах до страхової вартості об'єкта і нараховується понад основний тариф.

ДОДАТКОВА УГОДА (additional agreement) – угода, що укладається протягом строку дії чинного договору до закінчення його дії у зв'язку зі змінами умов укладеного договору. Додатковий договір укладається на підставі письмової заяви страхувальника, де зазначається причина укладання такого договору (підвищення страхової суми, зміна умов експлуатації, видача довіреності на керування іншій особі, поява та наявність інших факторів, що змінюють ступень ризику тощо).

ДТП (road accident) – дорожньо-транспортна пригода: 1) подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули чи зазнали тілесних ушкоджень люди, або були завдані матеріальні збитки; 2) зіткнення транспортних засобів під час руху хоча б одного з них, зіткнення транспортного засобу (під час його руху) з рухомими і нерухомими об'єктами, перекидання транспортного засобу під час руху.

Е

ЕКСЦЕДЕНТ (surplus) – залишок страхової суми, що створюється понад власне утримання страховика або перестраховика і повністю надходить у перестрахування.

ЕКСЦЕДЕНТ ЗБИТКОВОСТІ (excess of loss ratio) – договір непропорційного перестрахування. Дає змогу страховій компанії захищати себе з певних видів страхування на випадок, якщо загальні наслідки здійснення страхового бізнесу перевищують рівень збитковості, що врахований при визначенні премій за страховими договорами. Розмір збитковості, зверх якої діє договір, визначається з таким розрахунком, аби

цедент не мав можливості отримати для себе прибуток, а тільки гарантував захист від додаткових або надзвичайних втрат.

ЕКСЦЕДЕНТ ЗБИТКУ (excess of loss) – договір непропорційного перестрахування. Застосовується страховиками для захисту від великих і непередбачуваних збитків. Вступає в дію тоді, коли сума збитку внаслідок страхового випадку або серії таких випадків, що спричинилися до однієї події, перевищить обумовлену договором суму (пріоритет).

ЕКСЦЕДЕНТ СУМИ (excess of sum) – ексцедентний договір перестрахування. Згідно з його умовами всі прийняті на страхування ризики, страхова сума яких перевищує власне утримання цедента, підлягають переданню на перестрахування в межах визначеного ліміту або ексцеденту, тобто суми власного утримання цедента (лінія), помноженої обумовлену кількість разів саму на себе.

ЕКСЦЕДЕНТНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (excess of loss reinsurance) – давня і найважливіша форма пропорційного перестрахування. Застосовується в тих випадках, коли ризики, які приймаються на страхування, за розміром страхових сум дуже коливаються. Е. п. сприяє досягненню необхідного збалансування страхового портфеля цедента. Е. п. найчастіше застосовується при страхуванні від вогню, стихійного лиха, крадіжки, нещасних випадків, а також при страхуванні життя.

ЄВРОПЕЙСЬКІ ДИРЕКТИВИ (European regulations) – правові документи, що являють собою нормативну базу страхового регулювання у країнах ЄС.

ЄВРОПОЛІС (europolicy) – уніфікований документ, що засвідчує наявність договору страхування певного класу в країнах Європейського Союзу.

ЄДИНИЙ ДЕРЖАВНИЙ РЕЄСТР СТРАХОВИКІВ (ПЕРЕСТРАХОВИКІВ) – це система обліку, збору, нагромадження та вилучення з Реєстру даних, що стосуються ліцензування страхової діяльності та нагляду за страховою діяльністю страховиків.

ЗАГАЛЬНА АВАРІЯ (general average) – визнаються збитки, які зазнані судновласниками-перевізниками та власниками вантажу внаслідок зроблених навмисно і розумно надзвичайних витрат або пожертвувань з метою врятування судна, фрахту і вантажу від спільної для них небезпеки.

ЗАКОН «ПРО СТРАХУВАННЯ» (Law «On Insurance») – прийнятий Верховною Радою України 7 березня 1996 року. Нова редакція від 4 жовтня 2001 року. Регулює відносини у сфері страхування і спрямований на розвиток ринку страхових послуг, посилення надійності страхового захисту юридичних і фізичних осіб. Дія цього Закону не поширюється на державне соціальне страхування. Документ містить 5 розділів (загальні положення, договори страхування, забезпечення платоспроможності страховиків, державний нагляд за страховою діяльністю в Україні, прикінцеві положення).

ЗАПАС ПЛАТОСПРОМОЖНОСТІ (нетто-активи) (solvency margin) – один із найважливіших показників надійності страховика. Визначається як різниця між загальною вартістю активів та сумою нематеріальних активів і зобов'язань. Страхові зобов'язання беруться такими, що дорівнюють технічним резервам. На будь-яку дату фактичний З. п. має бути не меншим за нормативний.

ЗАРОБЛЕНА ПРЕМІЯ (earned premium) – та частина страхової премії, яка припадає на час, що минув після початку страхового періоду.

ЗАСТАВА (pledgee) – це спосіб забезпечення зобов'язань. Кредитор (заставодержатель) має право в разі невиконання боржником (заставодавцем) забезпеченого заставою зобов'язання першочергово (відносно інших кредиторів) спрямувати необхідну частину вартості заставленого майна на сплату боргу. Майно, що передається під заставу, має бути застраховане.

ЗАСТРАХОВАНИЙ (insured) – особа, яка бере участь в особистому страхуванні, об'єктом страхового захисту якого є життя, здоров'я і працездатність. З. може бути одночасно і страхувальником. З. має право у передбачених договором випадках отримати обумовлену страхову суму або виплати меншого розміру.

ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ (propose) – письмовий документ про бажання укласти договір страхування.

ЗАЯВА ПРО ЗНИЩЕННЯ АБО ПОШКОДЖЕННЯ ЗАСТРАХОВАНОГО МАЙНА (claim notice) – подається страхувальником своєму страховикові в письмовій формі з метою отримання страхового відшкодування. На підставі цього документа за наявності страхового випадку складається страховий акт.

ЗАЯВЛЕНИЙ ЗБИТОК (declared loss) – грошове вираження збитку (шкоди), нанесеного майновим інтересам страхувальника

(застрахованого) у результаті настання страхового випадку, про факт якого в порядку, встановленому законом або договором страхування, заявлено страховикові.

ЗАЯВНИК (proposer) – особа, яка в письмовій або усній формі висловлює намір придбати страховий поліс.

ЗБИТКОВІСТЬ СТРАХОВОЇ СУМИ (insurance sum losses) – показник діяльності страховика, що характеризує відношення страхового відшкодування до страхової суми всіх застрахованих об'єктів у ризикових видах страхування. З. с. с. визначається у відсотках і показує імовірність збитку. Зіставляючи фактичний і тарифний рівні З. с. с. оцінюють ризики.

ЗБИТОК ВІД ЗАГАЛЬНОЇ АВАРІЇ (general average loss) – можливий у морському страхуванні, коли шкода, завдана застрахованому інтересу, стосується не тільки власника судна або конкретного вантажу, а також інших осіб, збитки розподіляються пропорційно між усіма постраждалими.

ЗБИТОК ВІД РЕАЛІЗАЦІЇ МАЙНА, ЯКЕ БУЛО ВРЯТОВАНО (solvage loss) – здебільшого пов'язаний з морськими перевезеннями, коли врятоване майно продається раніше, ніж прибуде до порту призначення. Страхувальник має право на виручку від продажу майна за мінусом витрат з його реалізації. Страховик має сплатити страхувальникові збиток, що дорівнює різниці між отриманою сумою виручки та страховою сумою.

«ЗЕЛЕНА КАРТКА» (green card) – назва однойменної системи міжнародних договорів і страхового свідоцтва про страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів, які виїжджають у країни-члени цієї системи. Дістала назву від кольору і форми полісу. Заснована у 1949 році. На сьогодні членами Міжнародної системи «З. к.» є понад 40 країн Європи, Азії і Африки. У червні 1997 року до складу членів системи «З. к.» прийнято Україну.

ЗМІШАНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (combined personal insurance) – вид особистого страхування, в якому передбачається страхове покриття кількох несумісних ризиків. Найчастіше З. с. ж. включає покриття на випадок смерті застрахованого з будь-якої причини протягом строку дії договору, у разі дожиття його до закінчення строку договору і в разі, коли через нещасний випадок було завдано шкоди його здоров'ю.

ЗНИЩЕННЯ МАЙНА (destruction) – втрата майном своїх експлуатаційних споживчих якостей, внаслідок чого унеможливлюється їх відновлення і подальше використання майна за своїм призначенням. Майно вважається знищеним при технічній неможливості його відновлення або, якщо воно знаходиться в такому стані, коли необхідні відновлювані витрати дорівнюють або перевищують його вартість безпосередньо перед настанням страхового випадку.

ЗНОС МАЙНА (deterioration of property) – втрата вартості майна порівняно з вартістю аналогічного нового майна, зумовлена частковою або повною втратою первісних технічних та технологічних якостей майна, внаслідок його експлуатації або старіння.

І

ІДЕНТИФІКАЦІЯ РИЗИКІВ (risks identification) – початковий етап ризик-менеджменту. Він полягає у своєчасному виявленні ризиків, характерних для певного виду діяльності, та у визначенні їх характеристик.

ІНВЕСТИЦІЇ (investments) – 1) довгострокові вкладення капіталу в будь-яке підприємство, справу, різні галузі господарства, переведення грошей у менш ліквідну форму з метою отримання прибутку; 2) грошові, майнові, інтелектуальні цінності, що вкладаються в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності з метою отримання прибутку або досягнення соціального ефекту; 3) форма диверсифікації діяльності страховика, яка полягає у виході компанії за традиційні рамки страхування. Це пояснюється прагненням вигідно вкласти свої тимчасово вільні кошти в суміжний бізнес, дочірні підприємства, банківську справу з метою отримання прибутку і підвищення фінансової надійності компанії.

ІНВЕСТОР (investor) – юридична або фізична особа, яка здійснює довготермінове вкладення капіталу в певну справу з метою отримання прибутку.

ІНДОСАМЕНТ (indorsement) – 1) напис, що засвідчує передання страхового полісу або коносаменту особі, до якої перейшли права на майно; 2) документ, що додається до полісу в разі зміни умов договору. І. може бути іменним (на конкретну особу) або бланковим (на пред'явника).

ІНКОТЕРМС (incoterms) – зведений перелік термінів і правил міжнародної торгівлі. І. дає змогу уникнути помилок, зумовлених неоднозначним тлумаченням термінів, зокрема страховиками в різних країнах.

ІНСТАЛМЕНТ (installment) – частина річної премії, що виплачується в розстрочку. І., як правило, використовується в разі непропорційного перестрахування.

ІНФРАКЦІЯ (infraction) – порушення страхувальником або страховиком умов, зафіксованих у договорі страхування.

ІРРЕЙТА (errath) – напис на страховому документі, що засвідчує виправлення незначної помилки (описки), допущеної при його оформленні.

КАСКО (casco) – страхування корпусу та механізмів транспортного засобу. Відшкодовуються збитки, зумовлені здебільшого пошкодженням або конструктивним знищенням автомобіля, судна, літака.

КАТАСТРОФА (disaster) – великомасштабна аварія чи інша подія, що призводить до тяжких, трагічних наслідків. К. може розглядатися як страховий випадок або ризикова обставина.

КАТАСТРОФІЧНИЙ РИЗИК (catastrophic risk) – 1) збиток або серія зв'язаних між собою збитків, які можуть відбутися в певному місці одночасно; 2) велика кількість можливих ризиків; 3) стихійне лихо; 4)надзвичайна ситуація.

КАФ (caf) – умова поставки вантажу морським транспортом за зовнішньоекономічним договором. Права та обов'язки за договором К. подібні до умов договору СІФ, проте страхування товару не входить в обов'язки продавця.

КВОТА У СТРАХУВАННІ (quota in insurance) – 1) частка участі страховика в загальній страховій сумі в разі страхування об'єкта на умовах співстрахування; 2) частка кожного з учасників у договорі перестрахування.

КВОТНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (guota share reinurance) – перестрахування на базі квоти. Це означає, що страховик передає перестраховикові в погодженій частці всі без винятку прийняті на страхування ризики за певним видом (групою видів) страхування. У цій самій пропорції перестраховикові передається отримана цедентом від страхувальника премія, а перестраховик відшкодовує цеденту сплачені збитки в межах своєї частки страхової суми.

КЕПТИВНІ СТРАХОВІ КОМПАНІЇ (captive insurance company) – компанії, що створюються промисловими, торговельними, банківськими та іншими структурами з метою задоволення їхніх потреб у страхових послугах.

КІНЦЕВИЙ ТЕРМІН ДІЇ ПОЛІСУ (expiry date) – дата закінчення покриття полісу. Не поширюється на поліси, що передбачають автоматичну виплату суми в кінці періоду страхування (страхування на дожиття, весільне страхування тощо).

КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХУВАННЯ (insurance classification) – система поділу страхування на сфери діяльності, галузі, підгалузі, види і форми. К. с. має на меті сприяти формуванню страхового ринку, впорядкуванню звітності та державному регулюванню страхової діяльності, розвитку міжнародної інтеграції у страхуванні.

КЛАУЗУЛА (clause) – застереження, які вносяться до договору страхування.

КОВЕР-НОТА СТРАХОВА (cover note) – свідоцтво про страхування, яке видається брокером страхувальникові на знак підтвердження укладення договору страхування з переліком списку страховиків. К.-н. с. не має юридичної сили, а виконує лише довідкову функцію. В обумовлений час брокер має вручити страхувальникові поліс. К.-н. с. застосовується і в перестрахуванні, де може мати юридичну силу і замінювати сліп.

КОЕФІЦІЄНТ ЗБИТКІВ (claims or loss ratio) – показник, що розраховується як відношення оплачених і тих, що підлягають оплаті, претензій до зароблених премій.

КОЛЕКТИВНЕ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (collective life insurance) – страхування, при якому може укладатися договір на страхування за рахунок коштів підприємства всіх працівників або їх групи. У К. с. ж. страхувальником є підприємство, а застрахованим – кожен працівник, прізвище якого заноситься до списку, що є невіддільною частиною полісу.

КОМБІНОВАНЕ СТРАХУВАННЯ (insurance comprehensive) – комплексне страхове покриття з кількох видів страхування, передбачене страховим договором (полісом), наприклад, авіаційне, морське страхування, авто-комбі, змішане страхування життя.

КОМЕРЦІЙНИЙ КРЕДИТ (commercial credit) – короткостроковий кредит, що надається одним господарським суб'єктом іншому у формі відстрочки платежу за продані товари (послуги). Звичайно оформляється переказним векселем. Відсоток за К. к. входить до ціни товару та суми векселя і здебільшого є нижчим, ніж за банківським кредитом.

КОНВЕРСІЯ (conversion) – заміна полісу з одного виду страхування життя на інший.

КОНСТРУКТИВНА ЗАГИБЕЛЬ (ЗНИЩЕННЯ) ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ (constructive destruction) – таке пошкодження транспортного засобу, коли вартість відновлення (ремонту) пошкодженого транспортного засобу становить 75 і більше відсотків його дійсної вартості на день настання страхового випадку.

КОНТР АЛІМЕНТ (counters aliment) – отриманий перестрахувальний інтерес.

КОСТ ЕНД ФРЕЙТ (cost and freight) – ціна товару в порту відправлення плюс морський фрахт до порту призначення. Не включає витрат зі страхування.

КОТИРУВАННЯ (quotation) – визначення страховиком ставки премії, за якою він готовий застрахувати ризик.

КУМУЛЯЦІЯ СТРАХОВИХ РИЗИКІВ (cumulation) – 1) концентрація страхових ризиків в одній компанії в обсязі, що може призвести до багатьох збитків внаслідок одного страхового випадку; 2) зосередження застрахованих об'єктів на одній території, вулиці, будинку, порту, залізничній станції, судні, що в разі одночасного страхового випадку (наприклад, землетрусу) може призвести до порушення фінансової стабільності страховика. К. с. р. має враховуватися при визначенні частини ризику, що залишається на утриманні страховика.

ЛІГА СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ УКРАЇНИ (League of Insurance Organizations of Ukraine) – некомерційне об'єднання страховиків з метою захисту їх інтересів у владних структурах, сприяння вдосконаленню страхового законодавства, підвищенню кваліфікації персоналу та інформаційного забезпечення страхових компаній, налагодженню контактів з відповідними об'єднаннями (асоціаціями) інших держав.

ЛІЗИНГ (equipment leasing) – це довгострокова оренда приміщень виробничого призначення, машин, обладнання, транспортних засобів з можливістю їх подальшого викупу. Лізингодавцями часто бувають банки. Л. – одна з форм кредитування виробничника.

ЛІКВІДАЦІЯ (liguidation) – процедура припинення функціонування суб'єкта підприємницької діяльності, визнаного банкрутом за рішенням арбітражного суду. Л. здійснюється з метою вжиття заходів, спрямованих на задоволення вимог кредиторів у результаті продажу його майна.

ЛІКВІДАЦІЯ ЗБИТКІВ (settlement of losses) – термін означає комплекс робіт з визначення та виплати страхового відшкодування у страхуванні майна і відповідальності.

ЛІКВІДНІСТЬ (liquidity) – 1) спроможність страховика своєчасно виконувати свої фінансові зобов'язання, передусім сплачувати борги; 2) показник того, як швидко можна реалізувати матеріальні цінності та отримати кошти, необхідні для покриття зобов'язань.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА (limit of indemnity) – гранична відповідальність страховика з окремого ризику або страхового випадку, що випливає з умов укладеного договору страхування або закону.

ЛІМІТ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ (insurance cover limit) – гранична страхова сума, яку можна визначити стосовно конкретного ризику, прийнятого на страхування.

ЛІМІТ СТРАХУВАННЯ (limit of the insurer) – максимальна грошова сума, в межах якої можна застрахувати матеріальні цінності, життя, здоров'я тощо, виходячи зі зробленої оцінки ризику.

ЛІНІЯ ЕКСЦЕДЕНТА (surplus line) – частка відповідальності в договорі ексцедента суми, що дорівнює розміру власного утримання цедента.

ЛІЦЕНЗІЯ НА СТРАХОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ (insurance licence) – документ, що засвідчує право страхової компанії приймати на страхування (перестрахування) страхові ризики певного виду. Видається Уповноваженим органом (на сьогодні – НБУ), має спеціальну форму і містить такі обов'язкові реквізити: повну і скорочену назви страховика та його юридичну адресу, перелік видів добровільного і обов'язкового страхування, назву території, на якій страховик і його філії мають право укладати договори страхування, термін дії, реєстраційний номер і дату видачі ліцензії, підпис уповноважених осіб. У разі порушення страхового законодавства ліцензію може бути відкликано.

ЛІЦЕНЗУВАННЯ (licensing) – видача, переоформлення та анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ.

ЛЛОЙД (Lloyd's) – 1) міжнародний страховий ринок, заснований 1734 року й розташований у Лондонському Сіті; 2) корпорація (об'єднання) юридично незалежних страховиків, кожен з яких самостійно приймає на страхування ризики, виходячи зі своїх фінансових можливостей. Кожний член Л. на забезпечення своєї діяльності має внести вагому суму у вигляді депозиту. Члени Л. об'єднані в синдикати, очолювані андерайтерами, кожний з яких приймає ризики на страхування від імені членів відповідного синдикату. Останні приймають на страхування ризики від імені членів синдикату. Нині Л. є великим страховиком і перестраховиком, особливо морських, авіаційних, автомобільних, нафтогазодобувних ризиків.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ (localization) – заходи з просторового обмеження поширення ризику.

МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ (property insurance) – галузь страхування, в якій об'єктом страхування є майно, що належить юридичним або фізичним особам.

МАКСИМАЛЬНО МОЖЛИВИЙ ЗБИТОК (possible maximum loss) – верхня межа збитку, імовірність появи якого внаслідок одного страхового випадку доволі висока.

МАРЖА ПЛАТОСПРОМОЖНОСТІ (solvency margin) – нормативний показник, що визначає потрібний рівень платоспроможності страховика в країнах ЄС відповідно до здійснюваних страхових операцій.

МАРКЕТИНГ У СТРАХУВАННІ (insurance marketing) – система взаємопов'язаних видів діяльності, спрямована на планування, визначення ціни, а також на рекламування та реалізацію страхових послуг. М. у с. – це діяльність, що супроводжує рух послуг від страхової компанії до страхувальника.

МАТЕРІАЛЬНІ ФАКТИ (material facts) – обставини, що впливають на розрахунки андерайтера, коли той визначає умови, на яких він приймає ризик на страхування.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ (medical insurance) – вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я від хвороби або внаслідок нещасного випадку. М. с. застосовується з метою нагромадження та ефективного використання коштів, потрібних для покриття витрат на медичне обслуговування страхувальників. М. с. може бути обов'язковим і

добровільним. Договір про М. с. укладається в груповому чи індивідуальному порядку, гарантуючи застрахованому отримання медичної допомоги в обсягах і на умовах, визначених чинним законодавством або правилами страхування.

МІСТКІСТЬ СТРАХОВОГО РИНКУ (insurance market capacity) – максимально можливий продаж страхових послуг певного виду за обумовлений термін. М. с. р. залежить від попиту на страхові послуги, рівня тарифів, фінансових можливостей страхувальників і страховиків, рівня розвитку перестрахувальних операцій.

МОНОПОЛІЯ СТРАХОВА (insurance monopoly) – може бути: повною, якщо існує виключне право держави або державної організації на проведення всіх форм і видів страхування у країні; частковою, коли страховик користується М. с. за окремими видами страхування.

МОНОПСОНІЯ (monopsony) – у страхуванні можлива тоді, коли на ринку присутній лише один споживач певних страхових послуг. М. може призвести до заниження тарифів і втрати страхувальником в разі ризикових обставин можливості отримати достатнє відшкодування збитків.

МОРСЬКЕ СТРАХУВАННЯ (marine insurance) – один з найдавніших видів страхування. Охоплює страхування суден, вантажів і фрахту, екіпажу та пасажирів від різних видів небезпеки під час виконання рейсів. Головні ризики: збитки від вогню, блискавки, шторму та іншого стихійного лиха, від зіткнення суден, посадки судна на мілину, зникнення судна безвісти тощо. Крім того, М. с. покриває витрати, зумовлені загальною аварією, крадіжкою і зникненням вантажу. Обсяг відповідальності в разі М. с. визначається спеціальними умовами.

МОТОРНЕ (ТРАНСПОРТНЕ) СТРАХОВЕ БЮРО (МТСБ) (Motor Insurers' Bureau) – об'єднання страховиків, які здійснюють страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів. МТСБ є юридичною особою. Створене в 1994 році. Страховики можуть входити до МТСБ як повні або асоційовані члени. Вищим органом управління є загальні збори страховиків – членів Моторного бюро (МТСБ). Мета об'єднання – координація діяльності членів цього об'єднання з питань оформлення страхування і покриття шкоди, завданої третім особам внаслідок дорожньо-транспортних пригод на території України, а також за її межами, реалізація договорів, конвенцій і домовленостей з уповноваженими організаціями зі страхування цивільної відповідальності транспортних засобів інших країн. Фінансування виконання гарантійних функцій та завдань МТСБ здійснюється за рахунок коштів централізованих резервних фондів органами управління цього об'єднання.

НАВАНТАЖЕННЯ (loading) – частина страхового тарифу, що не пов'язана з формуванням фондів для здійснення страхових виплат. За рахунок Н. покриваються витрати, зумовлені організацією та забезпеченням страхової справи (оплата праці персоналу страховика, оплата посередницьких послуг, оренда приміщень офісу, витрати на придбання та експлуатацію обчислювальної техніки, рекламу, транспортні послуги, сплату деяких податків та обов'язкових платежів тощо). Н. є також джерелом отримання певної суми прибутку від страхової діяльності.

НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ (extraordinary event) – обставини, що склалися (або можуть скластися) на певній території внаслідок стихійного лиха, катастрофи, аварії або іншої біди, що зумовило людські жертви, матеріальні втрати, шкоду довкіллю, порушення нормальних умов життя і діяльності. За причинами, які можуть призвести до виникнення Н. с. на території України, розрізняють: Н. с. техногенні, природні, соціально-політичні та воєнні. Залежно від поширеності за територією, обсягів заподіяних або очікуваних економічних збитків, кількості людей, які загинули, визначаються чотири рівні Н. с. – загальнодержавний, регіональний, місцевий та об'єктний.

НАЗЕМНИЙ ТРАНСПОРТНИЙ ЗАСІБ (vehicle) – наземний механічний транспортний засіб, що підлягає державній реєстрації та обліку в уповноважених підрозділах Національної поліції України або у відповідних міністерствах чи відомствах, а також ввезений на територію України для тимчасового користування, або транспортний засіб, зареєстрований в іншій країні.

НАТУРАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ (natural insurance) – форма страхування, за якої страхові платежі і виплати здійснюються в натурі. Н. с. було характерним для рабовласницького і феодального суспільства. Тепер елементи Н. с. збереглися в деяких економічно слаборозвинутих країнах.

НАЦІОНАЛЬНИЙ БАНК УКРАЇНИ (National Bank of Ukraine) – центральний банк України, особливий центральний орган державного управління, юридичний статус, завдання, функції, повноваження і принципи організації якого визначаються Конституцією України, Законом України «Про Національний банк України» та іншими законами України. Він є емісійним центром, проводить єдину державну політику в галузі грошового обігу, кредиту, зміцнення грошової одиниці України – гривні. Також регулює та наглядає за діяльністю комерційних банків та небанківських фінансових установ.

НЕЗАРОБЛЕНА ПРЕМІЯ (unearned premium) – частина премії, що за договором страхування або страховим портфелем припадає на ще не початий або залишок періоду страхування. Наприклад, якщо договір страхування укладено на календарний рік, то за станом на 1 квітня незароблена премія становитиме суму страхових внесків, яка припадає на період до кінця року (9 місяців).

НЕПРОПОРЦІЙНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (non-proportional reinsurance) – форма організації договорів перестрахування, що передбачає відповідальність перестраховика лише в тому разі, коли збиток перевищує обумовлений розмір збитку або збитковості. Н. п. відбувається тоді, коли передання ризику цедентом відбувається в межах визначеного ліміту – ексцеденту.

НЕРУХОМЕ МАЙНО (real estate) – земельні ділянки, а також об'єкти (будівлі та/або споруди), розташовані на земельній ділянці, переміщення яких є неможливим без їх знецінення та зміни їх призначення.

НЕТТО-ПРЕМІЯ (net premium) – брутто-премія за мінусом навантаження. Н.-п. призначена для формування страхового фонду, з якого здійснюються страхові виплати і відшкодування.

НЕТТО-СТАВКА (net rate) – частина страхового тарифу, що призначена для формування ресурсів страховика, які спрямовуються на виплату страхових відшкодувань і страхових сум. Методи розрахунку Н.-с. у майновому та особистому страхуванні різні. У майновому страхуванні Н.-с. складається з основної частини та ризикової надбавки.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК (accident) – раптовий, непередбачений зовнішній вплив, такий як пожежа, дорожньо-транспортна пригода, катастрофа, отруєння хімічними продуктами чи інша подія, що спричинила смерть або каліцтво застрахованої особи, пошкодження або знищення застрахованого майна.

НОНФОРФЕТЮР (nonforfeiture) – збереження чинності договору страхування за умови несплати чергового страхового платежу.

НОРМАТИВНИЙ ЗАПАС ПЛАТОСПРОМОЖНОСТІ (normative solvency margin) – у страховиків, які здійснюють види страхування інші, ніж страхування життя, на будь-яку дату дорівнює більшій з нижче визначених двох величин: 1) підраховується множенням суми страхових премій за попередні 12 місяців на 0,18. При цьому сума страхових премій зменшується на 50% страхових премій, належних перестраховикам; 2) підраховується множенням суми страхових виплат за попередні 12 місяців на 0,26. При цьому

сума страхових виплат зменшується на 50% виплат, що компенсуються перестраховиками. Страховики, які здійснюють страхування життя, визначають нормативний Н. з. п. на рівні 0,05% від довгострокових страхових зобов'язань (математичного резерву), які визначаються на будь-яку дату окремо за кожним договором страхування. Страховики, які взяли на себе страхові зобов'язання в обсягах, які перевищують можливості їх виконання за рахунок власних активів, мають застрахувати ризик виконання цих зобов'язань у перестраховиків. Перестрахуванню підлягають також усі об'єкти, страхова сума кожного з яких перевищує 10% загальної суми сплаченого статутного фонду і сформованих резервів.

НОСІЙ РИЗИКУ (risk carrier) – суб'єкт, який бере на себе тягар наслідків ризику.

НОТИС (notice or letter of cancellation) – 1) повідомлення фрахтівникові або його агентові про повну готовність судна до навантаження (розвантаження); 2) повідомлення з боку судновласника фрахтівникові про час виходу судна в рейс або час прибуття до порту навантаження (розвантаження); 3) стаття договору перестрахування, яка передбачає таке: коли один з учасників договору (перестраховик або цедент) матиме намір змінити його умови або припинити його на наступний рік, він має надіслати своєму партнерові повідомлення про це не пізніше як за три місяці до закінчення терміну дії договору.

ОБ'ЄДНАННЯ СТРАХОВИКІВ (insurers' associations) – спілки, асоціації та інші об'єднання для координації діяльності страховиків, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм. О. с. мають бути зареєстровані в установленому порядку як юридичні особи. О. с. безпосередньо самі страховою діяльністю не займаються. Серед функціонуючих О. с. вагоме місце посідають Ліга страхових організацій України, Моторне (транспортне) страхове бюро, Морське страхове бюро та Авіаційне страхове бюро. О. с. утримуються за рахунок внесків страхових компаній.

ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ (object of insurance) – конкретний майновий інтерес страхувальника або застрахованої особи (майно, відповідальність перед третьою особою, життя та здоров'я тощо), якому може бути завдано шкоди в разі стихійного лиха, нещасного випадку або іншої страхової події.

ОБЛІГАТОРНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (obligatoru treaty) – договір перестрахування, в межах якого всі договори страхування певного виду повинні бути передані цедентом у перестрахування.

ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ (compulsory insurance) – форма страхування, що ґрунтується на принципах обов'язковості як для страхувальника, так і для страховика. О. с. має перевагу перед добровільним страхуванням, оскільки дає змогу істотно знизити тарифи на страхові послуги. Водночас йому притаманні і недоліки, які полягають у тому, що О. с. не враховує фінансових можливостей кожного страхувальника, особливостей об'єктів страхування і страхових ризиків. Обсяг відповідальності страховика при О. с., як правило, значно нижчий за реальну вартість майна.

ОБОВ'ЯЗКОВЕ СТРАХУВАННЯ ПАСАЖИРІВ (compulsory passengers insurance) – здійснюється від нещасного випадку в дорозі і поширюється на пасажирів морського, річкового, повітряного, залізничного та автобусного транспорту. Страхова премія входить у вартість квитка.

ОПЕРАЦІЙНИЙ РИЗИК (operation risk) – ризик, що виникає внаслідок людських, технічних і технологічних помилок. О. р. часто асоціюється з ризиком неплатежів або затримки платежів, а також порушенням умов угод і невиконанням зобов'язань. Охоплює регулятивний ризик – ризик зміни нормативів діяльності організації внаслідок змін нормативів органами законодавчої та вищої виконавчої влади.

ОПЦІОН (option) – право продавати та купувати акції за визначеною ціною.

ОРИГІНАЛЬНА ПРЕМІЯ (original premium) – премія, отримана від страхувальника таким страховиком, який одночасно є цедентом за договором перестрахування.

ОСОБА, ДОПУЩЕНА ДО КЕРУВАННЯ ТРАНСПОРТНИМ ЗАСОБОМ (person admitted to drive vehicle) – зазначена у договорі страхування фізична особа, яка допущена у встановленому законодавством порядку до керування зазначеним у договорі страхування транспортним засобом.

ОСОБИСТЕ СТРАХУВАННЯ (personal insurance) – галузь страхування, в якій об'єктом страхових відносин є життя, здоров'я, працездатність та пенсійне забезпечення людини. О. с. спрямоване на забезпечення захисту сімейних доходів громадян, а також на нагромадження ними коштів для підвищення рівня свого фінансового благополуччя. О. с. є істотним доповненням до системи державного соціального страхування.

ОФЕРЕНТ (offeror) – особа, що подає оферту.

ОФЕРТА (offer) – пропозиція певній особі укласти угоду з урахуванням викладених умов. Може мати письмову або усну форму. О. вважається прийнятою після її акцепту.

ОЦІНКА РИЗИКУ (risk evalution) – аналіз обставин, які всебічно характеризують ризик на підставі інформації, що подається в повному обсязі. О. р. здійснюється як перед підписанням страхового договору, так і після настання страхового випадку.

ПЕНСІЯ (pension) – гарантована щомісячна виплата грошових сум для забезпечення людей похилого віку, інвалідів, а також тих, хто втратив годувальника. П. – різновид ренти.

ПЕРЕСТРАХОВИК (reinsurer) – страхова організація, яка приймає об'єкти на перестрахування. Компанія, яка здійснює виключно операції з перестрахування, називається професійним П.

ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНА КОМІСІЯ (reinsurance commission) – винагорода, що її сплачує перестраховик цеденту за те, що той передає ризики (об'єкти, договори) у перестрахування. За рахунок цих коштів цедент частково компенсує витрати, пов'язані з підготовкою і здійсненням операцій з прийняття ризиків на страхування, а також переданням обумовленої їх частки перестраховикові.

ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНА ПРЕМІЯ (re-insurance premium) – частина страхової премії, що передається цедентом перестраховикові у вигляді плати за перестрахування.

ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (reinsurance) – операція між двома страховими компаніями, за якої одна з них (цедент) передає від свого імені за певну плату частину ризику за договором, укладеним зі страхувальником, іншій компанії (перестраховикові). П. дає змогу розукрупнювати великі ризики, поділяючи їх між двома або кількома страховиками, що сприяє збалансованості страхового портфеля кожного з них. Завдяки П. підвищується фінансова надійність страховиків, зростає їхня загальна спроможність нарощувати обсяги страхових послуг. П. буває факультативним (за окремими угодами) і договірним (облігаторним). Останнє зобов'язує цедента передавати на перестрахування в межах визначеної суми всі ризики, характер і розмір яких визначений умовами договору. Є дві форми П. – пропорційна і непропорційна.

ПІЛЬГИ У СТРАХУВАННІ (preferences in insurance) – можуть надаватися у вигляді повного або часткового звільнення окремих страхувальників від сплати платежів з обов'язкового страхування. Наприклад, водії-інваліди, які керують автомобілями, обладнаними відповідним знаком, повністю звільняються від страхових платежів з обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів. П. у с. можуть полягати також у наданні переваг при укладанні договорів добровільного страхування для постійних страхувальників. Можуть бути застосовані знижки зі страхових премій, пільговий місяць (зі збереженням покриття) на поновлення договорів страхування тощо.

ПОВЕРНЕННЯ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (return of premium) – можливе у випадках дострокового припинення дії договору за ініціативою однієї зі сторін, при подвійному страхуванні, а також у випадках, коли страховик за домовленістю приймає на страхування об'єкт за підвищеною ставкою і повертає частину премії, якщо ризик фактично не реалізується.

ПОДВІЙНЕ СТРАХУВАННЯ (double insurance) – одночасне повне страхування одного і того ж об'єкта від одних і тих самих ризиків у кількох страховиків, через що страхова сума значно перевищує страхову вартість. У разі виявлення П. с. кожний страховик покриває страхувальникові збиток у межах страхової вартості об'єкта пропорційно до своєї частки в загальній страховій сумі.

ПОЖИТТЄВА СТРАХОВА РЕНТА (annuity (whole life insurance rent)) – різновид особистого страхування, регулярний дохід, що виплачується застрахованій особі до кінця її життя з фонду, нагромадженого за рахунок страхових внесків.

ПОЛІС (СТРАХОВИЙ ДОГОВІР, СТРАХОВЕ СВІДОЦТВО) (policy) – письмова угода між страхувальником і страховиком, яка засвідчує, що страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або в межах страхової суми відшкодувати збиток страхувальникові чи іншій особі, зазначеній у П. За умови сплати страхових платежів у визначені строки П. має містити: назву документа, реквізити страховика, прізвище або назву страхувальника, його адресу, перелік об'єктів страхування, розмір страхової суми, перелік страхових випадків, розмір тарифу, а також страхових платежів, термін їх сплати, строк дії договору, права та обов'язки сторін, інші умови, підписи сторін.

ПОРТО (porto) – поштово-телеграфні витрати, що відносяться кредитними, торговельними та страховими організаціями, а також приватними особами на своїх клієнтів.

ПОРТФЕЛЬ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (portfolio of liability) – загальна сума відповідальності страховика або перестраховика за всіма діючими полісами.

ПОСЕРЕДНИК (intermediary) – страховий брокер, або агент, через якого укладається договір страхування і вирішуються окремі питання щодо врегулювання претензій.

ПОШКОДЖЕННЯ МАЙНА (damage of property) – часткова втрата майном своїх експлуатаційних якостей, що можуть бути відновлені з подальшим використанням майна за своїм призначенням. Застраховане майно вважається пошкодженим, якщо витрати на відновлення з урахуванням вартості залишків майна, що придатні для подальшої експлуатації, не перевищують вартість пошкодженого майна, яку воно мало безпосередньо перед настанням страхового випадку.

ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ (policy wording) – опрацьовуються страховиком на кожний вид страхування і підлягають реєстрації в Уповноваженому органі. П. с. мають містити: перелік об'єктів страхування, порядок визначення страхових сум та розміру страхових виплат, перелік страхових ризиків, винятки зі страхових випадків і обмеження страхування, строк та місце дії договору страхування, порядок укладення договору страхування, права та обов'язки сторін, дії страхувальника в разі настання страхового випадку та перелік документів, що підтверджують ці випадки, порядок і умови сплати страхових сум, термін прийняття рішення про виплату або відмову щодо відшкодування, умови припинення дії договору і порядок вирішення суперечок. До П. с. додаються страхові тарифи. Якщо П. с. не відповідають цим вимогам, Уповноважений орган може відмовити страховикові у видачі ліцензії.

ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ У СТРАХУВАННІ (preventive measures in insurance) – сукупність здійснюваних страховиком або за його рахунок заходів, пов'язаних з попередженням або зниженням руйнівного впливу можливих страхових випадків. П. з. у с. випливають із самої сутності страхування, його превентивної функції. Це зумовлює потребу всебічного обґрунтування правил страхування і тарифів, а також застосування ефективних форм розрахунків, кваліфікованого оцінювання ризиків і визначення страхових виплат. Страховики можуть передбачати

проведення за рахунок коштів страхових резервів низки заходів, спрямованих на запобігання пожежам, повеням, інфекційним хворобам тварин тощо.

ПРЕВЕНЦІЯ (prevention) – діяльність страховика щодо запобігання страхових випадків або зменшення їх частоти чи руйнівної сили.

ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ (object of insurance) – конкретний майновий інтерес страхувальника або застрахованої особи (майно, відповідальність перед третьою особою, життя і здоров'я тощо), якому може бути завдано шкоди стихійним лихом, нещасним випадком або іншою страховою подією.

ПРЕТЕНЗІЯ (claim) – вимога платежу в розмірі шкоди, завданої страховим випадком, але не більшому за страхову суму.

ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ПОЛІСУ (suspension of cover (policy)) – може статися за таких умов: виконання страховиком зобов'язань у повному обсязі, закінчення передбаченого строку дії договору страхування; несплати страхувальником страхових платежів, розірвання страхового договору з ініціативи страхувальника або страховика, ліквідації страхувальника (юридичної особи) або страховика, смерть страхувальника (фізичної особи); визнання судовими органами договору недійсним. У разі П. д. п. з ініціативи страхувальника йому повертаються страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи.

ПРІОРИТЕТ ЦЕДЕНТА (cedent's priority) – сума, у межах якої цедент несе відповідальність у разі настання збитку.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ (program of insurance) – встановлений страховиком перелік умов страхування, які є основою для укладання договору страхування. Конкретні програми страхування вибираються за згодою сторін під час укладання договору страхування.

ПРОЛОНГАЦІЯ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (prolongation of life insurance) – продовження дії договору змішаного страхування життя або пожиттєвого страхування понад термін, забезпечений оплаченими внесками.

ПРОПОРЦІЙНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (proportional reinsurance) – включає договори квотного та ексцедентного перестрахування, згідно з якими перестраховик має свою частку в загальній сумі збитків і загальній сумі премій.

ПРЯМИЙ ПРОДАЖ (direct sales) – реалізація страхових послуг страховиком без залучення посередників. Останніми роками, особливо у країнах з розвиненими страховими ринками, набула поширення практика укладання страхових договорів на підставі інформації, що надійшла від клієнта по телефону або через Internet. Належні страхові премії сплачуються страхувальником протягом обумовленого терміну. Якщо в цей час настане страховий випадок, страховик виплатить відповідне відшкодування. Таким способом продаються, головним чином, поліси зі страхування життя, здоров'я, майна та відповідальності фізичних осіб.

ПУЛ ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНИЙ (reinsurance pool) – об'єднання декількох страховиків, які проводять страхування самостійно і передають у пул лише ту частину страхового ризику, яка не може бути покрита власними ресурсами. П. п. діє як посередник, котрий розподіляє ризики, що передаються на перестрахування.

ПУЛ СТРАХОВИЙ (insurance pool) – добровільне об'єднання страхових компаній для спільного страхування певних ризиків. С. п. не є юридичною особою. Він створюється на підставі угоди між зазначеними компаніями з метою забезпечення фінансової стійкості страхових операцій на умовах солідарної відповідальності за виконання зобов'язань за договорами страхування.

РАБАТТ (rebate) – знижка, яку надає брокер страхувальникові за рахунок отриманих комісійних.

РЕГРЕС (regres) – право страховика на висунення у межах фактично сплаченої страхувальникові суми відшкодування збитку/претензії до третьої сторони, яка винна у страховому випадку, з метою отримання від неї компенсації за нанесену шкоду.

РЕГРЕСНИЙ ПОЗОВ (subrogation) – право вимоги страховика до особи, яка винна за заподіяння шкоди (див. також суброгація).

РЕЖИМ БЕЗПЕКИ (security regime) – реалізована система правових норм, організаційних та організаційно-технічних заходів, яка створюється з метою обмеження доступу, наприклад, до конфіденційної інформації.

РЕЗЕРВ НЕЗАРОБЛЕНИХ ПРЕМІЙ (unearned premium reserve) – частина премій за договорами страхування, що відповідає терміну страхування, який виходить за межі звітного періоду. У світовій практиці існує кілька методів визначення Р. н. п. В Україні Р. н. п. на

будь-яку звітну дату встановлюється залежно від часток сум надходження страхових премій, які не можуть бути меншими 80% загальної суми надходжень страхових платежів, з відповідних видів страхування у кожному місяці з попередніх дев'яти місяців (розрахунковий період) і обчислюються в такому порядку: сума премій, що надійшли за I квартал, множиться на 0,25, за наступні 3 місяці розрахункового періоду – на 0,5, за останні 3 місяці розрахункового періоду – на 0,75. Знайдені добутки додаються. Так само обчислюється сума часток перестраховиків у резервах незароблених премій. Зі збільшенням (зменшенням) сум часток перестраховиків у Р. н. п. у звітному періоді відповідно збільшуються або зменшуються зароблені страхові платежі.

РЕЗЕРВНИЙ ФОНД ПІДПРИЄМСТВА (ФОНД РИЗИКУ) (reserve fund of enterprise, risk fund) – створюється з метою забезпечення безперебійності виробництва у разі виникнення ризикових ситуацій. Формується за рахунок прибутку в розмірі, визначеному статутом підприємства. Як правило, не перевищує 25% суми статутного фонду. Р. ф. п. використовується для покриття відносно малих збитків, зумовлених непередбаченими обставинами. Дає можливість при укладанні страхових договорів передбачати франшизу.

РЕНТА (annuity) – послідовні періодичні виплати. В українських перекладах з англійської вживається термін «ануїтет».

РЕНТА СТРАХОВА (annuity) – регулярний (щомісячний) дохід страхувальника, пов'язаний з отриманням пожиттєвої або тимчасової пенсії (ренти) за рахунок попередньо внесених до страхового фонду грошових коштів.

РЕНТАБЕЛЬНІСТЬ СТРАХОВИХ ОПЕРАЦІЙ (profitability of insurance transaction) – показник рівня прибутковості страхових операцій: відсоткове відношення суми отриманого прибутку до загальної суми страхових платежів. Р. с. о. визначають також у розрізі видів страхування.

РЕПРЕСИВНІ ЗАХОДИ В СТРАХУВАННІ (preventive measures in insurance) – боротьба зі стихійним лихом (повінь, великі снігові замети тощо), вогнем з метою зменшення розмірів втрат від знищення або пошкодження застрахованих об'єктів.

РЕПРЕСІЯ (repression) – подолання випадкової події, явища.

РЕТРОЦЕСІЯ (retrocession) – процес подальшого передання раніше прийнятих у перестрахування ризиків іншим перестраховикам. Р. досягається дробленням великих ризиків, розподілом відповідальності між дедалі більшою кількістю страховиків. Іноді частина таких ризиків може перейти до первинного страховика, якщо в договорі немає відповідного заперечення.

РЕЦИПІЄНТ (recipient) – одержувач платежу чи субсидії.

РИЗИК (risk) – імовірність зазнати втрат очікуваної економічної (фінансової) користі або прямих збитків через появу непевної (випадкової події, яка зачіпає інтереси осіб, причетних до тієї чи іншої справи, або всіх членів суспільства).

РИЗИК-МЕНЕДЖМЕНТ (risk management) – систематичне дослідження ризиків, що становлять загрозу для людей, майна та інтересів діяльності, а також розробка і вжиття заходів, спрямованих на вирішення проблеми ризиків. Р.-м. охоплює ідентифікацію схильності до ризику, аналіз ступеня захищеності від ризику, опрацювання варіантів контролю за ризиком, вжиття заходів щодо уникнення, усунення або скорочення ризику, фінансування можливого ризику за рахунок самострахування або передачі ризику страховикам. Р.-м. має свою специфіку стосовно кожної сфери діяльності і виду страхування.

РИЗИКОВА НАДБАВКА (risk loading) – частина страхового тарифу, яка передбачається для створення щорічного фонду страхування в розмірах, що забезпечують виплату страхового відшкодування при підвищених збитках. Розмір Р. н. залежить від заданого рівня безпеки та середньоквадратичного відхилення суми виплат.

РИЗИКОВА ПРЕМІЯ (risk (or pure) premium) – частина страхової премії, яку страховик призначає для створення необхідного резерву з метою виплати страхового відшкодування.

РІТОРНО (ritorno) – частина страхової премії, утримувана страховиком у разі розірвання договору.

РУХОМЕ МАЙНО (personal estate) – речі, які можна вільно переміщувати у просторі. До рухомого майна належить майно, яке не є нерухомим майном, призначене для використання при здійсненні господарської (підприємницької) діяльності та/або для задоволення соціально- культурних (побутових) потреб та/або для особистого використання.

САМОСТРАХУВАННЯ (self insurance) – ризик, який перебуває на відповідальності самого страхувальника. С. – форма захисту майнових інтересів створенням децентралізованих резервних фондів (фондів ризику) безпосередньо на підприємствах та в організаціях. Здебільшого С. забезпечує покриття збитків, зумовлених малими ризиками. Щодо збитків за середніми та великими ризиками С. виявляється у застосуванні франшизи.

САНАЦІЯ (sanation) – система заходів, які здійснюються під час провадження у справі про банкрутство з метою запобігання визнання підприємства банкрутом та його ліквідації. С. має на меті оздоровлення фінансово-господарського становища боржника, а також задоволення в повному обсязі або частково вимог кредиторів шляхом кредитування, реструктуризації підприємства, боргів і капіталу та (або) зміну організаційно-правової та виробничої структури боржника.

СЕРТИФІКАТ У СТРАХУВАННІ (sertificate) – документ, що засвідчує страхування окремих партій вантажів, котрі підпадають під дію генерального полісу страхування вантажів.

СИНДИКАТ ЛЛОЙДА (Lloyd's syndicate) – об'єднання страховиків (група андерайтерів Ллойда), які беруть на себе обов'язки щодо здійснення страхової діяльності зі збереженням юридичної та господарської самостійності окремих страховиків. Страхова премія та збитки між членами синдикату розподіляються пропорційно до частки їхньої участі в прийнятій відповідальності за ризик. Будь-який із С. Л. може визначати свої умови страхування або погоджуватися на умови, запропоновані синдикатом, який є лідером зі страхування конкретного ризику.

СІФ (від англ. cost, insurance, freight – вартість, страхування, фрахт – CIF) – вид зовнішньоторговельної угоди, згідно з якою продавець зобов'язаний доставити вантаж у порт, забезпечити його навантаження на борт судна і за свій рахунок сплатити фрахт та застрахувати вантаж на ім'я покупця від ризиків на час перевезення і здачі в місці призначення.

СЛІП (slip) – страховий документ, що використовується для попереднього розміщення ризику. С. складається брокером і передається андерайтерам. Останні акцептують С. власноручним підписом і вказують частку участі в прийнятому на страхування ризику. С. найбільш характерний для факультативного перестрахування. У ряді випадків прирівнюється до страхового полісу. Містить дані про цедента, стислий

опис ризику, страхову суму, умови страхування і перестрахування, ставку премії, власне утримання цедента тощо.

СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (social security) – система розподільних відносин, у процесі яких створюються і використовуються фонди для матеріального забезпечення громадян у старості, у разі інвалідності, при втраті годувальника та в інших випадках, передбачених законом.

СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ (social insurance) – спосіб матеріального забезпечення громадян у разі безробіття, захворювання, нещасного випадку, а також у старості. Відповідно до цього запроваджуються такі самостійні види соціального страхування: страхування на випадок безробіття; медичне страхування; страхування від нещасного випадку на виробництві; пенсійне страхування. Джерелом коштів С. с. є відповідні фонди, створені розподілом і перерозподілом національного доходу.

СПЕЦІАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ (special conditions of insurance) – умови, які застосовуються у разі, коли потрібно змінити, розширити стандартні умови з певного виду страхування.

СПІВСТРАХУВАННЯ (co-insurance) – страхування, при якому один і той самий ризик у певних частках страхують два або більше страховики, видаючи при цьому спільний або окремі поліси відповідно до суми, що становить частку кожного страховика. Якщо ризик розміщується серед страховиків не повністю, то одним із страховиків вважається страхувальник. Він несе відповідальність в обсязі незастрахованого ризику, не сплачуючи премії.

СТИХІЙНЕ ЛИХО (небезпечне природне явище) (natural disaster) – подія природного походження або результат впливу природних процесів, що за своєю інтенсивністю, масштабом поширення та тривалістю може становити загрозу для людей, об’єктів економіки та довкілля.

СТРАХОВА ВАРТІСТЬ (insurable value) – вартість, що її встановлює страхувальник, оцінюючи об’єкт страхування. Коли С. в. більша за страхову суму, то страхове відшкодування в разі страхового випадку виплачується в межах страхової суми.

СТРАХОВА ВИПЛАТА (paument of insurance) – грошова виплата в межах страхової суми, яку страховик відповідно до умов договору страхування зобов’язаний виплатити в разі настання страхового випадку, а також сума, що виплачується за особистим страхуванням. Страхові

виплати та виплату страхового відшкодування здійснює страховик згідно з договором страхування або законодавством на підставі заяви страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта (аварійного сертифіката), який складається страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) за формою, що визначається страховиком.

СТРАХОВА ГАРАНТІЯ (insurance guarantee) – письмове заручення страховика за свого клієнта щодо його кредитоспроможності. Це означає, що страхова компанія бере на себе зобов'язання в разі настання обумовлених подій сплатити суму неплатежу за свій рахунок.

СТРАХОВА ДЕКЛАРАЦІЯ (insurance declaration) – заява страхувальника про об'єкт страхування та характер ризику. С. д. містить дані про склад, місцезнаходження, вартість, умови зберігання і використання та іншу інформацію щодо об'єктів, які пропонується застрахувати. Наявність неправдивих даних у С. д. може бути підставою для звільнення страховика від відповідальності за договором страхування.

СТРАХОВА ДІЯЛЬНІСТЬ (insurance activity) – це врегульована нормами права, здійснювана на підставі ліцензії Уповноваженого органу господарська діяльність страхової організації з надання на платних засадах страхових послуг, як правило, з метою отримання прибутку.

СТРАХОВА КОМІСІЯ (insurance commission) – винагорода, що виплачується страховиком посередникам (брокерам і агентам) за залучення об'єктів на страхування, оформлення документації, інкасацію страхових внесків, а в деяких випадках – і за розгляд страхових претензій (див. брокеридж). К. с. нараховується у відсотках від страхових премій (внесків). Розмір відсотка залежить від виду страхування та деяких інших чинників.

СТРАХОВА КОМПАНІЯ (insurance company) – юридично оформлена одиниця підприємницької діяльності, яка має ліцензію на право здійснення страхової діяльності. В Україні більшість С. к. мають форму акціонерного товариства.

СТРАХОВА КОРПОРАЦІЯ (insurance corporation) – це юридична особа (страховик), засновниками та акціонерами якої можуть бути виключно страховики. С. к. створюється з метою концентрації капіталів страховиків – учасників корпорації, підвищення їх загальної ліквідності та платоспроможності, а також забезпечення координації та нагляду за їхньою діяльністю.

СТРАХОВА МЕДИЦИНА (insurance medicine) – форма медичного обслуговування населення з фінансуванням витрат на основі медичного страхування.

СТРАХОВА ПОДІЯ (insured event) – подія, передбачена договором страхування або чинним законодавством, з настанням якої виникає обов'язок страховика відшкодувати завдані цією подією збитки або виплатити страхове забезпечення страхувальникові (застрахованій особі, вигодонабувачеві).

СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ВНЕСОК, ПЛАТІЖ) (insurance premium) – плата страхувальника страховикові за те, що той зобов'язався відшкодувати страхувальникові у разі виникнення страхової події матеріальні збитки, завдані застрахованому майну, або виплатити страхову суму при настанні певних подій. С. п. сплачується одноразово до вступу в дію договору страхування або періодично в передбачені ним строки. Розмір С. п. залежить від страхового тарифу (брутто-ставки) і страхової суми, періоду страхування та іноді від деяких інших чинників.

СТРАХОВА ПРЕТЕНЗІЯ (insurance claim) – вимога страхувальника (вигодонабувача, іншої третьої особи) про відшкодування страховиком збитку, спричиненого випадком, що передбачає перелік страхових подій у договорі страхування.

СТРАХОВА СТАТИСТИКА (insurance statistics) – 1) систематизоване дослідження і узагальнення найбільш масових і типових страхових операцій на підставі статистичних методів опрацювання інформації, що характеризує страхову справу; 2) спеціальна таблиця показників провадження певного виду страхування або всього портфеля ризиків за конкретним полісом протягом обумовленого періоду часу; 3) збір і систематизація даних з майнового, особистого страхування та страхування відповідальності з метою нагромадження матеріалу, необхідного для прийняття своєчасних і обґрунтованих управлінських рішень.

СТРАХОВА СУМА (sum insured) – межа грошових зобов'язань страховика щодо компенсації завданих страховою подією збитків страхувальникові (застрахованому). С. с. за майновим страхуванням не повинна перевищувати вартості об'єкта. При добровільному страхуванні життя С. с. не обмежується.

СТРАХОВА СУМА РЕДУЦІЙОВАНА (reduced insurance sum) – страхова сума зі страхування життя, зменшена у зв'язку з достроковим припиненням сплати чергових страхових внесків.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ (benefit) – сума компенсації, що її виплачує страховик страхувальникові за збиток, спричинений застрахованому майну страховим випадком. Сума С. в. визначається трьома способами: 1) у разі відповідальності за першим ризиком збитки в межах страхової суми відшкодовуються повністю, а понад цю суму – не відшкодовуються; 2) пропорційною відповідальністю – розмір шкоди обчислюється пропорційно до вартості загиблого або пошкодженого майна до рівня застрахованого майна; 3) за граничною системою – у межах встановленого ліміту відшкодування.

СТРАХОВЕ ПОЛЕ (insurance capacity) – максимальна кількість об'єктів, які потенційно можна застрахувати на добровільних засадах. Щодо страхування майна юридичних осіб – це може бути кількість підприємств, які знаходяться в певному регіоні, а щодо особистого страхування – це кількість населення, яке має самостійні доходи.

СТРАХОВЕ ПРАВО (insurance law) – сукупність загальноприйнятих правил (норм) поведінки страхувальників, страховиків та їхніх посередників, визначених державою і закріплених у законах і підзаконних актах, які стосуються страхової діяльності.

СТРАХОВЕ СВІДОЦТВО (certificate of insurance) – посвідчення про страхування. Воно може бути тимчасовим до заміни його на страховий поліс, або видаватися на термін страхування і прирівнюватися до страхового договору.

СТРАХОВИЙ АГЕНТ (insurance agent) – довірена фізична або юридична особа, яка від імені і в межах наданих страховиком повноважень робить пропозиції страхувальникові щодо страхування ризиків, оформляє договори страхування (переважно з фізичними особами), інкасує страхову премію та виконує деякі інші операції з обслуговування договорів страхування. С. а. можуть здійснювати цю діяльність повний робочий день або працювати за сумісництвом. Іноді С. а. може виконувати посередницькі доручення кількох страховиків. С. а. отримує комісію залежно від виду страхування, кількості і суми підписаних договорів страхування.

СТРАХОВИЙ АКТ (insurance act) – документ, що складається за наслідками огляду застрахованого об'єкта, який постраждав від страхового випадку.

СТРАХОВИЙ АЛОНЖ (insurance rider) – 1) додаткові умови страхування; 2) аркуш паперу, прикріплений до страхового полісу і призначений для передавальних надписів.

СТРАХОВИЙ БРОКЕР (insurance broker) – юридична або фізична особа, котра, будучи зареєстрованою як суб'єкт підприємницької діяльності, має дозвіл Уповноваженого органу виступати посередником між страхувальником і страховиком. С. б. діє від свого імені і за дорученням страхувальників або страховиків. До його завдань входить пошук компанії, де можна було б розмістити ризик страхувальника на оптимальних умовах з огляду надійності страховика та розміру страхової премії. У разі страхового випадку С. б. надає допомогу страхувальникові в оформленні та отриманні відшкодування. С. б. залучається до розміщення ризиків, що передаються на перестрахування. Оплату за послуги С. б. здійснює страховик у вигляді комісії, яку С. б. має право вирахувати зі страхової премії, якщо останню було інкасовано С. б. Брокери-фізичні особи не мають права отримувати та перераховувати страхові платежі, здійснювати страхові виплати та виплати страхового відшкодування.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК (insured event) – стихійне лихо, нещасний випадок або настання іншої події, при якій виникає зобов'язання страховика сплатити страхувальникові (застрахованому, вигодонабувачеві) страхове відшкодування або страхову суму. Перелік С. в. передбачається правилами страхування, страховим договором або чинним законодавством.

СТРАХОВИЙ ВНЕСОК (ПРЕМІЯ, ПЛАТІЖ) (insurance premium) – сума, що її сплачує страхувальник страховикові за зобов'язання відшкодувати збитки, завдані застрахованому майну, або сплатити страхову суму в разі настання зумовлених подій у житті страхувальника (застрахованого). С. в. може сплачуватись одноразово (до вступу договору в дію) і в кілька строків, обумовлених договором страхування.

СТРАХОВИЙ ЗАХИСТ (insurance protection) – економічні, перерозподільні відносини, що складаються у процесі запобігання, подолання і відшкодування збитків, завданих конкретним об'єктам: матеріальним цінностям юридичних і фізичних осіб, життю і здоров'ю громадян тощо.

СТРАХОВИЙ ЗБИТОК (insurance loss) – термін має кілька значень, серед них: 1) втрата (шкода), заподіяна майновим інтересам страхувальника, що підлягає відшкодуванню страховиком; 2) факт настання страхового випадку (реалізації страхового ризику); 3) справа, що містить документи страховика з конкретного страхового випадку, які підтверджують обґрунтованість виплати.

СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС (insurable interest) – матеріальна зацікавленість у страхуванні об'єктів, до яких страхувальник має стосунок як власник, орендатор, перевізник тощо. Включає майно і все те, що може бути предметом заподіяння матеріального збитку (шкоди) страхувальникові або в зв'язку з чим може виникнути відповідальність страховика перед третіми особами.

СТРАХОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ (insurance management) – система управління у сфері страхової діяльності.

СТРАХОВИЙ НАГЛЯД (insurance control (supervision)) – контроль за діяльністю суб'єктів страхового бізнесу, що здійснюються спеціально уповноваженими на це державними органами.

СТРАХОВИЙ ПОРТФЕЛЬ (insurance portfolio) – 1) фактична кількість застрахованих об'єктів або кількість договорів страхування; 2) сукупна відповідальність страховика (перестраховика) за всіма діючими полісами.

СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ (insurance product) – це комплекс цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством. Страховий продукт має такі специфічні ознаки: 1) єдність, протистояння та залежність інтересів договірних сторін «страховик – страхувальник»; 2) фактор імовірності настання страхового випадку; 3) страхувальник до моменту купівлі страхового продукту точно не знає про його якісні характеристики і може взяти безпосередню участь у його створенні; 4) страховий продукт має певні часові межі, тобто страховий захист діє протягом певного проміжку часу; 5) попередня невизначеність страхового відшкодування – у розмірі та часі, або взагалі щодо факту настання; 6) специфіка взаємовідносин сторін – фінансових, правових, морально-етичних, нормою яких є принцип повної добропорядності.

СТРАХОВИЙ РИЗИК (risk) – термін, що відповідає кільком поняттям. Під Р. с. розуміють: 1) певну подію, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання. Р. с. – можливість загибелі або пошкодження майна від вогню, повені, землетрусу та іншого лиха. В особистому страхуванні Р. с. можуть бути – непрацездатність, смерть, дожиття до певного віку або іншої обумовленої події; 2) об'єкт страхування; 3) вид відповідальності страховика; 4) розподіл між страховиком і страхувальником шкоди, заподіяної страховим випадком.

СТРАХОВИЙ РИНОК (insurance market) – 1) економічний простір, в якому взаємодіють страхувальники (формують попит на страхові послуги), різноманітні за формами організації страхові компанії (страховики, які задовольняють попит на послуги), страхові посередники (агенти і брокери), а також організації страхової інфраструктури (об'єднання, асоціації страховиків, консалтингові фірми, навчальні центри); 2) сфера грошових відносин, де об'єктом купівлі-продажу є специфічний товар – страхова послуга, формується попит і пропозиція на неї; 3) форма взаємозв'язку між учасниками страхових правовідносин (страхувальники, страховики та їх посередники).

СТРАХОВИЙ ТАРИФ (insurance tariff) – ставка страхових платежів з одиниці страхової суми за певний період. Страховий тариф складається з нетто-ставки і навантаження. Їх сума дорівнює брутто-ставці.

СТРАХОВИЙ ФОНД (insurance fund) – сукупність натуральних запасів і фінансових резервів суспільства, призначена для попередження, локалізації і відшкодування збитків, завданих стихійними лихами, нещасними випадками та іншими надзвичайними подіями.

СТРАХОВИК (insurer) – організація, що за певну плату приймає на себе зобов'язання відшкодувати страхувальникові або особам, яких він зазначив, шкоду завдану страховою подією.

СТРАХОВІ ОПЕРАЦІЇ (insurance operations) – сукупність видів діяльності страховика, безпосередньо пов'язаних зі здійсненням обов'язкового і добровільного страхування юридичних і фізичних осіб. До С. о. відносяться: оцінювання майна та інших об'єктів, що підлягають страхуванню, обчислення страхових платежів, укладання договорів страхування, інкасація внесків і виконання безготівкових розрахунків, ведення рахунків страхувальників, складання страхових актів тощо.

СТРАХОВІ РЕЗЕРВИ (insurance reserve) – система фондів страховика, що утворюються залежно від видів страхування з метою гарантії майбутніх страхових відшкодувань і виплат страхових сум. С. р. визначаються по-різному з видів страхування інших ніж страхування життя і зі страхування життя. У першому випадку формуються: резерв незароблених премій, резерв заявлених, але не виплачених збитків, резерв збитків, які виникли, але не заявлені, резерв катастроф, резерв коливань збитковості, а у страхуванні життя – математичні резерви. Тимчасово вільні кошти С. р. інвестуються в цінні папери, нерухомість, розміщуються на депозитних рахунках у банках тощо, що дає можливість страховим компаніям отримувати додаткові доходи. С. р. утворюються в тих валютах, в яких страховики несуть відповідальність за страховими зобов'язаннями.

СТРАХОВІ ТАРИФИ (insurance tariff) – ставки страхових платежів з одиниці страхової суми або об'єкта страхування за певний період. С. т. складається з нетто-ставки і навантаження. Їх сума дорівнює брутто-ставці. С. т. з обов'язкових видів страхування затверджуються державою, добровільних – визначаються страховиками.

СТРАХОВІ ФОНДИ (insurance fund) – 1) див. Страховий фонд; 2) органи, які здійснюють керівництво та управління окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, збирають та акумулюють страхові внески, контролюють використання коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та здійснюють інші функції згідно із затвердженими статутами (положеннями).

СТРАХУВАЛЬНИК (insured) – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала договір на страхування (або є С. згідно з чинним законодавством), сплатила належні внески і має право в разі настання страхового випадку отримати відшкодування в межах застрахованої відповідальності або страхової суми, обумовленої в полісі.

СТРАХУВАННЯ (insurance) – це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення цих фондів. (У ред. ст. 1 Закону України «Про страхування» (1996 р.)).

СТРАХУВАННЯ ВАНТАЖІВ (cargo insurance) – один з видів майнового страхування, який може здійснюватися в різних варіантах, зокрема: з відповідальністю за всі ризики чи з відповідальністю за часткову аварію без відповідальності за пошкодження, крім випадків катастрофи або аварії. При будь-якому варіанті не підлягають страхуванню ризики, збитки з яких виникають внаслідок неакуратності або навмисних дій страхувальника.

СТРАХУВАННЯ ВІД БЕЗРОБІТТЯ (unemployment insurance) – поширений у країнах Заходу вид добровільного страхування відповідальності перед працівниками. С. в. б. здійснює роботодавець.

СТРАХУВАННЯ ВІД ВОГНЕВИХ РИЗИКІВ (fire insurance) – один з найбільш давніх і традиційних видів майнового страхування. У сучасній практиці С. в. в. забезпечує компенсацію в разі шкоди, завданої майну

вогнем, ударом блискавки, вибухом та іншими причинами, що призвели до пожежі. До обсягу відповідальності за додаткову плату можуть бути включені збитки, що виникли внаслідок землетрусу, бурі, граду та іншого стихійного лиха, пошкодження водопровідною водою тощо.

СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (accident insurance) – вид особистого страхування. Традиційно здійснюється з метою надання допомоги застрахованим особам у разі тимчасової та постійної непрацездатності. Страховим випадком є також смерть застрахованого. Тоді страхова сума виплачується вигодонабувачеві, якого зазначено в полісі, а при його відсутності – спадкоємцям за законом.

СТРАХУВАННЯ ВІД ПЕРЕРВИ ВИРОБНИЦТВА (business interruption insurance) – вид страхування, відповідно до умов якого страховик компенсує втрати в зв'язку із зупинкою виробничої діяльності страхувальника. Страховими подіями зі С. в. п. в. можуть бути комерційні фактори (зупинка виробництва у зв'язку з непостачанням матеріальних ресурсів, відсутністю коштів, зміною кон'юнктури ринку тощо), суспільно-політичні чинники (наприклад, воєнні дії, страйки), технічні несправності устаткування, пожежа, вибух, аварії, стихійні лиха, несприятливі кліматичні умови, розкрадання майна. Перелічені випадки входять в обсяг страхової відповідальності різних видів майнового страхування. Збитком від перерви виробництва вважається упущений виробничий прибуток, додаткові витрати зі скорочення розміру збитків і поточні витрати страхувальника. Час простою, протягом якого страховик несе відповідальність, коливається від 3 до 24 місяців. За страхову суму зі С. в. п. в. звичайно беруть суму прибутку від реалізації товарів і надання послуг страхувальником і витрат, які і далі відбуваються в разі призупинення процесу виробництва. Розмір втраченого прибутку обчислюється віднесенням нормативу прибутку до суми виручки, не отриманої через зупинку процесу виробництва. Поточні витрати на виробництво відшкодовуються лише в тому разі, якщо їх необхідно було здійснювати з огляду на правову чи економічну необхідність.

СТРАХУВАННЯ ВІД ПОЛОМКИ МАШИН (machinery breakdown insurance) – вид майнового страхування, який активно використовується в індустріально розвинутих країнах для захисту підприємців від небезпеки механічних поломок машин, які здебільшого входять до складу важливих технологічних ліній або є ключовими виробничими агрегатами.

СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (liability insurance) – галузь страхування, де об'єктом є відповідальність перед третіми особами в разі, якщо їм внаслідок діяльності або бездіяльності страхувальника буде завдано шкоди.

СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ РОБОТОДАВЦЯ (employer's liability insurance) – за договором С. в. р. страховики відшкодовують збитки страхувальникові в разі притягнення його до відповідальності за шкоду, завдану життю та здоров'ю працівника. Це можуть бути визнані страховими тілесні пошкодження, професійні захворювання. У разі смерті застрахованого виплата страхової суми здійснюється вигодонабувачеві або спадкоємцям за законом.

СТРАХУВАННЯ ВРОЖАЮ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КУЛЬТУР (crop insurance) – вид майнового страхування. Страхування здійснюється на випадок втрати врожаю сільськогосподарських культур внаслідок заморозку, граду, зливи, посухи, повені, пожежі та низки інших ризиків.

СТРАХУВАННЯ ДЕПОЗИТІВ (deposit insurance) – здійснюється банками з метою забезпечення вкладникам, насамперед фізичним особам, гарантії повернення вкладів у разі банкрутства банку.

СТРАХУВАННЯ ДІТЕЙ (child insurance) – страхувальниками виступають батьки або інші родичі дитини, а застрахованою – дитина до досягнення нею віку 16 років. Страхова сума виплачується застрахованому при дожитті до закінчення терміну страхування. За наслідки нещасного випадку із застрахованим під час дії договору С. д. виплати здійснюються страхувальникові.

СТРАХУВАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ОБЛАДНАННЯ (insurance of electron equipment) – становить інтерес для банків, телекомунікаційних компаній та інших організацій, що мають «електронні ризики», і здійснюється на випадок знищення, пошкодження або втрати обладнання. Нерідко страхувальник через пошкодження електронної техніки може нести ще більші збитки внаслідок втрати баз даних. Страхуванню витрат на відновлення баз даних відводять окремий поліс.

СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ (life insurance) – підгалузь особистого страхування, в якій об'єктом страхування є життя застрахованого. Договір на С. ж. укладається на термін не менш як 3 роки. Серед видів С. ж. переважає змішане страхування життя, при якому страховими випадками є такі несумісні події, як смерть застрахованого протягом дії договору або дожиття його до закінчення терміну договору, тимчасова або постійна втрата працездатності через нещасний випадок.

СТРАХУВАННЯ ЗАСОБІВ НАЗЕМНОГО ТРАНСПОРТУ (motor insurance) – страхування автокаско, об'єктами якого є вантажні, легкові, спеціальні автомобілі, мотоцикли та деякі інші транспортні засоби, що належать юридичним або фізичним особам. Страхування здійснюється за

тарифами, складеними з урахуванням типу транспортного засобу, його віку, вартості, характеру використання, стану зберігання. У С. з. н. з. беруться також до уваги стаж водія, випадки участі в ДТП, тривалість здійснення С. з. н. з. та деякі інші чинники. Головними ризиками є пошкодження, знищення, угін транспортного засобу. Застосовуються кілька варіантів С. з. н. з. Різниця між ними полягає здебільшого у визначенні страхової суми і наборі страхових подій.

СТРАХУВАННЯ КАРГО (cargo insurance) – страхування вартості вантажів на всіх видах транспорту без страхування самого транспортного засобу.

СТРАХУВАННЯ КАСКО (hull insurance) – страхування вартості засобів транспорту (суден, літаків, залізничних вагонів, автомобілів) без урахування вантажів, багажу, екіпажу та пасажирів.

СТРАХУВАННЯ КОНТЕЙНЕРІВ (containers' insurance) –зазвичай здійснюється на стандартних умовах, як правило, «від усіх ризиків».

СТРАХУВАННЯ КОСМІЧНИХ РИЗИКІВ (space risks insurance) – страхування майнових інтересів космічної діяльності у світовій практиці розпочато 1965 року. Воно охоплює космічні програми в цілому, розробку і запуск одного або серії супутників, проведення експериментів у космосі, життя і здоров'я космонавтів і наземного персоналу, втрату доходів, відповідальність перед третіми особами.

СТРАХУВАННЯ КРЕДИТІВ (credit insurance) – вид страхування, об'єктами якого можуть бути банківські позики (покупцеві і продавцеві), комерційні позики, зобов'язання та гарантії за кредитом, довгострокові інвестиції. С. к. має кілька варіантів, а саме: 1) страхування ризику непогашення кредиту. В цьому разі страхувальником виступає банк-позичальник, який страхує кредити, видані, як правило, усім клієнтам; 2) страхування ризику відповідальності за неповернення кредиту. Страхувальником є особа, котра отримує в банку кредит; 3) страхування ризику неплатежу, коли страхувальником є продавець або постачальник, який страхує від ризику неплатежу суму, що її покупець має сплатити згідно з контрактом за товари, поставлені в кредит. У зв'язку з активним переходом банків на кредитування під заставу матеріальних цінностей (підлягають страхуванню), посиленням контролю за роботою банків і страховиків інтенсивність безпосереднього С. к. різко зменшилась.

СТРАХУВАННЯ МАЙНА ГРОМАДЯН (personal lines insurance) – комплекс видів майнового страхування фізичних осіб. У вузькому

розумінні включає страхування будівель, домашніх тварин, домашнього майна і легкових транспортних засобів, приватних колекцій. Головні ризики – знищення, втрата або пошкодження майна внаслідок стихійного лиха, вогню, аварії водо- чи електроопалювальних систем, крадіжки.

СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ І ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ (whole life and disablement insurance) – вид особистого страхування. Може здійснюватися в обов'язковій формі для категорій працівників, визначених чинним законодавством, і в добровільній формі. До традиційних страхових випадків належать тимчасова або постійна втрата працездатності, смерть застрахованої особи.

СТРАХУВАННЯ ПЕНСІЙ (retirement pension insurance) – вид особистого страхування, за яким страхувальник бере на себе зобов'язання сплатити одноразово або в розстрочку протягом кількох років страхову премію, а натомість страховик зобов'язується періодично виплачувати страхувальникові (застрахованому) пенсію протягом обумовленого терміну або пожиттєво.

СТРАХУВАННЯ ПЕРСОНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (personal liability insurance) – охоплює фізичних осіб, які своїми діями можуть завдати шкоди здоров'ю або майну третіх осіб. Потреба в С. п. в. виникає в тих випадках, коли є ризик можливості висунення до винної сторони претензії матеріального характеру, або претензії, що випливає з чинного законодавства і договірних зобов'язань між сторонами.

СТРАХУВАННЯ ПОЛІТИЧНИХ РИЗИКІВ (political risks insurance) – вид страхування, який застосовується у світовій практиці для захисту насамперед від небезпеки, що пов'язана з подіями політичного характеру (конфіскація, націоналізація або експропріація власності, воєнні події, соціальні заворушення, обмеження конвертації національної валюти і заборона вивозу капіталу), які можуть завдати великих збитків майновим інтересам власників. С. п. р. користується попитом серед іноземних інвесторів.

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (professional liability insurance) – призначене для покриття збитків, завданих третім особам, внаслідок помилок і упущень таких посадових осіб, як адвокати, архітектори, аудитори, бухгалтери, нотаріуси тощо. С. п. в. поширюється на певний період часу, а не на конкретний випадок. Законом України «Про страхування» передбачено перелік професій, щодо яких С. п. в. є обов'язковим.

СТРАХУВАННЯ СУДЕН (hull and machinery insurance) – охоплює страхування корпусу судна (включаючи машини і обладнання), фрахту та деяких інших витрат, пов'язаних з ризиками плавання на морях, ріках та озерах. С. с. (каско) поширюється також на ризики у процесі будівництва та ремонту суден.

СТРАХУВАННЯ ТВАРИН (live stock insurance) – охоплює добровільні види майнового страхування вартості тварин на випадок знищення, загибелі або вимушеного забою: 1) у сільськогосподарських підприємствах, фермерських господарствах; 2) у домашньому господарстві громадян. Страхові випадки – стихійне лихо, інфекційні хвороби, пожежа тощо.

СТРАХУВАННЯ ТЕХНІЧНИХ РИЗИКІВ (technical risks insurance) – комплекс видів страхування, що включає страховий захист на випадок будівельно-монтажних ризиків, страхування машин від поломок, страхування електронного і пересувного обладнання, страхування інженерних споруд.

СТРАХУВАННЯ ТИТУЛУ (title insurance) – захист власника нерухомості від фінансових втрат на випадок виникнення претензій третіх осіб, не відомих страхувальникові на день придбання майна.

СТРАХУВАННЯ ТУРИСТІВ (travel insurance) – є обов'язковим і здійснюється суб'єктами туристичної діяльності на основі угод зі страховими компаніями, які мають ліцензію на таке страхування. С. т. передбачає покриття медичних витрат у разі нещасного випадку.

СТРАХУВАННЯ ФРАХТУ (freight insurance) – його може здійснювати судновласник або вантажовласник. Якщо інтерес в С. ф. має судновласник, він реалізує його одночасно зі страхуванням судна укладанням додаткової угоди до полісу страхування судна. Коли в С. ф. більше зацікавлений власник вантажу, то він оформляє це страхування в такому самому порядку, як і страхування вантажу.

СТРАХУВАННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (third party liability insurance) – страхування, при якому страховик бере на себе зобов'язання сплатити страхувальникові суми, пред'явлені йому відповідно з законом і в межах юридичної відповідальності страхувальника перед третіми особами. Найбільш поширеним є С. ц. в. власників транспортних засобів.

СТРАХУВАННЯ ЯДЕРНИХ РИЗИКІВ (nuclear risks insurance) – вид страхування, який передбачає відшкодування матеріальних збитків або

шкоди, завданої особі внаслідок радіоактивного впливу, зумовленого непередбаченими обставинами при добуванні, виробництві, зберіганні, транспортуванні і використанні радіоактивних речовин. У світовій практиці застрахованим вважається майно страхувальника і його відповідальність за можливу шкоду третім особам. З огляду на масштаби атомних ризиків велике значення в такому страхуванні має об'єднання зусиль страховиків. З цією метою створено Ядерний страховий пул України (ЯСПУ).

СУБРОГАЦІЯ (subrogation) – перехід до страховика на підставі відповідного акту права вимоги, яке страхувальник має щодо особи, винної у збитках. Це право поширюється на страховика лише на суму фактично виплаченого ним страхового відшкодування.

СУПЕРКОМІСІЯ (overrding commisson) – комісія, яку отримує цедент від перестраховика в доповнення до основної комісії за витрати з ведення договору перестрахування.

СЮРВЕЙЄР (surveyor) – експерт, інспектор, агент страховика, який оглядає судна, вантажі та інше майно, що приймається на страхування. На підставі висновку С. страховик розраховує тарифну ставку, приймає рішення про укладання договору страхування.

ТАБЛИЦЯ СМЕРТНОСТІ (mortality (life) table) – форма подання статистичних даних, в якій містяться розрахункові показники, що характеризують смертність населення в різному віці і дожиття при переході від однієї вікової групи до іншої. Т. с. складається в цілому за населенням і щодо чоловічої та жіночої статі. Використовується при проведенні актуарних розрахунків.

ТАНТЬЄМА (profit commission) – комісія з отриманого прибутку, яку перестраховик щорічно виплачує цеденту за наслідками проходження договорів перестрахування. Застереження про Т. є формою заохочення перестраховиком цеденту за надану участь у договорах перестрахування і обережне ведення справи.

ТЕНДЕРНЕ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ (tender clause) – вимога в полісах зі страхування суден, яка зобов'язує страхувальника негайно сповіщати страховикові про всі аварії судна, що можуть бути об'єктом подання претензій до страховика.

ТЕРМІН СТРАХУВАННЯ (insurance term) – період дії договору страхування. Звичайно починається не раніше від терміну сплати першого внеску страхової премії і закінчується з настанням страхового

випадку, за яким виплачена вся страхова сума, припинення дії договору через несплату чергових платежів або з інших причин, а також після закінчення визначеного договором терміну страхування.

ТЕХНІЧНІ РЕЗЕРВИ (technical reserves) – сукупність обчислених за видами страхування резервів (незароблених премій, заявлених, але не виплачених збитків, збитків, які виникли, але не заявлені, катастроф, коливань збитковості). Т. р. утворюються страховиками, які здійснюють види страхування, відмінні від страхування життя, з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування.

ТОВАРИСТВО ВЗАЄМНОГО СТРАХУВАННЯ (mutual insurance society) – форма організації страхування на основі створення страхових фондів шляхом пайової участі членів товариства. Страхувальникам належать усі активи товариства. У багатьох країнах Т. в. с. набули значного поширення в особистому страхуванні, страхуванні врожаю сільськогосподарських культур та інших видах.

ТРАНСПОРТНЕ СТРАХУВАННЯ (transport insurance) – узагальнене поняття при страхуванні всіх видів транспортних ризиків. Т. с. можуть бути охоплені як самі транспортні засоби (див. Страхування каско), страхування вантажів (див. Страхування карго), а також відповідальності перевізника перед третіми особами, у тому числі й пасажирами.

ТРАНСФЕР РИЗИКУ (transfer) – у страхуванні – переведення, перекладання наслідків ризику на когось шляхом укладання договору страхування, перестрахування або ретроцесії.

ТРЕТЯ СТОРОНА (third party) – особа, що не є страховиком або страхувальником за конкретним договором (полісом).

У

УПОВНОВАЖЕНИЙ ОРГАН (authorized body) – центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю (на сьогодні – НБУ). Основними функціями У. о. є ведення єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) та реєстру страхових брокерів, видача ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності та відповідних свідоцтв страховим брокерам, проведення перевірок страховиків і брокерів на предмет дотримання страхового законодавства, здійснення контролю за платоспроможністю страховиків відповідно до взятих зобов'язань, забезпечення дослідницько-методологічної роботи з питань страхування, встановлення правил формування, обліку і розміщення страхових резервів та показників звітності, участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування.

ФАКУЛЬТАТИВНЕ ПЕРЕСТРАХУВАННЯ (facultative reinsurance) – метод перестрахування, при якому страховик не несе ніякої відповідальності перед перестраховиком за передання ризиків у перестрахування. Питання про те, чи передавати ризик у перестрахування і в якому обсязі, вирішує цедент. У свою чергу, перестраховик не має обов'язків перед страховиком щодо прийняття ризиків на свою відповідальність. Головний недолік Ф. п. – відсутність у страховика впевненості в розміщенні ризику у перестрахування, великі витрати часу на оформлення Ф. п.

ФАКУЛЬТАТИВНИЙ ДОГОВІР (facultative treaty) – договір перестрахування конкретного ризику, укладений на добровільних засадах.

ФАКУЛЬТАТИВНО-ОБЛІГАТОРНИЙ ДОГОВІР (facultative obligatory treaty) – форма договору перестрахування, згідно з яким цедент не має права вибору щодо того, передавати ризик у перестрахування чи ні. Так само і перестраховик не має права відмовити у перестрахуванні того чи іншого запропонованого ризику.

ФІЗИЧНИЙ ЗНОС ТРАНСПОРТНОГО ЗАСОБУ (ЙОГО СКЛАДОВИХ) (physical deterioration of a vehicle) – втрата вартості транспортного засобу (його складових), яка зумовлена частковою або повною втратою первісних технічних та технологічних якостей транспортного засобу (його складових) порівняно з вартістю нового подібного транспортного засобу (його складових).

ФІКСОВАНА КОМІСІЯ (fixed commission) – заздалегідь визначений розмір комісії, що не може переглядатись протягом періоду страхування.

ФІЛІЯ СТРАХОВИКА (branch of the insurer) – відокремлений підрозділ страховика, який не є юридичною особою, може мати власну назву, яка повинна використовуватися згідно з Положенням про філію, має відокремлений баланс та здійснює страхову діяльність з видів, на які страховик одержав ліцензії і право на проведення яких було надане філії загальними зборами учасників страховика.

ФІНАНСОВИЙ РИНОК (financial market) – ринок кредитів і фондових цінностей, в тому числі акцій, облігацій та інших цінних паперів. Складовою частиною Ф. р. є страховий ринок.

ФОБ (Free on Board – FOB) – умова угоди, що застосовується в морській торгівлі. Відповідно до неї покупець зобов'язаний застрахувати вантаж і сплатити вартість перевезення. На продавця покладається своєчасне

повідомлення необхідних для страхування даних. У противному разі вантаж залишається на утриманні продавця.

ФОНД СТРАХОВИХ ГАРАНТІЙ (insurance guaranty fund) – може бути створений страховиками з метою додаткового забезпечення страхових зобов'язань. Ф. с. г. – юридична особа. Джерелами утворення Ф. с. г. є добровільні відрахування від страхових платежів, а також доходи від розміщення цих коштів. Розмір відрахувань до Ф. с. г. і порядок використання коштів Фонду встановлюється страховиками, які беруть участь у ньому.

ФОРМИ СТРАХУВАННЯ (forms of insurance) – страхування може бути обов'язковим і добровільним. Обов'язкове страхування запроваджується або скасовується законами України. Із загального обсягу страхування понад 3/4 становить добровільне страхування. Воно здійснюється на підставі договору між страховиком і страхувальником. Умови і порядок проведення добровільного страхування визначаються правилами страхування, що опрацьовуються страховиком і реєструються в Уповноваженому органі.

ФОРС-МАЖОР (force majeure) – 1) події, надзвичайні ситуації, які не можуть бути передбачені, попереджені або усунені якими-небудь заходами; 2) обумовлені правилами страхування надзвичайні обставини, на випадок яких страховик звільняється від виконання зобов'язань за договором страхування. Більшість страховиків відносять сюди випадки, що зумовлені воєнними діями, ембарго, міжнародними санкціями, валютними обмеженнями, страйками, запровадженням надзвичайного стану, радіоактивними викидами, дії держави, які унеможливлюють виконання сторонами страхового договору своїх зобов'язань.

ФРАНЧАЙЗИНГ (franchising) – змішана форма великого і малого підприємництва, за якої великі компанії укладають договори з малими фірмами (нерідко «дочірніми») на право здійснення діяльності від імені франчайзера на умовах, визначених останнім. Така форма ведення бізнесу можлива і у страхуванні.

ФРАНШИЗА (deductible, franchise) – передбачена договором частина збитків, що в разі настання страхової події не відшкодовується страховиком. Розрізняють умовну і безумовну Ф. Умовна Ф. засвідчує право звільнення страховика від відповідальності за шкоду, якщо її розмір не перевищує розміру Ф., і збиток підлягає відшкодуванню повністю, якщо його розмір перевищує Ф. Безумовна Ф. свідчить, що відповідальність страховика визначається розміром збитку за мінусом Ф.

ФРАХТ (freight) – плата власникові транспортного засобу за перевезення вантажів та пасажирів на будь-яких шляхах сполучення. Особливо часто термін застосовується на морському і річковому транспорті. Інколи під Ф. розуміють вантаж, включаючи витрати на його навантаження, розвантаження. Розмір Ф. визначається на підставі тарифів або обумовлюється в договорі.

ФРОНТИНГОВА КОМПАНІЯ (fronting company) – страховик, що видає на прохання другої компанії поліс від свого імені за умови, що 100% прийнятої відповідальності буде перестраховано у другій компанії. В цьому разі Ф. к. залишає за собою юридичну відповідальність перед страхувальником. Ф. к. має право на отримання комісійної винагороди за фронтингування.

ФУНКЦІЇ СТРАХУВАННЯ (functions of insurance) – прояв сутності страхування в дії. Страхування виконує такі функції: ризиковану, створення і використання страхових резервів, заощадження коштів, превентивну.

Ф'ЮЧЕРСНИЙ КОНТРАКТ (futures contract) – стандартний документ, який засвідчує зобов'язання придбати цінні папери, товари або кошти у визначений час та на визначених умовах у майбутньому, із фіксацією цін на момент виконання зобов'язань сторонами контракту.

ХЕДЖУВАННЯ (hedging) – термін, що використовується у банківській, біржовій та комерційній практиці для позначення різних методів страхування ризику від втрат, зумовлених несприятливими для продавців або покупців змін ринкових цін на товари порівняно з тими, що бралися до уваги під час укладення договору.

ХОЛДИНГ (holding company) – корпорація, страхова компанія, яка управляє і спрямовує діяльність інших підприємств шляхом придбання контрольних пакетів акцій, зокрема страхових компаній.

ЦЕДЕНТ (ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНИК) (cedent) – страховик, що передає за плату частину прийнятого за договором зі страхувальником ризику на перестрахування іншому страховикові або професійному перестраховикові.

ЦЕНТРАЛІЗОВАНІ СТРАХОВІ РЕЗЕРВНІ ФОНДИ (centralized insurance reserves) – створюються страховиками для забезпечення виконання окремих видів обов'язкового страхування. Положення про ці фонди затверджуються Уповноваженим органом. Джерелами Ц. с. р. ф. можуть бути відрахування від надходжень страхових премій, внески власних коштів страховика та доходи від розміщення коштів Ц. с. р. ф.

ЦЕСІОНЕР (cessionary) – особа, якій передається право власності. У страхуванні Ц. – страхова компанія, що приймає ризик у перестрахування.

ЦЕСІЯ (cession) – процес передання застрахованого ризику у перестрахування.

ЧАРТЕР (charter) – вид договору морського та авіаперевезення. Документ, що засвідчує наявність і зміст договору фрахтування між перевізником і фрахтувальником. Залежно від того, який ступінь ризику бере на себе фрахтувальник, застосовується одна з трьох груп фрахтових угод, кожна з яких оформляється відповідною формою Ч.: рейсовий Ч. фрахтування на час (тайм-чартер), димайз (бербоут)-чартер. Бербоут-чартер – договір фрахтування судна без екіпажу на умовах оренди. Витрати зі страхування несе судновласник.

ЧАСТКОВА ВТРАТА ФРАХТУ (partial loss of freight) – може мати місце в тих випадках, коли фрахт повністю або частково підлягає оплаті після прибуття вантажу в порт призначення. Ця частина фрахту підлягає страхуванню.

ЧАСТКОВИЙ ЗБИТОК (partial loss) – будь-який збиток у застрахованому майні, сума якого менша за страхову суму.

ЧАСТОТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (loss frequancy) – показник, що є елементом збитковості страхової суми. Ч. с. в. визначається відношенням кількості страхових випадків до кількості застрахованих об'єктів або договорів страхування в розрізі видів страхування.

ЧИСТИЙ КОНОСАМЕНТ (clean bill of lading) – коносамент, що не містить жодних застережень щодо вантажу і його упаковки. Це дуже важливо для забезпечення своєчасності здійснення розрахунків. Банки беруть до уваги лише Ч. к. Застереження щодо коносаменту свідчать про недобросовісність продавця. Нерідко з метою отримання Ч. к. вантажовідправник видає вантажоперевізнику гарантійний лист із зобов'язанням сплатити можливі претензії за свій рахунок.

ШЕДУЛА (schedule) – основний розділ полісу страхування повітряних суден. Ш. містить інформацію про учасників договору страхування, експлуатантів, вигодонабувачів, екіпажі і повітряні судна, що приймаються на страхування, страхові суми, франшизи, терміни страхування тощо. Іноді як Ш. може використовуватись складена за стандартною формою заява страхувальника.

ШКОДА (damage) – наслідок порушення прав, що охороняються законом, та інтересів суб'єктів цивільних правовідносин (держави, організацій або громадян). Ш. може бути майновою або моральною. Майнова Ш. – це наслідок правопорушень, що мають вартісну форму. Ш. моральна – це моральні та фізичні страждання, спричинені правопорушенням. Вона не може бути виражена у грошовій формі.

ШОМАЖ (shomage) – страхування втрати прибутку та інших фінансових втрат, зумовлених призупиненням виробництва внаслідок настання страхового випадку, наприклад повені, пожежі, осідання ґрунту.

ЮРИДИЧНІ ВИТРАТИ (leagale expenses) – витрати, що їх здійснює вантажовласник за згодою страховика в зв'язку з юридичними діями проти перевізника з приводу стягнення з нього збитку. Такі витрати підлягають відшкодуванню страховиком.

ЮРИСДИКЦІЯ (jurisdiction) – відправлення правосуддя, підсудність справи. Правильне визначення Ю. має особливе значення у страхуванні ризиків, що виникають у процесі зовнішньоекономічної діяльності. У полісах зі страхування суден, вантажів та інших об'єктів, де сторони страхових відносин належать до різних країн, має бути обумовлено, в якій країні підлягають розгляду судові суперечки, що випливають з договору страхування.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Аварійний комісар 455
Актуарій 64, 86, 178
Актуарні розрахунки 66, 67, 68, 88
Андерайтинг 88, 182
Асистанс 26, 32, 275, 276

Б

Бонус-малус 331
Брутто-ставка 73, 75
Брутто-ставка 460

В

Взаємне страхування 29
Вигодонабувач 17, 35, 36, 241, 246, 459, 467
Вид страхування 37
Викупна сума 254
Власне утримання 369

Д

Договір страхування 32, 74, 77, 78, 108, 184, 186, 190, 192, 194, 196, 258, 273, 288, 361, 367, 378, 458, 459, 469, 479, 484

Е

Ексцедент 374, 375

Є

Європротокол 337, 338

З

Зелена картка 7, 124, 125, 145, 316, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 339, 340, 341
Змішане страхування життя 470

К

Карго 58, 307, 504
Каско 58, 124, 140, 300, 301, 304, 366, 502, 504

Л

Ліміт відповідальності 341
Ліцензія 226, 227

М

Медичне страхування 26, 31, 37, 41, 46, 133, 237, 238, 239, 270, 271, 272, 273, 275, 277, 490
Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ) 144, 322

Н

Навантаження 74, 76, 77, 78, 79, 81, 115, 310, 311, 460, 479, 480, 489, 496, 497, 507
Національний банк україни 211, 214, 216, 221, 223, 315, 435, 447, 449, 478
Нетто-ставка 74, 76
Нетто-ставка 75, 460

О

Об’єднання страховиків 5, 89, 140
Облігаторне перестрахування 364
Особисте страхування 34, 41, 238, 264, 444

П

Пенсійне страхування 32, 138, 240, 490
Перестраховий брокер 104
Перестраховик 364, 365, 368, 369, 371, 373, 377, 466, 472, 480, 482, 485, 503, 505
Перестрахувальник 361, 363, 364, 370, 371, 466
Перестрахування 22, 33, 359, 363, 368, 450, 453
Платоспроможність страховика 403

Р

Регулятор 17, 132, 133, 141, 149, 150, 182, 216, 217, 219, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 393, 395, 404, 407, 408, 409, 411, 413, 417, 418, 419, 421, 423, 425, 426, 427

С

Співстрахування 4, 8, 24, 32, 141, 233, 378, 379, 381, 386, 389, 397, 472
Страхова виплата 490
Страхова послуга 90, 171

Страхова премія 111, 114, 345, 481, 489
Страхова сума 18, 22, 35, 36, 37, 46, 49, 78, 86, 111, 112, 190, 241, 247, 250, 258, 284, 287, 307, 371, 374, 466, 468, 475, 480, 483, 492, 498, 504
Страхове відшкодування 36, 37, 46, 48, 49, 73, 109, 287, 289, 295, 336, 344, 361, 363, 372, 455, 490, 494
Страховий агент 103, 108
Страховий брокер 104, 109
Страховий випадок 21, 37, 46, 70, 91, 246, 289, 299, 307, 361, 459, 472, 486
Страховий захист 9, 122, 143, 296, 352
Страховий збиток 301
Страховий поліс 19, 22, 253, 470, 493
Страховий портфель 22, 23, 63, 232, 374, 377, 419
Страховий продукт 91, 495
Страховий ризик 16, 242, 246, 363, 460
Страховий ринок 89, 123, 202, 429, 438, 453
Страховий тариф 5, 53, 73, 74, 287, 496
Страховик 16, 17, 35, 36, 37, 39, 45, 49, 51, 52, 62, 71, 73, 85, 101, 117, 149, 158, 168, 180, 181, 184, 185, 186, 195, 228, 241, 246, 250, 252, 257, 262, 274, 275, 294, 302, 303, 305, 318, 331, 339, 347, 351, 360, 361, 362, 363, 367, 372, 375, 378, 384, 392, 394, 395, 400, 406, 409, 410, 411, 414, 415, 416, 417, 418, 421, 458, 459, 463, 466, 472, 475, 477, 483, 486, 488, 490, 491, 493, 494, 495, 498, 501, 502, 503, 505, 506, 507
Страхові резерви 166, 428
Страхувальник 17, 19, 24, 34, 35, 36, 37, 41, 85, 90, 111, 115, 116, 184, 187, 189, 192, 194, 195, 196, 241, 245, 246, 247, 250, 251, 253, 254, 257, 259, 260, 273, 287, 288, 289, 290, 292, 294, 295, 302, 303, 304, 307, 317, 318, 349, 351, 361, 459, 460, 461, 462, 463,465, 466, 490, 494, 495, 499, 501, 503
Страхування від нещасних випадків 6, 30, 237, 258, 259

Страхування відповідальності 6, 498, 499
Страхування життя 24, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 37, 40, 41, 44, 45, 46, 47, 74, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 98, 119, 124, 126, 190, 192, 194, 195, 226, 227, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 259, 279, 391, 396, 399, 401, 406, 408, 409, 411, 412, 428, 430, 432, 433, 434, 436, 448, 450, 452, 460, 461, 465, 473, 474, 479, 485, 486, 492, 496, 499, 504
Страхування майна 6, 500

Т

Таблиця смертності 249
Тарифна політика страховика 5, 53, 73, 86, 87
Товариства взаємного страхування 29, 153

Ф

Факультативне перестрахування 364
Фінансова надійність страховика 7
Франшиза 21, 50

Ц

Цедент 362, 363, 367, 373, 374, 375, 461, 462, 466, 468, 480, 482, 485, 503, 505
Цесія 245

Навчальне видання

СИТНИК Наталія Степанівна,
СТАСИШИН Андрій Васильович**,**
ПОПОВИЧ Дарія Володимирівна

Страхування

Навчальний посібник

За загальною редакцією д-ра екон. наук, проф. *Н. С. Ситник*

Текст надруковано в авторській редакції

Комп'ютерне верстання *В. Ю. Ситник*

Формат 70х100/16.
Умовн. друк. арк. 41,27 Тираж 100 прим. Зам.

Видавець та виготовлювач:
Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів,79000.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи.
Серія ДК № 3059 від 13.12.2007 р.