

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

Б1.Б.22 Страхование

Специальность 38.05.01 Экономическая безопасность

Специализация «Экономико-правовое обеспечение экономической безопасности»

Форма обучения заочная

1. КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

1.1 Лекция № 1 (1 часа)

Тема: «Экономическая сущность и функции страхования»

1.1.1. Вопросы лекции:

1. Исторические этапы развития страховых отношений в России.
2. Основные понятия и термины, применяемые в страховании.
3. Сущность страхования.
4. Юридические основы страховых отношений.

1.1.2. Краткое содержание вопросов

1. Исторические этапы развития страховых отношений в России

Страхование как социально-экономический институт имеет интересную историю развития, берущую начало в глубокой древности, на этапе возникновения цивилизации и образования первых признаков государственности. Возникновению страхования предшествовали объективные предпосылки, которые и побудили людей вступать в определенные социально-экономические отношения, названные позже страхованием.

Таковыми предпосылками послужили происходившие в жизни людей опасные явления и события, причиняли им невосполнимые имущественные и физические потери. Другими словами, данные явления и события причиняли вред, разрушая материальные блага, созданные людьми, влияли на их личные неимущественные блага. Можно сформулировать объективные и субъективные факторы, ставшие причиной возникновения страхования: наличие опасностей, способных причинить имущественный либо иной материальный вред, наступление которых невозможно предотвратить (объективный фактор); появление у людей опасения за сохранность и сбережение материальных и личных нематериальных благ (субъективный фактор); необходимость, а также желание и стремление людей бороться доступными методами и способами с теми опасностями, которые вызывают у них известный страх и опасения от наступления вредоносных последствий (совмещение объективного и субъективного факторов).

В совокупности эти факторы стали предпосылками создания института страхования как социально-экономического способа борьбы с последствиями опасных явлений. Более того, указанная совокупность факторов является той исторически сложившейся моделью, которая в сущности своей не изменилась и в настоящее время способствует возникновению страховых отношений. Причем, пока будет существовать субъективный — человеческий — фактор, будет существовать и страхование. Другими словами, страхование будет сопровождать человечество столько, сколько будет существовать мысль о том, как выжить в сложных и опасных ситуациях.

Процесс формирования института страхования был достаточно сложным, состоял из нескольких стадий.

2. Основные понятия и термины, применяемые в страховании (слайды презентации).

Экономическими субъектами, т.е. лицами, охватываемыми страховыми сделками и отношениями, в России по закону являются:

- 1) страхователи;
- 2) страховщики (страховые организации);
- 3) страховые агенты и страховые брокеры;
- 4) застрахованные лица;
- 5) выгодоприобретатели (бенефициарии);
- 6) третьи лица
- 7) общества взаимного страхования
- 8) страховые актуарии
- 9) федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Страхователи - это дееспособные физические (граждане) и правоспособные

юридические (фирмы, организации, учреждения) лица, у которых возникает осознанная и обеспеченная деньгами потребность в страховой защите их имущества, имущественных и материальных интересов, а также личности (своей или третьих лиц) и гражданской ответственности перед третьими лицами. В этом качестве страхователи являются живыми носителями спроса на страховые услуги, их покупателями (Закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", ст. 5).

Страховщики - это только юридические лица, прошедшие государственную регистрацию и по специальной лицензии занимающиеся страхованием. Этой характеристике соответствуют страховые фирмы, способные производить услуги по страховой защите интересов физических или юридических лиц, связанных с их (или третьих лиц) имуществом, личностью, гражданской ответственностью, и предлагающие эти услуги за деньги на страховом рынке России (Закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", ст. 6).

Страховые агенты и страховые брокеры — в России это юридические или *физические* лица, способствующие заключению сделки между страхователями и страховщиками и представляющие их экономические интересы. Страховые агенты представляют интерес страховщика, страховые брокеры - страховщика и страхователя (Закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", ст. 8). В описанном качестве страховые агенты и страховые брокеры являются посредниками, работающими за комиссионное вознаграждение.

Застрахованный - это лицо, чье имущество, ответственность, жизнь, здоровье, трудоспособность, личные доходы кем-либо застрахованы. Таким лицом может стать сам страхователь или тот, в чью пользу страхователь заключил сделку (например, ребенок, застрахованный родителями, или работник, застрахованный предпринимателем).

Выгодоприобретатель - это любое лицо (физическое, юридическое), указанное страхователем в полисе в качестве получателя страховой выплаты в случае смерти страхователя.

Третье лицо обозначает два вида субъектов страхового рынка России: 1) это субъект (физическое или юридическое лицо), чьему имуществу, имущественным или материальным интересам, личности и/или моральным интересам нанесен ущерб или вред лицом (физическим, юридическим), застрахованным от гражданской ответственности; 2) это субъект, не застрахованный от ответственности, но виновный в нанесении ущерба или вреда застрахованному клиенту страховой фирмы. В этой ситуации страховщик после возмещения своему клиенту ущерба получает право по закону обратиться в суд с иском (в сумме возмещения) к виновнику ущерба, т.е. к третьему лицу.

На страховом рынке особую роль играют профессиональные оценщики страховых рисков (сюрвейеры и аджастеры).

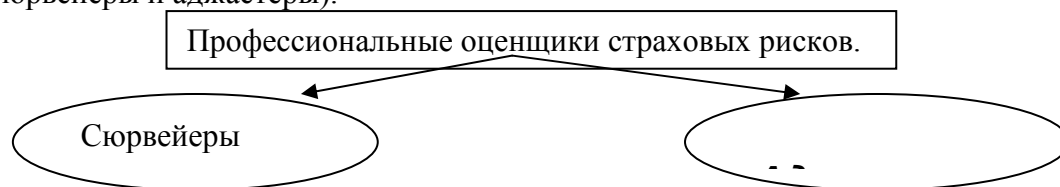


Рис. 1.1. Профессиональные оценщики страховых рисков.

Сюрвейеры оценивают риск возникновения страхового случая при заключении договора страхования, а аджастеры оценивают ущерб уже после возникновения страхового случая.

Каждый субъект страхового рынка России преследует свой интерес, т.е. является живым носителем специфического интереса. Страхователи, например, платят деньги (страховые взносы) страховщику, чтобы иметь возмещение ущерба, вреда которые могут быть нанесены их имуществу, личности или ответственности страховым случаем.

Интересы страховщика заключаются в том, чтобы не только защитить

застрахованные интересы клиентов, но и постоянно иметь от этого прибыль.

3. Сущность страхования(слайды презентации).

Прямое страхование (или страхование) организуется с учетом недостатков самострахования. При страховании резервы создаются профессионально специализированными в страховом деле предприятиями за счет страховых взносов (премии) страхователей. Взносы бывают взаимно согласованными по законам рынка либо фиксированными в силу закона страны. Из этих взносов страховщики по специальным правилам создают страховые резервы, за счет которых возмещают ущербы или вред, наносимые застрахованным объектам страховыми случаями.

При страховании защите подлежит не всякое опасное событие, а лишь такое, которое по условиям страхования или закону страны считается страховым случаем.

Страховым случаем является такое событие, при наступлении которого страховщик обязан либо по договору с клиентом, либо по закону страны выплатить клиенту страховое возмещение или обеспечение при условии, что клиент своевременно уплатил страховые взносы.

В отличие от самострахования страхование опирается на преимущества кооперирования страховых взносов клиентов. Это позволяет клиентам при малых затратах на взносы (скажем, от 0,01 до 15% от страховой суммы объекта) получить возмещение вреда или ущерба, превосходящее взносы в десятки, сотни, тысячи раз... Кроме того, страхователь может получить возмещение ущерба или вреда буквально на следующий день после заключения договора и уплаты взноса страховщику, если произошел в этот день оговоренный страховой случай.

Для уплаты взносов страховщику страхователи используют свои доходы - заработную плату, пенсию, ренту, прибыль, дивиденды и т.д. Это значит, что получить важнейший источник для создания страховых резервов страховщики могут только на фазе перераспределения общественного продукта.

Страхование является перераспределенным экономическим отношением, характеризующимся:

- случайностью и вероятностью страховых случаев;
- замкнутой солидарностью раскладки ущерба;
- временными и пространственными ограничениями раскладки ущерба;
- возвратностью страховых взносов их плательщикам.

Перераспределительность страхования заключается в том, что желающий застраховаться не сможет этого сделать пока не получит на фазе распределения свой доход. В долг, в кредит страховать никто не станет. И только получив свой доход, желающий застраховать что-либо идет на страховой рынок, т.е. вступает в экономическую фазу обмена или перераспределения общественного продукта.

Случайность и вероятность страховых случаев заключается в том, что страхователи не продадут услугу по защите от событий, о которых заранее известно: где и когда они произойдут, какие объекты повредят или уничтожат, какой и кому ущерб нанесут и т.п. Экономически страхование осуществимо, лишь когда оно опирается на случайность, на вероятностную возможность страхового случая..

Страховые случаи фактически возможны, статистически наблюдаемы и исчислимы, с одной стороны, и неизвестны по времени, месту, объектам и т.д. - с другой.

Замкнутая солидарность страхования заключается в том, что в формировании резервов страховой фирмы участвуют не все члены общества и юридические лица, а только страхователи. Страхователям известны условия страхования, и они согласны с тем, что при рисковом страховании не получают назад свои взносы и никакие страховые выплаты, если их застрахованные объекты не пострадают от страхового случая. Возмещение ущерба получают те страхователи, чьи застрахованные объекты пострадали от страхового случая.

Солидарность страхователей замыкается дважды: 1) первоначально только на тех, кто уплатил страховые взносы; 2) окончательно только на тех, кто пострадал от страховых

случаев.

Пространственные и временные ограничения страхования означают, что страховщик обеспечивает за деньги страховую защиту лишь в пределах той территории, на которой расположены застрахованные объекты, и лишь в течение того периода времени, который записан в договоре страхования.

Возвратность страхования означает, что основная часть страховых взносов (это нетто-взносы, которые остаются после вычета накладных расходов из брутто-взносов) не принадлежит страховщику. Резервы, созданные из нетто-взносов, в конечном счете, будут израсходованы на страховые выплаты по принципу замкнутой солидарности.

Общее и различие между страховой защитой и страхованием

В главном **общее** состоит в том, что страховая защита и страхование есть экономические отношения по поводу создания и использования специальных страховых резервов и фондов для предупреждения и возмещения убытков; **различие** - в том, что страховая защита охватывает два метода ее осуществления: самострахование и прямое страхование. Следовательно, логически и фактически страхование более узкое понятие, чем страховая защита; исторически страхование возникло позже, чем страховая защита, осуществлявшаяся методом самострахования.

4. Юридические основы страховых отношений (слайды презентации).

Для эффективного функционирования рыночного хозяйства его первичные предпринимательские звенья должны опираться на адекватную (т.е. рыночную) юридическую базу. Такой базой для рыночного хозяйства считается гражданское право, предметом которого являются имущественные отношения и связанные с ними неимущественные отношения, регулируемые гражданским законодательством страны.

Метод гражданско-правового регулирования этих отношений основан на принципах (Гражданский кодекс РФ, ст. 1):

- 1) юридического равенства всех участников гражданских правоотношений;
- 2) неприкосновенности собственности каждого субъекта;
- 3) свободы договора (автономия воли, волеизъявления участников гражданских правоотношений);
- 4) невмешательства в частные дела;
- 5) беспрепятственного осуществления гражданских прав;
- 6) восстановления нарушенных прав;
- 7) судебной защиты нарушенного права.

Из принципов гражданского права следует, что оно должно быть единым, общим для всех уровней рыночного хозяйства - от государственного до предпринимательского, в том числе индивидуального.

В РФ складывается трехступенчатая юридическая основа регулирования страхового дела:

- первая и высшая ступень — гражданское право;
- вторая ступень — специальное (отраслевое) законодательство;
- третья ступень - подзаконные нормативные документы министерств и ведомств.

Гражданский кодекс РФ (ГК РФ) является главным юридическим регулятором всего рыночного хозяйства, устанавливающим границы обязанностей, прав и полномочий субъектов этого хозяйства, т.е. рамковые условия (по западной терминологии). Предназначение первой ступени состоит в том, чтобы поставить всех субъектов различных отраслей рыночного хозяйства страны в одинаково равное положение. Так, общегражданское законодательство обеспечивает, например:

- 1) единообразное толкование прав и обязанностей для всех субъектов рыночного хозяйства по самым важным принципиальным проблемам предпринимательства;
- 2) одинаковое для предпринимателей всех отраслей экономики определение - предпринимательской коммерческой деятельности как преследующей в качестве основной цели производство и присвоение предпринимателями прибыли;

- организационно-правовых форм предпринимательской деятельности;
3) строгую обязательность государственного лицензирования особо важных видов производства материальных благ, услуг и т.д.

Специальные законы регулируют функционирование лишь одной отрасли экономики, например, страхования, сельского хозяйства, легкой промышленности и т.д.

К специальному законодательству согласно ГК РФ относятся также указы Президента и постановления Правительства РФ, имеющие отраслевое значение для страны и за ее пределами.

Особое место во второй ступени занимает Закон РФ "О страховании", принятый 27.11.92 г. и вступивший в силу с 12.01.93 г. Его особенность не в том, что такой закон впервые принят в нашей стране, а в том, что он имеет для страховой отрасли конституирующий статус, так как этот закон:

1) сразу после введения в действие стал базой для создания других специальных законов, указов Президента и постановлений Правительства, подзаконных актов по всем аспектам страхового дела;

2) обеспечил правовую защиту интересов всех субъектов страхового рынка;

3) дал трактовку содержания важнейших понятий страхового дела, важных для национального страхового рынка и его интеграции с международным страховым рынком. При этом Закон определил специфику договора страхования в отличие от договоров в других сферах предпринимательства;

4) определил компетенцию органа по государственному регулированию страхового рынка РФ и т.д.

С 1 января 1998 г. этот Закон переименован в Закон Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации". Новый Закон вносит в организацию страхового дела ряд изменений.

Заметим, что если общегражданское законодательство обычно определяет генеральные принципы, регламентирующие, например, содержание, форму письменного обеспечения сделок во всех сферах бизнеса в виде договоров, соглашений, контрактов и т.д., то специальное страховое законодательство трансформирует эти генеральные принципы и другие положения ГК РФ на специфический язык страховой отрасли, который исторически возник и сложился в ней и который значительно отличается от языка всех других отраслей экономики.

Третья ступень представлена постановлениями, распоряжениями, рекомендациями, правилами, инструкциями и т.п. документами, разрабатываемыми министерствами и ведомствами. Их роль — разъяснить подробно и понятно порядок использования отдельных положений актов первых двух ступеней.

Через третью ступень акты первой и второй ступеней переводятся страховщиками на уровень хозяйственного механизма, т.е. на уровень рабочих документов, непосредственно обеспечивающих страховые сделки и экономические отношения, вытекающие из них.

Каждый страховщик (страховая фирма) на основе гражданско-правовых (юридических) актов получает, в частности,

1) строго определенный круг обязанностей и прав;

2) полномочия по трансформированию этих обязанностей и прав применительно к особенностям своей деятельности в такие рабочие документы, как:

- общие условия и правила страхования;

- заявление на страхование;

- договор страхования;

- страховой полис (сертификат, свидетельство);

- страховой акт и др.

Общие условия и традиция страхования - обычно два отдельных документа, но в настоящее время чаще всего страховщики пользуются только правилами страхования. Если у страховщика имеются оба названных документа, то правила страхования отличаются тем,

что они конкретизируют общие условия страхования, а также содержат *ограничения* (оговорки, исключения) по важнейшим условиям страховой сделки:

- субъектам страхования,
- объектам страхования,
- объему страховой ответственности и др.

Страховщики сами разрабатывают общие условия и правила страхования. Внутри страховой фирмы это — главные документы, поэтому при лицензировании какого-либо вида страхования страховщик обязан предъявить в пакете документов правила по данному виду для утверждения их в Госстрахнадзоре.

Компетентные страховые органы публикуют типовые правила страхования. Страхователь перед подписанием договора страхования должен в своих интересах хорошо познакомиться с этими документами, так как именно в них содержится описание страховой услуги, которую он собирается купить.

1.2 Лекция № 2 (1 часа)

Тема: «Основы построения страховых тарифов»

1.2.1 Вопросы лекции:

1. Страховой тариф и структура тарифной ставки
2. Актуарные расчеты: понятие, виды, решаемые задачи
3. Принципы тарифной политики в страховании
4. Структура расходов страховщика на ведение страхового дела
5. Страховая премия, ее сущность и виды.
6. Основы построения тарифов по страхованию жизни. Таблица смертности.

1.2.2. Краткое содержание вопросов

1. Страховой тариф и структура тарифной ставки

Основы построения страховых тарифов. Особенности тарифной политики страховщиков в условиях конкуренции. Вероятность наступления страхового случая и определение объема ожидаемых страховых выплат. Актуарные расчеты. Страховой взнос и страховой тариф. Общие принципы расчета нетто- и брутто-ставок. Сущность и задачи актуарных расчетов. Показатели страховой статистики.

Структура страхового тарифа: нетто-премия, нагрузка. Особенности калькуляции нетто-премии на основе показателей страховой статистики. Страховая (рисковая) надбавка, принципы ее расчета на основе показателей стандартного отклонения и коэффициента вариации.

Расчет нетто-ставки страхового тарифа на основе динамического ряда показателей убыточности страховой суммы.

Калькуляция нагрузки. Классификация расходов страховой компании. Прибыль в структуре страхового тарифа. Факторы, влияющие на прибыль страховой компании, и возможность их учета в калькуляции премии.



2. Актуарные расчеты: понятие, виды, решаемые задачи

Задачи актуарных расчетов

1. Исчисление математической вероятности наступления страхового случая, определение частоты и степени тяжести последствий причинения ущерба как в отдельных рискованных группах, так и в целом по страховой совокупности
2. Исследование и группировка рисков в рамках страховой совокупности, т.е. выполнение требований научной классификации рисков;
3. Математическое обоснование необходимых резервных фондов страховщика, обоснование конкретных методов и источников их формирования.



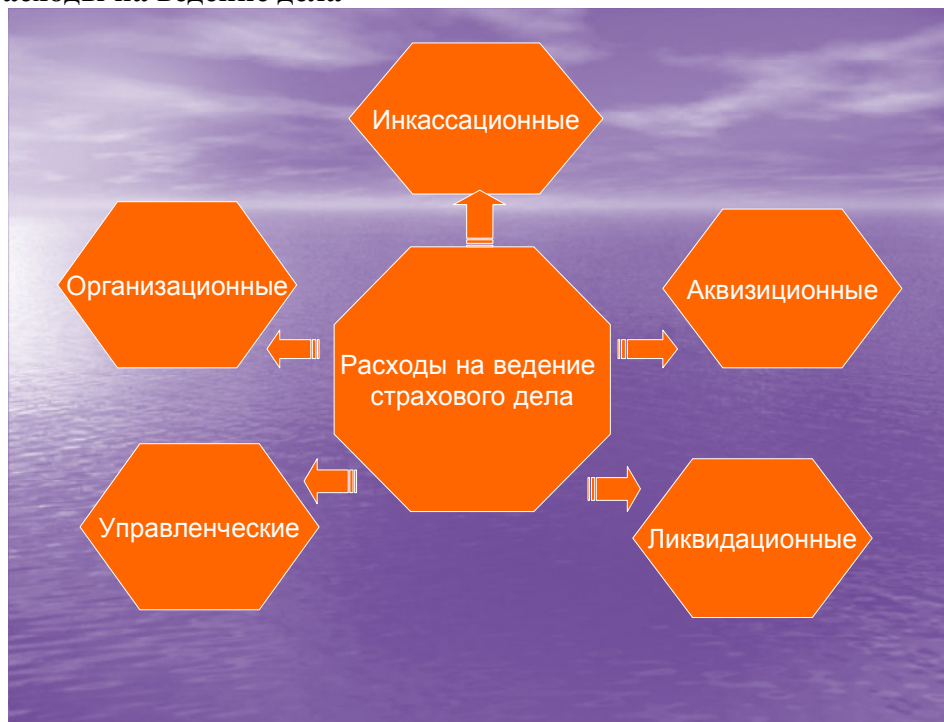
3. Принципы тарифной политики в страховании

Принципы тарифной политики в страховании

- Принцип эквивалентности страховых отношений страхователя и страховщика;
- Принцип доступности страховых тарифов;

- Принцип стабильности размеров страховых тарифов;
- Принцип расширения объема страховой ответственности;
- Принцип обеспечения самоокупаемости и рентабельности страховых операций.

4 Расходы на ведение дела



5 Страховая премия, ее сущность и виды.

Страховая премия как плата за страхование. Определение размера страховой премии и методы ее уплаты. Факторы

Понятие, состав и структура страхового тарифа.

Методы исчисления страхового тарифа.

Особенности расчета тарифа в страховании жизни.

Тарифная политика страховой компании — основа окупаемости и устойчивости страховых операций.

Страховой тариф и страховая премия. Страховая премия как цена страхового продукта.

Факторы, влияющие на величину страховой премии.

6 Основы построения тарифов по страхованию жизни. Таблица смертности.

Страховщиками, согласно правилам, могут быть только юридические лица, зарегистрированные по закону и имеющие лицензию Федеральной службы по финансовым рынкам на проведение такого страхования.

Страхователями, согласно правилам, могут быть:

- дееспособные граждане (физические лица) в возрасте от 18 до 75 лет ;
- правоспособные юридические лица - предприятия всех организационно-правовых форм и всех форм собственности;
- иностранные граждане и лица без гражданства, если они постоянно проживают на территории РФ.

Застрахованными лицами могут быть сами страхователи и члены их семей, работники предприятий, организаций, учреждений и члены их семей.

Выгодоприобретателями могут быть физические и юридические лица, указанные страхователем или застрахованными в полисе, либо в соответствии с законодательством о наследовании.

Исключаются из числа субъектов смешанного страхования жизни:

- неработающие инвалиды I группы,

- больные онкологическими заболеваниями.

Объектами смешанного страхования жизни являются имущественные интересы застрахованных, связанные:

- с дожитием ими до окончания срока страхования,
- с временным или постоянным снижением их доходов и/или дополнительными расходами из-за утраты трудоспособности в результате несчастного случая, из-за смерти от любой причины.

По некоторым правилам предметом смешанного страхования жизни являются страховые риски как **предполагаемые** события, на случай которых проводится страхование, такие как:

- дожитие застрахованным до окончания срока страхования;
- потеря им трудоспособности (временно или постоянно) от несчастного случая;
- смерть застрахованного от любой причины.

Страховая ответственность связана со страховыми случаями и причинами, их вызывающими, а объем страховой ответственности есть та совокупность страховых случаев и их причин, которая записана в правилах смешанного страхования жизни и договорах, заключенных на основе этих правил.

Страховой случай это совершившееся событие (совершившийся страховой риск), на предмет которого проводилось страхование и с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю, наследникам.

В смешанном страховании жизни страховыми случаями являются страховые риски, записанные в правилах и фактически происшедшие в период действия договора страхования, а именно:

- дожитие до окончания срока страхования;
- временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая;
- постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая;
- смерть по любой причине.

Условия превращения страховых рисков в страховые случаи регулируются правилами.

Дожитие до конца срока страхования становится страховым случаем, если: окончился срок страхования, указанный в полисе, и договор страхования на последний день его действия оплачен страховыми взносами полностью.

Только в этом случае наступает страховая ответственность страховщика.

Временная или постоянная потеря трудоспособности становится страховым случаем, если она произошла в результате несчастного случая. Страховая ответственность распространяется на несчастные случаи, которые могут произойти с застрахованным на производстве, в быту, включая происшествия на транспорте и при занятиях спортом.

В личном страховании под **несчастливым случаем** понимается:

- фактически происшедшее,
- кратковременное (не более нескольких часов),
- внезапное,
- непреднамеренное,
- непредвиденное

событие, в результате которого застрахованному нанесено телесное повреждение (травма).

Под **травмой** понимаются

- повреждения тела застрахованного,
 - болезнь (расстройство здоровья),
 - смерть,
- явившиеся результатом несчастного случая.

Следовательно, страховая ответственность страховщика по потере трудоспособности застрахованным наступает только при несчастных случаях, соответствующих приведенному определению из правил.

Если несчастный случай, вызвавший потерю трудоспособности, не характеризуется, например, кратковременностью, то он не считается страховым случаем и поэтому в объем страховой ответственности не войдет.

Концовка определения может иметь в правилах другую формулировку, например, "в результате которого наступает расстройство здоровья застрахованного или его смерть".

Обычно исключаются из объема страховой ответственности несчастные случаи происшедшие в результате:

- инфекционных заболеваний независимо от причин заражения и не считающиеся телесным повреждением (травмой);
- психических или тяжелых нервных расстройств;
- гипертонической болезни (инсульта) или эпилептических припадков, если застрахованный страдал ими в течение одного года до заключения договора страхования.

Исключаются из объема страховой ответственности все несчастные случаи, если события, им предшествовавшие, произошли непосредственно или косвенно в результате:

- а) форс-мажорных обстоятельств (всякого рода военных действий, гражданских волнений, забастовок и т.д.);
- б) совершения или попытки совершения застрахованным действий, по которым возбуждено уголовное дело;
- в) самоубийства застрахованного или попытки к нему;
- г) добровольного опьянения или потребления застрахованным наркотических либо токсических веществ.

Причины, перечисленные в пунктах б) - г), признаются действительными на основании решения суда, постановления прокуратуры и иных документов, доказывающих факт содеянного в установленном законодательством порядке.

Смерть застрахованного от любой причины согласно правилам признается страховым случаем и подлежит страховому обеспечению. Однако правила смешанного страхования отдельных страховщиков под это положение подводят различающиеся ограничения.

Есть правила, совершенно исключаящие из ответственности страховщика смерть застрахованного от самоубийства. Есть правила, исключаящие ответственность в случае смерти от самоубийства в течение шести месяцев со дня заключения договора страхования. Ответственность страховщика по таким правилам наступает начиная с седьмого месяца.

Ограничивается страховая ответственность, например, если смерть застрахованного произошла в течение шести месяцев со дня заключения договора страхования от заболеваний:

- сердечно-сосудистых;
- онкологических.

Полная страховая ответственность наступает в этом случае лишь с седьмого месяца.

В некоторых правилах могут быть другие ограничения. Например, страховая ответственность страховщика не наступает, если смерть застрахованного произошла до истечения 12 месяцев с начала срока страхования или 12 месяцев со дня возобновления договора страхования в результате заболеваний:

- сердечно-сосудистой системы (аневризмы сердца и сосудов, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз с явлениями недостаточности кровообращения, пороки сердца, гипертония);
- органического поражения центральной нервной системы;
- хронического нарушения мозгового кровообращения;
- хронического легочного заболевания, сопровождавшегося дыхательной недостаточностью;
- туберкулеза;
- злокачественного заболевания любой локализации;
- цирроза печени;
- диабета;
- неспецифического язвенного колита;
- психического заболевания;
- наркомании, алкогольного психоза (делирии) или их прямого влияния.

Чтобы эти заболевания исключили страховую ответственность, правилами оговаривается, что застрахованный в течение года, предшествовавшего заключению или возобновлению договора страхования, обращался за врачебной помощью или состоял на диспансерном учете по поводу этих заболеваний. Следовательно, если застрахованный не обращался по поводу этих заболеваний за врачебной помощью и не состоял в связи с ними на диспансерном учете, а заболел ими после заключения или возобновления договора страхования, то смерть, наступившая из-за этих заболеваний, является страховым случаем и подлежит страховому обеспечению.

Ограничения страховой ответственности в случаях самоубийства, покушения на него и заболеваний вводятся страховщиком для того, чтобы удержать этот страховой случай на тарифном уровне.

Некоторые правила исключают из страховой ответственности смерть застрахованного, наступившую в связи с ведением боевых действий. некоторые не исключают.

1.3 Лекция № 3 (1 часа)

Тема « Финансовые основы страховых отношений»

1.3.1 Вопросы лекции:

1. Структура финансовых ресурсов страховой компании.
2. Собственный капитал.
3. Страховые резервы, их виды
4. Потоки финансовых ресурсов и движение денежных средств страховой компании.
5. Платежеспособность и финансовая устойчивость страховой компании

1.3.2. Краткое содержание вопросов

1. Структура финансовых ресурсов страховой компании

Принцип аккумулирования и последующего распределения значительных денежных потоков предопределяет состав и структуру капитала страховой компании, выделяя в качестве его основной и ведущей части *финансовые ресурсы*. **Финансовые ресурсы** страховой компании представляют собой по сути привлеченный капитал, который некоторое время составляет совокупность временно свободных средств страховщика. Кругооборот средств страховой компании не ограничивается осуществлением страховых операций, он усложняется вовлеченностью их в инвестиционный процесс.

Таким образом, финансовые ресурсы страховой компании — это совокупность временно свободных средств страховщика, находящихся в хозяйственном обороте и используемых для проведения страховых операций и осуществления инвестиционной деятельности.

Структура финансовых ресурсов страховой компании имеет следующий вид:

Финансовые ресурсы страховой компании	
Собственный капитал	Привлеченный капитал
Уставный капитал	Страховые резервы
Добавочный капитал	Кредит
Резервный капитал	Кредиторская задолженность
Нераспределенная прибыль	Перестраховочный кредит
Целевые поступления и финансирование	
Фонды накопления	
Фонды социальной сферы	

Таким образом, финансовые ресурсы страховой компании складываются из двух основных частей - собственного и привлеченного капитала, причем привлеченная часть капитала в значительной степени преобладает над собственным капиталом. Это обусловлено

отраслевой спецификой. Деятельность страховой компании основана на создании денежных фондов, источником которых являются средства страхователей, поступившие в форме страховых премий. Они не принадлежат страховщику. Эти средства лишь временно, на период действия договоров страхования, находятся в распоряжении страховой компании. В последующем они либо используются в виде выплаты страховой суммы, либо преобразовываются в доходную базу (при условии безубыточного прохождения договора), либо возвращаются страхователям в части, предусмотренной условиями договора. Эту часть капитала сложно назвать заемным капиталом, так в этом случае он должен в последующем быть возвращен в полном объеме. Возможность преобразования этих средств через некоторое время в доход страховщика обосновывает корректность определения «привлеченные средства», или "привлеченный капитал". Они временно могут быть использованы страховщиком, и только в качестве инвестиционного источника.

Главная и определяющая особенность организации страхового бизнеса - наличие специфических финансовых резервов, имеющих строго целевое назначение. Это обстоятельство отражает сугубо отраслевую специфику.

Страховая компания может использовать на расходы по ведению дела только ту часть собираемой по договорам страхования премии, которая образовалась за счет нагрузки. Основная же часть премии, а именно премия-нетто, предназначена строго на выплату страхового возмещения. Она обеспечивает исполнение основных договорных обязательств страховщика и используется только в случае необходимости при наступлении страхового события. До тех пор нетто-премия собирается и резервируется, образуя страховой фонд компании. По своему содержанию этот фонд представляет собой отложенные выплаты страховщика. Сформированный за счет привлеченных средств, он противостоит обязательствам по возмещению ущерба. Состав и структура элементов фонда определяются отраслевой направленностью страховой компании, т. е. зависят от того, какими видами страховой деятельности она занимается.

Структуру капитала, находящегося в распоряжении страховой компании, можно представить на примерной схеме баланса страховой компании:

Актив	Пассив	
<i>Вложения (имущество)</i>	КАПИТАЛ	<i>Собственный</i>
		<i>Привлеченный</i>

2 Собственный капитал

Величина собственного капитала имеет существенное значение на начальном этапе функционирования страховой компании при проведении страховых операций, поскольку у начинающей страховой компании, как правило, еще не сформирован адекватный страховой фонд, способный противостоять крупным ущербам. В этом случае страховщик может исполнить свои обязательства за счет собственного капитала, выполняющего функцию самострахования. Возможность утраты части собственного капитала для страховой компании означает предпринимательский риск (бизнес-риск страховщика), присущий данной отрасли.

Собственный капитал складывается из уставного капитала, добавочного капитала, резервного капитала и нераспределенной прибыли. К перечисленным элементам могут быть добавлены фонд социальной сферы и фонд накопления. Формирование собственного капитала осуществляется путем внесения взносов учредителей и последующего пополнения из прибыли от страховой деятельности, доходов от инвестирования средств, а также путем дополнительной эмиссии акций.

Уставный капитал страховой компании формируется из вкладов в денежной форме его участников –учредителей за счет индивидуального вноса (частная компания) либо за счет группового вложения членов акционерного общества.

В соответствии с требованиями бухгалтерской отчетности в структуре собственного капитала выделяют добавочный капитал. Источниками образования добавочного капитала являются:

- средства, полученные в результате переоценки объектов основных активов;
- эмиссионный доход от размещения акций;
- средства, безвозмездно переданные другими организациями.

Другой элемент собственного капитала – так называемый резервный (запасный) капитал (до недавнего времени – резервный фонд, в мировой практике часто носит название «резервы капитала»). Методика формирования резервного капитала страховой компании не имеет отраслевой специфики, а соответствует общим принципам организации хозяйственной деятельности предприятий. Резервный капитал не противостоит никаким финансовым обязательствам и служит дополнением к уставному капиталу. Он создается в соответствии с законодательством и учредительными документами. На его формирование используется часть прибыли до достижения им определенного размера (15% уставного капитала). Резервный капитал при определенных обстоятельствах может быть использован на покрытие производственных потерь и убытков, а также для погашения облигаций общества в случае отсутствия иных средств. Это резерв страховщика, который расходуется в случае недостаточности средств соответствующих фондов на внутрихозяйственные расчеты. Такая ситуация может сложиться в убыточные для страховой компании годы. Формирование и использование этого резерва основано на законодательстве об акционерных обществах.

Прибыль страховых организаций в разные годы неодинакова, и даже не всегда по окончании финансового года по результатам хозяйственной деятельности акционерное общество имеет положительный итог. В таких случаях, т. е. в убыточные для страховой компании годы, расходуются средства резервов капитала и резервов прибыли.

Таким образом, в структуре капитала страховой компании привлеченный капитал в значительной степени преобладает над основным капиталом. Особенность страховой деятельности проявляется в формировании специальных денежных фондов, именуемых страховыми резервами. Страховые резервы предназначены для пополнения обязательств страховщика.

3 Страховые резервы

Для реализации своей основной производственной функции - осуществления выплат при наступлении страховых случаев страховая компания должна располагать специальными денежными ресурсами. В соответствии с целевым назначением они обозначаются **страховыми резервами**. Формирование и использование страховых резервов составляют основную сторону деятельности страховой организации.

Основополагающий принцип страховой деятельности – эквивалентность взаимных обязательств страховщика и страхователей, т.е. достижение равенства между страховыми выплатами и поступающими страховыми премиями в части нетто-ставки, аккумулируемыми страховой организацией и предназначенными для исполнения договорных обязательств. С этой целью страховщик создает соответствующие денежные фонды. Размер этих фондов не может быть постоянным, поскольку объем ответственности страховщика по действующим договорам страхования весьма динамичен.

На практике величина страховых резервов показывает объем обязательств страховой компании на отчетную дату. Так как в основе расчета страховых резервов лежит оценка неисполненных обязательств страховщика, размер страховых резервов изменяется адекватно увеличению или уменьшению страховой ответственности

Страховые резервы могут увеличиваться лишь в той мере, в которой увеличиваются обязательства страховщика по договорам.

Страховые резервы являются частью финансовых ресурсов страховой компании, представляющей собой совокупность имеющих **целевой** характер фондов денежных средств, с помощью которых обеспечивается раскладка ущерба среди участников страхования.

Резервы страховых организаций, предназначенные для исполнения обязательств по договорам страхования, в соответствии с требованиями страхового законодательства России рассматриваются отдельно по страхованию жизни и по видам страхования иным, чем страхование жизни (рисковые виды). Разделение страховых резервов в страховании жизни и рисковых видах страхования вызвано различным содержанием страховой защиты, характером риска, **функциями, задачами** и, наконец, методологией расчета тарифов, а также желанием государства защитить интересы граждан от возможных неблагоприятных ситуаций в названных видах страхования.

4. Потоки финансовых ресурсов и движение денежных средств страховой компании

Финансовые ресурсы страховой компании постоянно находятся в движении и во временном аспекте представляют собой финансовые потоки. Поток финансовых ресурсов - это разность поступления и расходования финансовых ресурсов за определенный период времени, независимо от источников их образования.

В момент организации страховой компании первым и базисным элементом финансовых ресурсов страховой компании становится собственный капитал, который в процессе деятельности пополняется за счет различных источников прибыли, результатов инвестиционной деятельности, эмиссионного дохода. Собственный капитал страховой компании выполняет функцию финансовой гарантии исполнения обязательств по договорам страхования.

Проведение страховых операций предполагает аккумуляцию страховой премии, причем сбор взносов со всех участников страхового фонда сопровождается фактами исполнения обязательств страховщика по выплате страхового возмещения лишь некоторым из них. Из суммы собранных платежей (страховых взносов) осуществляется погашение расходов страховой компании на ведение дела, заложенных в структуре тарифа.

Приобретение перестраховочной защиты основано на выплате перестраховочной премии. Вместе с тем наблюдаются и обратные каналы движения денежных потоков: комиссионное вознаграждение за договор перестрахования и тантьема. В свою очередь у первичного страховщика формируется депо премий по перестрахованию (выставление депозитов) как форма гарантии исполнения обязательств перестраховщика. Причитающаяся премия по перестрахованию не перечисляется, а заносится на специальный счет у перестрахователя. Операция гарантирует перестраховщику определенные проценты, которые предусматриваются в договоре. Тем самым первичный страховщик приобретает дополнительные инвестиционные ресурсы и доход. Это очень специфическая сфера, и характер отношений по формированию депо премий зависит от формы и условий договора перестрахования, от ориентации участников этого договора.

Второй по значимости фактор формирования финансовых ресурсов страховой компании — инвестиционная деятельность. Механизм его действия общеизвестный и общепринятый: вложенные средства обеспечивают определенный доход.

Таким образом, кругооборот средств страховой компании представляет собой взаимодействие несколько относительно самостоятельных денежных потоков:

- аккумуляция страховых взносов и последующее их распределение среди ограниченного круга страхователей в форме страховых выплат;

- инвестирование временно свободных средств страховых резервов и получение инвестиционного дохода;

- использование собственного капитала в качестве инвестиционного источника и источника финансирования убытков и его пополнение за счет прибыли, эмиссионного дохода и **других** поступлений;

—перестрахование обуславливает движение средств в виде перестраховочной премии от первичного страховщика к перестраховщику и от перестраховщика к первичному страховщику в форме перестраховочной комиссии, тантьемы, финансирования доли ущерба по страховому событию.

Денежные средства поступают в компанию от собранных страховых взносов, доходов от инвестиций, продажи ценных бумаг и друг: активов за денежные средства, покупки обычных акций акционерам, Через них оплачиваются счета для покрытия расходов, оплаты убытков, обеспечения дивидендов либо страхователям, либо акционерам.

Движение денежных средств в страховой компании осуществляется, по крайней мере теоретически, в трех основных сферах.

1. Текущая страховая деятельность. Сюда включаются различные страховые взносы, убытки, доходы, расходы и другие потоки денежных средств, связанные с операциями страхования и другой деятельностью.

2. Инвестиционная деятельность. Сюда включается движение денежных средств, связанное с покупкой и продажей ценных бумаг, закладных под недвижимость, недвижимого имущества и других инвестиционных активов.

3. Финансовая деятельность. Сюда включается движение денежных средств, обслуживающих выпуск акций и выкуп ранее проданных акций, получение займов и погашение долгов, выплата дивидендов держателям акций.

Движение денежных средств в страховой компании осуществляется путем их поступления от источников на счета компании и использования средств со счетов в различных направлениях.

Источником денежных средств является любой вид деятельности, который обеспечивает фирме поступления денежных средств. К числу основных источников денежных средств страховой компании относятся:

- Сокращения в активах.
- Увеличения в резервах.
- Увеличения в других пассивах.
- Продажа акций
- Чистая прибыль (чистый доход)
- Кредитные корректировки излишка (остатка).

Использование денежных средств — это любое действие, вынуждающее фирму расходовать деньги в течение определенного периода времени. Основными направлениями использования денежных средств страховой компанией являются:

- Увеличение в активах.
- Сокращения в резервах убытков и расходов на урегулирование.
- Сокращение в резервах незаработанных страховых взносов.
- Сокращение в других пассивах.

Изменения в сальдо счетов капитала отражает движение денежных средств подобно изменениям в сальдо пассивов или резервов Например, капитал отражает обратную покупку проданных обычных акций, которая является использованием, или продажу акций, которая является источником.

5 Платежеспособность и финансовая устойчивость страховой компании

Анализ употребления понятия "платежеспособность страховой компании" показывает, что имеют место, по крайней мере, два различных смысла: способности (возможности) и ситуации (состояния). В первом своем качестве платежеспособность страховой компании определяется как способность покрывать все финансовые обязательства, оплачивать все иски и страховые пособия по различным полисам, выданным страховой компанией. Во втором качестве, платежеспособность страховой компании характеризует класс ситуаций, при которых она способна платить по обязательствам. Таким

образом, можно говорить о потенциальной и ситуационной трактовках понятия платежеспособности страховых компаний.

С точки зрения ситуационной трактовки, различают понятия технической и фактической платежеспособности страховых компаний, которые изложим в нашей трактовке.

Под технической платежеспособностью будем понимать ситуацию, при которой страховая компания владеет остатком (излишком) средств выше минимального уровня, который обеспечивает резервный запас финансовых ресурсов, необходимый для поддержания должного уровня страховой деятельности компании. Минимальный уровень определяется как некий уровень остатка (излишка), поддержание которого требуется органом страхового надзора. С формальной точки зрения, ситуация технической платежеспособности страховой компании имеет место, если выполняется условие: [Разрешенные активы - Пассивы] > Минимального остатка (излишка).

Техническая платежеспособность – это ситуация, при которой компания оказывается не в состоянии удовлетворить требования минимального остатка (излишка). Это не значит, что компания не способна покрыть свои будущие обязательства, как это будет иметь место в случае фактической неплатежеспособности или банкротства. Когда компания становится технически неплатежеспособной, контролирующие органы усиливают наблюдение за компанией и проводят соответствующую работу с тем, чтобы выправить ее пошатнувшееся финансовое положение. Задача органа надзора заключается в том, чтобы помочь восстановлению финансового здоровья компании до наступления состояния фактической неплатежеспособности.

Под фактической неплатежеспособностью будем понимать ситуацию, при которой страховая компания владеет остатком собственного капитала компании выше минимального уровня, поддержание которого требуется госстрахнадзором. С формальной точки зрения ситуация фактической неплатежеспособности страховой компании имеет место, если выполняется условие:

[Разрешенные активы - Пассивы] > Минимального уровня собственного капитала

Минимальный размер собственного (в том числе уставного) капитала, который определяется требованиями Федерального закона 5 организации страхового дела в Российской Федерации" (ст. 25) должен поддерживаться страховой компанией и зависит, в основном, от двух факторов:

1. Отрасли и вида страхования. Некоторые виды страховой деятельности являются более рискованными, чем остальные, и поэтому их осуществления нужен больший начальный капитал в качестве гарантийного взноса, обеспечивающего финансовую безопасность страхователей. Это сходно с требованиями, предъявляемыми к технической платежеспособности.

2. Организационной формы компании. Акционерная страховая компания находится во владении акционеров, то есть людей, которые покупают ее обычные акции. Компания взаимного страхования находится во владении страхователей, то есть людей, которые приобретают у компании право на страховое обеспечение. Страховые компании могут находиться во владении либо страхователей, либо акционеров. Форма собственности может влиять на требуемые минимальные размеры капитала.

Под финансовой устойчивостью страховых операций понимается постоянное балансирование или превышение доходов над расходами по страховому денежному фонду, формируемому из уплачиваемых страхователями страховых взносов (премий). Основой финансовой устойчивости страховщиков является наличие у них оплаченного уставного капитала, страховых резервов, а также система перестрахования.

Аккумуляция средств страхового фонда достигается прежде всего за счет роста числа страхователей и застрахованных объектов. Проблема обеспечения финансовой устойчивости может рассматриваться двояко: как определение системы вероятности дефицита средств в каком-либо году и как отношение доходов к расходам за истекший тарифный период. Степень дефицитности средств страховой компании во многом зависит от величины

страхового портфеля (первое условие). Для определения степени вероятности дефицитности средств используется коэффициент профессора Ф. В. Коньшина.

$$K = \sqrt{(1 - T_c) / (n * T_c)}$$

где T_c - средняя тарифная ставка по всему страховому портфелю;
 n - число застрахованных объектов.

Данный коэффициент можно применять в тех случаях, когда страховой портфель страховщика состоит из объектов с примерно одинаковыми страховыми суммами.

Чем меньшим будет значение K , тем меньше степень вариации объема совокупного страхового фонда, тем выше его финансовая устойчивость. На величину показателя K , как видно из формулы, не влияет размер страховой суммы застрахованных объектов (его значения нет в данной формуле).

Чем меньше коэффициент K , тем выше финансовая устойчивость страховщика. На величину показателя K , как видно из формулы, не влияет размер страховой суммы застрахованных объектов. Он полностью определяется размером тарифной ставки и числом застрахованных объектов (величиной страхового портфеля).

Однако следует иметь в виду, что коэффициент профессора Ф. В. Коньшина дает наиболее точные результаты тогда, когда страховой портфель страховщика состоит из объектов с примерно одинаковыми по стоимости рисками (т. е. без катастроф, землетрясений, гибели космических кораблей, самолетов и т. п.).

Следовательно, одним из условий обеспечения финансовой устойчивости страховых операций является задача выравнивания размеров страховых сумм, на которые застрахованы различные объекты или туристы. Эта задача в страховом деле решается в основном за счет передачи части видов страхования или их стоимости другим страховщикам в перестрахование, которое приобретает в последние годы все большее влияние в страховом деле.

Финансовая устойчивость страховых операций будет тем выше, чем больше будет коэффициент устойчивости страхового фонда (второе условие).

Важным фактором (третье условие), характеризующим финансовую устойчивость страховой организации, кроме солидного уставного капитала и немалых резервных фондов, является рентабельность страховых операций, которая выражается отношением балансовой (валовой) прибыли к доходной части.

Однако в силу непроизводственного характера деятельности страховых организаций доход в них не создается, а прибыль формируется за счет перераспределения средств страхователей, т. е. необходимого и прибавочного продукта, созданного в других производственных сферах. Поэтому более корректным будет определять рентабельность страховых операций как показатель уровня доходности, а именно как отношение общей суммы прибыли за определенный период к совокупной сумме платежей за тот же период.

Следует иметь в виду, что доходы от страховых платежей при добровольном страховании представляют собой цену от продажи страховых услуг. В то время как при государственном страховании цена продажи регламентировалась калькуляционной ценой; в условиях рыночной экономики калькуляционная цена и цена продажи могут не совпадать.

На следующей лекции будет рассматриваться проблема **«Актуальные вопросы страхования имущества»**. *Студентам предлагается подготовить мини-ролики фильмов с показом страховых случаев с имуществом (гибель или повреждение автотранспортного средства, утрата имущества в результате пожара, гибель сельхозугодий и т.п.)*

1.4 Лекция № 4 (1 час)

Тема «Характеристика основных подотраслей и видов личного страхования»

1.4.1 Вопросы лекции:

1. Характеристика и классификация личного страхования.
2. Добровольное медицинское страхование.
3. Страхование от несчастных случаев.

1.4.2. Краткое содержание вопросов

1. Характеристика и классификация личного страхования.

Личное страхование является одним из способов защиты и возмещения убытков, связанных с причинением вреда жизни и здоровью человека. Объектами личного страхования согласно ст. 4 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ» могут быть имущественные интересы, связанные:

- 1) с дожитием граждан до определенного возраста или срока, смертью, наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни);
- 2) с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование).

Договоры личного страхования могут иметь как накопительный (сберегательный) характер (пенсионное страхование), так и рисковый (страхование от несчастных случаев), а также одновременно сочетать их, например, в случае добровольного медицинского страхования.

Договор личного страхования является публичным договором.

При заключении договора личного страхования страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

Условия личного страхования имеют ряд особенностей. Здесь страховые суммы не представляют собой стоимость нанесенных материальных убытков или ущерба. А определяются в соответствии с пожеланиями страхователя исходя из его материальных возможностей. Величины страховых сумм при этом устанавливаются в любом размере, согласованном со страховщиком.

В личном страховании страховые выплаты (страховые суммы) производятся страхователю или третьему лицу независимо от сумм, причитающихся им по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке сумм возмещения вреда.

В личном страховании, в отличие от имущественного, страховые выплаты (страховые суммы) производятся по всем договорам, действовавшим на момент предусмотренного в них страхового случая, что означает отсутствие запрета на двойное страхование.

Классификация личного страхования производится по следующим критериям.

По форме: обязательное и добровольное.

По объему риска – страхование:

На случай дожития или смерти;

На случай инвалидности или недееспособности;

Медицинских расходов.

По количеству лиц, указанных в договоре:

Индивидуальное (страхователем выступает отдельно взятое физическое лицо);

Коллективное (страхователями или застрахованными выступает группа физических лиц).

По длительности страхового обеспечения: краткосрочное (менее 1 года); среднесрочное (1-5 лет); долгосрочное (6-15 лет и более).

По форме выплаты страхового обеспечения:

С единовременной выплатой страховой суммы;

С выплатой страховой суммы в форме рентных платежей.

По форме уплаты страховых взносов:

С уплатой единовременных взносов (премий);

С периодической уплатой страховых взносов (ежегодных, квартальных, месячных).

По виду:

- 1) **страхование жизни:** на дожитие; на случай смерти; смешанное страхование жизни; с выплатой аннуитетов; пенсионное.
- 2) **медицинское страхование:** обязательное и добровольное.
- 3) **от несчастных случаев и болезней:** на случай смерти; на случай потери трудоспособности (инвалидности); смертельно опасных заболеваний.

Страхование жизни является отраслью личного страхования, оно предусматривает **обязанности страховщика по страховым выплатам** в случаях:

- 1) дожития застрахованного лица до окончания срока страхования или определенного договором страхования возраста;
- 2) смерти застрахованного;
- 3) окончания действия договора страхования;
- 4) достижения застрахованным определенного возраста;
- 5) смерти кормильца;
- 6) постоянной утраты трудоспособности;
- 7) текущих выплат (аннуитетов) в период действия договора страхования и др.;
- 8) выплат пенсии (ренты, аннуитета).

Страхование от несчастных случаев и болезней предусматривает обязанности страховщика по страховым выплатам в фиксированной сумме либо в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных наступлением страхового случая (при этом возможна комбинация обоих видов выплат). В объем ответственности страховщика по договорам страхования от несчастных случаев и болезней включается обязанность произвести обусловленную договором страхования или законом страховую выплату **при наступлении следующих случаев:**

- 1) при нанесении вреда здоровью застрахованного вследствие несчастного случая или болезни;
- 2) при смерти застрахованного в результате несчастного случая или болезни;
- 3) при утрате (постоянной или временной) трудоспособности (общей или профессиональной) в результате несчастного случая и болезни, за исключением видов страхования, относящихся к медицинскому страхованию.

Несчастный случай – необычное, непредвиденное, специфическое событие, которое влечет ущерб здоровью застрахованного лица в виде повреждения органов и тканей или его непроизвольную смерть в результате внешнего, насильственного, внезапного и неподконтрольного жертве воздействия.

Временная нетрудоспособность – неспособность застрахованного лица вследствие нарушения здоровья выполнять работу в соответствии с трудовым договором (контрактом). Порядок установления временной нетрудоспособности, а также инвалидности и профессионального заболевания определяется законами и иными нормативными документами РФ.

Существует обязательное страхование от несчастных случаев на производстве, которое осуществляется в силу специальных законов, и добровольное страхование от несчастных случаев.

Размер страховой суммы по договорам страхования жизни и страхования от несчастных случаев устанавливается по соглашению сторон. Размер страховой премии (страхового взноса) исчисляется в зависимости от размера страховой суммы, страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование (страховые случаи), срока страхования и тарифных ставок. Страховой тариф зависит от возраста, профессии

застрахованного, а также иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая. Плата за личное страхование осуществляется следующими способами: наличными деньгами, путем безналичных расчетов или иным способом по договоренности сторон, не противоречащим действующему законодательству. Договор вступает в силу в день, следующий за днем уплаты первого (единовременного) страхового взноса, но может быть установлен и иной срок вступления договора в силу.

Накопительное страхование – это разновидность страхования жизни человека, при котором страховыми случаями являются смерть застрахованного лица или его дожития до определенного возраста. При наступлении страхового случая «достижения определенного возраста» застрахованному лицу выплачивается страховое обеспечение в размере установленной по договору страховой суммы. При наступлении страхового случая «смерть застрахованного лица» страховое обеспечение выплачивается выгодоприобретателю в размере установленной по договору страховой суммы. Страхователь заключает со страховщиком договор страхования на определенный срок (1,2 года и т. д.), назначает застрахованное лицо, выгодоприобретателя, указывает размер страховой суммы, которую он желает накопить за этот срок. При этом застрахованным лицом может быть либо он сам, либо другое лицо, в сохранении жизни которого он заинтересован. Затем страхователь копит деньги, словно в Сбербанке, только функции Сбербанка выполняет страховщик. И отличается такой вид накопления от банковского тем, что при этом жизнь застрахованного лица застрахована на всю желаемую сумму денег, хотя страхователь будет ее копить в течение длительного времени. Смысл такого накопления состоит в том, что если с застрахованным лицом на любом этапе накопления денег случится летальный исход, то страховая сумма в полном объеме будет выплачена выгодоприобретателю.

Срок накопления определяет сам страхователь в пределах сроков, длительность которых предоставляет страховщик. По окончании срока договора застрахованное лицо (или выгодоприобретатель в случае смерти застрахованного лица) получает накопленную сумму с процентами, которые начисляет страховщик на вносимые страховые взносы. **Проценты** – это часть инвестиционного дохода, полученного страховщиком от размещения страховых резервов (абз. 2 п. 6 ст. 10 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ»).

Современные страховщики предлагают многочисленные варианты накопительного страхования жизни, которые могут сочетаться со страхованием от несчастного случая, страхованием от тяжелых болезней и т. д. Если страхователь пожелает расторгнуть договор накопительного страхования, он может потребовать от страховщика на определенных условиях возврата накопленных средств.

2. Обязательное и добровольное медицинское страхование (ДМС).

С 1 января 2011 г. вступил в силу (за исключением отдельных положений) Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹. Данным Законом устанавливаются основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования. Так, в частности, застрахованным лицам предоставлено право на выбор страховой медицинской организации и ее замену один раз в течение календарного года либо чаще, например, в случае изменения места жительства, а также на выбор медицинской организации из числа организаций, участвующих в системе ОМС. Предусматривается введение страхового полиса, удостоверяющего право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ.

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской

помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования (ст. 3 Федерального закона № 326-ФЗ).

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определены понятия: обязательного медицинского страхования как вида обязательного социального страхования, объекта и субъекта ОМС, страхового риска и страхового обеспечения, страховых взносов на ОМС, застрахованного лица, базовой и территориальных программ ОМС.

Основная причина неэффективности существовавшей до 2011 года модели медстрахования заключалась в том, что законодательством не были созданы условия, при которых центральным элементом системы ОМС являлся бы пациент как застрахованный гражданин и его потребности. Действительно, до 2011 г. право выбора страховой медицинской организации было закреплено одновременно и за гражданином, и за страхователем (работодателем или соответствующим органом исполнительной власти). Фактически же это привело к устранению граждан от участия в выборе страховой медицинской организации.

Кроме того, отношения в системе строились по следующему принципу: больницы и поликлиники получали средства от страховых медицинских организаций не в качестве возмещения затрат на уже проведенное лечение, а качестве средств на предоставление медицинской помощи. То есть, по сути, применялся бюджетный (сметный) вариант финансирования, при котором лечебные учреждения не были заинтересованы в повышении качества оказываемых услуг.

На современном этапе развития общества намечено финансировать оказанную услугу, а не медучреждение. Закон расширяет возможности выбора для человека. Он имеет право выбрать страховую организацию, медицинское учреждение и врача. При этом медучреждение, включенное в реестр и заключившее договор на оказание услуг по программе ОМС, не вправе отказать застрахованному человеку в оказании помощи.

Законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ урегулированы отношения, касающиеся финансового обеспечения ОМС:

- порядок формирования средств ОМС;
- размер страхового взноса неработающего населения;
- период, порядок и сроки уплаты страховых взносов;
- ответственность за нарушения в сфере уплаты страховых взносов;
- порядок установления тарифов на оплату медицинской помощи при ОМС.

В течение 2011-2012 гг. за счет повышения на 2% страховых взносов на обязательное медицинское страхование в здравоохранение будет направлено порядка 460 млрд. руб. дополнительно.

Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» законодательно закрепил следующие принципы осуществления ОМС как составной части обязательного социального страхования:

- всеобщий характер обязательного медицинского страхования,
- государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков,
- автономность финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Статьей 4 Федерального закона № 326-ФЗ предусмотрены основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования:

- 1) обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС;
- 2) устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС;

- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- 6) паритетность представительства субъектов ОМС и участников обязательного медицинского страхования в органах управления ОМС.²

Реформирование системы обязательного медицинского страхования является составной частью масштабной реформы здравоохранения в Российской Федерации. Есть надежда, что принятое законодательство, являющееся первым шагом, активно разовьет движение в сторону эффективной системы здравоохранения. В этой новой системе в центре внимания должно быть здоровье пациента. И именно пациент должен решать, к какому врачу, в какую поликлинику ему обратиться. Выбор пациента не должен быть ограничен медицинскими учреждениями, находящимися в регионе, где он зарегистрирован или проживает.

Изменение системы финансирования, когда не государство, а пациент становится источником привлечения средств, автоматически влечет за собой конкуренцию между организациями здравоохранения. Только в таких условиях будет повышаться качество медицинских услуг, что положительно скажется на здоровье нации в целом.³

Субъектами обязательного медицинского страхования являются (п. 1 ст. 9 Федерального закона № 326-ФЗ):

- Застрахованные лица. Перечислим только те категории, которые непосредственно касаются аптечных организаций. Согласно ст. 10 Федерального закона № 326-ФЗ застрахованными лицами являются граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением отдельных случаев), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом № 4528-1⁴:

- 1) работающие по трудовому или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору;

- 2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты).

- Страхователи. Согласно ст. 11 Федерального закона № 326-ФЗ страхователями для работающих граждан являются:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- а) организации;

- б) индивидуальные предприниматели;

- 2) индивидуальные предприниматели.

- Федеральный фонд. Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная РФ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- Территориальные фонды. Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

- Страховые медицинские организации. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией. Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

- Медицинские организации.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

До 2011 года полис обязательного медицинского страхования не является единым для всех регионов России. Каждая страховая компания печатала для своих застрахованных собственные полисы, которые нужно было менять по мере того, как заканчивался срок их действия. При смене места работы человек обязан был сдать полис ОМС работодателю и получить новый там, куда он трудоустроивался. На это уходило время, в течение которого сотрудник, с чьей заработной платы уплачивались взносы в ФОМС, фактически не имел возможности получить медицинскую помощь. А при переходе в категорию неработающих он должен был получить полис в страховой медицинской организации, по результатам конкурса страховавшей неработающих граждан.

Закон № 326-ФЗ предусматривает разработку базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования (ст. 3 Закона № 326-ФЗ). В гл. 7 Закона указано, какие виды помощи включаются в каждую из них.

С 2013 г. скорая медицинская помощь включается в базовую программу ОМС, а высокотехнологичная - с 2015 г. (ст. 51 Закона № 326-ФЗ).

Программы утверждаются на федеральном и региональном уровнях соответственно. Базовая программа действует на всей территории России, а территориальная - в пределах субъекта РФ. Субъекты получают право добавлять в базовую программу виды медпомощи и страховые случаи, не входящие в ОМС, и дополнительно их финансировать.

Для реализации на всей территории Российской Федерации прав граждан на бесплатное получение медпомощи Законом № 326-ФЗ предусмотрено следующее: начиная с мая 2011 г. гражданам начали выдаваться полисы ОМС единого образца, гарантирующие получение бесплатной медпомощи по базовой программе ОМС в любом регионе страны независимо от места проживания застрахованного (ст. 45). На территории субъекта РФ, где выдан полис ОМС, граждане могут рассчитывать на помощь в объеме территориальной программы ОМС (ст. 3). Полис можно не предъявлять, если требуется экстренная медпомощь (п. 2 ст. 16).

Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования. Полис ОМС обеспечивается федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с

Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»⁵. Единые требования к полису ОМС устанавливаются правилами ОМС. Таким образом, рассматриваемый Закон вводит полис ОМС нового образца. Такой полис действует на всей территории РФ. А главное - его не надо будет менять при смене места работы.

Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами ОМС, заявление о выборе страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в ТФОМС. В день получения заявления страховая медицинская организация или при ее отсутствии ТФОМС выдает застрахованному лицу или его представителю полис ОМС либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами ОМС.

Электронный полис будет действовать на всей территории России. Внешне «заменители» привычных нам бумажных документов напоминают пластиковые карты с чипом и представляют собой электронную карту единого образца. Этот полис предназначен для машинного считывания информации о пациенте.

Новый бессрочный полис будет действовать, даже если человек не успел застраховаться в страховой компании. Он послужит гарантом получения медицинской помощи в любом регионе страны независимо от места проживания и будет выдаваться всем - как работающим гражданам, так и безработным. Замена полиса предполагается только по причине его утраты или износа, изменения фамилии, имени, отчества застрахованного. При смене страховой медицинской организации, места жительства, статуса застрахованного замена не предусматривается.⁶

Полисы ОМС старого образца, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до вступления в силу Закона № 326-ФЗ, являются действующими до замены их на полисы ОМС единого образца или универсальные электронные карты гражданина Российской Федерации. Все лечебные учреждения после 1 января 2011 г. обязаны принимать пациентов по старым полисам.

Полисы подлежат замене, если человек хочет сменить страховую организацию, либо истечет срок их действия, либо в случае смены жительства. Чтобы не возникло проблем с оказанием медицинской помощи, всем гражданам, застрахованным в системе ОМС, следует заглянуть в документ и поинтересоваться датой окончания его действия. Полная замена «бумажных» полисов старого образца на электронные карты должна закончиться к 1 января 2014 г.

С 1 января 2012 г. полис ОМС будет включаться в состав универсальной электронной карты гражданина в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» (ст. 45 Закона № 326-ФЗ).

С 2014 г. на территории России начнет действовать единая универсальная карта «три в одном», включающая медицинский полис, полис пенсионного страхования, информацию о полагающихся человеку льготах.⁷

Безусловно, новые полисы позволят гражданам получить необходимую помощь на отдыхе или в командировке. В то же время для введения в России единого электронного полиса нового образца нужна особая подготовка: специальное оборудование и для изготовления документа, и для того, чтобы в больницах и поликлиниках смогли «прочитать» его.

В то же время в некоторых европейских странах использование электронных карт в глобальной сети запрещено, т.к. нет надежной защиты данных. Кроме того, информация, размещенная в Интернете, может стать доступной не только врачу. А нарушение конфиденциальности грозит обернуться судебным иском к лечебному учреждению.

ДМС проводится на основе соответствующих программ и обеспечивает застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх предусмотренных программами ОМС.

Существует принципиальная классификация ДМС в зависимости от характера направленности затрат.

1. Страхование здоровья, при котором компенсируются затраты, связанные с поддержанием и сохранением здоровья, что ориентированно не на увеличение объемов ДМС как такового в результате роста заболеваемости, а на достижение высокого уровня здоровья населения. ДМС рассматривается как составляющая общественной системы охраны здоровья, наряду с другими приоритетными направлениями: общественной гигиеной, социальным обеспечением, ОМС, медицинским обслуживанием некоторых групп населения за счет государства.

Именно такое содержание ДМС характерно для японской системы здравоохранения, где целевая направленность ДМС вытекает из общей государственной политики профилактики, превентивных мер в предотвращении заболеваемости и формировании национальной идеи здорового образа жизни.

2. Страхование затрат на медицинскую помощь, при котором компенсируются затраты, связанные с лечением и восстановлением здоровья. Этот подход направлен на лечение уже фактически наступивших заболеваний, хотя в определенной степени и он предусматривает проведение профилактических мероприятий.

Основные формы ДМС можно классифицировать по следующим признакам: 1) характеру страхового покрытия; 2) группам риска; 3) объему страховой ответственности.

В связи с этим в зависимости от характера страхового покрытия различают:

страхование затрат на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу. При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановления способности к труду;

страхование потери дохода, вызванной невозможностью осуществления профессиональной деятельности в результате наступления заболевания. При страховом покрытии потери доходов страховщик выплачивает застрахованному денежное возмещение за период болезни (за каждый день в размере, установленном в договоре страхования).

В нашей стране ДМС устанавливается по второму варианту.

Классификация групп риска ДМС включает их распределение на риски первого, второго и последующих порядков (таблица). Рисками первого порядка, т.е. рисками причины наступления страхового случая, являются риски: наступления острого заболевания; обострения хронического заболевания; наступления несчастного случая: травмы, отравления и т.п.

К рискам второго порядка относятся детерминированные названными: так, в результате травмы может наступить утрата трудоспособности либо обострение хронического заболевания, при лечении которого возможны риски осложнения и обострения, рецидивов.

При коллективном страховании, кроме перечисленных, существует еще и риск заболевания общей болезнью, так называемый кумулятивный риск.

Объем страховой ответственности страховщика в ДМС классифицируют на страхование:

- по полной ответственности «по всем рискам», что предполагает покрытие страховщиком всех расходов по амбулаторному и(или) стационарному лечению;
- с участием страхователя в форме франшизы: при условной медицинские расходы покрываются начиная с превышения ее размера, а при безусловной – при каждом страховом случае страхователь оплачивает установленный лимит затрат на лечение;

- с установлением лимитов ответственности страховщика в соответствии с потребностями и финансовыми возможностями страхователя, например, лимиты ответственности на год, на вид медицинской помощи (нозологрии), на один страховой случай.

Наиболее распространены следующие программы ДМС.

Программа №1 предусматривает организацию предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Программа №2 предусматривает заключение договора страхования на условиях организации предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь.

Программа № 3 предусматривает заключение договора страхования на условиях организации предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь (комплексная программа медицинского страхования).

3 Страхование от несчастных случаев.

Страхование от несчастных случаев является самым традиционным видом личного страхования для страховой практики. Основной целью страхования от несчастных случаев является возмещение ущерба, нанесенного здоровью и жизни застрахованного в результате несчастного случая.

Страхование от несчастных случаев за годы рыночных реформ претерпело существенные изменения. Они связаны с введением обязательных видов страхования от несчастных случаев для определенных категорий и групп населения, развитием коллективных форм страхования работников предприятий и организаций, появлением и бурным распространением такого нового для отечественной практики вида страхования, как страхования граждан, выезжающих за рубеж.

Страхование от несчастных случаев ведет свое начало с 19 столетия. Его появление во многом связано с возникновением и развитием железнодорожного транспорта. Однако идея страхования от несчастных случаев была известна гораздо раньше. Морское право Висби 1541 г. требовало, чтобы владелец корабля страховал жизнь своего капитана от несчастных случаев. В Голландии уже в 1665 г. существовал табель вознаграждения за потерю разных членов тела для наемного войска. В 18 веке в Германии создавались союзы взаимопомощи на случай переломов. В 19 веке этот вид страхования стал развиваться в Англии, где раньше других стран появилось железнодорожное сообщение.

В развитии страхования от несчастных случаев в России большую роль сыграло рабочее законодательство. Под давлением рабочего движения и приема европейских государств законом от 2 июня 1903г. были приняты Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности. Данный документ вводил обязанность работодателя возмещать вред, причиненный работнику в результате несчастного случая на производстве, в виде пособий по временной нетрудоспособности (50% заработка), компенсации медицинских расходов, назначение пенсии по инвалидности и пенсии по случаю потери кормильца, а также выплаты фиксированного пособия на погребение.

В советское время обязательное страхование от несчастных случаев на производстве было введено в систему социального страхования, а его выполнение возложено на специально созданный государственный Фонд социального страхования, которым до начала 1990-х гг. управляли профсоюзы.

Добровольное страхование от несчастных случаев проводил Госстрах. Этот вид страхования был наиболее популярным в сфере личного страхования.

Практика страхования от несчастных случаев показывает, что оно может осуществляться в различных формах, сохраняя единое социально-экономическое содержание. В настоящее время в РФ страхование от несчастных случаев может быть обязательным, осуществляемым в силу закона, или добровольным, проводимым на коммерческой основе.

Страхование осуществляется на основании договора личного страхования, заключаемого гражданином или юридическим лицом

Под несчастным случаем понимается внезапное, внешнее, непредвиденное воздействие на организм человека, результатом которого является нанесение вреда здоровью застрахованного.

«Внезапность» означает, что несчастный случай должен быть относительно кратковременным событием (это не относится к его последствиям, т.е. нанесению вреда здоровью пострадавшего).

Если человек длительное время подвергался вредным воздействиям окружающей среды, то эти воздействия нельзя классифицировать как несчастный случай.

Точно так же подрыв здоровья вследствие чрезмерных нагрузок в течение длительного времени, например при занятиях спортом, нельзя рассматривать как несчастный случай.

Пример:

Загорая на солнце, отдыхающий заснул и получил сильные ожоги.

Признак внезапности отсутствует, так как воздействие солнца на организм человека было постепенным.

Лыжник наехал на дерево, упал и получил травму.

Удар о дерево следует классифицировать как внезапное действие.

Понятие внезапности также включает в себя элементы неожиданного, непредвиденного и неизбежного. Это означает, что в определенных случаях длящееся относительно продолжительное время событие можно рассматривать как внезапное.

Внешний характер воздействия.

Классифицируемые как несчастный случай воздействия на человека могут быть механическими, химическими, термическими и электрическими. Органические и функциональные изменения, происходящие в организме человека в течение всей его жизни, являются внутренними воздействиями, например инсульт или инфаркт, и не относятся к этой категории событий. Как внешнее воздействие могут рассматриваться и собственные действия людей.

Несчастливым случаем также считаются события, при которых вследствие физического перенапряжения у застрахованного лица происходит вывих отделов позвоночника или суставов конечностей либо растяжение или разрыв мышц, сухожилий, связок или суставных сумок.

Таким образом, несчастным случаем признается не только вред, нанесенный здоровью застрахованного в результате внезапного внешнего воздействия, но и вследствие чрезмерной физической нагрузки. При этом имеются в виду сознательные действия самого застрахованного, ведущие к чрезмерному напряжению сил, что, в свою очередь, наносит вред его здоровью в виде вывихов, растяжений и разрывов.

Важнейшей гарантией, предоставляемой страхователем от несчастных случаев, является гарантия страховых выплат на случай инвалидности, которая обязательно включается в договор. Остальные виды гарантий согласовываются по усмотрению сторон дополнительно. Страховые выплаты по инвалидности включают в себя:

- страховые выплаты на случай смерти
- ежедневное денежное пособие
- ежедневное денежное пособие в период пребывания в больнице
- денежное пособие в период выздоровления, в том числе оплата санаторного лечения, космических операций и т.д.

Обязательное страхование от несчастных случаев в РФ

Обязательное страхование от несчастных случаев является одним из элементов системы социального страхования и покрывает риски производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Сфера его действия ограничивается последствиями несчастных случаев, происходящих на рабочем месте или в рабочее время (включая время нахождения в пути на работу и с работы). Существенной особенностью этого вида страхования является то, что страховые взносы полностью уплачивает работодатель. В России обязательное страхование от несчастных случаев регулируется Законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. №125-ФЗ (ред. от 17.07.1999) и подзаконными актами к нему.

Другим направлением организации обязательного страхования от несчастных случаев, дополняющим или компенсирующим социальное страхование, является обязательное государственное страхование жизни и здоровья тех категорий государственных служащих, чья профессиональная деятельность связана с повышенным риском несчастного случая при исполнении своих служебных обязанностей. К ним относятся: судьи, прокуроры, сотрудники Министерства по налогам и сборам, военнослужащие. Государственное личное страхование покрывает риски, идентичные обязательному страхованию от несчастных случаев: смерть и потерю трудоспособности застрахованного вследствие травмы, увечья, телесных повреждений, наступивших при выполнении служебных обязанностей. Обязательное страхование государственных служащих регулируется федеральным законодательством. Третьим направлением обязательного страхования от несчастных случаев выступает обязательное личное страхование пассажиров, перевозимых воздушным, железнодорожным, водным и автомобильным транспортом по междугородным и туристическим маршрутам.

Добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления.

Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком или объединением страховщиков самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящим Законом и содержат положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о страховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и об обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

Добровольное страхование от несчастных случаев имеет несколько организационных форм. В первую очередь различают индивидуальное и коллективное страхование от несчастных случаев.

Договор индивидуального страхования заключается физическим лицом, и действие договора в основном распространяется на страхователя и членов его семьи.

По договору коллективного страхования страхователем выступает юридическое лицо, а застрахованными – физические лица, в жизни и здоровье которых страхователь имеет материальный интерес.

Коллективное страхование от несчастных случаев

Договоры коллективного страхования заключается либо работодателями в пользу своих работников, либо различными ассоциациями и обществами в пользу их членов. Взносы по коллективному страхованию значительно ниже, чем по индивидуальному, поскольку происходит дополнительное выравнивание риска в рамках определенной группы.

В Российской Федерации коллективного страхования от несчастных случаев имеет свою специфику в силу особенностей существовавшего ранее налогового законодательства, позволявшего использовать эту форму для ухода от налога на прибыль, налога на доходы и взносов во внебюджетные фонды социального значения. Предприятия использовали

страхование от несчастных случаев для обеспечения работникам дополнительных денежных выплат, минуя установленные законом обязательные отчисления и налоги с фонда оплаты труда. Такая ситуация была возможна благодаря легальному существованию страхования с возвратом страховых взносов и льготному налогообложению страховых взносов и страховых выплат.

В настоящее время для страхования от несчастных случаев действует менее выгодный режим налогообложения страховых взносов и выплат. Благодаря ужесточению правил налогообложения страховых взносов этот вид страхования стал мало привлекателен для использования в целях обеспечения «скрытой» заработной платы.

Индивидуальное страхование от несчастных случаев

Индивидуальное добровольное страхование от несчастных случаев существует в следующих формах:

- полное страхование от несчастных случаев, предоставляющее страховую гарантию на любой период как частной, так и профессиональной жизни человека в течение действия договора;

Частичное страхование, предоставляющее гарантию только на определенный период жизнедеятельности человека; наиболее распространенным является страхование от несчастных случаев на время поездки, путешествия, в том числе за рубеж;

- дополнительное страхование, т.е. использование страхования от несчастных случаев в качестве составляющей различных комбинированных или пакетных полисов; гарантия выплаты двойной страховой суммы при наступлении смерти в результате несчастного случая в страховании жизни; гарантия по несчастным случаям в пакетном полисе главы семьи и др. Страхование от несчастных случаев – это самое распространенное дополнение многих страховых полисов и наиболее выгодный в рамках личного страхования риск для страховщиков.

Страхование от несчастных случаев гарантирует защиту в виде выплаты возмещения при наступлении несчастного случая.

Объектом страхования от несчастных случаев по российскому законодательству являются имущественные интересы застрахованного, связанные с утратой трудоспособности или смертью вследствие несчастного случая.

Основными субъектами страховых отношений являются страхователи и страховщики. По договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица).

Страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона

Страховщики - юридические лица, созданные в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном настоящим Законом порядке.

Страховщики осуществляют оценку страхового риска, получают страховые премии (страховые взносы), формируют страховые резервы, инвестируют активы, определяют размер убытков или ущерба, производят страховые выплаты, осуществляют иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия.

Страхование от несчастных случаев предлагает четыре базовые гарантии. Однако на практике страховщики могут использовать различные комбинации этих стандартных покрытий или исключать некоторые из них из частных условий страхования.

Система гарантий по страхованию от несчастного случая:

Базовые гарантии:

- Страховая сумма на случай смерти;

- Страховая сумма на случай инвалидности;
- Ежедневное пособие по временной нетрудоспособности;
- Оплата медицинских расходов по лечению;

1) **Дополнительные гарантии:**

- Пенсия по случаю потери кормильца;
- Пенсия по инвалидности;
- Пособие по уходу;
- Оплата расходов на протезирование и косметическую операцию;
- Оплата расходов на санаторно-курортное лечение, необходимое для реабилитации.

1) *Гарантия на случай смерти* в результате несчастного случая предполагает выплату бенефициару, указанному в страховом договоре, или наследниками застрахованного определенной в частных условиях страхования денежной суммы. По желанию страхователя капитал может выплачиваться в виде ренты (пенсии).

Существует два подхода определения коэффициентов нетрудоспособности. В первом случае страховые компании на основе собственных статистических наблюдений разрабатывают таблицы, оценивающие потерю нетрудоспособности исходя из полной утраты или потери функциональности различных органов, или используют государственные таблицы, применяемые при определении возмещения ущерба от несчастных случаев на производстве.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

2.1 Практическое занятие №1 (1 час)

Тема: «Классификация страхования»

2.1.1 Задание для работы:

1. Разработать собственный глоссарий по страховым терминам и понятиям как отражение специфических страховых отношений. Для примера преподаватель показывает несколько глоссариев с основными страховыми терминами, задаются количественные параметры.

2.1.2 Краткое описание проводимого занятия:

1. Студенты работают с системой «Консультант +» в компьютерном классе. Работа осуществляется также с теоретическим материалом и конспектами.
2. С помощью тестирования по окончании занятия оценивается уровень усвоения студентами изученного материала.

2.1.3 Результаты и выводы:

Усвоение студентами знаний по специфической страховой терминологии.

2.2 Практическое занятие №2 (1 час)

Тема «Основы построения страховых тарифов»

2.2.1 Задание для работы:

1. Методика расчета нетто-ставки по массовым рисковым видам страхования
2. Убыточность страховой суммы как основа расчета нетто-ставки.
3. Понятие тарифного периода. Динамический ряд убыточности страховой суммы и метод расчета среднего показателя.
4. Особенности расчета страховых тарифов по накопительным видам страхования.
5. Влияние метода уплаты премий и срока выплат на уровень ставки тарифа.
6. Тарифная политика страховой организации.
7. Проблемы формирования тарифной политики российских страховых организаций на современном этапе.

2.2.2 Краткое описание проводимого занятия:

- 1 Работа с теоретическим материалом и конспектами.
2. С помощью устного опроса и (или) тестирования оценить уровень усвоения студентами изученного материала.

2.2.3 Результаты и выводы:

Усвоение студентами знаний по теме практического занятия.

2.3 Практическое занятие №3 (1 час)

Тема «Перестрахование»

2.3.1 Задание для работы:

1. В начале занятия преподаватель поясняет, что деятельность страховых компаний развивается в двух сферах — в сфере первичного страхования и перестрахования.

Перестрахование существенно увеличивает возможности страховых компаний в принятии на себя крупных рисков, поэтому целью практического занятия является расчет риска, принимаемого страховщиком.

2. Преподавателем даются вводные данные для решения практической ситуации компании – перестраховщика:

Страховая компания заключает договоры по имущественному страхованию.

Вероятность наступления страхового случая (g) составляет 0,05

Средняя страховая сумма (S) составляет 9000 руб.

Среднее возмещение при наступлении страхового события (S_v) составляет 7800 руб.

Количество договоров (n) – 8000 шт.

Доля нагрузки в структуре брутто-тарифа (f) составляет 30%

Данных о разбросе возможных возмещений нет.

Вероятность гарантии безопасности составляет 0,90.

Коэффициент, зависящий от гарантии безопасности, взят из таблиц методики и составляет 1,3

2.3.2 Краткое описание проводимого занятия:

1. Студенты определяют величину рискованной надбавки, а также нетто- и брутто-ставку.
2. С помощью устного опроса и (или) тестирования оценить уровень усвоения студентами изученного материала.

2.3.3 Результаты и выводы:

Усвоение студентами знаний по теме практического занятия.

2.4 Практическое занятие № 4 (1 час)

Тема «Финансовые основы страховых отношений»

2.4.1 Задание для работы:

1. Разработать План оздоровления финансового состояния страховой организации.

Для разработки плана определиться со следующими понятиями:

2. Понятие финансового результата страховых операций и финансового результата деятельности страховой компании.

3. Порядок определения финансового результата страховой компании. Прибыль страховой организации. Направления распределения прибыли.

4. Понятия платежеспособности и финансовой устойчивости страховой организации. Факторы обеспечения финансовой устойчивости.

5. Отечественная и зарубежные методики расчета нормативного соотношения активов и страховых обязательств.

2.4.2 Краткое описание проводимого занятия:

1. Работа в малых группах. Цель каждой группы – разработать и защитить план оздоровления страховой компании.
2. С помощью устного опроса и (или) тестирования оценить уровень усвоения студентами изученного материала.

2.4.3 Результаты и выводы:

Предоставить учащимся возможности самостоятельного приобретения знаний в процессе решения практических задач или проблем, требующего интеграции знаний из различных предметных областей.

2.5 Практическое занятие №5 (1 час)

Тема «Актуальные вопросы страхования имущества»

2.5.1 Задание для работы:

1 Занятие проводится в форме разбора конкретной ситуации.

Разбор конкретных ситуаций с определением возможности принимать оптимальные управленческие решения с учетом критериев социально-экономической эффективности, рисков и возможностей использования имеющихся ресурсов

Ситуация.

Гражданин Иванов обратился в страховую организацию «Кондор» в Санкт-Петербурге, где он проживал и на его имя, как собственника, был зарегистрирован автомобиль марки «Мерседес», с заявлением о заключении договора страхования автомобиля (каска) на случай повреждения, уничтожения, угона.

Указанный автомобиль был приобретен Ивановым за два года до момента заключения данного страхового договора в Германии (на момент купли-продажи срок его эксплуатации составлял 2 года, при этом данная базовая модель была подвергнута тюнингу известной западноевропейской компанией). При заключении договора Иванов в ответ на письменный запрос страховщика сообщил, что ранее договоров страхования «каска» на указанное транспортное средство не заключал и соответственно страховые выплаты не получал. Поскольку в ходе тюнинга автомобиль был существенно изменен, то у страхового агента возникли определенные проблемы с определением стоимости автомобиля и он принял цену, указанную страхователем Ивановым — 60 тысяч долларов. Стороны заключили договор страхования. Следует отметить, что на автомобиле было установлено две системы охранной сигнализации. Через два месяца автомобиль был угнан с платной парковки на площади Льва Толстого, и страхователь предъявил претензию о страховой выплате.

В ходе проверки обстоятельств наступления страхового случая страховой организацией было установлено:

Стоимость застрахованного автомобиля «Мерседес» по данным таможни при ввозе его на территорию России составляла 20 тыс. долларов (данные из договора купли-продажи Ивановым автомобиля в Германии). Вопреки заявлению Иванова, сделанному им при заключении договора страхования, оказалось, что автомобиль страховался Ивановым на условиях «каска» каждый год (2 раза) в разных страховых организациях и оба раза им предъявлялись требования о страховых выплатах с связи с повреждением автомобиля неустановленными лицами.

Страховая компания отказала Иванову в выплате. Иванов подал исковое заявление в суд.

- 1)Обоснуйте правовую позицию каждой из сторон.
 - 2)Каковы правовые последствия недостоверных сведений, сообщенных страхователем об обстоятельствах, имеющих значение для определения страхового риска?
 - 3)Повлияет ли на размер страховой выплаты экспертиза оценки автомобиля произведенная после его угона? (оценен в 180 тыс. долларов)
 - 4)Какое решение должен принять суд?
- 1.Основные условия страхования имущества юридических лиц от огня и других

- опасностей. Транспортное страхование.
2. Страхование жилья и строений граждан. Страхование домашнего имущества населения.
 3. Другие виды страхования имущества.
 4. Проблемы развития страхования имущества в России.

2.5.2 Краткое описание проводимого занятия:

1. Работа с теоретическим материалом и конспектами.
2. С помощью устного опроса и (или) тестирования оценить уровень усвоения студентами изученного материала.

2.5.3 Результаты и выводы:

Усвоение студентами знаний по теме практического занятия.

2.6 Практическое занятие №6 (1 час)

Тема: «Страхование ответственности»

2.6.1 Задание для работы:

1. Ролевая игра по ОСАГО
2. Особенности расчета страховой премии.
3. Система «Зеленая карта».
4. Страхование ответственности предприятий — источников повышенной опасности. Иные виды страхования гражданской ответственности.
5. Страхование ответственности перевозчиков.

2.6.2 Краткое описание проводимого занятия:

Цель ролевой игры — обеспечивать экономико-правовую защиту частной собственности в виде автотранспортного средства и внести изменения в ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств» в соответствии с задачами, определенными каждой подгруппе.

Студенты объединяются в 5 групп: «Страхователи», «Страховщики», «Правительство», «Депутаты» и «Дети».

Правила работы в группе:

- быть активным.
- уважать мнение участников.
- быть доброжелательным.
- быть пунктуальным, ответственным.
- не перебивать.
- быть открытым для взаимодействия.
- быть заинтересованным.
- стремиться найти истину.
- придерживаться регламента.
- креативность.
- уважать правила работы в группе.

Задача подгруппы «Дети» объяснить основные положения закона в доступной форме.

Задача подгруппы «Страхователи» - упростить положения закона и снизить страховой тариф

Задача подгруппы «Страховщики» - в результате изменений закона получить максимальную прибыль.

Задача подгруппы «Правительство» - обеспечить пополнение бюджета.

Задача подгруппы «Депутаты» - разработать стратегию обеспечения экономической безопасности субъектов, указанных в законодательном акте.

Выбирается из числа студентов руководитель игры.

Руководитель последовательно предоставляет возможность выступить каждой группе, после выступления предложенные изменения обсуждаются всеми участниками и выносятся общее решение – оставить изменения или нет.

Наибольшее количество баллов получает та группа, изменения которой максимально отражены в измененном законодательном акте.

Работа с теоретическим материалом и конспектами

С помощью устного опроса и (или) тестирования оценить уровень усвоения студентами изученного материала.

2.6.3 Результаты и выводы:

1. Студенты сопоставляют сформулированную в начале занятия цель с полученными результатами, сделать выводы, вынести решения, оценить результаты, выявить их положительные и отрицательные стороны.

2. Усвоение студентами знаний по теме практического занятия.

Разработала: _____

И.В. Соколова

