

В. Й. ПЛИСА

СТРАХУВАННЯ

*Рекомендовано Міністерством освіти з науки України
як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*

Хмельницький національний університет
Бібліотека



413185

Київ «Каравела» 2005

УДК 368(07)
ББК У271.7
я 3-1
П 38

Грицадано
Міністерством освіти та науки України
(лист № 14/8.2-1604 від 08.07.05 р.)

Рецензенти:

Кульчицький Б.В. — доктор економічних наук, професор
Львівського національного університету імені Івана Франка

Прутська О.О. — доктор економічних наук, професор
Вінницького торговельно-економічного інституту Київського національного торговельно-економічного університету

В. Й. Плиса
П38 Страхування: Навч. посібн. — К.: Каравела, 2005. — 392 с.
ISBN 966-8019-50-4

У навчальному посібнику розглянуто фундаментальні питання теорії страхування, його економічну суть, функції, роль і сферу застосування; сутність, особливості, задачі та класифікацію актуарних розрахунків. Зосереджено увагу на проблемах становлення та розвитку страхового ринку в Україні, його інтеграції у світовий страховий простір. Наведено основні страхові поняття і терміни.

Для студентів вищих навчальних закладів, слухачів системи післядипломної освіти, аспірантів, викладачів, усіх, хто цікавиться проблемами страхування.

УДК 368(07)
ББК У271я73-1

ВСТУП

Розвиток економіки України на сучасному етапі визначається перехідними явищами і процесами, пов'язаними з відмовою від командно-адміністративної системи управління і вибором ринкової. Рушійні сили такого вибору — висока ефективність і конкурентоспроможність ринкової економіки з її внутрішніми економічними важелями і стимулами розвитку.

Перехідний період в економіці України спричинив об'єктивні труднощі, пов'язані зі зламом старої страхової системи і незавершеністю, фрагментарністю побудови іншої. Загострюються ці складності суб'єктивними причинами, які зумовлені відсутністю чітко виробленої стратегії і тактики переходу від державної економіки страхування до ринкової. З огляду на це, особливої актуальності набули проблеми перебудови, адаптації та розвитку всіх складових національної страхової системи, вирішення яких забезпечить створення механізмів пристосування, виживання та гнучкості реакції на зміни зовнішніх факторів, факторів нестабільності та невизначеності, притаманних умовам переходу до ринкових форм господарювання.

Перехід від адміністративної системи управління до ринкової, трансформація народного господарства в економіку відкритого типу потребує засвоєння нових нестандартних підходів до вибору стратегії забезпечення належного рівня розвитку страхових відносин як на макро-, так і на мікрорівні. Ці підходи повинні спиратися на науково-обґрунтовані стратегії розвитку, на широко розгалужену інформаційну мережу, яка безупинно досліджує соціально-економічні процеси, економічну політику, економічну й страхову кон'юнктуру та їхні тенденції. Такий підхід повинен ґрунтуватися на об'єктивних закономірностях функціонування та розвитку економічних систем, враховувати вплив зовнішніх і внутрішніх факторів.

Специфічні страхові відносини є об'єктом страхової науки і, відповідно, предметом вивчення навчальної дисципліни «Страховання», яка розкриває фундаментальні питання теорії страхування, розглядає його економічну суть, функції, роль і сферу застосування. Вона вивчає зміст найважливішої страхової термінології, класифікацію страхування й організаційні принципи побудови системи страхових організацій, методика розрахунку

страхових тарифів; висвітлює основні умови кожного виду страхування, методику визначення збитку і страхового відшкодування, економічного аналізу та оцінки страхових операцій, іншу інформацію. Зміст навчального матеріалу дає змогу здобути необхідну суму знань, яка відповідає вимогам, які ставляться перед фахівцями — економістами вищої кваліфікації.

Становлення ринкової економіки неможливе без добре підготованих фахівців, які опанували фундаментальні принципи організації страхових відносин. На вирішення цієї проблеми і націлений даний посібник.

Головна задача навчального посібника — допомогти студентові у вивченні таких складних питань страхування, як актуарні розрахунки, основи класифікації страхування, договір страхування, страховий ринок та його інфраструктура.

Структура посібника відповідно до поставленої задачі складається з логічно пов'язаних між собою тематичних блоків. Таких блоків одинадцять. Кожний тематичний блок посібника побудований так, щоб активізувати пізнавальну діяльність студента. Проблематику теми узагальнюють контрольні запитання, якими закінчується кожний тематичний блок. Запитання допоможуть студентові визначити рівень засвоєння опрацьованого матеріалу.

1. Сутність, принципи і роль страхування

- 1.1. Необхідність страхового захисту
- 1.2. Історія розвитку страхових відносин
- 1.3. Страхування як економічна категорія
- 1.4. Страховий фонд
- 1.5. Принципи страхування
- 1.6. Страховики та страхувальники

1.1. Необхідність страхового захисту

Страхування — найдавніша категорія суспільних відносин. Виникнувши у період розпаду первісно-общинного ладу, воно поступово стало супутником суспільного виробництва. Спочатку страхування було тісно пов'язане зі словом «страх». Власники майна відчували страх за його збереження, за можливість знищення або втрати у зв'язку зі стихійним лихом, підпалом, крадіжками та іншими непередбаченими небезпеками, що супроводжують людське життя.

Ризиковий характер життєдіяльності — головна причина хвилювань кожного власника майна і товаровиробника за своє матеріальне благополуччя. На цьому ґрунті виникла ідея відшкодування матеріального збитку шляхом солідарного його розподілу між зацікавленими власниками майна. Якби кожний окремо взятий власник намагався відшкодувати збитки за свій рахунок, то він мав би створювати матеріальні і грошові резерви, рівні за розмірами вартості того майна, яке було пошкоджено.

Тим часом життєвий досвід, заснований на багаторічних спостереженнях, дав змогу дійти висновку про випадковий характер настання надзвичайних подій і нерівномірності завданих збитків. Кількість зацікавлених юридичних та фізичних осіб досить часто буває більшою, ніж кількість потерпілих від різних небезпек. За таких умов солідарний розподіл збитку між зацікавленими суб'єктами відчутно зменшує наслідки лиха та інших випадковостей. Чим більше суб'єктів бере участь у розподілі збитку, тим менша частка коштів припадає на одного учасника. Так виникло страхування, суть якого полягає у солідарному замкненому розподілі збитку.

Найпримітивнішою формою розподілу збитку було натуральне страхування. За рахунок запасів зерна, фуражу та інших однорідних, легко подільних продуктів, потерпілим селянським господарствам які формувалися шляхом подушних натуральних внесків, надавалася матеріальна допомога. З розвитком товарно-грошових відносин натуральна форма поступила місцем страхуванню у грошовій формі.

Розподіл збитку у грошовій формі створив широкі можливості найперше для взаємного страхування, коли сума збитку відшкодувалася його учасниками на солідарних засадах або після кожного страхового випадку, або в кінці господарського року. Взаємне страхування в умовах розвитку капіталістичних відносин переросло у самостійну галузь страхової справи. Таким чином утворився універсальний засіб страхового захисту приватної власності.

Термін *страхування*, який виражає перерозподільчі відносини з приводу відшкодування збитку, треба відрізнити від інших смислових значень цього слова. Наприклад, поняття *страхування* застосовують у значенні підтримки в якійсь справі, оберігання від нещасного випадку під час проведення небезпечних робіт, виконання циркових номерів тощо.

У галузі страхової справи цей термін застосовують у значенні інструмента відшкодування збитку.

Відомі українські вчені В.Д. Базилевич та К.С. Базилевич¹ необхідність страхового захисту пояснюють таким чином.

З позицій *природних* інтересів суспільства та окремих його громадян, страхування виникло як засіб збереження матеріального благополуччя за умови настання випадкових, непередбачуваних, а також передбачуваних, але небажаних, і таких, яких не можна уникнути, випадків з метою розподілу заподіяних окремим громадянам збитків між багатьма іншими членами суспільства, щоб полегшити тягар потерпілих.

Економічну зумовленість страхового захисту пояснюють необхідністю створення такого різновиду людської діяльності, який ґрунтується на акумуляції фінансових засобів з метою відшкодування збитків, спричинених настанням шкідливих для здоров'я та (або) матеріального благополуччя подій, як фізичним, так і юридичним особам, що створює сприятливі умови для безперебійного процесу суспільного відтворення.

¹ Базилевич В. Д., Базилевич К. С. Страхова справа. — К.: Знання, 2002. — С 12-13.

У *соціальному* плані страхування є формою (способом) участі держави, роботодавців та громадян у справі захисту особистих інтересів громадян і створення у такий спосіб умов для забезпечення соціальної та політичної стабільності в суспільстві.

В *юридичному* аспекті страхування є різновидом цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів.

Міжнародний аспект страхового захисту, на думку вчених, зводиться до усунення національних відмінностей у законодавствах різних країн і уніфікації способів захисту інтересів господарюючих суб'єктів, з одного боку, та розробки таких юридичних норм, які б забезпечили страховикам достатні фінансові гарантії — з іншого боку.

1.2. Історія розвитку страхових відносин

Суть, функції і призначення страхування формувалися історично, відбиваючи як рух, тенденції загального історичного розвитку, так і особливості іманентного саморозвитку. Враховуючи обидва фактори, синтезуючи історичні й теоретичні аспекти дослідження, можна визначити потребу і функції страхування як одного з різновидів людської діяльності, з'ясувати суспільно-політичні, історико-культурні передумови появи страхування, основні тенденції, закономірності, національну специфіку та етапи розвитку.

Зміст і характер, функції й адресації, а отже, і роль страхування змінювалися залежно від загального рівня суспільного й культурного розвитку, особливостей кожного етапу страхового процесу.

Перші форми страхування боло виявлено за дві тисячі років до нашої ери в законах вавилонського царя Хаммурапі, які передбачали укладання угоди між учасниками торгового каравану про те, щоб завдані збитки, яких зазнає будь-хто в дорозі від різних небезпек, розподілялися між усіма учасниками.

У галузі мореплавства знайдено угоди про взаємний розподіл збитків від аварії корабля та інших небезпек між купцями на берегах Перської затоки, у Фінікії. Є відомості про те, що у Стародавній Греції існували угоди купців-піратів щодо питань розподілу доходів

від торгово-розбійницьких операцій та розподілу збитків від морських небезпек, пов'язаних із цими операціями.

Прийнято вважати, що найрозвинутішим, порівняно з іншими народами, взаємне страхування у постійних організаціях статутного типу було у Стародавньому Римі.

Римські професійні корпорації були організаціями, що об'єднували своїх членів на основі суспільно-економічних, релігійних, побутових і особистих інтересів. Однією з головних цілей цих колегій було забезпечення своїм членам достойного поховання (похоронна процесія, пам'ятник тощо). Крім того, ці колегії виконували функції взаємодопомоги. Згідно з правилами професійних колегій, вступаючи до них сплачували внески — вступний та щомісячні. Зокрема, згідно зі Статутом Ланувійської колегії, заснованої у 133 р. н. е., вступний внесок до колегії становив 100 сестерцій й амфору доброго вина, а щомісячний — 5 асів (1 сестерція = 4 аси). У випадку смерті члена колегії з її каси виплачували певну суму (300 сестерцій²) на організацію похорону. Цільове призначення цієї суми (яку дещо умовно можна назвати страховою сумою) забезпечувалося низкою правових гарантій. По-перше, на одержання страхової суми могли претендувати лише спадкоємці за заповітом, а не згідно із законом. По-друге, з цієї суми не могли сплачувати боргові майнові зобов'язання померлого. Статут Ланувійської колегії чітко окреслював випадки, коли страхова сума не виплачувалася. До них належали самогубство і недоплата щомісячних внесків.

Середньовічне страхування спочатку мало такі самі риси, як і античне, тобто воно було багато в чому схожим за своїм характером до страхування у професійних колегіях та організаціях рабовласницького суспільства і пройшло у своєму розвитку такі самі стадії:

- 1) від взаємодопомоги взагалі, без диференціації за видами нещасних випадків, за формами і розмірами взаємної підтримки — до конкретизації і навіть спеціалізації взаємодопомоги, з уточненням кола страхових випадків, форм і розмірів страхових виплат;
- 2) від розподілу збитку — до системи періодичних, чітко визначених страхових внесків, до попереднього акумулювання страхового фонду.

² Райхер В.К. Общественно-исторические типы страхования. — М.: Изд-во АН СССР, 1947. - С.50.

Середньовічне страхування звичайно називають *гільдійсько-цеховим*. Перші гільдії виникли в Англії (X–XIст.), Німеччині (XI–XII ст.), Данії та Ісландії (XII ст.)³. Перші гільдії виконували роль братства. Згодом починається процес диференціації, у результаті якого виникли «захисні» гільдії (за основну ціль ставили охорону особи та майна своїх членів від домагань ззовні) та «професійні» гільдії, в основі яких лежали професійні інтереси. Найбільшого поширення набули гільдії купців (їх різновид — німецькі «ганзи») і цехи ремісників. Були гільдії акторів, найманих солдатів, грабіжників, волоцюг. Гільдії виконували і розвивали таку важливу функцію, як надання взаємодопомоги своїм членам за певних умов, іншими словами — функцію страхування. Спочатку відшкодування збитків або виплата допомог проводилися з загальногільдійської каси поряд з іншими витратами. З часом організація взаємодопомоги переходить до регулярних внесків, обґрунтувавши перелік і розміри страхових виплат. Перелік страхових випадків будувався з урахуванням ступеня ризику. Гільдійське взаємне страхування передбачало різноманітні страхові випадки, які стосувалися як особи, так і майна членів гільдії, поділяючи вже у ті часи страхування на *особисте* і *майнове*.

Майнове страхування передбачало відшкодування збитків, які виникли внаслідок стихійного лиха (пожежа, повінь, загибель корабля).

Особисте страхування в гільдіях передбачало виплату допомоги у випадку смерті, хвороби, інвалідності. Зокрема за даними, що відносять до 1284 р., одна з англійських гільдій виплачувала допомогу незрячим, та за деяких інших захворювань.

Зростання міст і великих населених пунктів збільшувало небезпеку одночасної загибелі або пошкодження майна від пожеж та інших стихійних лих.

У 1310 р. у м. Брюге засновано «Страхову палату», яка проводила операції у справі захисту майнових інтересів.

У 1667 р. у м. Осло засновано Норвезьку «Бранд-касу»; у 1681 р. організовано «Вогняний офіс» для страхування будинків й інших споруд; у 1696 р. створено англійське страхове товариство «Співдружність», яке проіснувало до 1905 р., яку придбала відома сьогодні лондонська страхова компанія «Комершіал Юніон». У 1706 р. було засновано перше товариство страхування життя.

³ Райхер В.К. Общественно-исторические типы страхования. — М.: Изд-во АН СССР, 1947. - С.57.

У XVII ст. виникло перше страхове товариство в галузі морського страхування у Франції (1686 р., Париж). Потім страхові товариства з'явилися і в інших країнах: в Італії (Генуя — 1741 р.), в Данії (1746 р.), у Швеції (1750 р.) та ін.

На початку XVIII ст. в Англії виникло комерційне страхування життя, яке використовувало найновіші на той час досягнення статистики та математики (наприклад, таблиці смертності: англійського астронома Галлея — 1663 р., французького математика Депарс'є - 1746 р.).

У той же час широко використовують сільськогосподарське страхування: страхування посівів від градобиття (кінець XVIII ст.) та страхування худоби (перша половина XIX ст.). У Німеччині та Франції виникли перші страхові товариства, які спеціалізувалися на страхуванні сільськогосподарських ризиків.

Страхування від нещасних випадків виникло в середині XIX ст. (1849-1850) в Англії у зв'язку з будівництвом залізниці. З 50-х років воно з'явилося і в Німеччині, а потім в інших країнах світу.

Поширення машинної техніки суттєво вплинуло на розвиток страхування від нещасних випадків (виникло у Франції 1825 р.) та страхування цивільної відповідальності (Німеччина, 70-ті рр. XIX ст.).

У XIX ст. у страховій справі з'явилися картелі та концерни. Один із таких концернів було утворено в Берліні у 1874 р. Він діяв як міжнародний, до його складу на момент заснування входило 16 страхових товариств. У 1924 р. концерн об'єднував уже 230 страхових товариств з 26 країн.⁴

Першим центром цивілізованого страхування вважають Північну Італію, яка займала, починаючи з XIII ст., чільні місця в морській торгівлі, банківській справі та вексельних операціях. Італія вплинула на розвиток страхування в Іспанії, Франції, Німеччині, Англії й Нідерландах. З другої половини XVI ст. центр страхування перемістився з середземноморського басейну на північно-західне узбережжя, з Італії до Нідерландів.

У XVIII ст. страховий центр перемістився з Нідерландів до Англії.

До XVI ст. комерційне страхування в Англії (виключно морське) знаходилось у руках іноземців: італійців (вихідців з Ломбардії) і німців. Німецька Ганза в Лондоні контролювала англійську

⁴ Шиминова М. Я. Страхование: история, действующее законодательство, перспективы. — М.: Наука, 1989. — С.17.

зовнішню торгівлю, ломбардійські банкіри — англійський кредит. У XVI ст. королева Єлизавета спочатку позбавила генезійців торгових привілеїв (1578 р.) а потім вигнала їх з Англії (1597 р.). Так само було змінено статус ломбардійців та проведено «самовизначення» Англії.

З кінця XVII ст. Англія стала піонером у розвитку нових видів комерційного страхування: страхування від вогню, страхування життя. Англійські страхові новинки швидко набули популярності та поширилися в Європі.

У XIX ст. конкурентом Англії у сфері страхування стала Німеччина. У першій половині XX ст. поряд з Англією та Німеччиною виник новий світовий центр розвитку страхової справи — США.

У кінці XX — на початку XXI ст. утворилося три найрозвинутіших страхових регіони: Європа, Північна Америка та Азія.

Поряд із процесом переміщення основних центрів страхування проходив процес переміщення основних центрів страхового права. У XIV ст. регулювання страхових відносин здійснювалося декретами і статутами. У XV ст. джерелом страхового права є «*Las Capítulos de Barcelona*» (1435 р.), який неодноразово переглядався у 1436, 1458, 1461, 1484 роках. На його основі були видані збірники постанов у Бургосі (1538 р.), Севільї (1552 р., 1556 р.) і Сан-Себастьяні (1682 р.). На розвиток страхової справи вагомий вплив справив Торговий збірник, виданий у Більбао в 1560 р та поширений на всю Іспанію і її колоніальні володіння. Актами іспанського законодавства (ордонансами Карла V і Філіпа II) регулювалася страхова справа в Нідерландах.

У XVIII ст. вплив на розвиток європейського страхового права мав французький «*Ordonnance de la marine*» (1681 р.)⁵, який пізніше майже без змін був включений до «*Code de commerce*».

З другої половини XVIII ст. лідером у галузі страхового права є Англія, а з кінця XVIII ст. — Німеччина («*Assekuranz- und Havarei-Ordnung*» (1731 р.)⁶. На зразок «*Assekuranz- und Havarei- Ordnung*» були прийняті законодавчі акти в Данії (1746 р.) і Швеції (1750 р.).

У XIX ст. значення німецького страхового права посилилося.

Найавторитетніше місце в історії страхових відносин посіла асоціація Ллойда. Історія корпорації Ллойда пов'язана з іменем

Едварда Ллойда — власника кав'ярні, відкритої ним у 1688 р. поблизу лондонського порту. Цю кав'ярню відвідували моряки, купці, судновласники і суднобудівники не тому, щоб посмакувати стравами, а щоб обмінятися новинами, отримати інформацію про місцезнаходження тих чи інших торгових суден, про умови плавання, лоції окремих акваторій, про аварії суден, ринкову кон'юнктуру, про ціни на товари у портах світу. Едвард Ллойд почав фіксувати інформацію, а потім вивішувати на стінах своєї кав'ярні всі отримані ним відомості.

Кав'ярня Ллойда поступово перетворювалася на морський клуб, де укладали різноманітні торгові угоди, угоди взаємного страхування проходило фрахтування суден.

З роками стінні газети перетворилися на щоденний друкований орган «Ллойдс ліст».

13 грудня 1771р. 79 купців уклали угоду щодо надання Ллойдів організації форм. Корпорація Ллойда почала діяти як приватна організація, якою керував Комітет. Але ця організація поки що не мала юридичного статусу.

З 1871 р. ця організація після прийняття закону Парламентом Великобританії виступала як страхова корпорація, що займалася морським страхуванням. У 1911 р. Парламент дозволив корпорації Ллойда проводити всі види страхування.

На початку 90-х р. корпорація налічувала майже 23,5 тис. індивідуальних страховиків (близько 2180 іноземних членів), об'єднаних у 430 синдикатів.

Історія розвитку страхування в Україні. До отримання Україною статусу незалежної держави страхування проводили згідно з економічними, соціальними та правовими умовами, що існували у відповідний період.

Найдавнішим способом страхового захисту в Україні, як і в усьому світі, було взаємне страхування.

В Україні класичне страхування прийшло із Західної Європи ще в XVIII ст. З виникненням філій англійських страхових компаній. У 1857 р. в Одесі було створено Російське товариство пароплавства і торгівлі, величина страхового капіталу якого становила один мільйон рублів. Цей фонд застосовували при страхуванні суден.

У містах діяли товариства взаємного страхування від вогню. Одне з таких товариств було утворено в Полтаві у 1863 р. Згодом такі самі товариства з'явилися в Києві, Одесі та Харкові. Їхня діяльність обмежувалася територією відповідного міста. Ці

товариства обслуговували ризики здебільшого великих домовласників, купців і фабрикантів.

У другій половині XIX ст. спектр страхових послуг був досить широким, але найпопулярнішим і надалі залишалося страхування від вогню. Страхові товариства приймали заяви на страхування будівель, тварин, меблів, вантажів. Набуло поширення страхування життя.

За прикладом Ліфляндського товариства у Києві було організовано товариство взаємного страхування землевласників. Його завдання — відшкодовувати збитки, завдані вогнем землевласникам Київської, Подільської та Волинської губерній.

У 1909 р. було затверджено статут Харківського Товариства страхування від вогню майна гірничих і гірничозаводських підприємств.

Цікавою є *історія розвитку страхових відносин на землях Західної України*, де почали свою діяльність перші національні страхові товариства «Дністер» та «Карпатія».

Рішення про відкриття «Дністра» як кооперативного товариства взаємного страхування було прийняте 9 грудня 1891 р. Але перші страхові операції «Дністер» почав проводити аж після 15 вересня 1892 р. Безпосередніми ініціаторами організації «Дністра» виступили патріотично настроєні кола галицької української інтелігенції, греко-католицького духовенства*, представники міщан та селян. Головним організатором товариства став відомий громадський діяч Василь Нагорний, а серед засновників були відомі представники кооперативного руху на чолі з Костем **Левицьким****, Стефаном Федаком, Дем'яном Савчаком.

Страхове товариство «Дністер» за статутом було господарським об'єднанням взаємного типу, особливістю яких, як відомо, є обов'язкове дотримання його учасниками принципу солідаризму, тобто рівності інтересів.

Греко-Католицька Церква, Католицька Церква візантійської обрядової традиції, покликана, спираючись на догматику Вселенської Церкви, бути носієм синтезу східного і західного християнства, порушеного східною схизмою 1054 р. Вона постала внаслідок укладення Берестейської унії (1596 р.) Київської митрополії з Апостольським престолом у Римі. Українська Католицька Церква (візантійської обрядової традиції) одержала назву Греко-Католицька Церква за розпорядженням австрійської імператриці Марії-Терези (1774 р.).

Левицький Кость (1859-1941) — український політик, адвокат, співзасновник Національно-демократичної партії, 1918 р. — перший голова Державного Секретаріату ЗУНР.

Статутний фонд «Дністра» у розмірі 50 тис. золотих австрійських ринських було сформовано шляхом підписки — купівлі акцій вартістю 100 ринських кожна, їхні власники за статутом надіялися правами довірених осіб товариства, вирішальним голосом і правом бути обраними до наглядової ради. Крім того, засновники одержували право на щорічне отримання грошової винагороди (дивідендів) у розмірі, не вищому за 6% від власного **паю**. Такі виплати за рахунок прибутків товариства належали засновникам аж до повного погашення сум, інвестованих ними у статутний фонд товариства. Найвагомішу фінансову участь у заснуванні «Дністра» взяли представники греко-католицького духовенства та інтелігенції — не лише як найзаможніші верстви українського населення, а й як найбільш національно свідомі та близькі до народних мас. З 350 членів-засновників частка духовенства та інтелігенції становила відповідно 46,8 та 42,8% від загальної кількості учасників.

Збори, які відбулися 20 червня 1892 р., обрали керівні органи товариства, наглядову раду, ревізійну комісію та виконавчу дирекцію. Першим президентом «Дністра» став доктор Теофілій Бережницький, а директором — доктор Ярослав Кулачківський, почесним президентом було обрано львівського митрополита Сильвестра Сембратовича*, а після його смерті, з 1901 р., — митрополита Андрея Шептицького**.

Сембратович Сильвестр (1836-1898) — митрополит Галицький Греко-Католицької Церкви, архієпископ Львівський, кардинал; професор, декан богословського факультету Львівського університету; член українських культурно-просвітницьких організацій; співзасновник богословського журналу «Рускій Сіонъ»; з 1879 р. видавав перший молитовник українською народною мовою; імперський таємний радник, член і двічі голова Галицького сейму, член палати панів у Відні; прихильник політики нової ери (українсько-польське порозуміння в Галичині 1890-1894).

Шептицький Андрей (світське ім'я — Роман Олександр Марія) (1865—1944) — граф, митрополит Греко-Католицької Церкви, український громадський і політичний діяч, член НТШ; з 1900 р. — архієпископ Львівський і митрополит Галицький; засновник Народної лічниці (1903 р.) та українського національного музею у Львові (1905 р.), Богословського наукового товариства (1923) та Богословської греко-католицької академії (1928 р.); у 1914-1917 рр. інтернований російською адміністрацією; 1918 р. підтримав створення ЗУНР, за що інтернований поляками до грудня 1919 р.; під час німецької окупації — почесний голова Української національної ради; відкрито виступав проти масового винищення євреїв і надавав їм притулок у митрополичих палатах.

У 1895 р. при Товаристві взаємного страхування було засновано Товариство взаємного кредиту з обмеженою відповідальністю, яке значно пізніше, у 1929 р., було перетворено на самостійний банк «Дністер».

У 1897 р. при товаристві «Дністер» було засновано гурток взаємодопомоги, як на кошти, передані дирекцією товариства, так і на особисті внески членів гуртка. За рахунок коштів гуртка його члени могли отримувати пільгові споживчі кредити і використовувати їх на власні потреби.

Чимало коштів товариство жертвувало на проведення різних добродійних заходів, спрямованих на підтримку та розвиток українських патріотичних організацій. Крім того, сотні уповноважених делегатів-інспекторів і страхових агентів товариства на громадських засадах постійно вели велику просвітницьку роботу на терені всього краю, що безумовно справило великий вплив на формування національної свідомості українського населення.

У 1903 р. фонди «Дністра» (основний фонд, резервний фонд, преміальний фонд, фонд взаємодопомоги членам товариства, фонд нарахованих процентів по резервах страхових внесків) разом уже перевищували мільйон крон. У 1907 р. «Дністер» проводив активну діяльність у 57 повітах Галичини і у 8 повітах Буковини. Воно застрахувало 187 639 житлових будинків, 334 850 господарських будівель, 2 765 церков та 1753 парафіяльних будинки.

З 1909 р. керівництво «Дністра» очолив відомий громадський діяч, юрист і підприємець Стефан Федак.

1 липня 1911 р. відбулися загальні збори засновників товариства взаємного страхування життя і пенсій «Карпатія», на яких було обрано керівні органи. До керівництва рекомендували передусім тих осіб, які мали високий авторитет і були добрими фахівцями. Президентом товариства обрали професора Стефана Смаль-Стоцького, а його заступниками — Теофіля Дембіцького, президента Земельного іпотечного банку зі Львова, та Костянтина Кліма, полкового лікаря й водночас куратора буковинського крайового банку.

Товариство почало свою роботу 27 серпня 1911 р. у Чернівцях, активно шукаючи реальних можливостей поліпшення і подальшого розвитку товариства, вирішили перенести його центральні органи з Чернівців до Львова — найбільшого господарського центру східного регіону Австро-Угорської імперії. Це й було зроблено восени 1913 р.

Коли на початку Першої світової війни Галичину зайняли російські війська, з боку окупаційної адміністрації надійшла вимога припинити господарську діяльність усіх центральних українських установ — як приватних, так і кооперативних. Військова жандармерія проводила обшуки в офісах українських товариств і, зокрема, конфіскувала кошти товариства «Дністер», що зробило неможливою його подальшу кредитно-страхову діяльність.

Наприкінці Першої світової війни в Україні почалася активна реорганізація кооперативного страхування. Було визнано, що багато приватних страхових організацій, які діяли на страховому ринку, дуже несолідно обслуговували кооперативи, зловживаючи їхньою довірою. Довоєнна система земського страхування була в стані занепаду, а тому виявилася дуже обмеженою у своїх фінансових можливостях.

Щоб ширше охопити справу кооперативного страхування, український «Коопцентр» за домовленістю з усіма центральними спілками створив статут загальноукраїнської страхової організації — Української кооперативної страхової спілки. Статут цієї організації обговорювали ще з осені 1918 р. За статутом, Українська кооперативна страхова спілка мала стати не звичайною асоціацією страхових організацій, а самостійно діючою страховою компанією.

Статутом були передбачені різноманітні галузі страхування:

- страхування від вогню рухомого та нерухомого майна кооперативів;
- страхування життя співробітників-членів кооперативів на випадок смерті чи втрати ними працездатності;
- страхування транспорту;
- страхування рухомого майна на випадок крадіжки зі зломом;
- страхування врожаю різних сільськогосподарських культур від граду;
- страхування тварин, а також інших видів майна, якщо у цьому є потреба.

Членами спілки могли стати різні кооперативи та їхні об'єднання. Обов'язкова кількість паїв для кожного члена мала дорівнювати сумі, що становила б не менш як половину його річної премії. Відповідальність членів становила подвійну суму від сплачених ними премій. Унесені паї давали право на дивіденди, які не могли перевищувати 8% від суми паю. Отже, як сфера діяльності спілки, так і умови участі в ній у фінансовому плані були досить привабливими й зацікавили навіть керівництво «Дністра» та «Карпатії».

1.3. Страхування як економічна категорія

Страхування — це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій).

Економічні відносини страхування є складними та багатограними. Економічну категорію страхування характеризують такі ознаки:

1. Під час страхування виникають грошові перерозподільчі відносини, зумовлені наявністю страхового ризику як імовірності та можливості настання страхового випадку, здатного завдати матеріальних та інших збитків.
2. Для страхування характерні замкнені перерозподільчі відносини між його учасниками, які пов'язані з солідарним розподілом суми збитку одного чи кількох суб'єктів на всіх суб'єктів, залучених до страхування.
3. Для організації замкнені розподілу збитку утворюють грошовий фонд цільового призначення, який формують за рахунок фіксованих внесків учасників страхування. Оскільки кошти фонду використовують тільки між учасниками його створення, розмір страхового внеску відображає частку кожного з них у розподілі збитку. З огляду на це, чим ширше коло учасників страхування, тим менший розмір страхового внеску, тим доступніше та ефективніше страхування.
4. Страхування передбачає перерозподіл збитку як між різними територіальними одиницями, так і в часі.
5. Характерною рисою страхування є повернення мобілізованих у страховий фонд платежів.

Економічний зміст страхування виражається функціями:

- 1) формування спеціалізованого страхового фонду грошових коштів;
- 2) відшкодування збитку й особисте матеріальне забезпечення громадян;
- 3) попередження страхового випадку і зменшення розміру збитків від стихійних лих і нещасних випадків.

Перша функція полягає у формуванні фонду грошових коштів як плати за ризики, які беруть на себе страхові компанії. Цей фонд може формуватись як у примусовому порядку, так і в добровільному з огляду на економічне і соціальне становище, з урахуванням інтересів держави, яка регулює розвиток страхової справи в країні.

Запаси і резервні фонди забезпечують стабільність страхування, гарантію виплат і відшкодувань.

Формуванням спеціального страхового фонду вирішується проблема інвестицій тимчасово вільних коштів у банківські й інші комерційні структури, вкладення коштів у нерухомість, придбання цінних паперів тощо.

Функція відшкодування збитку громадянам і надання їм матеріальної допомоги притаманна саме економічній категорії. Право на відшкодування збитків мають лише ті суб'єкти, фізичні й юридичні особи, які беруть участь у створенні страхового фонду. Завдяки цій функції страхування забезпечує реалізацію цієї економічної необхідності страхового захисту здоров'я громадян, збереження їхнього майна, суспільну та виробничу діяльність, а також окреслює коло ризиків, пов'язаних із діяльністю юридичних осіб.

Специфічною є функція попередження страхового випадку, яка передбачає широкий комплекс заходів, у тому числі фінансування заходів щодо недопущення або зменшення наслідків нещасних випадків і стихійних лих. Економічна суть цієї функції полягає у тому, що, володіючи страховими фондами, компанія об'єктивно зацікавлена у довгостроковому використанні цих коштів.

1.4. Страховий фонд

Якщо внаслідок нещасного випадку або стихійного лиха знищено матеріальні цінності, порушено нормальний виробничий процес, то, цілком зрозуміло, потрібні економічні, в тому числі й фінансові, заходи, які дали б змогу відновити зруйновані об'єкти, відшкодувати завдані збитки та створити умови для продовження нормальної господарської діяльності. Для цього треба залучити заздалегідь створені фонди матеріальних засобів і грошових коштів. У складі сукупного суспільного продукту будь-якого суспільства передбачається певна частина, яка служить резервом для відшкодування можливих збитків, завданих стихійним лихом або нещасним випадком. Такий спеціальний резерв називають *страховим фондом*.

Страховий фонд є економічною необхідністю й обов'язковим елементом суспільного відтворення у будь-якому суспільстві.

Розрізняють три основних форми створення страхового фонду: **самостійна, централізована і страхова.**

Самостійна форма передбачає, що кожний окремо взятий господарюючий суб'єкт накопичуватиме необхідні матеріальні засоби і фінансові ресурси, які могли б покрити можливий збиток, не перериваючи на довгий час процес нормального функціонування.

Централізована форма страхового фонду створюється за рахунок державних ресурсів, які резервуються у централізованому порядку в натуральній і грошовій формах. Натуральні резерви формують із регулярно поновлюваних запасів готової продукції, сировини, матеріалів, палива, продовольства тощо. Грошові резерви фондів створюються щорічно під час складання державного бюджету. У галузях народного господарства грошові резерви створюються у вигляді фондів для надання фінансової допомоги підприємствам і організаціям галузі.

Страхова форма створюється за рахунок внесків численних юридичних та фізичних осіб, що виявили бажання застрахувати свій можливий збиток від будь-яких непередбачених обставин. Кошти цього фонду, які збирають Спеціалізовані організації — страхові товариства, призначені для відшкодування своїм страхувальникам збитків, яких вони зазнали у результаті стихійних лих, нещасних випадків або інших непередбачених обставин, обумовлених у договорах страхування.

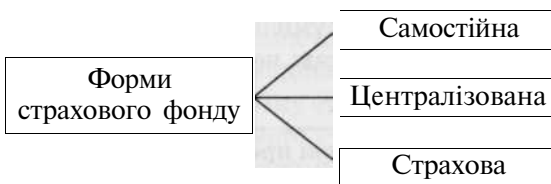


Рис. 11 *Форми страхового фонду*

Страховий фонд, який створюють у країні за допомогою інституту страхування, є сукупністю окремих локальних фондів, які утворюються кожною страховою компанією за рахунок збору страхових платежів (внесків) з визначеного кола осіб, а саме, зі своїх клієнтів, страхувальників цієї страхової компанії, і призначені для відшкодування збитків саме цьому обмеженому колу осіб.

1.5. Страховики та страховальники

Страховиками є фінансові установи, створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю згідно з Законом України «Про господарські товариства», з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», а також ті, які одержали у визначеному порядку ліцензію на проведення страхової діяльності. Учасників страховика повинно бути не менше трьох. Страхова діяльність в Україні проводиться тільки страховиками-резидентами України.

В окремих випадках, встановлених національним законодавством, страховиками визнаються державні організації, які створені і діють відповідно до вимог Закону України «Про страхування». Використання слів «державна», «національна» або похідних від них у назві страховика дозволяється лише за умови, що єдиним власником такого страховика є держава.

Слова «страховик», «страхова компанія», страхова організація та похідні від них дозволяється використовувати у назві лише тим юридичним особам, які мають ліцензію на провадження страхової діяльності.

Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестраховування і фінансова діяльність, пов'язана із формуванням, розміщенням страхових резервів та їхнім управлінням. Допускається виконання зазначених видів діяльності у вигляді надання послуг для інших страховиків на підставі укладених угод про сумісну діяльність. Юридичні особи, які не відповідають цим вимогам, не можуть займатися страховою діяльністю.



Рис. 1.2. Структура відносин «страховик — страховальник»

Страхувальниками визнаються юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

Страхувальники можуть укласти зі страховиками договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування.

Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначати громадян або юридичних осіб для одержання страхових сум (страхового відшкодування), а також замінювати їх до настання страхового випадку.

1.6. Принципи страхування

В основу надання страхових послуг покладено специфічні принципи. Основними принципами страхування є:

- вільний вибір страхувальником страховика, а страховиком — виду страхування;
- страховий ризик;
- страховий інтерес;
- максимальна сумлінність;
- відшкодування в межах завданих збитків;
- суброгація;
- контрибуція;
- диверсифікація.

Вільний вибір страхувальником страховика, а страховиком — виду страхування. Цей принцип властивий для добровільного страхування. Страхувальник може обирати на власний розсуд страховика, якому надана відповідними органами ліцензія на даний вид страхування. При цьому страховик теж вільний у виборі того чи іншого виду добровільного страхування.

Страховий ризик — це певна подія або сукупність подій, на випадок яких здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий інтерес завжди пов'язаний з наявними правовідносинами, зокрема правом власності або володіння тим чи іншим об'єктом, зобов'язанням щодо відшкодування збитків, яке визначає предмет майнового інтересу особи (страхувальника) чи зобов'язанням піклуватися про членів сім'ї і вимагає його волевиявлення щодо забезпечення страхового захисту такого майнового інтересу. Кожен власник зацікавлений у тому, щоб вкладені в цей

об'єкт кошти не були втрачені через стихійне лихо, нещасний випадок, пограбування тощо. У свою чергу, організації, які беруть на себе ризики, зацікавлені (мають інтерес) отримати прибуток.

Максимальна сумлінність. Сторони, які вступають у страхові відносини, повинні довіряти одна одній. Укладаючи договір страхування, страхувальник і страховик не повинні приховувати один від одного інформацію стосовно об'єкта страхування.

Відшкодування в межах реально завданих збитків. Страхове відшкодування згідно зі ст.10 Закону України «Про страхування» не може перевищувати розмірів прямого збитку, якого зазнав страхувальник, а відтак приносити страхувальникові прибуток. За цим принципом, матеріальний і фінансовий стан страхувальника після відшкодування завданих збитків має бути таким самим, як і до страхового випадку.

Суброгація — це передача страхувальником страховикові права на стягнення заподіяної шкоди з третіх (винних) осіб у межах виплаченої суми. Якщо страхувальник на відшкодування збитків отримує кошти з іншого джерела, то він повинен повідомити про це страховика, який візьме їх до уваги при розрахунках страхового відшкодування.

Контрибуція — це право страховика звернутися до інших страховиків, які за проданими полісами несуть відповідальність перед одним і тим самим конкретним страхувальником, з пропозицією розділити витрати з відшкодування збитків. Цей принцип не дає можливості страхувальникам застраховувати одне й те саме майно кілька разів з метою наживи.

Диверсифікація — обмеження поширення активності страхових компаній за рамки основного бізнесу.

Контрольні запитання

1. Чому середньовічне страхування зазвичай називають гільдійсько-цеховим?
2. Коли виникло перше страхове товариство в галузі морського страхування?
3. Кого визнають страхувальником?
4. Кого визнають страховиком?
5. Що може бути предметом безпосередньої діяльності страховика?
6. Які основні принципи страхування ?

2 Класифікація страхування. Перестраховання і співстраховання

2.1. Поняття класифікації, її наукове та практичне значення

2.2. Комерційне та соціальне страхування

2.3. Форми проведення страхування

2.4. Системи страхування. Франшиза

2.5. Перестраховання і співстраховання

2.1. Поняття класифікації, її наукове та практичне значення

Кожна галузь діяльності людини, кожна система знань потребує внутрішньої структурно-логічної впорядкованості, без якої неможливо організувати складну справу, виробити методологію наукових досліджень, побудувати навчальний процес. Досягнути необхідної впорядкованості дозволяє класифікація.

Під класифікацією розуміють систему підпорядкованих деякій ознаці понять у певній галузі знань або діяльності людини, використовувану як засіб для встановлення взаємозв'язків між цими поняттями. Система підпорядкованих понять формується за ознаками класифікації.

Розрізняють натуральну класифікацію, коли за головну ознаку обирають істотні ознаки класифікованих понять (наприклад, за об'єктами страхування), і штучну класифікацію, коли для неї застосовують несуттєві ознаки (наприклад, класифікація в алфавітному порядку). Ту чи іншу класифікаційну ознаку обирають залежно від мети класифікації.

Страхування як науку, як галузь знань та як сферу економічної діяльності характеризує багато специфічних понять. Без класифікації цих понять не можна виконувати ні теоретичних досліджень, ні практичної роботи в цій галузі.

В основу класифікації страхування покладено розбіжності у галузях діяльності страхових організацій, у підходах щодо забезпечення страхового захисту майнових інтересів фізичних і юридичних осіб, у визначенні об'єктів страхування, обсягів страхової відповідальності, у формах проведення страхування тощо. У зв'язку з цим вирізняють найістотніші класифікаційні ознаки, що мають важливе значення як у теоретичному, так і у практичному розумінні — історичну, економічну, юридичну.

Класифікація за історичною ознакою пов'язана з виокремленням етапів розвитку страхової справи з точки зору часу виникнення тих чи інших видів страхування.

Класифікація за юридичними ознаками передбачає кілька підходів. Насамперед, це виокремлення **певних класів страхування згідно з міжнародними нормами** та можливість застосування такої класифікаційної ознаки, як **форма проведення страхування**.

Так, згідно з директивами ЄС, країни-члени цієї організації використовують класифікацію, яка встановлює 7 класів довгострокового страхування (життя і пенсій) і 18 класів загального страхування.

Довгострокове страхування (страхування життя і пенсій):

Клас 1. Страхування життя і щорічної ренти (ануїтетів).

Клас 2. Страхування до шлюбу і народження дитини.

Клас 3. Зв'язане довгострокове страхування життя.

Клас 4. Безперервне страхування здоров'я.

Клас 5. Тонтіни.

Клас 6. Страхування виплати капіталу.

Клас 7. Страхування пенсій.

Загальні види страхування:

Клас 1. Страхування від нещасних випадків.

Клас 2. Страхування на випадок хвороби.

Клас 3. Страхування наземних транспортних засобів.

Клас 4. Страхування залізничного транспорту.

Клас 5. Страхування авіаційної техніки.

Клас 6. Страхування суден.

Клас 7. Страхування вантажів (товарів у дорозі).

Клас 8. Страхування від пожеж і стихійного лиха.

Клас 9. Страхування власності.

Клас 10. Страхування відповідальності власників моторизованих транспортних засобів.

Клас 11. Страхування відповідальності власників авіаційної ехніки.

Клас 12. Страхування відповідальності власників суден.

Клас 13. Страхування загальної відповідальності.

Клас 14. Страхування кредитів.

Клас 15. Страхування поручительств (застави).

Клас 16. Страхування фінансових втрат.

Клас 17. Страхування судових витрат.

Клас 18. Страхування фінансової допомоги.

Згідно з цією класифікацією в багатьох країнах і ліцензується страхова діяльність.

За формою проведення страхування може бути *добровільним* або *обов'язковим*. Більшість договорів страхування укладають на добровільній основі. Страхувальник має право, але не зобов'язаний укласти договір страхування. Водночас, і страховик має повне право відмовитися від прийняття на себе тих ризиків, які він вважає небажаними. Проте в деяких випадках, коли йдеться про потреби суспільства в цілому, ступінь свободи страхувальника і страховика суттєво обмежується. При цьому замість права укласти страховий договір у страхувальника з'являється обов'язок це зробити, а страховик втрачає право відмовити страхувальникові і набуває обов'язку взяти ризик за страхування. Ідеться про обов'язкове страхування, яке встановлюється відповідними законодавчими актами.

Класифікація за економічними ознаками передбачає кілька варіантів. Підхід до вибору варіанта залежить від цілей класифікації.

Найважливішим і загальноприйнятим у світовій практиці є *поділ страхування залежно від спеціалізації страховика* на дві великі сфери діяльності: страхування життя («*Life assurance*») і загальні види страхування («*Non-life*», або «*General insurance*»).

Віднесення того чи іншого виду страхування до «страхування життя» чи «видів страхування інших, ніж життя» залежить від наявності нагромаджувального (накопичувального) характеру договору страхування (страхові внески за такими договорами є своєрідними інвестиціями страхувальника, оскільки передбачаються не лише страхові виплати, а й повне повернення внесених коштів із нарахованими відсотками при закінченні строку дії договору страхування) і строку дії договору страхування.

За *сферами страхової діяльності* розрізняють *соціальне та комерційне страхування*, які взаємноповнюють одне одного.

За *об'єктами* — розрізняють *майнове, особисте (особове) страхування та страхування відповідальності*.

Об'єктами страхування можуть бути майнові інтереси, які не суперечать законодавству України, пов'язані:

— з життям, здоров'ям, працездатністю та додатковою пенсією страхувальника або застрахованої особи (особисте (особове) страхування);

- з володінням, користуванням і розпорядженням майном (майнове страхування);
- з відшкодуванням страхувальником завданих ним збитків особі або її майну, а також збитків, завданих юридичній особі (страхування відповідальності).

За формою організації страхування буває **державне**, **акціонерне**, **взаємне**, **кооперативне**. Особливою організаційною формою є медичне страхування.

Державне страхування — організаційна форма, при якій як страховиком виступає держава в особі спеціально уповноважених на це страхових організацій.

Акціонерне страхування — недержавна організаційна форма, при якій страховиком виступає приватний капітал у вигляді акціонерного товариства, статутний фонд якого формують з акцій та інших цінних паперів, які належать юридичним і фізичним особам.

Взаємне страхування — недержавна організаційна форма, яка виражає домовленість між групою фізичних, юридичних осіб про відшкодування один одному майбутніх можливих збитків у визначених частинах згідно з прийнятими умовами.

Кооперативне страхування — недержавна організаційна форма. Полягає у проведенні страхових операцій кооперативами.

Медичне страхування — особлива організаційна форма страхової діяльності. Є формою соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я.

2.2. Комерційне та соціальне страхування

Розрізняють дві *сфери страхової діяльності* — *соціальне* та *комерційне страхування*, які взаємно доповнюють одне одного. Соціальне страхування ґрунтується на принципі колективної солідарності та створення громадських страхових фондів за рахунок зборів обов'язкових страхових внесків і призначене для того, щоб забезпечити мінімум соціального захисту особам, які досягнули пенсійного віку, потребують медичної допомоги, інвалідам, безробітним. Система соціального страхування в Україні реформується у зв'язку з переходом до ринкових форм господарювання.

Комерційне страхування, на відміну від соціального, ґрунтується на принципах еквівалентності та замкнутого розподілу збитку в рамках цього страхового фонду. Зв'язок між двома

сферами страхової діяльності полягає в тому, що комерційне страхування надає захист найперше в тих життєвих ситуаціях, які не «покриті» соціальним страхуванням. Чим вужча система соціального захисту, тим більша потреба в послугах комерційного страхування.

Інститут соціального страхування виник як результат взаємодії двох принципів соціально-економічного управління ризиковими подіями: соціального регулювання економіки та страхування. У межах першого визначали основні орієнтири розвитку суспільства, а в межах другого формувалася механізм фінансового забезпечення досягнення соціальних цілей.

Перші форми соціального страхування виникли в середині XIX ст. в Європі. Зумовлені виникненням та швидким розвитком професійних спілок, вони мали характер взаємного страхування в межах трудових колективів.

Предметом соціального страхування є основні соціальні ризики, які загрожують відтворенню населення: тимчасова непрацездатність у результаті хвороби, ушкодження здоров'я, вагітності та пологів, догляду за членом сім'ї; постійна непрацездатність у результаті інвалідності та старості; втрата трудового доходу у зв'язку з неможливістю працевлаштування; втрата доходів сім'ї у випадку смерті годувальника; виникнення непередбачуваних витрат у випадку оплати медичних послуг, народження і виховання дитини, оплати ритуальних послуг та поховання.

Об'єкт соціального страхування, — майнові інтереси громадян, пов'язані з компенсацією втрати трудового доходу або оплатою видатків, які раптово виникли внаслідок настання соціальних ризиків.

Як соціально-економічна категорія, **соціальне страхування** — це система відносин з розподілу і перерозподілу національного доходу, які полягають у формуванні зі страхових внесків, що сплачують працюючі громадяни та роботодавці, державних дотацій спеціальних страхових фондів, кошти яких використовують для утримання осіб, які не беруть участі у суспільній праці.

Соціальне страхування — найважливіший елемент державної соціальної політики у сфері управління ризиками відтворення населення і виконує функції соціального захисту, забезпечення фінансування соціальної допомоги, регулювання доходів та рівня життя різних груп населення, попередження та профілактики наслідків настання соціальних ризиків.

Соціальне страхування можна проводити у двох формах: державній і колективній. Державне соціальне страхування обов'язкове, а колективне може бути як обов'язковим так і добровільним. За ступенем охоплення населення соціальне страхування буває загальним або для окремих соціальних груп населення.

2.3. Форми проведення страхування

Добровільне страхування проводять на основі договору між страхувальником і страховиком. Загальні умови і порядок проведення добровільного страхування визначають правилами страхування, які страховик визначає самостійно відповідно до вимог Закону України «Про страхування». Конкретні умови страхування обговорюють під час укладення договору страхування.

Добровільне страхування у конкретного страховика не може бути обов'язковою передумовою для реалізації інших правовідносин.

Згідно зі ст. 6 Закону України «Про страхування» в Україні проводять такі *види добровільного страхування*:

- 1) медичне страхування;
- 2) страхування від нещасних випадків;
- 3) медичне страхування (безперервне страхування здоров'я);
- 4) страхування здоров'я на випадок хвороби;
- 5) страхування залізничного транспорту;
- 6) страхування наземного транспорту (крім залізничного);
- 7) страхування повітряного транспорту;
- 8) страхування водного транспорту (морського внутрішнього та інших видів водного транспорту);
- 9) страхування вантажів та багажу (вантажобагажу);
- 10) страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ;
- 11) страхування майна (іншого, ніж передбаче пунктами 5-9);
- 12) страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- 13) страхування цивільної відповідальності власників повітряного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- 14) страхування цивільної відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника);
- 15) страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена пунктами 12-14);

- 16) страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту);
- 17) страхування інвестицій;
- 18) страхування фінансових ризиків;
- 19) страхування судових витрат;
- 20) страхування гарантій (порук) та прийнятих гарантій;
- 21) страхування медичних витрат;
- 22) інші види добровільного страхування.

Обов'язкове страхування визначають законами України шляхом внесення змін до Закону України «Про страхування».

Форми типового договору, порядок проведення й особливі умови ліцензування обов'язкового страхування визначає Кабінет Міністрів України.

Особливостями обов'язкової форми страхування є:

1. Обов'язкове страхування регулюється законом (він встановлює перелік об'єктів обов'язкового страхування, обсяги страхової відповідальності, рівень або норми страхового забезпечення, порядок визначення тарифних ставок, періодичність внесення страхових платежів, основні права та обов'язки страховика та страхувальника), відповідно до якого страховик зобов'язаний застрахувати відповідні об'єкти, а страхувальник — вносити належні страхові платежі.
2. Суцільне охоплення обов'язковим страхуванням визначених законом об'єктів.
3. Дія обов'язкового страхування не залежить від повноти та термінів внесення страхових платежів.
4. Автоматичність розповсюдження обов'язкового страхування на об'єкти, визначені в законі.

Згідно зі ст. 7 Закону України «Про страхування» в Україні проводять такі ***види обов'язкового страхування***:

- 1) медичне страхування;
- 2) особисте страхування медичних і фармацевтичних працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з державного бюджету України) на випадок інфікування ВІЛ при виконанні ними службових обов'язків;
- 3) особисте страхування працівників відомчої (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з державного бюджету України) та сільської пожежної охорони і членів добровільних пожежних дружин (команд);

- 4) страхування спортсменів вищих категорій;
- 5) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини;
- 6) особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- 7) авіаційне страхування цивільної авіації;
- 8) страхування відповідальності морського перевізника та виконавця робіт, пов'язаних із обслуговуванням морського транспорту, щодо відшкодування збитків, завданих пасажиром, багажу, пошти, вантажу, іншим користувачам морського транспорту та третім особам;
- 9) страхування цивільної відповідальності власників наземних транспортних засобів;
- 10) страхування засобів водного транспорту;
- 11) страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності;
- 12) страхування цивільної відповідальності оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного вибуху;
- 13) страхування працівників (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з державного бюджету України), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі доглядають за особами, які страждають на психічні розлади;
- 14) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного та санітарно-епідеміологічного характеру;
- 15) страхування цивільної відповідальності інвестора, в тому числі за шкоду, заподіяну довкіллю, здоров'ю людей, за угодою про розподіл продукції, якщо інше не передбачено такою угодою;
- 16) страхування майнових ризиків за угодою про розподіл продукції у випадках, передбачених Законом України «Про угоди про розподіл продукції»;

- 17) страхування фінансової відповідальності, життя і здоров'я тимчасового адміністратора та ліквідатора фінансової установи;
- 18) страхування майнових ризиків при промисловій розробці родовищ нафти і газу у випадках, передбачених Законом України «Про нафту і газ»;
- 19) страхування медичних та інших працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ (крім тих, які працюють в установах і організаціях, що фінансуються з державного бюджету України) на випадок захворювання на інфекційні хвороби, пов'язаного з виконанням ними професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних захворювань;
- 20) страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів;
- 21) страхування об'єктів космічної діяльності (наземна інфраструктура), перелік яких затверджується Кабінетом Міністрів України за поданням Національного космічного агентства України;
- 22) страхування цивільної відповідальності суб'єктів космічної діяльності;
- 23) страхування об'єктів космічної діяльності (космічна інфраструктура), які є власністю України, щодо ризиків, пов'язаних з підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її в космічному просторі;
- 24) страхування відповідальності щодо ризиків, пов'язаних із підготовкою до запуску космічної техніки на космодромі, запуском та експлуатацією її у космічному просторі;
- 25) страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків при перевезенні небезпечних вантажів;
- 26) страхування професійної відповідальності осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, за переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України;

- 27) страхування відповідальності власників собак (за переліком порід, визначених Кабінетом Міністрів України);
- 28) страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї;
- 29) страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків у випадках та згідно з переліком тварин, встановленими Кабінетом Міністрів України;
- 30) страхування відповідальності суб'єктів туристичної діяльності за шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю туриста або його майну;
- 31) страхування відповідальності морського судовласника;
- 32) страхування ліній електропередач та перетворюючого обладнання передавачів електроенергії від пошкодження внаслідок впливу стихійних лих або техногенних катастроф та від протиправних дій третіх осіб.
- 33) страхування відповідальності виробників (постачальників) продукції тваринного походження, ветеринарних препаратів, субстанцій за шкоду, заподіяну третім особам;
- 34) страхування предмета іпотеки від ризиків випадкового знищення, пошкодження або псування.
- 35) страхування фінансової відповідальності управителя майном за збитки при здійсненні управління цим майном;
- 36) страхування від ризиків загибелі або пошкодження нерухомості, набутої в результаті управління майном;
- 37) страхування фінансових ризиків неотримання, невчасного отримання та отримання не у повній сумі платежів за договорами про іпотечні кредити та платежів за іпотечними сертифікатами;
- 38) страхування будівельно-монтажних робіт забудівником відповідно до Закону України «Про фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операціях з нерухомістю»;
- 39) страхування відповідальності забудівника перед третіми особами відповідно до Закону України «Про фінансово-кредитні механізми і управління майном при будівництві житла та операціях з нерухомістю»;

- 40) страхування майна, переданого у концесію;
- 41) страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно довкіллю або здоров'ю людей під час зберігання та застосування пестицидів і агрохімікатів;
- 42) страхування цивільної відповідальності суб'єкта господарювання за шкоду, яку може бути заподіяно третім особам унаслідок проведення вибухових робіт.

2.4. Системи страхування. Франшиза

У практиці страхування застосовують кілька систем страхування. Загальноприйнятими вважають системи:

- 1) страхування за пропорційною відповідальністю;
- 2) відповідальності за першим ризиком;
- 3) граничної відповідальності.

1. **Страхування за системою пропорційної відповідальності** означає неповне, часткове страхування об'єкта. Використання цієї системи передбачає виплату страхового відшкодування, яке обчислюють за формулою

$$Q = T \times \frac{S}{W}$$

де Q — страхове відшкодування; S — страхова сума за договором; W — вартісна оцінка об'єкта страхування; T — фактична сума збитку.

За пропорційної системи виявляється участь страховика у відшкодуванні збитку. Ступінь повноти страхового відшкодування тим більший, чим менша різниця між страховою сумою й оцінкою об'єкта страхування.

2. **Страхування за системою першого ризику** передбачає виплату страхового відшкодування у розмірі збитку, але в межах страхової суми. За цієї системи весь збиток у межах страхової суми (перший ризик) компенсується повністю, а збиток понад страхову суму (другий ризик) взагалі не відшкодовується.
3. **Система страхування за граничною відповідальністю** передбачає відшкодування збитків страховиком у визначених межах. Визначається початковий (мінімальний) і кінцевий (максимальний) рівень збитку, який підлягає компенсації з боку страховика.

Частину збитків, які не відшкодовує страховик згідно з договором страхування, тобто власну участь страхувальника у покритті

збитку виражають через *франшизу*, передбачену умовами договору страхування. Франшиза може бути визначена в абсолютних або відносних величинах до страхової суми. Можлива також франшиза, виражена у відсотках до збитку. Виділяють *умовну (інтегральну)* і *безумовну (ексцедентну) франшизу*.

При умовній (інтегральній) франшизі страховик звільняється від відповідальності за збиток, що не перевищує визначену суму франшизи, і повинен відшкодувати збиток повністю, якщо його розмір більший за суму франшизи. Наприклад, якщо умовна франшиза становить 2 тис. грн., а збиток, завданий страховою подією, рівний 1,5 тис. грн., то збиток страховик не відшкодує, страхової виплати не проводить. Якщо збиток перевищує суму умовної франшизи і становить, наприклад, 2,1 тис. грн., то його відшкодовують повністю, тобто страховик виплатить страхове відшкодування у розмірі 2,1 тис. грн.

При безумовній (ексцедентній) франшизі збиток у всіх випадках відшкодовується за вирахуванням визначеної франшизи. Наприклад, страхова вартість майна (C) — 10 тис. грн, страхова сума договору страхування (S) рівна 8 тис. грн, безумовна франшиза (Φ_0) — 2 тис. грн., збиток унаслідок страхової події (Y) становить 7 тис. грн. Тоді страхове відшкодування (B) розраховують за формулою:

$$B = (Y - \Phi_0) \chi (S : C), \text{ тобто } B = (7 - 2) \chi (8 : 10) = 4 \text{ тис. грн.}$$

2.5. Перестраховання і співстраховання

Перестраховання як самостійний інститут виникло з початком проведення страхових операцій. Відомо про існування перестрахової угоди, укладеної в 1370 р., коли перестраховання знадобилося при розміщенні страхування вантажів у рейсі Генуя (Італія) — Брюге (Бельгія). Є відомості про угоди, укладені на початку XIX ст. Перше перестраховальне товариство, утворене лише для проведення перестраховальних операцій, було засновано в 1846 р. «Колонія Реіншуранс» (м. Кельн, Німеччина).

Перестраховання — це страхування одним страховиком (цедентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання всіх або частини своїх обов'язків перед страхувальником у іншого страховика (перестраховика).

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

Страховик (цедент, перестраховальник), який уклав з пере-страховиком договір про перестраховування, залишається відпо-відальним перед страхувальником у повному обсязі згідно з дого-вором страхування.



Рис. 2.1. Схема передачі страхового ризику.

Основною функцією перестраховання є вторинний розподіл ризику, завдяки якому проходить кількісне та якісне вирівнювання страхового портфеля. За формою взаємно взятих зобов'язань цедента і перестраховика договори перестраховання поділяють на договори:

- факультативного перестраховання;
- облігаторного перестраховання;
- факультативно-облігаторного перестраховання.

Процес перестраховання за цими договорами називається **факультативним, облігаторним і факультативно-облігаторним, відповідно.**

При факультативному перестрахованні перестраховальник пропонує перестраховику кожний конкретний ризик окремо. Цю пропозицію оформлюють у вигляді перестраховального сліпа. **Перестраховальний сліп** — це додаток до основного договору про загальні умови факультативного перестраховання, який містить найважливішу інформацію про ризик:

- страхувальника;
- об'єкт страхування;
- строк дії договору;
- страхові ризики;
- страхову суму та премію;
- власне утримання перестраховальника;

— частку ризику, запропоновану для перестраховування.

Перестраховик може або відмовитися, або акцептувати ризик повністю чи частково. Ризик, переданий у факультативне перестраховування, вважають перестрахованим тільки з моменту акцепта перестраховиком.

Цей вид перестраховування для страховика трудомісткий, тому що вимагає великих часових затрат. Для перестраховика він вигідний, оскільки дозволяє проаналізувати кожний прийнятий для перестраховування ризик.

При обов'язковому перестраховуванні перестраховувальник зобов'язаний передати, а перестраховик зобов'язаний прийняти всі ризики перестрахованого портфеля. Для страховика цей вид перестраховування найвигідніший, оскільки дозволяє йому отримати автоматично перестраховувальний захист за певним видом страхування або по всьому страховому портфелю. Перестраховик, навпаки, не може відбирати ризики. Цедент сам приймає рішення стосовно вибору ризиків та визначення страхової премії.

Факультативно-облігаторне страхування — це змішана форма перестраховування, так званий «відкритий ковер». За цією формою страховик має право передавати не всі, а тільки певні види ризиків, а перестраховик зобов'язаний їх прийняти, права відмовитися від ризику в нього немає.

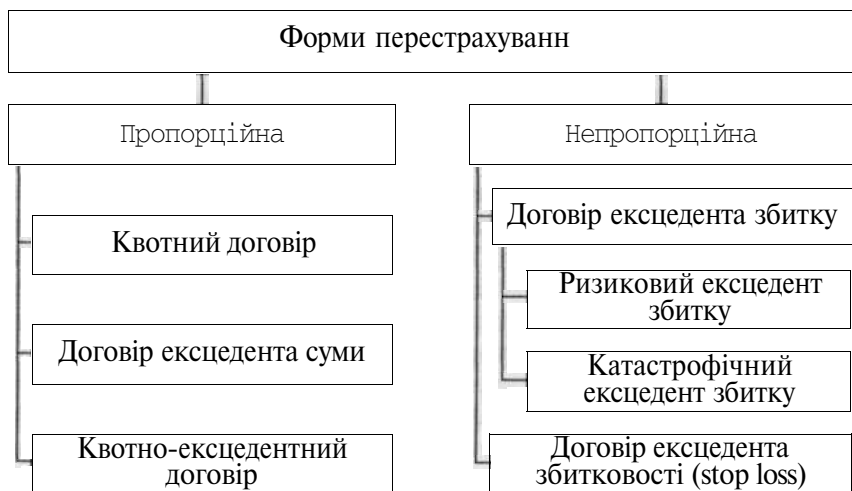


Рис. 2.2. Форми перестраховального захисту

Залежно від ролі, яку відіграють цедент і перестраховик в укладеному між ними договорі, перестраховання поділяється на *активне* та *пасивне*. Активне перестраховання полягає у передачі ризику, пасивне — у прийнятті ризику. Наступна передача ризику від перестраховика третій стороні називається *ретроцесією*.

У практиці страхової справи прийнято позначати страхове товариство, яке передає ризик у перестраховання, як таке, що веде активне перестраховання, а яке приймає ризик — як страхове товариство, яке веде пасивне перестраховання. Передача ризику є передачею відповідальності, прийняття ризику є прийняттям відповідальності.

Об'єкт страхування може бути застрахований за одним договором страхування та за згодою страхувальника кількома страховиками (співстраховання). У договорі повинні міститись умови, що визначають права і обов'язки кожного страховика.

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

За наявності відповідної угоди між співстраховиками та страхувальником один зі співстраховиків може представляти всіх інших у взаємовідносинах зі страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише в розмірі своєї частки.

На практиці страховик, який бере участь у страхуванні в меншій частці, підпорядковується умовам, узгодженим страховиком, що має більшу частку.

Інколи співстраховання розглядають як окремий випадок перестраховання, коли одночасно кілька страховиків за взаємним узгодженням приймають чи передають на страхування великі ризики.

Контрольні запитання

1. Які ознаки характеризують економічну категорію страхування?
2. Які особливості обов'язкової форми страхування?
3. Хто визначає загальні умови і порядок проведення добровільного страхування?
4. У яких формах можна проводити соціальне страхування?
5. На яких принципах ґрунтується комерційне страхування?
6. На яких принципах ґрунтується соціальне страхування?

3. Страховий ринок

- 3.1. Загальна характеристика страхового ринку
- 3.2. Суб'єкти страхового ринку
- 3.3. Товариства взаємного страхування
- 3.4. Інститут аварійного комісара
- 3.5. Об'єднання страховиків
- 3.6. Страховий ринок України: проблеми становлення, перспективи розвитку та інтеграції у світовий страховий простір

3.1. Загальна характеристика страхового ринку

Поняття «страховий ринок» містить два складових елементи: ринок і страхування. Деякі економісти розглядають ринок як відносини з приводу купівлі-продажу, інші на перше місце ставлять наявність певних інститутів, які зводять покупців і продавців. Примирити ці сторони можна шляхом тлумачення ринку і як взаємовідносин з обміну, і як структури, що дозволяє його здійснювати. Страхування, як ми пам'ятаємо, це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій). Отже, **страховий ринок** — це особлива соціально-економічна структура, певна сфера грошових відносин, де об'єктом купівлі-продажу є страховий захист, формуються пропозиція і попит на нього. Страховий ринок можна розглядати також як форму організації грошових відносин з формування та розподілу страхового фонду для забезпечення страхового захисту суспільства, як сукупність страхових організацій (страховиків), які беруть участь у наданні відповідних послуг.

На практиці страховий ринок — це складна інтегрована система, яка охоплює різноманітні структурні ланки. Первинною ланкою страхового ринку є страхове товариство, або страхова компанія. Саме тут відбувається процес формування і використання страхового фонду, формуються одні та проявляються інші економічні відносини, переплітаються особисті, групові, колективні інтереси.

У структурі страхового ринку виділяють *ринок страховика* і *ринок страхувальника*. Коли попит на страхові послуги значно перевищує їхню пропозицію, то маємо справу з ринком страховика. На практиці переважає ринок страхувальника. Перед потенційним страхувальником відкривається багато можливостей вибрати конкретні умови договору страхування. Страхувальник порівнює різні варіанти страхових продуктів, оцінює відповідність бажань (страхового інтересу) гарантіям, які надають відповідно до того чи іншого договору страхування.

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

В інституційному аспекті вона має приватну і публічну основу. Представлена акціонерними, корпоративними, взаємними та державними страховими компаніями. У територіальному аспекті можна виділити місцевий (регіональний) страховий ринок, національний (внутрішній) і світовий (зовнішній) страхові ринки. Розвиток ринкових відносин усуває територіальні перепони на шляху суспільно-економічного прогресу, посилює інтеграційні процеси, сприяє входженню національних страхових ринків у світовий. Прикладом такої інтеграції може бути створення загальноєвропейського страхового ринку країн-учасниць ЄЕС.

Залежно від масштабів попиту та пропозиції на страхові послуги можна виділити *внутрішній (регіональний)*, *зовнішній* і *міжнародний* страхові ринки.

Внутрішнім (регіональним) страховим ринком називають місцевий ринок, у якому є безпосередній попит на страхові послуги.

Зовнішнім страховим ринком називають ринок, який виходить за межі внутрішнього ринку.

Під *світовим (міжнародним)* страховим ринком розуміють пропозицію і попит на страхові послуги в масштабі світового господарства.

За галузевою ознакою розрізняють ринок *особистого страхування* і ринок *майнового страхування*, в якому виділяють ринок *страхування відповідальності*. Кожний із цих ринків можна поділити на окремі сегменти, наприклад, ринок *страхування від нещасних випадків*, ринок *страхування домашнього майна* тощо.

Учасниками страхового ринку є продавці, покупці і посередники, а також їхні асоціації. Категорію продавців становлять страхові та перестраховальні компанії. У ролі покупців виступають страхувальники. Посередниками між продавцями та

покупцями є **страхові посередники** (страхові агенти і страхові (перестрахові) брокери).

Специфічний товар, який пропонують на страховому ринку, - **страхова послуга**. Її споживча вартість — забезпечення страховим захистом. Ціна страхової послуги виражається у страховому тарифі. Її складають на конкурентній основі, зіставляючи попит і пропозицію.

Перелік видів страхування, якими може скористатися страхувальник, становить асортимент страхового ринку.

У світовій практиці страхування посилюються дві тенденції: спеціалізація та універсалізація діяльності страховиків. Спеціалізація безпосередньо пов'язана з суспільним поділом праці: відповідний процес стає об'єктивно необхідним і у страховій справі. Поряд зі спеціалізацією страховиків посилюються тенденції до універсалізації їхньої діяльності.

Брати участь у ринкових відносинах як страховик може також і держава через систему державних страхових організацій.

Сучасний рівень розвитку страхового ринку в індустріально розвинутих країнах характеризується посиленням тенденцій до монополізму в страховій справі, концентрації нею капіталу. З огляду на це виділяють чотири організаційні форми виявлення цієї тенденції.

Горизонтальна інтеграція — це зосередження в руках невеликої кількості великих страхових компаній значних обсягів страхової премії і страхових послуг.

Вертикальна інтеграція — це проникнення страхових компаній в інші сфери, тісно пов'язані зі страховою справою (банківська, біржова діяльність).

Створення міжнаціональних страхових компаній.

Диверсифікація — розширення сфери діяльності страховика у різних підприємствах інших галузей, які не перебувають у прямому зв'язку зі страховою справою. У цьому виражається намагання середніх і дрібних страховиків вижити в умовах гострої конкурентної боротьби й отримати стійкі доходи від суміжних підприємств для покриття витрат з основної діяльності, тобто страхової справи.

Виділяють такі основні типи диверсифікації:

- 1) страхові компанії стають частиною концерну;
- 2) страхові компанії починають самостійно володіти підприємствами в інших галузях матеріального виробництва;
- 3) страхові компанії створюють дочірні компанії у фінансово-кредитній сфері.

3.2. Суб'єкти страхового ринку

Головними *суб'єктами страхового ринку є страховики, страховальники та страхові посередники*. Кожен з них виконує свою функцію, має свою специфіку та механізм реалізації економічних інтересів.

Страховиками є фінансові установи, створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», а також ті, що одержали у встановленому порядку ліцензію на ведення страхової діяльності. Учасників страховика повинно бути не менше трьох.

В окремих випадках, визначених законодавством України, страховиками вважаються державні організації, які створені і діють відповідно до Закону України «Про страхування».

Страховика створюють в організаційно-правовій формі акціонерного, повного, командитного товариства або товариства з додатковою відповідальністю.

Страховик реєструється в місцевому органі виконавчої влади як суб'єкт підприємницької діяльності та заноситься до Реєстру.

Мінімальний розмір статутного фонду страховика, який займається видами страхування, іншими, ніж страхування життя, встановлено в сумі, еквівалентній 1 млн євро, а страховика, який займається страхуванням життя, — 1,5 млн євро за валютним обмінним курсом валюти України. Статутний фонд страховика повинен бути сплачений виключно в грошовій формі. Допускається формування статутного фонду страховика цінними паперами, що випускаються державою, за їх номінальною вартістю в порядку, визначеному Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, але не більше 25% від загального розміру статутного фонду. Заборонено використовувати для формування статутного фонду векселі, кошти страхових резервів, бюджетні кошти, а також кошти, одержані в кредит, позику та під заставу, і вносити нематеріальні активи.

Загальний розмір внесків страховика до статутних фондів інших страховиків України не може перевищувати 30% його власного статутного фонду, в тому числі розмір внеску до статутного фонду окремого страховика не може перевищувати 10%. Ці вимоги не поширюються на страховика, який здійснює види страхування,

інші, ніж страхування життя, у разі здійснення ним внесків до статутного фонду страховика, який здійснює страхування життя.

Підприємства, установи та організації не можуть стати страховиками шляхом внесення змін до установчих документів, якщо вони попередньо займалися іншим видом діяльності, навіть у разі виконання вимог законодавства. Наприклад, страховик, який отримав ліцензію на страхування життя, не має права займатися іншими видами страхування.

Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестрахування і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

Ліцензію видають на здійснення окремого виду страхування, вона одночасно дає право на проведення перестрахування за цим видом страхування. Страховик (перестраховик) України має право приймати ризики перестрахування лише з тих видів добровільного й обов'язковою страхування, на проведення яких він отримав ліцензію.

Укладення страховиком України (цедентом, перестраховальником) договорів перестрахування з перестраховиками (страховиками, страховими брокерами) — нерезидентами, у тому числі з тими, які мають свої представництва в Україні, дозволено у випадках, передбачених нормативно-правовими актами України.

Страховик зобов'язаний прийняти та зареєструвати в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України правила страхування, які відповідають вимогам ст. 17 Закону України «Про страхування». Ліцензії на обов'язкові види страхування видають відповідно до особливих умов ліцензування, установленних Кабінетом Міністрів України. Ліцензію на конкретний вид обов'язкового страхування видають, якщо страховик має досвід здійснення добровільного страхування не менше двох років, якщо інше не передбачено законодавством України (під досвідом не менше двох років слід розуміти наявність протягом усього зазначеного періоду чинної ліцензії і чинних договорів страхування). Для підтвердження цих вимог надають відповідні копії договорів страхування.

Страховик зобов'язаний дотримуватись обов'язків, визначених ст. 20 Закону України «Про страхування».

Страхові виплати страховик проводить у порядку та на умовах, визначених ст. 25 Закону України «Про страхування».

Страховик зобов'язаний на підставі ведення журналу реєстрації страхових вимог (заяв) страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування формувати резерв збитків (резерв заявлених, але не виплачених збитків) та забезпечувати його ліквідне розміщення.

Страховик зобов'язаний дотримуватись умов забезпечення платоспроможності відповідно до вимог ст. 30 Закону України «Про страхування» і нормативно-правових актів, які встановлюють відповідні вимоги.

Страховик зобов'язаний:

- формувати, обліковувати і розміщувати страхові резерви в порядку та на умовах, визначених ст. 31 Закону України «Про страхування» і відповідними нормативно-правовими актами. Якщо страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10% від суми сплаченого статутного фонду, сформованих вільних резервів та страхових резервів, страховик зобов'язаний укласти договір перестрахування;
- вести бухгалтерський облік, формувати фінансову звітність та інші звітні дані відповідно до вимог законодавства України з урахуванням особливостей, передбачених ст. 31 та 33 Закону України «Про страхування»;
- проводити аудиторську перевірку та оприлюднювати публічну бухгалтерську звітність відповідно до вимог ст. 34 Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів.

Страховик та його відокремлений підрозділ повинні бути забезпечені комп'ютерною технікою і програмним забезпеченням та комунікаційними засобами (телефон, факс, E-mail), що відповідають установленим вимогам.

При провадженні діяльності з обов'язкових видів страхування страховик зобов'язаний:

- утворювати централізовані страхові резервні фонди згідно з вимогами відповідних нормативно-правових актів;
- дотримуватися порядку та правил їх проведення, застосовувати форми типового договору, розміри страхових сум та максимальні розміри страхових тарифів або методика актуарних розрахунків, установлені Кабінетом Міністрів України.

Страховик має право розпочати страхову діяльність у разі, якщо:

- облікова і реєструюча система відповідає вимогам, встановленим нормативно-правовими актами;
- внутрішні правила страховика відповідають вимогам законів України та нормативно-правових актів державних органів, що здійснюють регулювання та нагляд за ринками фінансових послуг;
- професійні якості та ділова репутація персоналу відповідають вимогам, установленим нормативно-правовими актами.

Як суб'єкт первинного фінансового моніторингу, страховик зобов'язаний дотримуватись обов'язків, установлених ст. 5 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом» та керуватися вимогами Положення про здійснення фінансового моніторингу фінансовими установами, затвердженого розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 05.08.2003 №25 та зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 15 серпня 2003 р. за №715/8036.

Страховик, на підставі наданих оригіналів або належним чином завірених копій документів, зобов'язаний ідентифікувати осіб, які здійснюють фінансові операції, що згідно із законодавством підлягають фінансовому моніторингу.

Страховик зобов'язаний установити правила проведення внутрішнього фінансового моніторингу та призначити працівника, відповідального за його проведення. Відповідальний працівник зобов'язаний:

- бути незалежним у своїй діяльності і підзвітним тільки керівнику страховика;
- не рідше одного разу на місяць інформувати керівника страховика про виявлені фінансові операції, що підлягають фінансовому моніторингу, та заходи, які були вжиті.

Страхувальниками вважають юридичних осіб та дієздатних громадян, які уклали зі страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

Страхувальники можуть укладати зі страховиками договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування.

Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначити громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування), а також замінювати їх до настання страхового випадку.

3. Страховий ринок

Страхувальник зобов'язаний:

- своєчасно вносити страхові платежі;
- укладаючи договір страхування, надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, які мають суттєве значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього об'єкта страхування;
- вживати заходів для запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;
- повідомити страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами страхування. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.

У разі смерті страхувальника-громадянина, який уклав договір майнового страхування, права й обов'язки страхувальника переходять до осіб, які одержали це майно в спадщину. Страховик або будь-хто зі спадкоємців має право на переукладення договору страхування.

В інших випадках права й обов'язки страхувальника можуть перейти до іншого громадянина чи юридичної особи лише за згодою страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

У разі смерті страхувальника, який уклав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права й обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.

Якщо в період дії договору страхування страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права й обов'язки, які випливають з договору страхування, переходять до правонаступника страхувальника за згодою страховика.

У випадку визнання судом страхувальника-громадянина недієздатним, його права й обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна, а дія договору страхування цивільної відповідальності припиняється з часу втрати ним дієздатності. У випадку визнання судом страхувальника-громадянина обмежено дієздатним, він виконує свої права й обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

Основними страховими посередниками на страховому ринку України є **страхові агенти, страхові (перестрахові) брокери.**

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

Страхові брокери — це громадяни або юридичні особи, які зареєстровані у визначеному порядку як суб'єкти підприємницької діяльності та виконують посередницьку діяльність на страховому ринку від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика.

Під *агентською діяльністю* розуміють діяльність суб'єктів підприємницької діяльності, уповноважених діяти від імені та на підставі доручення одного або більше страховиків, рекламування, консультування, пропонування страхувальникам страхових послуг та проведення робіт, пов'язаних з укладанням та виконанням договорів страхування (підготовка й укладення договорів страхування, роботи, пов'язані з обслуговуванням договорів), у тому числі оформлення всіх потрібних документів для своєчасної виплати страхових сум або страхового відшкодування, а також здійснення цих виплат.

Брокерська діяльність — це професійна діяльність суб'єктів підприємницької діяльності на користь страхувальника або пере-страхувальника (цедента), спрямована на визначення його потреби в отриманні страхових послуг, консультування, надання допомоги у розробці умов договору страхування, пошук страховиків, які відповідають вимогам страхувальника, ведення переговорів та укладення договорів страхування за дорученням страхувальника, проведення розрахунків за договорами страхування, підготовка документів для врегулювання питання про збитки у разі настання страхового випадку.

Якщо договір страхування укладається за посередництва страхового агента, то суб'єкти цивільно-правових відносин повинні дотримуватися таких вимог:

- страховий агент, що отримує страхові платежі від страхувальників, зобов'язаний перерахувати ці кошти на рахунок страховика протягом двох робочих днів після отримання відповідних страхових платежів, а також оформити договір

страхування не пізніше одного робочого дня з моменту отримання страхового платежу;

- страховий агент зобов'язаний щодавно подавати страховикові відомості про укладені договори страхування та розміри отриманих платежів;
- у разі несвоєчасного перерахування страховим агентом страхових платежів або порушення ним терміну оформлення договорів страхування без поважних причин, страховик зобов'язаний призупинити дію агентської угоди не менше, ніж на три місяці.

Страховий брокер під час проведення страхової посередницької діяльності зобов'язаний:

- забезпечити укладення договору страхування на найвигідніших для страхувальника умовах відповідно до брокерської угоди зі страховиком, який має стійке фінансове становище;
- володіти інформацією, яка потрібна для укладення договору страхування на умовах страхувальника, в тому числі про наявність у страховика ліцензії на проведення відповідного виду страхування, розміри страхових тарифів та умови страхування, які пропонує страховик, рівень його платоспроможності, а також надавати цю інформацію страхувальнику на його прохання.

До діяльності страхових брокерів застосовують такі обмеження:

- страховий брокер не може провадити інші види діяльності, у тому числі посередницької, крім посередницької діяльності на страховому ринку;
- страховий брокер може укласти договори страхування з одним страховиком на суму страхових платежів, що не перевищує 35% від загальної суми страхових платежів за всіма договорами страхування, які уклав цей брокер протягом року;
- з метою забезпечення ліквідності операцій страхового брокера-юридичної особи розмір отримуваних ним страхових платежів протягом кожного кварталу не повинен перевищувати розмір сплаченого статутного фонду страхового брокера.

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

3.3. Товариства взаємного страхування

Взаємне страхування є специфічною некомерційною формою організації страхових операцій, при яких страховий фонд створюють на неприбутковій основі.

Взаємне страхування — це взаємний обмін ризиками, при якому не переслідують ціль отримання прибутку. Форма проведення взаємного страхування — товариства взаємного страхування.

Страхування — це перерозподіл збитків кількох осіб між багатьма. Є два види розподілу — наступний та попередній. Першим понад 4 тис. років тому виник наступний перерозподіл: вартість знищеного (пограбованого) товару розподіляли між купцями, які уклали відповідну угоду. З часом зрозуміли, що збитки завдаються нерівномірно, розміри платежів кожний раз неоднакові. У зв'язку з цим виник попередній розподіл: зацікавлені особи створювали страховий фонд, який потім поступово використовували для відшкодування своїх збитків. Небезпека ризику була перенесена з плечей зацікавлених осіб, або страхувальників, на окрему організацію — страхове товариство. Одночасно виник і специфічний ризик страхової діяльності — можливість невідповідності величини створеного фонду реальному розміру збитків.

Є два способи вирішення цієї проблеми: ризик неадекватності величини страхового фонду фактичним збиткам може бути покладений або на страхувальників (взаємне страхування), або на третіх осіб — страховиків (комерційне страхування). Іншими словами, відмінність між взаємним та комерційним страхуванням полягає у праві власності на страховий фонд. Товариства взаємного страхування — організації оригінальні, оскільки їхні клієнти є їхніми власниками: страхувальник, купуючи поліс, стає співвласником страхового товариства, тобто страховиком.

Страховий фонд може перевищувати величину фактичних збитків. Це перевищення є прибутком страховика. Навпаки, в товариствах взаємного страхування таке перевищення є власністю страхувальників і розподіляється між ними або залишається у товаристві. Отже, неприбутковий, або некомерційний характер операцій є відміною рисою взаємного страхування.

Остання важлива особливість взаємного страхування — однорідність складу учасників товариства взаємного страхування. Не може бути взаємного обміну збитками між власниками авіапідприємства і нафтопереробного заводу, тому що характер їхньої

діяльності сильно відрізняється і тому важко визначити критерії створення адекватного страхового фонду.

Отже, взаємне страхування — це проведення страхувальниками, що мають схожі майнові інтереси та ризики в господарському житті, діяльності зі створення й управління страховим фондом у специфічній формі товариств взаємного страхування, які функціонують на безприбутковій основі.

На історичній сцені взаємне страхування виникло в транспортному страхуванні та страхуванні життя. Перший вид відносили до страхування «гуртового», яке сьогодні називають страхуванням юридичних осіб, другий — до так званого роздрібного страхування.

В Україні громадяни та юридичні особи з метою страхового захисту своїх майнових інтересів можуть створювати товариства взаємного страхування в порядку і на умовах, визначених чинним національним законодавством.

Товариство взаємного страхування є юридичною особою — страховиком, створеною відповідно до Закону України «Про страхування» з метою страхування ризиків членів цього товариства. Члени товариства взаємного страхування є учасниками товариства.

Страхувальниками товариства взаємного страхування можуть бути члени товариства — юридичні та дієздатні фізичні особи, якщо це передбачено його установчими документами.

Відповідальністю товариства взаємного страхування є зобов'язання щодо виплати страхових сум і страхових відшкодувань членам цього товариства у разі настання страхових випадків. Загальні зобов'язання товариства взаємного страхування визначають як суму зобов'язань щодо страхових ризиків усіх членів цього товариства, страхування яких передбачено договором між ними. Відповідно до цього, страховою сумою є сума, в межах якої проводять виплати у разі настання страхових випадків для кожного із членів товариства.

Страховим платежем (внеском, премією) члена товариства є кошти, внесені ним до товариства взаємного страхування у розмірах, визначених керівним органом товариства як плата за страхування своїх страхових ризиків у цьому товаристві. Сплата страхового платежу відбувається за рахунок чистого прибутку, що залишається у розпорядженні члена товариства, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Страховий платіж члена товариства на кожен конкретну дату може не відповідати страховому ризику цього члена, за умови, що сума загальних

внесків усіх членів товариства забезпечує можливість створення необхідних страхових резервів, які відповідають загальним зобов'язанням товариства взаємного страхування.

Рішення про розмір та терміни сплати страхового внеску кожного окремого члена товариства визначають у порядку, визначеному керівним органом товариства взаємного страхування, і залежно від фінансового становища кожного члена товариства відповідно до умов, визначених в укладеному між членами товариства та товариством взаємного страхування договорі.

Кожний член товариства взаємного страхування, незалежно від суми страхового внеску, за умови виконання у повному обсязі всіх зобов'язань перед товариством, має право повністю отримати потрібне страхове відшкодування у разі настання страхового випадку.

Члени товариства укладають з товариством взаємного страхування договір страхування, в якому об'єкти страхування, страхові суми, порядок їх виплати та порядок внесення страхових платежів визначають з урахуванням особливостей кожного члена товариства. У разі виходу одного зі страхувальників зі складу цього товариства або його ліквідації договір між іншими його членами не втрачає чинності.

Члени товариства на підтвердження приєднання до договору страхування отримують сертифікат, порядок видачі якого визначає уповноважений орган.

Товариство взаємного страхування розробляє правила страхування і включає їх до договору, формує загальні страхові резерви для виплати з них майбутніх страхових сум і страхових відшкодувань за зобов'язаннями всіх його членів. Після виплати страхової суми або страхового відшкодування розмір резерву повинен бути відновлений і відповідати страховим зобов'язанням.

Умови виходу з товариства взаємного страхування передбачені у його установчих документах.

3.4. Інститут аварійного комісара

Аварійний комісар — особа, яка з'ясовує причини настання страхового випадку та визначає розмір збитків .

Згідно з кваліфікаційними вимогами аварійний комісар повинен:

- мати вищу освіту і бути бакалавром, спеціалістом або магістром відповідного напрямку діяльності;

- мати спеціальну кваліфікацію (володіти знаннями для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру збитків), підтверджену сертифікатом навчального закладу, який готує аварійних комісарів відповідно до ліцензії Міністерства освіти і науки на право провадження освітньої діяльності;
- мати стаж практичної діяльності за спеціальністю не менше, ніж три роки.

Кожні три роки аварійний комісар повинен проходити атестацію як експерт певної спеціальності.

Підготовку, перепідготовку та атестацію аварійних комісарів проводять навчальні заклади, які мають спеціальну ліцензію Міністерства освіти і науки на підготовку аварійних комісарів.

Діяльність аварійного комісара щодо з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру збитків провадиться на підставі договору зі страховиком.

Аварійний комісар, відповідно до договору зі страховиком, має право:

- 1) визначати форми і методи виконання зобов'язань на підставі законодавства й умов договору;
- 2) з дозволу особи або органу, які проводять розслідування, знайомитися з матеріалами слідства, бути присутнім під час проведення слідчих дій і порушувати клопотання стосовно обставин і причин настання страхового випадку;
- 3) отримувати необхідні пояснення в письмовій чи усній формі від сторін, причетних до настання страхового випадку;
- 4) надавати на запити Міністерства фінансів, а також слідчих органів інформацію про обставини і причини настання страхового випадку та заподіяну шкоду.

Аварійний комісар, відповідно до договору зі страховиком, зобов'язаний:

- 1) кваліфіковано, неупереджено, об'єктивно і в зазначений термін виконувати свої зобов'язання;
- 2) не розголошувати жодної інформації про об'єкт страхування без згоди на це страховика і страхувальника.

Аварійний комісар не може з'ясовувати обставини і причини настання страхового випадку та визначати розмір збитків:

- 1) на замовлення осіб, з якими він знаходиться у прямих родинних стосунках або перебуває у службовій чи іншій залежності від них;

- 2) на об'єктах, до яких аварійний комісар має особистий майновий інтерес;
- 3) за договорами із суб'єктами, в яких він є засновником, має паї, акції або бере участь в управлінні ними.

У договорі зі страховиком на виконання робіт зі з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру збитків можуть передбачатися додаткові права та обов'язки, які не суперечать законодавству.

Аварійний комісар, відповідно до договорів зі страховиком, може залучатися до справи за бажанням страховика або страхувальника.

Підставою для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру збитків є заява страховика (страхувальника). З'ясування обставин і причин настання страхового випадку проводиться на підставі заяви страховика (страхувальника), наданих ним матеріалів, а також матеріалів і документів, які аварійний комісар має право вимагати.

У заяві в обов'язковому порядку зазначають:

- дату і місце настання страхового випадку;
- відомості про настання страхового випадку;
- дату і місце страхування, номер полісу;
- завдання, яке повинен виконати аварійний комісар;
- дату і місце складання заяви;
- перелік матеріалів, що додаються.

У разі потреби аварійний комісар може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, та отримувати пояснення у письмовій формі про причини і розмір заподіяної шкоди від фізичних осіб, причетних до цього страхового випадку.

В окремих випадках для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку та визначення розміру заподіяної шкоди аварійний комісар проводить або організовує проведення необхідної експертизи.

На підставі проведеного дослідження і зібраних документів аварійний комісар складає аварійний сертифікат.

Аварійний сертифікат — це документ, в якому зазначають обставини і причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У ньому зазначають достовірні дані, які

підтверджують об'єктивну інформацію про обставини і причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди.

Аварійний комісар, який складає аварійний сертифікат, несе персональну відповідальність за достовірність відомостей, зазначених у ньому.

Аварійний сертифікат підписується аварійним комісаром, який з'ясував обставини і причини настання страхового випадку, і завіряється штампом. Складається у двох примірниках, один з яких видають страховикові (страхувальнику), а другий зберігається в аварійного комісара. Зібрані матеріали (довідки, акти експертизи, малюнки, схеми тощо) видають як додаток до аварійного сертифіката.

У разі потреби аварійний комісар складає рапорт, в якому детально описує обставини та причини настання страхового випадку.

3.5. Об'єднання страховиків

Страховики можуть утворювати спілки, асоціації та інші об'єднання для координації своєї діяльності, захисту інтересів своїх членів та здійснення спільних програм, якщо їх утворення не суперечить законодавству України.

Об'єднання страховиків діють на підставі статутів і набувають прав юридичної особи після державної реєстрації.

3.5.1. Авіаційне страхове бюро

Авіаційне страхове бюро є юридичною особою, яка діє на підставі Положення «Про авіаційне страхове бюро» та установчого договору, погодженого з Міністерством фінансів України та державною авіаційною адміністрацією. Бюро має відокремлене майно, самостійний баланс, розрахунковий, валютний та інші рахунки в установах банків, набуває майнових та особистих немайнових прав, має право виступати в суді (арбітражному та третейському), виконувати будь-які дії відповідно до угод, що не суперечить законодавству України, Положенню «Про авіаційне страхове бюро» та установчому договору.

Повне найменування Бюро — *Авіаційне страхове бюро*, скрошено *АСБ*. Бюро має печатку зі своєю повною назвою, штампи, бланки, товарний знак.

Бюро розміщено у Києві, його юридична адреса визначається засновниками бюро.

У вирішенні питань Бюро керується чинним законодавством, Положенням та установчим договором.

Фінансування діяльності Бюро здійснюється за рахунок вступних і членських внесків членів Бюро та інших надходжень, не заборонених законодавством.

Бюро створюється страховиками, які мають дозвіл (ліцензію) на проведення обов'язкового авіаційного страхування та зареєстровані в Державній авіаційній адміністрації відповідно до Указу Президента України від 15 січня 1998 р. №17 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення безпеки авіації України», орган управління яких прийняв рішення про вступ до Бюро за умови виконання вимог Положення «Про авіаційне страхове бюро».

Бюро може бути ліквідованим тільки після вибуття з нього всіх членів.

Бюро підлягає державній реєстрації у Київській міській держадміністрації. Для державної реєстрації президент Бюро або голова загальних зборів, який тимчасово виконує обов'язки президента, подає Київській міській держадміністрації заяву про державну реєстрацію та установчий договір.

Державна реєстрація Бюро відбувається без справляння реєстраційного збору. Київська міська державна адміністрація в місячний термін розглядає подані матеріали, приймає рішення і видає свідоцтво про державну реєстрацію Бюро або відмову у реєстрації.

Основні завдання Бюро:

- координація діяльності національних страховиків у галузі страхування авіаційних ризиків;
- дослідження та прогнозування національного ринку страхових послуг у галузі авіації;
- організація співпраці з підприємствами, їхніми об'єднаннями та іншими організаціями, які експлуатують та обслуговують засоби авіаційного транспорту;
- підготовка та внесення на розгляд державних органів пропозицій стосовно законодавчих та інших нормативних актів з обов'язкового авіаційного страхування, розроблення рекомендацій з методології проведення відповідних видів авіаційного страхування;
- сприяння впровадженню прийнятих у міжнародній практиці умов авіаційного страхування та форм уніфікованих полісів;

- збір, аналіз та опублікування статистичних даних щодо збитків, завданих авіаційними подіями;
- розроблення програм і методів страхування авіаційних ризиків, заходів щодо запобігання страховим випадкам;
- організація та проведення консультацій з технічних, економічних і юридичних питань, пов'язаних з класифікацією страхових випадків, визначенням розміру збитків та страхового відшкодування;
- організація та проведення науково-практичних заходів з питань страхування авіаційних ризиків, забезпечення методичними матеріалами, інформаційне забезпечення страховиків і страхувальників;
- видання бюлетенів і довідників; проведення навчання, підвищення кваліфікації; організація конференцій, семінарів тощо;
- представництво інтересів страховиків-членів Бюро у міжнародних об'єднаннях страховиків.

Органом управління Бюро є загальні збори його членів. До беззаперечної компетенції загальних зборів належить:

- затвердження та відкликання президента Бюро;
- визначення повноважень президента Бюро;
- визначення терміну повноважень президента Бюро;
- визначення та зміна юридичної адреси Бюро;
- визначення розміру вступних та членських внесків і порядок їх сплати;
- визначення основних напрямів діяльності Бюро;
- затвердження річного кошторису витрат Бюро;
- затвердження розміру та умов оплати праці працівників Бюро;
- прийняття інших рішень, передбачених Положенням «Про авіаційне страхове бюро».

Вирішення окремих питань, що належать до компетенції загальних зборів, за рішенням загальних зборів можуть бути делеговані президентові Бюро.

Загальні збори членів Бюро скликають 25% його членів за пропозицією президента Бюро, але не рідше одного разу на квартал. Загальні збори є правочинними, якщо у їхній роботі бере участь не менше, ніж половина загальної кількості членів Бюро.

Рішення на загальних зборах членів Бюро приймають простою більшістю голосів, крім випадків, передбачених Положенням «Про авіаційне страхове бюро».

Поточною діяльністю керує безпосередньо президент Бюро. Його повноваження визначаються загальними зборами членів Бюро.

Кандидатуру президента Бюро визначає і подає Державна авіаційна адміністрація за погодженням з Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України та затверджують загальні збори.

У разі необрання президента Бюро загальні збори обирають голову загальних зборів, який тимчасово виконує обов'язки президента для подальшої державної реєстрації Бюро.

Усі члени Бюро мають рівні права та обов'язки. Кожен член Бюро має один голос.

Члени Бюро зобов'язані:

- дотримуватися норм Положення «Про авіаційне страхове бюро» та установчого договору;
- максимально сприяти якнайкращому використанню можливостей національного страхового ринку в забезпеченні діяльності підприємців у галузі авіаційного транспорту шляхом співпраці в галузі перестраховування і співстрахування зі страховиками-резидентами України;
- надавати Бюро (за рішенням загальних зборів членів Бюро, прийнятим двома третинами голосів від загальної кількості його членів, інформацію про укладені договори страхування і перестраховування, крім даних, які є комерційною таємницею;
- подавати до Бюро інформацію про контакти з міжнародними організаціями та виконувати рішення загальних зборів з цього питання.

Члени Бюро мають право:

- отримувати дані передбачені пунктом 17 Положення «Про авіаційне страхове бюро»;
- першочергово отримувати пропозиції від інших членів Бюро про перестраховування ризиків;
- користуватися інформацією, якою володіє Бюро.

Взаємовідносини страховиків-членів Бюро з питань перестраховування та співстрахування будують з метою сприяння повному використанню можливостей національного страхового ризику та проводять відповідно до законодавства.

3.5.2. Моторне (транспортне) страхове бюро

Моторне (транспортне) страхове бюро (МТСБ) — юридична особа, створена згідно з чинним законодавством і діє на основі свого Статуту, погодженого і затвердженого у визначеному законодавством порядку. Страховики можуть входити до МТСБ як повні або асоційовані члени.

Повні члени МТСБ зобов'язані виплачувати страхові відшкодування у разі настання страхового випадку, який спричинили їхні страхувальники на території інших держав, з уповноваженими організаціями по страхуванню цивільної відповідальності власників транспортних засобів яких МТСБ уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування. Якщо страхове відшкодування виплачувало МТСБ, то повні члени відшкодовують (компенсують) йому всі витрати, яких воно зазнало, і сплачують пеню.

Основні завдання МТСБ:

- гарантування платоспроможності страховиків-членів Моторного (транспортного) страхового бюро щодо страхових зобов'язань;
- управління з централізованими страховими резервними фондами;
- співробітництво з відповідними організаціями інших держав у галузі страхування цивільної відповідальності, координація обов'язкового страхування цивільної відповідальності нерезидентів власників (водіїв) транспортних засобів у разі в'їзду їх на територію України;
- збирання потрібної інформації про обов'язкове страхування цивільної відповідальності, підготовка рішень та пропозиції з цього питання;
- розроблення форм страхових полісів і договорів обов'язкового страхування цивільної відповідальності;
- затвердження тарифів за додатковими договорами обов'язкового страхування цивільної відповідальності в порядку, визначеному законодавством.

Для забезпечення виконання зобов'язань членів МТСБ перед страхувальниками і третіми особами при ньому створюються такі централізовані резервні фонди:

- фонд страхових гарантій, призначений для забезпечення платоспроможності Моторного (транспортного) страхового бюро під час взаєморозрахунків з уповноваженими організаціями зі страхування цивільної відповідальності власників

транспортних засобів інших держав, з якими це бюро уклало угоду про взаємне визнання договорів такого страхування та взаємне врегулювання питань стосовно відшкодування збитків.

- фонд захисту потерпілих у дорожньо-транспортних пригодах (фонд потерпілих), призначений для здійснення розрахунків з третіми особами.

Члени МТСБ зобов'язані додатково забезпечувати свою платоспроможність шляхом створення при ньому інших страхових резервних фондів на умовах, визначених чинним законодавством.

3.5.3. Морське страхове бюро

Морське страхове бюро (МСБ) є юридичною особою, яка діє на підставі Положення «Про морське страхове бюро» та установчого договору, погодженого з Державним департаментом морського та річкового транспорту. Бюро має відокремлене майно, самостійний баланс, розрахунковий, валютний та інші рахунки в установах банків, набуває майнових та особистих немайнових прав, має право виступати в суді (арбітражному та третейському), виконувати будь-які дії відповідно до укладених угод, що не суперечать законодавству України, Положенню «Про морське бюро» та установчому договору.

Повне найменування Бюро — **Морське страхове бюро**, скорочено, **МСБ**.

Бюро має печатку зі своєю повною назвою, штампи, бланки, товарний знак. Воно розміщене в Одесі, його юридичну адресу визначають засновники.

Морське страхове бюро у вирішенні питань керується чинним законодавством, Положенням та установчим договором.

Фінансування діяльності МСБ відбувається за рахунок вступних та членських внесків членів Бюро та інших дозволених видів комерційної діяльності. МСБ створюється страховиками, які мають дозвіл (ліцензію) на проведення морського страхування та обов'язкового страхування пасажирів від нещасних випадків, що виникають під час морського перевезення, орган управління яких прийняв рішення про вступ до Бюро, за умови виконання вимог Положення «Про морське страхове бюро». Бюро створюється зазначеними страховиками шляхом укладення установчого договору. Страховики, які прийняли рішення про вступ до Бюро,

подають заяви до Уповноваженого органу, який призначає дату проведення загальних зборів засновників Бюро.

Бюро підлягає державній реєстрації в Одеській обласній державній адміністрації. Для державної реєстрації президент Бюро або голова загальних зборів, який тимчасово виконує обов'язки президента, подає Одеській обласній державній адміністрації заяву про державну реєстрацію та установчий договір.

Державна реєстрація Бюро відбувається без справляння реєстраційного збору. Одеська обласна державна адміністрація в місячний термін розглядає подані матеріали, приймає рішення і видає свідоцтво про державну реєстрацію Бюро.

Основні завдання Бюро:

- координація діяльності національних страховиків у галузі страхування на морському транспорті;
- дослідження та прогнозування національного ринку страхових послуг у галузі торговельного мореплавства;
- організація співпраці з підприємствами, їхніми об'єднаннями та іншими організаціями, які експлуатують або обслуговують засоби морського транспорту;
- підготовка та внесення на розгляд державних органів пропозицій стосовно законодавчих та інших нормативних актів з морського страхування, розроблення рекомендацій з методології проведення відповідних видів морського страхування;
- сприяння впровадженню прийнятих у міжнародній практиці умов морського страхування та форм уніфікованих полісів;
- збір, аналіз та публікування статистичних даних щодо збитків на морському транспорті;
- розроблення програм та методів страхування морських ризиків, заходів щодо запобігання страховим випадкам;
- організація та проведення консультацій з технічних, економічних і юридичних питань, пов'язаних з класифікацією страхових випадків, визначенням розміру збитків та страхового відшкодування;
- організація та проведення науково-практичних заходів з питань страхування на морському транспорті, забезпечення методичними матеріалами, інформаційне забезпечення страховиків та страхувальників;
- видання бюлетенів і довідників, проведення навчання, підвищення кваліфікації, організація конференцій, семінарів тощо;

— представництво інтересів страховиків-членів МСБ у міжнародних об'єднаннях страховиків.

Органом управління МСБ є загальні збори його членів. До беззаперечної компетенції загальних зборів належить:

- затвердження та відкликання президента МСБ;
- визначення повноважень президента МСБ;
- визначення терміну повноважень президента МСБ;
- визначення та зміна юридичної адреси МСБ;
- визначення розміру вступних та членських внесків і порядок їх сплати;
- визначення основних напрямів діяльності МСБ;
- затвердження річного кошторису витрат МСБ;
- затвердження розміру та умов оплати праці працівників МСБ;
- прийняття інших рішень, передбачених Положенням «Про морське бюро».

Вирішення окремих питань, що належать до компетенції загальних зборів, за рішенням загальних зборів можуть бути делеговані президентові МСБ. Загальні збори членів МСБ скликаються за пропозицією президента МСБ за участю не менше 25% членів МСБ, але не рідше одного разу на квартал. Загальні збори є правочинними, якщо у їхній роботі бере участь не менше, ніж половина від загальної кількості членів МСБ.

Рішення загальних зборів членів МСБ приймають простою більшістю голосів, крім випадків, передбачених Положенням «Про морське страхове бюро».

Поточною діяльністю керує безпосередньо Президент МСБ. Повноваження Президента визначаються загальними зборами членів МСБ.

Кандидатури президента МСБ визначає і подає Державний департамент морського і річкового транспорту за погодженням з Уповноваженим органом та затверджують загальні збори.

У разі необрання президента Бюро загальні збори обирають голову загальних зборів, який тимчасово виконує обов'язки президента для подальшої реєстрації Бюро.

Усі члени МСБ мають рівні права та обов'язки. Кожен член МСБ має один голос.

Члени МСБ зобов'язані:

- дотримуватися норм Положення «Про морське страхове бюро» та установчого договору;

- максимально сприяти якнайкращому використанню можливостей національного страхового ринку в забезпеченні діяльності підприємців у галузі морського транспорту шляхом співпраці у галузі перестраховування і співстраховування зі страховиками-резидентами України;
- надавати МСБ (за рішенням загальних зборів членів МСБ, прийнятим двома третинами голосів від загальної кількості членів МСБ) інформацію про укладені договори страхування і перестраховування, крім даних, що становлять комерційну таємницю;
- подавати МСБ інформацію про контакти з міжнародними організаціями та виконувати рішення загальних зборів з цього питання.

Члени Бюро мають право:

- отримувати дані, передбачені пунктом 17 Положення «Про морське страхове бюро»;
- у першочерговому порядку отримувати пропозиції від інших членів МСБ про перестраховування ризиків;
- користуватися інформацією, якою володіє Бюро.

Взаємовідносини страховиків-членів МСБ з питань перестраховування та співстраховування будують з метою сприяння повному використанню можливостей національного страхового ринку та проводять відповідно до законодавства.

11 вересня 2000 року на засіданні великої Ради Міжнародного Союзу морського страхування було ухвалено рішення про прийом Морського страхового бюро України до Міжнародного союзу морського страхування (МСМС) як асоційованого члена (Україна в особі Морського страхового бюро стала першою державою серед країн колишнього СРСР, прийнятою до МСМС)⁷.

Міжнародний Союз морського страхування створений у 1874 р. і налічує 53 асоціації. Членами МСМС можуть бути лише національні асоціації морських страховиків. Сумарний збір премій з морського страхування МСМС у 1996 р. становив \$14,493 млрд, у 1997 - \$13,075 млрд.

У структурі МСМС діють такі постійні комітети:

- страхування суден;
- попередження збитків із застрахованими вантажами;
- відповідальності перевізника;

⁷Українські морські страховики визнані у світі// Україна-бізнес. — 2000. -№48(497). - С 2.

- свободи страхування;
- загальної аварії;
- страхування суден, які використовують у внутрішніх водах;
- страхування океанських суден;
- страхування відповідальності за забруднення моря.

МСМС проводить роботу з узагальнення морського страхового законодавства. Спільно з Міжнародною торговельною палатою Союз підготував порівняльні таблиці умов морського страхування у найважливіших торгових центрах світу. МСМС розробив рекомендації щодо забезпечення збереження вантажів, адресовані власникам вантажу, перевізникам, експедиторам тощо.

3.5.4. Ядерний страховий пул

Ядерний страховий пул — це об'єднання страховиків-резидентів України, які в установленому порядку отримали ліцензію на проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду. Пул є юридичною особою, яка утворюється і діє відповідно до установчого договору, його статуту і Положення про Ядерний страховий пул.

Пул — неприбуткова організація, яка утримується лише за рахунок внесків його членів та не провадить підприємницької діяльності.

Пул може створювати фонди, загальна кількість, цільове призначення, порядок формування, наповнення та витрачання яких визначаються загальними зборами членів Пулу відповідно до законодавства.

Пул не має права втручатися у господарську діяльність своїх членів.

Пул не відповідає за зобов'язаннями своїх членів, а його члени не відповідають за зобов'язаннями Пулу.

Держава не несе відповідальності за зобов'язаннями Пулу, а Пул не відповідає за зобов'язаннями держави.

Пул утворюють на невизначений строк. Статутний фонд Пулу не формують.

Метою утворення Пулу є координація діяльності його членів, пов'язаної з проведенням обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду, і забезпечення фінансової надійності страхування.

Пул також може координувати інші види страхової діяльності своїх членів у сфері використання ядерної енергії.

Основні завдання Пулу:

- організація співстрахування на принципах солідарної відповідальності у рамках Пулу;
- організація перестрахування за страховими ризиками, страхові обов'язки за якими перевищують фінансові можливості членів Пулу щодо страхового покриття цих ризиків власними активами;
- впровадження єдиних для всіх членів Пулу зразків договорів страхування, документів, у тому числі стандартів, і правил поведінки на страховому ринку, інших правил та положень, спрямованих на захист прав страховиків і запобігання порушенням та зловживанням;
- участь у розробленні проектів актів законодавства, що сприяють досягненню цілей Пулу;
- забезпечення представництва Пулу у відносинах з органами державної влади, страхувальниками, іншими страховиками, об'єднаннями страховиків і громадськими організаціями, захист інтересів членів Пулу;
- установа та підтримання зв'язків з іноземними фахівцями страхової діяльності, координація взаємовідносин з ядерними пулами інших країн;
- виконання представницьких функцій, пов'язаних з досягненням цілей Пулу, за дорученням фізичних та/або юридичних осіб як на території України, так і поза її межами;
- аналіз і узагальнення досвіду страхування у сфері використання ядерної енергії;
- сприяння проведенню експертизи безпеки ядерних установок і розміру ядерної шкоди;
- організація навчання і підвищення кваліфікації працівників страхових компаній, інших підприємств, установ та організацій, проведення семінарів, конференцій з питань страхової діяльності;
- поширення інформації про діяльність Пулу, ведення рекламної діяльності в його інтересах;
- утворення філій, представництв та інших відокремлених підрозділів як на території України, так і поза її межами;
- організація наукового та методологічного супроводження діяльності Пулу.

Членом Пулу може бути будь-який страховик, що отримав У встановленому порядку ліцензію на право проведення

обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду.

Страховик вважається членом Пулу з моменту підписання ним установчого договору про утворення та діяльність Пулу і сплати членського внеску, якщо за нього проголосувало не менше 75% від загальної кількості членів Пулу.

Загальні збори членів Пулу можуть установлювати додаткові вимоги до його членів.

Права та обов'язки членів Пулу визначено його статутом.

Якщо страховик виявив бажання вийти з Пулу, він повинен не пізніше, ніж за місяць повідомити про це Пул. У разі виходу з Пулу страховик повинен виконувати свої зобов'язання згідно з укладеними договорами обов'язкового страхування та установчим договором про утворення та діяльність Пулу. У разі невиконання страховиком своїх зобов'язань Пул повідомляє про це спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю.

Вступ до Пулу та вихід з нього оформляються шляхом унесення відповідних змін до установчого договору про утворення та діяльність Пулу. Членство в Пулі не обмежує участі його членів в інших об'єднаннях. Кількість членів Пулу необмежена.

Вищим органом управління Пулу є загальні збори його членів. До компетенції загальних зборів належить вирішення будь-яких питань діяльності Пулу. Статутом Пулу може передбачатися делегування окремих повноважень загальних зборів іншим органам управління Пулу.

Рішення загальних зборів приймається більшістю голосів загальної кількості членів Пулу. Голосування відбувається за принципом пропорційного розподілу голосів відповідно до квот відповідальності серед членів Пулу.

Квоти відповідальності та кількість голосів, що належать кожному членові Пулу, щороку розподіляються серед його членів пропорційно максимальному обсягу відповідальності членів Пулу відповідно до заяв та балансу на останню звітну дату і затверджуються загальними зборами.

Кількість голосів, що належать одному членові Пулу, не може перевищувати 10% від їх загальної кількості.

Порядок формування та повноваження органів управління Пулу визначаються статутом. Віднесення вирішення деяких питань до компетенції інших органів управління Пулу не позбавляє загальні збори можливості приймати рішення з цих питань.

3.5.5. Українське Актуарне Товариство

Українське актуарне товариство (УАТ) було утворене 17 вересня 1999 р. на I установчому з'їзді.

Організатори УАТ — фізичні особи, які пройшли підготовку на двохрічних спеціалізованих курсах, організованих в Україні Лондонським інститутом актуаріїв, успішно склали іспити і захистили дипломні роботи. Ці особи отримали сертифікати, що дають формальне право на виконання актуарних розрахунків у страхових компаніях України.

У даний час у більшості областей України створені регіональні підрозділи Товариства, а найближчим часом передбачається реєстрація УАТ як Національного.

УАТ об'єднує фізичних осіб — спеціалістів з актуарної та фінансової математики, які мають відповідну кваліфікацію і можуть займатися актуарними розрахунками.

- Основними завданнями Українського актуарного товариства є:
- забезпечення високого професійного рівня діяльності актуаріїв, захист їхніх прав та інтересів;
 - впровадження методів актуарної і фінансової математики в страхову та банківську сфери;
 - розробка і впровадження програм професійної підготовки та підвищення кваліфікації актуаріїв;
 - інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності актуаріїв;
 - розвиток зв'язків з міжнародними професійними організаціями.

Вищий орган управління УАТ — конференція його членів. У період між проведенням конференцій діяльністю Товариства керує Рада директорів. Контроль за відповідністю діяльності Товариства його статуту здійснює ревізійна комісія.

В УАТ встановлені дві категорії членства — дійсні та асоційовані члени Товариства.

У даний час УАТ претендує на позицію спостережного члена Міжнародної актуарної асоціації (International Actuarial Association).

3.5.6. Українське медичне страхове бюро

Українське медичне страхове бюро було створено на установчих зборах 24 грудня 1998 р. та зареєстроване 15 березня 1999 р. Реєстраційний номер — 11557.

Засновники і члени Асоціації — 30 страхових компаній України. Страхові компанії-члени Українського медичного

страхового бюро (УМСБ) представляють 17 областей, Автономну республіку Крим та Київ.

Основна ціль Асоціації — сприяння розвитку відкритого та рівнодоступного медичного страхового ринку в Україні шляхом впровадження єдиних правил, вимог та стандартів діяльності, забезпечення необхідної допомоги страховим компаніям у провадженні медичного страхування, організація юридичного захисту прав страховиків та страхувальників, координація зусиль страховиків на ринку послуг медичного страхування і забезпечення рівних умов для всіх страхових компаній в Україні. Для досягнення визначених цілей Асоціація здійснює таку діяльність:

- представляє інтереси своїх членів у відносинах з державними органами України, міжнародними організаціями та ін.;
- розробляє методологію медичного страхування, стратегію і тактику його впровадження в Україні;
- сприяє формуванню розвинутої інфраструктури медичного страхового ринку в Україні;
- аналізує стан і перспективи розвитку медичного страхування в Україні та за її межами;
- аналізує чинне законодавство України з питань страхової діяльності та охорони здоров'я;
- залучає членів Асоціації до участі у виконанні програм з питань удосконалення медичного обслуговування населення з використанням медичного страхування;
- сприяє залученню іноземних інвесторів для розробки і впровадження програм медичного страхування;
- проводить конференції, семінари та інші заходи науково-практичного характеру;
- пропагує ідеї страхової медицини серед широких верств населення України тощо.

Для забезпечення гарантій виконання зобов'язань страхових компаній-членів Асоціації УМСБ перед страхувальниками з метою акумулювання фінансів для проведення взаєморозрахунків з медичними закладами передбачається створення при Асоціації Медичного фонду страхових гарантій.

Страхові компанії та інші юридичні особи, як резиденти, так і нерезиденти України, можуть входити до УМСБ на правах повноправних або асоційованих членів. Асоціація УМСБ пропонує співпрацю в різній формі страховим, медичним, фінансовим та іншим

організаціям та закладам з метою спільного здійснення визначеної цілі та виконання поставлених завдань.

3.6. Страховий ринок України: проблеми становлення, перспективи розвитку та інтеграції у світовий страховий простір

Створення ефективної системи захисту майнових прав та інтересів окремих громадян, підприємців і підприємств, підтримання соціальної стабільності у суспільстві й економічної безпеки держави неможливе без функціонування потужного ринку страхових послуг. Крім того, страхування є важливим джерелом акумулювання коштів для подальшого інвестування в реструктуризацію економіки. Щорічно страхові організації у промислово розвинутих країнах акумулюють у вигляді страхових платежів приблизно 7-8% ВВП. У 1995-1997 рр. обсяг страхових платежів в Україні становив 0,4-0,7% ВВП.

Світова практика свідчить, що страхування є складовою частиною фінансово-кредитного механізму, який сприяє розвитку ринкових відносин.

У колишньому СРСР монопольне право на проведення страхових операцій мали організації, які входили до системи Міністерства фінансів СРСР. Права і обов'язки цих організацій визначалися відповідними положеннями та відомчими інструкціями.

Надходження від страхування були доповненнями до бюджетних резервів. Це негативно відображалося на страхуванні, оскільки стримувало його розвиток і сприяло вилученню в державний бюджет значної частини страхових ресурсів.

Розвиток страхування в умовах державної монополії відбувався за принципом від пропозиції до попиту. Міністерство фінансів СРСР затверджувало правила страхування, а підприємства і населення, укладаючи договори страхування, були змушені погоджуватися, оскільки альтернативи не було. Правила передбачали здебільшого захист від стихійних лих і нещасних випадків. Система державного страхування не могла брати на себе відповідальність за комерційні, а тим більше політичні ризики, що вступило б у протиріччя з принципами централізованого управління народним господарством.

Зміна форм власності і розвиток ринкових відносин поставили у розряд найважливіших завдань захист від ризиків, пов'язаних із загальною нестабільністю ситуації в Україні. Усе це об'єктивно створює широке й у перспективі прибуткове поле для вкладень

капіталу. Поряд із перетвореними на акціонерні товариства підрозділами колишнього Держстраху* сюди спрямували свою увагу підприємства, установи, банки, комерційні та інші організації, які володіли вільними коштами.

Привабливим фактором у сфері страхування стала висока норма прибутку. Разом з тим, на перепоні розширення клієнтури як головного фактора росту компаній, які утворились, постали труднощі економічного, соціального і суто психологічного характеру.

Наприклад, підприємствам, які опинились у складному фінансовому становищі, нелегко йти на затрати, захищаючись від можливих ризиків у потрібному обсязі, навіть усвідомлюючи їхню доцільність. З іншого боку, людям, свідомість яких формувалася в умовах тоталітарного суспільства, не притаманне усвідомлення страхування як важливого засобу своєї соціально-економічної безпеки. Суспільству в цілому не вистачає елементарної страхової грамотності та культури.

Певна інертність і пересторога у суспільному сприйнятті страхової справи підживлюється і складнощами зростання, що супроводжують будь-який бум. Виникли фірми, які керувалися винятково перспективою швидкого нагромадження капіталу за рахунок внесків клієнтів без відповідного забезпечення необхідними ресурсами ризиків, які прийняті на страхування.

Формування страхового ринку в Україні має стихійний характер, і в багатьох випадках захист прав та інтересів страхувальників не забезпечений належно. Говорити про сформований і, тим більше, конкурентний страховий ринок поки що передчасно. Рівень покриття потенційних ризиків становить не більше 10% (у більшості розвинутих країн — не менше 90-95%). Обсяг наданих страхових послуг в Україні у 1998 р. менший від такого самого показника у Німеччині — у 626 разів, Франції — 589, Росії — 20, Польщі — у 19 разів. Ступінь розвитку різних регіонів неоднаковий, і треба чимало часу для рівномірного розвитку страхових послуг на території України. Однак у деяких великих містах уже виникають ознаки боротьби за клієнта, що засвідчено наданням нетрадиційних видів послуг, особливою привабливістю умов, зниженням тарифів і збільшенням сум відшкодувань, безоплатним консультуванням.

Держстрах. Союзно-республіканська система органів державного страхування в СРСР, що проводила операції особового й майнового страхування.

Незважаючи на труднощі періоду становлення національного страхового ринку, обсяги страхових операцій помітно зростають, і, за даними провідних аналітиків світу, Україна за темпами розвитку страхової галузі перебуває на першому місці у світі.

Початком страхового буму в Україні вважають 1992 р. У 1992-1995 рр. страхові компанії виникали немов гриби після дощу. Страхували майже все. З часом чимала кількість піонерів страхового ринку, яка не мала навіть елементарних знань ведення страхової справи, зникла. Перші роки ейфорії, коли страхові компанії без перешкод маніпулювали легкими грішми, поступово змінилися на затишшя. Гострою стала проблема нормативного регулювання лише страхової справи в Україні. Адже допускалася реєстрація страхової компанії зі статутним фондом \$5 тис. Зрозуміло, що такі компанії прийшли на страховий ринок з метою швидкого збагачення, проводячи спекулятивні операції.

На початку 1995 р. в Україні було 660 страхових організацій, з яких активно діяло 654 страховики. У III кварталі 1994 р. з НАСК «Оранта»* (колишній Укрдержстрах), яка налічувала 799 установ по всій Україні, відокремилися і стали самостійними (з набуттям статусу юридичної особи та зміною назви) філії в Автономній республіці Крим, Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій, Луганській областях. У 1995 р. зареєстровано 783 страхових організації, з яких лише 649 мали право провадити страхову діяльність. У цьому ж році Укрстрахнагляд** відкликав 134 ліцензії на ведення страхової діяльності та призупинив дію ліцензій у 102 страховиків. Простежувалася також тенденція до самоліквідації страховиків, передусім тих, які займалися страхуванням життя.

Прийнятий у березні 1996 р. Закон України «Про страхування» став першим кроком у системі заходів, спрямованих на формування цивілізованого ринку страхових послуг, посилення страхового захисту майнових інтересів підприємств, установ, організацій та громадян. Закон визначив систему контролю за рівнем платоспроможності страховиків і порядок розрахунку резервів,

НАСК (Національна акціонерна страхова компанія). «Оранта».

Укрстрахнагляд (Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю). Утворений відповідно до Декрету Кабінету Міністрів України від 10 травня 1993 р. «Про страхування» з метою забезпечення державного нагляду за страховою діяльністю і дотримання законодавства про страхування. Указом Президента України «Про зміни у структурі центральних органів виконавчої влади» від 15 грудня 1999 р. №1573/99 Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю ліквідовано.

посилив норми, які регулюють нагляд за страховою діяльністю, упорядкував види обов'язкового страхування. Було запроваджено нові вимоги до порядку реєстрації страховиків, розмірів і структури їхніх статутних фондів.

Станом на 1 квітня 1997 р. страховий ринок України після перереєстрації відповідно до Постанови Верховної Ради України «Про порядок введення в дію Закону України «Про страхування» було представлено 201 страховою організацією, з яких 14 отримали ліцензії після прийняття Закону України «Про страхування».

Унаслідок проведення перереєстрації склалася вкрай нерівномірна ситуація зі структурою розміщення страхового ринку. Найбільшу кількість страхових організацій зареєстрували: у центральному регіоні (Житомирська, Кіровоградська, Черкаська, Чернігівська, Київська області та місто Київ) — 80 страхових організацій; у східному (Сумська, Харківська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Полтавська області) — 50; у південному (Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька області, АР Крим та місто Севастополь) — 14; у західному (Вінницька, Хмельницька, Львівська, Івано-Франківська, Тернопільська, Чернівецька, Закарпатська, Волинська області) — 27. Найбільшими страховими центрами стали: Київ — 68 страховиків, Одеса — 20, Харків — 14, Дніпропетровськ — 13. Водночас, у Рівненській та Херсонській областях не залишилося жодної страхової організації.

У 1997-1998 рр. спостерігався розвиток мережі страхових організацій у центральному, південному та східному регіонах ринку страхових послуг України. Низьку активність страховиків виявлено тільки в західному регіоні, питома вага страховиків якого в загальному підсумку знизилася з 13,4% станом на 1 квітня 1997 р. до 11,0% станом на 1 січня 1999 р. Визнаним центром страхування був Київ (92 страховика). Регіональну структуру страхового ринку України у 1997-1998 рр. наведено у табл. 3.1.

Вирішальним для становлення національного страхового ринку вважають 1997 р. Розвиток страхового ринку України в 1997 р. відбувався в умовах зниження темпів спаду виробництва у промисловості та сільському господарстві. ВВП зменшився порівняно з 1996 р. на 3,2%, обсяг промислового виробництва — на 1,8%. Прибуток підприємств та організацій зменшився на 18% при зростанні оптових цін у промисловості на 7,7%.

Реґіон	01.04.97		01.01.98		01.01.99	
	Кількість страховиків	%	Кількість страховиків	%	Кількість страховиків	%
Західний	27	13,4	29	12,9	28	11,0
Східний	50	24,9	58	25,9	62	24,4
Південний	44	21,9	47	21,0	55	21,7
Центральний	80	39,8	90	40,2	109	42,9
Разом	201	100,0	224	100,0	254	100,0

Страховий ринок України наприкінці 1997 р. налічував 224 страховика, які відзвітували Укрстрахнагляду. Вони отримали 408401 тис. грн страхових платежів з добровільних та обов'язкових видів страхування, зокрема: з добровільних видів страхування — 319 515 тис. грн, що становить 78% від загальної суми страхових платежів; з обов'язкових видів страхування — 88 886 тис. грн (22% від загальної суми надходжень). Надходження страхових платежів з особистого страхування у 1997 р. становили 74% від надходжень 1996 р., зокрема зі страхування життя — 55%. З інших видів страхування простежувалося зростання таких страхових платежів: з майнового страхування — в 1,89 рази; з державного обов'язкового страхування — у 1,24 рази; з недержавного обов'язкового страхування — у 1,1 рази; зі страхування відповідальності — у 1,05 рази.

Виплати страхових сум та страхового відшкодування досягли 129246 тис. грн, зокрема з добровільних видів страхування — 113 808 тис. грн (88% від загальної суми виплат); з обов'язкових видів страхування — 15 438 тис. грн, (12% від загальної суми виплат). Серед них у 1997 р. збільшилися виплати страхових сум і страхового відшкодування з таких видів страхування: з майнового — в 1,46 рази; з державного обов'язкового — в 1,17 рази. З інших видів страхування відбулося зниження виплат. Страхові виплати становили: з особистого страхування — 69% від виплат 1996 р., зокрема зі страхування життя — 50%; зі страхування відповідальності — 54%; з недержавного обов'язкового страхування — 8%. Загалом, надходження страхових платежів збільшилося порівняно з 1996 р. у 1,29 рази, водночас виплати страхових сум і страхового відшкодування, вперше за останні роки, зменшилися на 18129 тис. грн (або в 1,12 рази). Темпи росту страхових платежів перевищували темпи

росту страхових виплат у 1,5 рази (у 1996 р. — у 1,3 рази). Середній рівень виплат (відношення виплат платежів у %) становив у 1997 р. 31,7%, зокрема, зі страхування життя — 112,6%; з видів страхування, інших, ніж страхування життя — 27,8%.

Кількість чинних договорів страхування наприкінці 1997 р. зменшилася на 17% порівняно з попереднім роком. Це пояснюють передусім скороченням видів недержавного обов'язкового страхування. Наприклад, з майнового страхування і зі страхування відповідальності відбувся значний приріст договорів (відповідно, в 1,8 та 2,4 рази); з особистого страхування, зокрема зі страхування життя темпи спаду кількості чинних договорів на кінець звітного року значно сповільнилися.

Покращилася ситуація зі сплаченими статутними фондами страховиків. Наприклад, у 23 компаніях сплачені статутні фонди становили від 500 тис. грн до 1 млн грн, у 15 — понад 1 млн грн, що не могло не позначитися на середньому сплаченому статутному фонді, який збільшився за 1997 р. утричі — до 530 тис. грн.

Ситуація з різким зростанням статутних фондів страховиків засвідчує: з одного боку, про виконання вимог страхового законодавства щодо мінімального сплаченого статутного фонду; з іншого — про привабливість страхового ринку для інвестування як галузі національної економіки, яка динамічно розвивається; усвідомлення страховиками необхідності нарощування фінансових потужностей для безумовного виконання страхових зобов'язань.

Балансовий прибуток страховиків України у 1997 р. збільшився порівняно з 1996 р. у 2,2 рази, досягнувши 94 880 тис. грн. Причина такого явища полягає в тому, що з квітня 1996 р. унаслідок введення в дію Закону України «Про страхування», використовують нову методику розрахунку технічних резервів, тому 1996 р. виявився перехідним, і як наслідок — від страхової діяльності одержано прибутки. На збільшення прибутку вплинула: зміна об'єкта оподаткування страховиків з липня 1997 р. і зниження на 12% рівня виплат. Водночас, прибуток від інвестування тимчасово вільних коштів зменшився на 5 644 тис. грн (на 16%) — до 29 379 тис. грн. Витрати на проведення страхування та інші витрати, що відносять на собівартість, становили 128170 тис. грн (31,5% від надходжень страхових платежів).

Страховики, створені за участю іноземних юридичних осіб та іноземних громадян, одержали у 1997 р. 52 993,4 тис. грн. страхових платежів (13% від загальної суми надходжень). Вони виплатили

17 949,5 тис. грн страхових сум і страхового відшкодування (13,9% від загальної суми виплат). Рівень виплат у цих компаніях становив 33,9%; частка страховиків, створених за участю іноземного капіталу, загалом в обсязі сплачених статутних фондів дещо вища і становила 18 319,7 тис. грн (15,45%).

Середній сплачений статутний фонд на 1 січня 1998 р. вищезазначених страховиків становив 530 тис. грн і перевищував середній загальноукраїнський у 1,3 рази. Загалом страхові компанії, створені за участю іноземних громадян та юридичних осіб, істотно не впливали у 1997 р. на стан і розвиток страхового ринку України.

Частка страхових платежів, сплачена перестраховикам в 1997 р., становила 63 060 тис. грн (16% від надходжень страхових платежів). Порівняно з 1996 р. питома вага платежів, сплачених перестраховикам, знизилася на 2,5% зі збільшенням платежів на 7 610 тис. грн (в 1,4 рази). Частка страхових відшкодувань, сплачена перестраховиками, становила 31600,4 тис. грн; рівень виплат — 5% від платежів, сплачених перестраховикам.

З добровільного майнового страхування 68,5% платежів (43 222 тис. грн) сплачено перестраховикам, вони збільшилися в 1,74 рази (на 23,6%). Перестраховики відшкодували у звітному періоді з добровільного майнового страхування 2199,3 тис. грн (5%). Частка страхових платежів у структурі платежів, сплачених перестраховикам з добровільного страхування відповідальності та обов'язкового страхування, зменшилася відповідно до 13,3 і 12,1%. З добровільного особистого страхування передано в перестраховання лише 3 864 тис. грн (6,1%) проти 12 906 тис. грн (23%) попереднього року.

В умовах подальшого зниження обсягу ВВП та спаду виробництва промислової і сільськогосподарської продукції відбувався розвиток страхового ринку України у 1998 р. Страхова діяльність зазнала відчутного впливу інфляційних процесів зниження курсу національної валюти стосовно до іноземних валют, хоча і надалі простежувалося суттєве перевищення темпів зростання надходжень страхових платежів над темпами інфляції, тобто відбувалося реальне зростання обсягів страхових послуг. На ринку діяло 254 страховики. Обсяг сплачених статутних фондів страховиків станом на 1 січня 1999 р. становив 159 595 тис. грн — а це збільшення порівняно з 1997 р. у 1,4 рази. Середня величина сплаченого статутного фонду страховика, підтверджена звітністю, збільшилася за 1998 р. у 1,3 рази і становила 607 тис. грн (у 1997 р. — 530 тис. грн). Одночасно

середній статутний фонд, перерахований в екю (євро) за курсом на звітну дату, знизився з 252 тис. Екю станом на 1 січня 1998 р. до 151 тис. євро станом на 1 січня 1999 р. Станом на 1 січня 1999 р. тільки у 92 страховиків статутний фонд перевищував 100 тис. євро.

На страховому ринку України 1999 р. активізувалася діяльність страховиків, проте водночас знизилися темпи росту надходжень. Стабільна діяльність страхових організацій забезпечила нарощування величини їхніх власних капіталів, що сприяло забезпеченню надійності у договірних зобов'язаннях. На 1 січня 2000 р. в Україні діяло 263 страхових компанії, вони отримали платежів з усіх видів страхування на 1164126 тис.грн. Обсяг виплат страхових сум та страхових відшкодувань становив 360 919 тис.грн. Розмір сплачених статутних фондів зріс до 327 872 тис. грн. Середній сплачений статутний фонд на 1 січня 2000 р. становив 1247 тис.грн. Балансовий прибуток за 1999 р. (проти 1998 р.) зріс на 30% і становив 234 034 тис. грн. Страховики сформували страхові резерви на суму 537 041 тис. грн.

Показники розвитку страхування в Україні у 1997-1999 р. наведено у таблицях 3.2-3.4.

Таблиця 3.2

Показники діяльності страхових організацій України (1997-1999 рр.)

Показники	1997	1998	1999	98/97	99/98
Кількість страховиків, од.	224	254	263	113,4%	103,5%
Кількість чинних договорів на 01.01, од.	23 млн 929082	23 млн 057 264	23 млн 026133	96,4%	100%
Рівень виплат (відношення виплат до премій),%	32	23	31		
Страхові виплати, тис. грн.	129182	177845	360919	137,7%	202,9%
Страхові премії, тис. грн	408401	789159	1164126	193%	147,5%
Сформовані страхові резерви на 01.01, тис. грн	159838	447 692	537041	280%	119,9%
Обсяг сплачених статутних фондів на 01.01, тис. грн	118656	150595	327872	127%	218%
Середній сплачений статутний фонд, тис. грн	530	607	1247	114,5%	205,4%
Балансовий прибуток, тис. грн	94 880	179812	234034	190%	130%
Віддано у перестраховування, тис. грн.	63060	238531	451169	378%	189%

Таблиця 3.3

**Показники діяльності страхових організацій України
з добровільного та обов'язкового страхування
(крім страхування життя) (1997-1999 рр.)**

Показники	1997	1998	1999	98/97	99/98
Страхові премії, тис. грн	389841	776294	1156479	199%	148,9%
Страхові виплати, тис. грн	108285	164605	353562	152%	214,8%
Рівень виплат (відношення виплат до премій),%	27,8%	21%	30,5%		
Сформовані страхові резерви на 01.01, тис. грн	138364	156411	516217	113%	330%
Кількість чинних договорів на 01.01, од.	14 млн 524 749	15 млн 747 638	-	108%	

Таблиця 3.4

**Показники діяльності страхових організацій України
зі страхування життя (1997-1999 рр.)**

Показники	1997	1998	1999	98/97	99/98
Страхові премії, тис. грн	18560	12865	7 647	69%	59,4%
Страхові виплати, тис. грн	20897	13240	7357	63,4%	55,6%
Рівень виплат (відношення виплат до премій),%	113%	103%	96%		
Сформовані страхові резерви на 01.01, тис. грн	21474	23401	20824	109%	89%
Кількість чинних договорів на 01.01, од.	9 млн 404333	7 млн 309628		78%	

За перший квартал 2004 р. сума страхових премій, отриманих безпосередньо від страхувальників, становила 2227,5 млн грн. За 2003 р. надходження страхових премій становили 9 135,0 млн грн. За три роки (2001-2003 рр.) обсяг страхових премій зріс у 3 рази.

Загальна (валова) сума страхових виплат, здійснених страховиками у 2003 році, становила 860,6 млн грн. У порівнянні з 2002 р. сума страхових виплат зросла на 317,5 млн грн (у 1,6 рази). Обсяг виплачених безпосередньо страхувальникам страхових сум відшкодувань становив 795,4 млн грн, у тому числі страхувальникам-громадянам — 303,5 млн грн.

За три роки (2001-2003 рр.) страхові виплати зросли більше ніж у 2 рази. Темпи приросту за 2001 р. у порівнянні до 2000 р. становили 4,2%; у 2002 р. порівняно з 2001 р. - 28,0%; у 2003 р.

порівняно з 2002 р. — 58,5%. Власний капітал страховиків за 2003 р. становив 835,8 млн грн, за перший квартал 2004 р. — 7513,2 млн грн. За три роки обсяги власного капіталу зросли у 2,2 рази.

Кількість страховиків за розміром власного капіталу (за 2003 р.): 267 страховиків мали капітал більше 5 млн грн; 71 — 1-5 млн грн; інші — менше 0,9 млн грн.

Прибутковість страхової діяльності в Україні дуже висока — 261 компанія має прибутковість більше ніж 50 відсотків. Це пояснюють низьким рівнем виплат, що становить основну статтю витрат у страхуванні. Рівень виплат по відношенню до валових премій (та до чистих премій) за всіма видами страхування невпинно знижується: 2001 - 14,0% (16,9%), 2002 - 12,2% (14,5%), 2003 - 9,4% (11,3%). При розрахунках прибутковості страхових компаній за різними методиками, найобережніші розрахунки відображені на діаграмі нижче. За цією методикою, 37% страховиків мали прибутковість страхових операцій більше 50%.

Станом на 1 квітня 2004 р. в Україні було зареєстровано 360 страхових компаній, з них 33 страхові компанії здійснювали страхування життя і 327 — інші, ніж страхування життя, види страхування.

Структура страхування за класифікацією життя та інші (ризикові) види страхування, загальноприйнята у світі, показує наявні диспропорції порівняно зі світовою практикою. Частка валових премій зі страхування життя становить 0,03% ВВП, а це свідчить, що Україна поки немає інституціонального інвестора в особі компаній зі страхування життя, хоча певні позитивні зрушення помітні. З 1995-1999 рр. надходження по страхуванню життя різко скоротилися — у 8 разів. Тільки починаючи з 2000 р. можна говорити про відродження та певний розвиток страхування життя в Україні.

Ринок страхування життя досить концентрований. Індекс Герфіндаля за перший квартал 2004 р. — 1 388,9%. Перші три компанії контролюють 58% ринку. У 2003 р. 50980, 56 млн грн отримано за договорами з громадянами. Сума страхових премій зі страхування життя у 2003 р. в порівнянні з 2001 р. збільшилася у 4,6 рази. Темпи приросту суми страхових премій постійно зростали: за 2001 р. порівняно до 2000 р. - 42%, у 2002 р. порівняно до 2001 р. - 83,5%, у 2003 р. порівняно до 2002 р. — 105,6%. Але частка страхових премій зі страхування життя залишалася на рівні одного відсотка від загального обсягу страхових премій — 0,8% за 2003 р.; за I квартал 2004 р. - 0,96%.

Незначний розвиток страхування життя свідчить про обмежені інвестиційні можливості ринку. Єдиний конкурентний тиск на сегмент страхування життя в найближчій перспективі може зробити діяльність іноземних страхових компаній, які відкривають в Україні свої дочірні підприємства.

Сума страхових премій (внесків) зі страхування життя у I кварталі 2004 р. становила 31,0 млн грн (приблизно 1% від загальної суми страхових премій), проте ріст за цим видом страхування порівняно з аналогічним періодом 2003 р. збільшився у 3,1 рази.

У цілому в Україні застраховані лише до 10% ризиків, тоді як у більшості розвинених країн цей показник сягає 90-95%.

Найбільша кількість страхових компаній зосереджена в економічно розвинених регіонах (Київ — 50,8%, Харків — 6,8%, Дніпропетровськ і Донецьк по 6,2%). У той же час нерівномірність кількості страхових компаній компенсується наявністю їхніх відокремлених структурних підрозділів у всіх регіонах України (філій), практично у всіх областях страховий захист надають через структурні підрозділи системних страховиків, які зареєстровані в основному в Києві.

Найбільший обсяг надходжень страхових премій припадає на страхові компанії, які знаходяться у регіонах з розвинутою фінансово-економічною інфраструктурою, зокрема компанії Києва та області акумулюють 42,6% від загального обсягу надходжень страхових премій по Україні, 22,5% — компанії Харківської та 14,1% — Донецької областей.

За видами ризикового страхування у першому кварталі 2004 р. переважало добровільне майнове страхування — 2 728,3 млн грн (84,4% від загальної суми страхових премій). Із них сума страхових премій з страхування фінансових ризиків становила 1644,0 млн грн (50,9% від загальної суми страхових премій).

Розвиток сектору страхування тісно пов'язаний з розвитком банків. Так, операції з надання кредитів, в тому числі банками, супроводжується укладенням договорів страхування кредитів (зокрема, відповідальності позичальника за непогашення кредиту). За 2003 р. сума страхових премій з цього виду складала 258,6 млн грн, це 2,8% від загальних надходжень з усіх видів страхування (у 2002 р. - 3,9%).

Про реальні обсяги фінансування економіки України за рахунок страхових резервів свідчать дані про розміщення страхових резервів. Сформовані страхові резерви за 2003 р. становили

3 774,9 млн грн, за I квартал 2004 р. — 4 078,7 млн грн. За останні три роки (2001-2003) величина сформованих страхових резервів зросла у 3,2 рази.

Сукупний розмір активів страховиків, що приймаються відповідно до ст 31 Закону України «Про страхування» для розміщення резервів, за 2003 р. становив 9 029,78 млн грн, за I квартал 2004 р. — 9 581,9 млн грн. За останні три роки (2001-2003) обсяг активів страховиків збільшився майже у 4 рази.

За 2003 р. активи банків в 11 разів перевищували активи страховиків. У 2003 р. частка активів страховиків у ВВП становила 3,4%. Темпи росту активів страховиків, які займаються ризиковими видами страхування, протягом останніх років досить стабільні. Серед позитивних моментів — стійка тенденція до зростання капіталу, обсягів активів, зобов'язань страховиків, що є необхідною умовою їх стабільного функціонування та розвитку, однак актуальними залишаються проблеми підвищення надійності та ліквідності активів.

За 2003 р. страховики (цеденти, перестраховальники) за договорами перестраховання ризиків виконання всіх або частини своїх обов'язків перед страхувальниками сплатили 5,4 млрд грн. (59,3% від валових страхових премій по ринку), з них:

- перестраховикам-нерезидентам — 3,2 млрд грн (34,8% від валових премій по ринку);
- перестраховикам-резидентам — 2,2 млрд грн (24,5% відповідно).

Найбільші суми сплачені на перестраховання з добровільних видів майнового страхування (63,6% від отриманих страхових премій з цих видів) — 4 854,0 млн грн, з них за межі України — 746,3 млн грн. У тому числі, зі страхування фінансових ризиків — сплачено на перестраховання 112,3 млн грн (70% від премій з цього виду), з них за межі України — 194,7 млн грн.

За договорами страхування життя сплачено на перестраховання 23,9 млн грн (32,8% від премій з цього виду). Майже всі операції з перестраховання ризиків за договорами страхування життя проводилися з перестраховиками-нерезидентами.

За вимогами страховиків (цедентів, перестраховальників) щодо сплати (компенсації) страхових виплат за страховими випадками згідно з укладеними договорами перестраховання у страховиків (перестраховиків) резидентів та нерезидентів частини своїх обов'язків перед страхувальниками, українські страховики отримали 248,3 млн грн, з них:

— 43,2% від перестраховиків-нерезидентів (107,2 млн грн);
 — 56,8% від перестраховиків-резидентів (141,1 млн грн);
 у розрізі видів страхування компенсовано часток страхових виплат:

- 71,4% з добровільних видів страхування (177,2 млн грн, з них нерезидентами 43,2 млн грн);
- 28,6% з видів обов'язкового страхування (на суму 71,1 млн. грн., з них нерезидентами 64,0 млн грн).

Показники розвитку страхування в Україні у 2001-2004 р. наведено у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Страховий ринок України у 2001-2004 роках

Показник	2001	2002	2003	2004
Частка страхування ВВП, %	1,5	2,1	3,5	5,5
Кількість страхових компаній	328	338	357	383
компанії зі страхування життя	14	17	30	45
компанії з ризикових видів страхування	314	321	327	338
Страхові премії на одного громадянина, євро	13,4	16,7	28,8	49,0
Страхові премії, млн євро	649,0	802,9	1335,7	2350,0
Премії зі страхування життя, млн євро	3,4	4,3	10,9	23,7
Страхові виплати, млн євро	90,8	98,2	129,2	178,0
Страхові премії передані у перестраховування, млн євро	306,1	380,4	809,5	1443,0
перестраховикам-нерезидентам, млн євро	168,2	236,5	476,8	300,0
Власний капітал, млн євро	413,3	574,2	1026,1	1637,0
статутні фонди, млн євро	222,0	280,2	547,3	760,0
Сформовані страхові резерви, млн євро	253,6	343,1	566,3	1201,0

Український ринок страхових послуг має значні можливості, проте потреби національної економіки та населення у якісних страхових послугах не задовільнено. На страховому ринку існують серйозні проблеми, які перешкоджають подальшому його розвитку, серед них: недосконала законодавча та нормативна база; низький рівень ефективності державного регулювання страхової Діяльності; недосконала система державного контролю за фінансовою надійністю страховиків; недостатня використаність інвестиційних можливостей страховиків; питомої ваги страхування життя на страховому ринку зниження постійне; впровадження

обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів зіткнулося з перепонами на законодавчому рівні; є поодинокі випадки зволікання страховиками з виплатами страхових сум і страхового відшкодування, неправомірні відмови від виплати та порушення страхового законодавства.

Проаналізувавши процес становлення страхового ринку в Україні, ми дійшли висновку, що подальший успішний його розвиток залежатиме від: розширення переліку страхових послуг, підвищення їхньої конкурентоспроможності; розширення інфраструктури; вдосконалення порядку оподаткування страхової діяльності; посилення вимог до порядку створення та діяльності страхових організацій; подальшого розвитку законодавчої та вдосконалення нормативної бази; створення об'єднань страховиків з найважливіших проблем страхування; подальшої інтеграції України до міжнародних структур; створення оптимальної структури співвідношення між обов'язковим і добровільним страхуванням; залучення страхового ринку до вирішення найважливіших питань соціального страхування; створення комплексної системи підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів; посилення впливу держави на проведення інвестиційної політики з боку страховиків; підвищення платоспроможності страховиків.

Щоб усунути протиріччя у законодавчому регулюванні системи страхування в Україні, необхідно:

- 1) прискорити розробку та прийняття нового цивільного кодексу України, в якому передбачити правові основи регулювання страхової діяльності в Україні;
- 2) внести зміни та доповнення до Закону України «Про страхування», в якому: уточнити головні страхові поняття і терміни; уточнити порядок припинення договорів страхування; уточнити процедуру санації та порядок ліквідації страховика; провести комплексний аналіз законодавчих актів з питань обов'язкового державного страхування з метою його впорядкування.

Подальший розвиток законодавчої та нормативної баз передбачає розробку і прийняття низки законодавчих актів, які розвивають страхове законодавство країни, зокрема Закони України «Про перестраховання», «Про медичне страхування», «Про товариства взаємного страхування», «Про діяльність страхових посередників», «Про страхування фінансово-кредитних ризиків».

У законодавчому акті з перестраховання треба визначити механізм проведення відповідних операцій, закласти основи створення перестраховальної біржі в Україні як єдиного центру, де укладатимуть перестраховальні угоди у випадку великих обсягів ризиків.

Законодавчий акт щодо діяльності страхових посередників має визначити загальні умови діяльності цього сектора страхового ринку в Україні. Сьогодні на законодавчому рівні фактично не врегульовано діяльність такої важливої категорії учасників страхового ринку, як страхові брокери (і вітчизняні, і зарубіжні). Брокер за класичною схемою має діяти в інтересах страхувальника: визначити разом із ним найприйнятніші умови страхування і далі діяти згідно з усіма необхідними документами для укладання повноцінного договору страхування. На жаль, сьогодні через законодавчу невпорядкованість брокер діє швидше як філія страховика.

Потребує невідкладного впорядкування нормативна база у сфері обліку, фінансової звітності й аудиту. Не вирішено повністю, як саме в системі обліку треба врахувати передачу резервів перестраховиків або резерви у майбутніх виплатах після вирішення спірних питань тощо. Необхідна комплексна система фінансових показників та їхніх розшифрувань для страхової компанії (окремі форми звітності для податкових і статистичних органів, а також преси і страхувальників).

Важливо також законодавчо вдосконалити систему страхування життя, медичного та пенсійного страхування, страхування політичних ризиків, діяльності товариств взаємного страхування тощо.

Для розширення переліку страхових послуг та підвищення їхньої конкурентоспроможності, на нашу думку, треба: уніфікувати страхові продукти; сприяти розвиткові системи перестраховання; створити систему медичного страхування «Асістанс-Україна».

Розвиток інфраструктури страхового ринку повинен передбачати: підвищення рівня страхової культури населення України; створення системи аварійного комісарства; створення системи актуаріїв; створення розгалуженої мережі страхових посередників.

Для підвищення платоспроможності страховиків треба: переглянути діючу систему розміщення страхових резервів; реформувати систему взаємного страхування та співстрахування.

Розвиток страхового ринку в період переходу до ринкової економіки потребує вирішення багатьох актуальних питань через об'єднання страховиків, які спеціалізуються на найважливіших напрямках страхової діяльності.

Подальша інтеграція України до міжнародних структур дає змогу вивірити державну політику щодо регулювання трудової діяльності відповідно до форм, методів і важелів, які застосовують у світі. Розвинені країни — члени Європейського Союзу — мають максимально ідентифіковані методи державного регулювання, визначені відповідними директивами цього Союзу. Україна, поступово стаючи повноправним членом найавторитетніших міжнародних організацій, оволодіває методами впливу держави на страховий ринок, які відповідають найвищим світовим стандартам.

Державна політика має також удосконалюватись через регулювання оптимального співвідношення між обов'язковим і добровільним страхуванням. Закон України «Про страхування» передбачає запровадження обов'язкового страхування тільки внесенням змін до цього Закону, тобто можливості запровадження такого страхування дуже обмежені і процедура досить складна.

Таке положення цілком виправдане, оскільки введення того чи іншого виду обов'язкового страхування підвищує ступінь відповідальності держави за ситуацію на страховому ринку. Тобто, під час розширення поля обов'язкового страхування держава фактично змушує громадян або юридичних осіб до використання цієї послуги, а оскільки в умовах демократичного суспільства та ринкової економіки примус з боку держави має бути мінімальним, відповідальність із запровадженням обов'язкового страхування набуває значної ваги.

У цьому плані сьогодні постають три головних завдання.

1. Перегляд щодо можливого зменшення наявних видів обов'язкового страхування.
2. Упорядкування умов та порядку проведення зазначених видів.
3. Введення нових видів тільки у разі реальної потреби.

Наявні види обов'язкового страхування треба скорочувати так, щоб найменш захищені, а також дуже ризикові категорії населення й об'єкти національної економіки не залишилися без страхового захисту. Скажімо, цілком застарілим є обов'язкове державне страхування певних категорій державних службовців — митників, податкових інспекторів тощо. У випадку

травмування або загибелі держава безпосередньо з бюджету має відшкодувати, а не пропускати ці кошти через комерційні страхові компанії. Доки не буде створено адекватного механізму соціального захисту, знімати зі страхового захисту ці категорії не можна.

Деякі види обов'язкового страхування треба впорядкувати, вдосконалюючи умови їхнього проведення, якомога чіткіше визначаючи обов'язки страховика і форми типових договорів. Завдання з упорядкування наявних видів обов'язкового страхування стосується насамперед таких видів, як авіаційні ризики, втрата врожаю, нещасні випадки на транспорті.

Що ж до введення нових видів обов'язкового страхування, то на черзі постають такі види, як обов'язкове страхування у космічній галузі та ядерній енергетиці стосовно відповідальності перед третіми особами та особистого страхування персоналу. Щодо цих видів уже внесено проекти законодавчих актів. Великі дискусії спричиняє введення обов'язкового медичного страхування. Проблема полягає в найраціональнішому розподілі системи страхового захисту між державним соціальним страхуванням через страхові організації. Загалом, сфера розширення поля обов'язкового страхування уже значною мірою вичерпана і полягає не у запровадженні нових видів, а у вдосконаленні наявних. Зазначене завдання споріднене із залученням страхового ринку до вирішення найважливіших питань соціального страхування. Сьогодні держава не в змозі вирішувати такі важливі соціальні питання, як медичне обслуговування, виплата пенсій, надання допомоги з безробіття, відшкодування витрат унаслідок травм на виробництві тощо лише за рахунок державного бюджету. Отже, треба залучати кошти підприємств, роботодавців, працівників. Якщо таке залучення здійснювати напряму, то це фактично трактуватиметься як введення нових податків. Крім того, кошти, які залучатимуть, потрібно деякий час розміщувати так, щоб вони приносили додатковий дохід.

Такі завдання може виконати страховий ринок. Відносини, які виникають унаслідок залучення страхового ринку до вирішення соціальних програм, якісно відрізняються від відносин, спричинених прямим відчуженням коштів. Роботодавці, підприємства та працівники вступають у гарантійно-цивільно-правові відносини. Де страхова компанія бере зобов'язання отримати додатковий дохід завдяки розміщенню взятих коштів і провести ті виплати,

під які взято зобов'язання. Тому найближчим часом треба законодавчо визначити поле, що його має посісти страховий ринок у соціальних програмах, і прийняти необхідні рішення щодо його входження до цих програм. Зауважимо, що страховий ринок не може повністю взяти на себе зобов'язання щодо виконання функцій за соціальними програмами. Держава за рахунок своїх власних коштів має гарантувати мінімум соціальних благ за всіма напрямками.

Об'єктивною реальністю кінця XX — початку XXI ст. стала глобалізація світової економіки, що не оминуло і систему страхових відносин. Суть, механізм та наслідки цього процесу до кінця не вивчені і мають діаметрально протилежні погляди. Одні вважають, що глобалізація — динамічний процес формування економічного та політичного неоліберального ринкового правопорядку. Інші, навпаки, вважають, що вона несе хаос і може обернутися світовим хаосом, треті конструюють проміжні гіпотетичні концепції. Без сумніву, глобалізація — це найвища на даний момент фаза інтернаціоналізації (інтеграції) економіки й політики, а в зародковому стані — і культури. Сьогодні світ перетворився на глобальну економічну систему, в якій практично не залишилося можливостей для сповідування стихійних ринкових відносин між державами. Виник глобально функціонуючий світовий виробничо-господарський механізм, складовими якого стали окремі національні економіки. На очах одного покоління проходить ущільнення простору і часу в глобальних масштабах, взаємне зближення країн, народів, регіонів. Під впливом глобалізації розширюється лібералізація соціально-політичної сфери, вдосконалюються ринкові відносини в економіці, трансформується виробництво і ринок робочої сили, в засобах масової інформації проходить технологічне оновлення. Такі явища не оминають Україну. Головне завдання полягає в тому, щоб своєчасно виявити зміни та виробити рішення, які допоможуть використати переваги глобалізації світової економіки. Проте треба робити виважені кроки у напрямі глобалізації економічних відносин.

Глобалізація страхових відносин є процесом стирання законодавчих та економічних бар'єрів між національними страховими ринками, що відбувається під впливом змін у світовій економіці, і має на меті формування глобального страхового простору. Це явище красномовно виражається у таких процесах: концентрація страхового й перестрахового капіталу; зрощення банківського та

страхового капіталу; концентрація на ринку страхових посередників; концентрація споживачів страхових послуг; зміна попиту на «масові» страхові послуги, активізація участі страховиків у пенсійному страхуванні; розширення сфери використання приватного комерційного страхування; зміни традиційних форм і видів страхових послуг, які ведуть до зрощення страхових і фінансових послуг; зміна ринкового середовища в умовах повної комп'ютеризації споживачів страхових послуг.

Інтенсивна глобалізація світового страхового простору настійно вимагає від національних страхових ринків адаптації до нового режиму міжнародної торгівлі страховими послугами, який визначається процесами лібералізації системи страхового нагляду й дерегулювання страхових ринків. Сьогодні важливим завданням є оцінка причин, форм і тенденцій глобалізації страхового середовища, що допоможе оптимально сформувати напрями розвитку страхового ринку в Україні.

Архітектура світового страхового ринку нестійка і піддається значним потрясінням не лише для страхових ринків периферії, а й для центру, оскільки світова страхова сфера перетворюється в єдину систему й обвал однієї з ланок негативно позначається на інших. Отже, сьогодні можна виділити центропериферійну будову світового страхового ринку. Його системоутворююче ядро (центр) становлять високорозвинуті страхові ринки США, Канади, країн Західної Європи, Японії, а периферію — страхові ринки країн, що перебувають на різних щаблях свого економічного розвитку, тобто «опинилися на траєкторії так званого наздоганяючого розвитку».

Найрозвинутішою країною щодо ринку страхових послуг є США, частка ринку якого становить 48,68%; далі йдуть Японія (11,25%), Німеччина (10,19%) та Великобританія (5,93%). Щорічно страхові організації акумулюють у вигляді страхових платежів 7-12% ВВП своїх країн; обсяги страхових премій у перерахунку на душу населення для країн ЄС, США та Японії становлять від 1,5 до 4 тис. дол. США. До країн, страхові ринки яких є наздоганяючими центр та входять до периферії світового страхового ринку відносять і Україну. Становище наздоганяючого розвитку зовсім не означає, що периферія наближається до центру, а навпаки, це ситуація, коли периферія повинна постійно наздоганяти центр, оскільки він задає технічні, соціально-економічні, організаційні й управлінські стандарти, на основі яких формується світовий страховий ринок, його порядок, умови та правила гри.

Світовий страховий ринок сформований на основі інтеграції страхових ринків високорозвинутих країн світу, підштовхує менш розвинуті національні страхові ринки до адаптації місцевих стандартів до міжнародних. Щоб опанувати такі стандарти, треба створити відповідні інститути та механізми, а це непросто, бо пряме запозичення чужого досвіду неможливе. Чуже середовище їх відштовхує, вимагаючи створювати інститути та механізми, які одночасно відповідають вимогам часу й ураховують традиції національного страхового ринку.

Останніми роками глобалізація страхових відносин є чіткішою. Виникає запитання — зближуються чи віддаляються один від одного розвинуті страхові ринки й страхові ринки, що розвиваються.

Загострення кризових ситуацій, пов'язаних із проблемами глобалізації страхових відносин, висуває на перший план проблему регулювання стихійних процесів з метою адаптації суб'єктів страхових відносин до нових умов існування й діяльності. Визначального значення набувають сили, що спроможні контролювати стихійні процеси і вносити в них елементи впорядкованості та цілеспрямованості. Стихійні процеси глобалізації не перетворюють світову економіку в інтегральне ціле, а навпаки, посилюють її диспропорції. Посилюється контраст між високорозвинутим центром і периферією. Створена архітектоніка світової страхової системи є нестабільною і потенційно генерує потрясіння не лише для страхових ринків периферії, а й для центру, оскільки світова страхова система перетворилася в єдину систему, а знищення однієї з її ланок негативно позначається на інших.

Водночас, події останніх років засвідчують, що наявних інструментів регулювання світового страхового ринку недостатньо. Є пропозиції щодо створення локальних «страхових зон». Висувають навіть сміливі ідеї про створення єдиної світової страхової системи. Усі ці пропозиції натрапляють на спротив спеціалістів, оскільки інтеграція страхової системи передбачає високий рівень інтеграції в суміжних сферах соціально-економічного й політичного життя, тоді як в умовах гострої конкуренції на світовому ринку основних страхових центрів — Північної Америки, Західної Європи й Південно-Східної Азії — реальні процеси інтеграції відбуваються по лінії створення регіональних страхових блоків у контексті формування макрорегіональних просторів на фоні гео-економічного розмежування світу.

Широкомасштабне й активне введення страхового ринку України у процес глобалізації страхових відносин відбуватиметься поступово й вибірково. Великі зусилля знадобляться для адаптації національних страхових продуктів до вимог світового ринку, зміни їх параметрів до конкурентноздатного рівня. Підвищення міжнародної конкурентноздатності вітчизняних страхових продуктів — основа введення страхового ринку України у процес глобалізації страхових відносин.

Світовий ринок страхування охоплює всю сукупність міжнародних страхових операцій. У круговому потоці страхових операцій на світовому страховому ринку трапляються два головних типи страхових каналів — пряме страхування, при якому страхова послуга переміщується від страховика до страхувальника і непряме страхування, при якому страхова послуга від страховика до страхувальника переміщується через систему страхових посередників.

Страховий ринок України виник із проголошенням незалежності країни і водночас відчув на собі всю жорсткість і безкомпромісність міжнародної страхової системи. Входження цього сектора національної економіки у світове господарство є актуальним і водночас проблематичним, оскільки воно зумовлене великою кількістю об'єктивних і суб'єктивних факторів. Найбільша проблема — формування його за відсутності історичних коренів та відірваності української страхової системи радянського періоду від світових страхових ринків.

Поки що рано говорити про завершення формування страхового ринку України, оскільки процес його формування супроводжувався кризовими явищами, що виявилися на етапі ринкової трансформації економіки України. Ситуація, що склалася у страховій галузі в Україні, визначається двома групами факторів — тими, що гальмують розвиток страхової справи, і тими, що стимулюють її розвиток. Завдання державних органів на цьому етапі — виявити всі фактори, які стимулюють розвиток страхового ринку, реалізувати їхній потенціал та послабити вплив факторів, що гальмують цей процес.

До факторів, що уповільнюють розвиток страхового ринку, відносимо: відсутність чіткої ціленаправленої державної політики у сфері розвитку страхування; фінансово-економічна нестабільність у країні; недосконалість страхового законодавства; низька страхова культура населення; слабкість податкових стимулів; відсутність надійних схем інвестування.

Успішний розвиток інтеграційних процесів на національному страховому ринку, на наш погляд, буде залежати від: сталості фінансового середовища господарюючих суб'єктів та населення — потенційних страхувальників; формування фінансово стійких страхових організацій; активізації ролі держави і її органів у зміцненні та розвитку страхового ринку; формування державних пріоритетів у розвитку національного страхового ринку; розвитку законодавчої бази страхування; використання сучасних методів в управлінні страховими організаціями.

Оскільки обмеження глобалізації є нереальним, єдино правильним варіантом дій у цих умовах є вироблення нових підходів до регулювання процесів на національному страховому ринку, формування ефективних моделей управління страховими відносинами в Україні. З огляду на це треба: визначити основні параметри й тенденції розвитку сучасного світового страхового простору та місце страхового ринку України в ньому; сформувати систему інструментів економічного регулювання, які б оперативно реагували на ймовірні суттєві зміни в умовах страхової діяльності; забезпечити поступове звуження сфери використання фіскальних механізмів регулювання страхових відносин за рахунок максимального зниження податкового навантаження на фінансові результати діяльності страховиків на основі запровадження принципів оподаткування в галузі страхування в країнах Європейського Союзу. Потрібно також адаптувати понятійний інструментарій національного страхового права до понятійного апарату міжнародних угод, що регулюють торгівлю страховими послугами в умовах глобалізації світового страхового ринку; адаптувати класифікацію видів страхової діяльності, правила формування страхових резервів та їх інвестування до вимог глобального страхового ринку; продовжити роботу з удосконалення системи й структури управління інститутами національного страхового ринку, вивчити причини, форми і досвід зрощення фінансового, банківського та страхового капіталу.

Контрольні запитання

1. *За яких обставин аварійний комісар не може з'ясувати обставини і причини настання страхового випадку та визначати розмір збитків?*
2. *Хто проводить підготовку, перепідготовку та атестацію аварійних комісарів в Україні?*

3. Чи має право отримати повністю необхідне страхове відшкодування у разі настання страхового випадку кожний член товариства взаємного страхування, незалежно від суми страхового внеску за умови виконання у повному обсязі усіх зобов'язань перед товариством взаємного страхування?
4. Що є страховим платежем (внеском, премією) члена товариства взаємного страхування?
5. Хто приймає рішення про розмір і терміни сплати страхового внеску кожного окремого члена товариства взаємного страхування?
6. З яких джерел фінансують діяльність Морського страхового бюро?
7. Які основні завдання ставлять перед Морським страховим бюро?
8. Які основні завдання ставлять перед Моторним (транспортним) страховим бюро (МТСБ)?
9. Як члени Моторного (транспортного) страхового бюро зобов'язані додатково забезпечувати свою платоспроможність?
10. Які основні завдання ставлять перед Ядерним страховим пулом, Українським актуарним товариством, Українським медичним страховим бюро?

4 • Державне регулювання страхової діяльності

- 4.1. Необхідність і значення державного регулювання страхової діяльності
- 4.2. Система державного нагляду за страховою діяльністю в Україні
- 4.3. Ліцензування страхової діяльності в Україні
- 4.4. Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) України

4.1. Необхідність і значення державного регулювання страхової діяльності

Питання про доцільність регулювання страхових відносин в умовах перехідної економіки може виникнути тільки за умови ігнорування світового досвіду. Інша справа, що форми і методи, ступінь розповсюдження, деталізація такого регулювання відрізняються в залежності від особливостей країни, ступеня її економічного розвитку, національних традицій, інтеграції у світове співтовариство та інших характеристик.

Історично склалося три типи систем страхового регулювання. Домінуючою є система, коли регулювання страхування здійснюють на рівні вищих органів виконавчої влади (Японія, Німеччина, Швеція, Великобританія). Другий тип — дуалістична побудова системи нормативних актів, коли деякі аспекти страхування регулюються на національному рівні, але основні нормовстановлюючі повноваження передають місцевим (територіальним) органам влади (Канада). Третій тип — відсутність національного законодавства у сфері страхування та регулювання страхових відносин тільки на рівні місцевої влади (США).

Регулююча функція держави в галузі страхування може виявлятися у різних формах: прийняття законодавчих актів, що регламентують страхування; встановлення видів обов'язкового страхування; проведення податкової політики; встановлення пільг страховим організаціям для стимулювання їх діяльності; створення особливого правового механізму, який забезпечує нагляд за функціонуванням страхових організацій.

До системи заходів державного регулювання належить: реєстрація страхових організацій; ліцензування діяльності страхових організацій; нагляд за діяльністю страховиків та їх об'єднань.

Особливості систем страхового регулювання, що використовуються у різних країнах, виникли не відразу, а в результаті довготривалої еволюції, іноді — на протягом кількох сторіч. Спочатку ці системи створювалися як засіб контролю за платоспроможністю страховиків та запобігання випадків невиконання ними своїх зобов'язань. Основними засобами досягнення цілей були обмежувальні та контрольні заходи. Обмежувально-контрольна система сьогодні реформується у напрямі «розумної лібералізації», яка допоможе, з одного боку, знизити вартість страхових послуг за рахунок підвищення гнучкості страховиків, а з іншого — залишити в руках державних органів оптимальну кількість інструментів для недопущення ринкових провалів.

4.2. Система державного нагляду за страховою діяльністю в Україні

Державний нагляд за страховою діяльністю в Україні здійснюють з метою дотримання вимог законодавства України про страхування, ефективного розвитку страхових послуг, запобігання неплатоспроможності страховиків і захисту інтересів страхувальників.

В Україні страховий нагляд розвивається з 1993 р., коли був утворений Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю «Укрстрахнагляд». У 1999 р. в ході адміністративної реформи його функції були передані Міністерству фінансів України. Це відомство не приділило належної уваги страховій системі, внаслідок чого виявилися відсутніми чітко визначені концептуальні основи державної політики стосовно страхування. Залишаються не вирішеними питання соціально-економічних пріоритетів страхування; питання моделі державного регулювання страхового ринку; не визначено балансу між соціальним страхуванням і страхуванням на цивільно-правових основах; політика держави стосовно страхування непослідовна, окремі заходи декларуються без попереднього фінансово-економічного обґрунтування тощо.

У 2003 р. на ринку фінансових послуг з'явився новий контролюючий орган — Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України. Його першочерговими кроками, на нашу думку, повинні стати: розробка та впровадження стратегії розвитку страхової справи; встановлення єдиних вимог і стандартів надання страхових послуг; гармонізація страхового законодавства з європейськими стандартами; приведення статистичної та бухгалтерської звітності у відповідність з міжнародними стандартами;

вирішення методологічних питань, в тому числі уточнення критеріїв і процедур оцінки страхових компаній, їх перевірок і моніторингу діяльності; посилення вимог до капіталізації з метою підвищення платоспроможності страховиків; розробка нормативних актів, що регулюють перестраховання, посередницьку діяльність на страховому ринку, механізм формування резервів.

Державний нагляд за страховою діяльністю на території України проводить Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України та його органи на місцях.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України забезпечує проведення державної політики у сфері страхування, керуючись у своїй діяльності Конституцією України, законами України, указами Президента України, Кабінету Міністрів України; узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до його компетенції; розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавства і у визначеному порядку вносить їх на розгляд Президентів України та Кабінету Міністрів України. У межах своїх повноважень Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України організовує виконання актів законодавства і систематично контролює їхню реалізацію.

Основними завданнями Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України у сфері страхування є:

- розроблення основних напрямів розвитку страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестрахованні;
- проведення заходів щодо забезпечення розвитку страхової справи та здійснення державного нагляду за страховою діяльністю;
- регулювання в межах своїх повноважень взаємовідносин страховиків зі страхувальниками, а також страхових брокерів зі страхувальниками і страховиками;
- проведення роботи з удосконалення методів фінансової діяльності страховиків;
- участь у міжнародному співробітництві з питань страхування і посередницької діяльності у страхуванні та перестрахованні.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України відповідно до покладених на неї завдань:

- веде єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) та державний реєстр страхових брокерів;

4. Державне регулювання страхової діяльності

- видає ліцензії страховикам на проведення страхової діяльності та проводить перевірки її відповідності виданій ліцензії;
- видає свідоцтва про введення страхових брокерів до державного реєстру страхових брокерів та проводить перевірки додержання ними законодавства про посередницьку діяльність у страхуванні та перестраховуванні і достовірності їхньої звітності;
- проводить перевірки щодо правильності застосування страховиками законодавства про страхову діяльність і достовірності їхньої звітності;
- у межах своєї компетенції методично забезпечує роботу страховиків та страхових посередників;
- розробляє рекомендації для захисту фінансових інтересів страховиків, страхових посередників і страхувальників;
- узагальнює практику страхової діяльності і посередницької діяльності на страховому ринку, розробляє і подає у визначеному порядку пропозиції щодо розвитку і вдосконалення законодавства України щодо страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні;
- у межах своєї компетенції приймає нормативно-правові акти з питань страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні;
- проводить аналіз додержання законодавства об'єднаннями страховиків і страхових посередників;
- контролює платоспроможність страховиків відповідно до взятих ними страхових зобов'язань перед страхувальниками;
- забезпечує проведення дослідницько-методологічної роботи з питань страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні, підвищення ефективності державного страхового нагляду;
- визначає правила формування і розміщення страхових резервів, а за погодженням із Державним комітетом статистики України — правила їх обліку та показники звітності;
- розробляє пропозиції щодо впровадження єдиних методологічних засад бухгалтерського обліку і звітності, а також форм статистичної звітності для страховиків і страхових посередників;
- аналізує стан і тенденції розвитку страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестраховуванні;

- у визначеному законодавством порядку організовує і координує навчання, підготовку і перепідготовку кадрів та визначає кваліфікаційні вимоги до осіб, які провадять діяльність на страховому ринку, організовує наради, семінари, конференції з питань страхової діяльності;
- бере участь у міжнародному співробітництві у сфері страхування і посередницької діяльності у страхуванні та перестрахованні, вивчає, узагальнює, поширює світовий досвід, організовує виконання міжнародних договорів України з цих питань;
- роз'яснює порядок застосування законодавства про страхову діяльність і посередницьку діяльність у страхуванні та перестрахованні, проводить через засоби масової інформації інформаційно-роз'яснювальну роботу з питань страхової діяльності і посередницької діяльності у страхуванні та перестрахованні;
- здійснює організаційно-методичне забезпечення проведення актуарних розрахунків;
- розглядає звернення громадян, підприємств, установ та організацій з питань, що належать до його компетенції;
- розробляє нормативні і методичні документи з питань страхової діяльності, що віднесена Законом України «Про страхування» до компетенції Уповноваженого органу;
- узагальнює практику страхової діяльності, розробляє пропозиції щодо розвитку і вдосконалення законодавства України про страхову діяльність;
- бере участь у проведенні заходів щодо підвищення кваліфікації кадрів для страхової діяльності;
- виконує інші функції, потрібні для виконання покладених на нього завдань.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України має право:

- одержувати у визначеному порядку від страховиків звітність про страхову діяльність, інформацію про їхнє фінансове становище та пояснення щодо звітних даних, а від підприємств, установ (у тому числі банків), організацій і громадян — інформацію, потрібну для виконання покладених на нього завдань;
- одержувати від страхових брокерів визначену звітність про їхню діяльність та інформацію про укладені договори, а також пояснення щодо цих даних;

- видавати приписи страховим брокерам про усунення виявлених порушень законодавства, а у разі їх невиконання — приймати рішення про вилучення страхового брокера з державного реєстру страхових брокерів;
- одержувати у визначеному порядку від аварійних комісарів інформацію, необхідну для виконання покладених на нього завдань, у тому числі інформацію про обставини і причини настання страхового випадку та заподіяну шкоду;
- створювати комісії та робочі групи для проведення перевірок діяльності страховиків та страхових брокерів;
- контролювати достовірність та повноту інформації, що надається учасниками страхового ринку, призначати проведення за рахунок страховика додаткової обов'язкової аудиторської перевірки з визначенням аудитора;
- одержувати безоплатно від органів виконавчої влади інформацію та статистичну звітність, необхідну для виконання покладених на нього завдань;
- при виявленні порушень страховиками вимог законодавства України про страхову діяльність видавати їм приписи щодо їх усунення, а в разі невиконання приписів — зупиняти або обмежувати дію ліцензій цих страховиків до усунення виявлених порушень чи приймати рішення про відкликання ліцензій та вилучення з державного реєстру страховиків (перестраховиків). Суперечки щодо відкликання ліцензії розглядає суд або арбітражний суд;
- звертатися до арбітражного суду з позовом про скасування державної реєстрації страховика як суб'єкта підприємницької діяльності у випадках, передбачених ст. 8 Закону України «Про підприємництво».

Посадові особи Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України у випадку розголошення в будь-якій формі відомостей, що є комерційною таємницею страховика, несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством.

4.3. Ліцензування страхової діяльності в Україні

Ліцензування страхової діяльності здійснює Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України. Вона відповідно до вимог нормативно-правових актів України щодо страхування видає фінансовим установам ліцензію на проведення певного виду страхування, визначеного ст. 6, 7 Закону України «Про страхування».

Для отримання ліцензії на право проведення конкретних видів страхування фінансова установа зобов'язана виконати всі вимоги нормативно-правових актів України, які регулюють страхову діяльність.

Після отримання відповідної ліцензії в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України страховик має право вести страхову діяльність на всій території України. Страховик має право здійснювати страхування через свій відокремлений підрозділ за умови внесення інформації про відокремлений підрозділ до Державного реєстру фінансових установ. Ліцензія чинна до закінчення строку дії ліцензії або її анулювання. Ведення страхової діяльності після закінчення строку дії ліцензії або її анулювання не допускають. Якщо страховик має намір провадити зазначені в ліцензії види страхування після закінчення строку її дії або в разі його реорганізації, то страховик зобов'язаний отримати нову ліцензію. Нову ліцензію видають не раніше останнього робочого дня дії попередньої виданої ліцензії. Строк дії переоформленої ліцензії або дубліката ліцензії не може перевищувати строку дії, який був зазначений у цій ліцензії. Ліцензія, видана страховику Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України, не підлягає передачі для використання іншими юридичними або фізичними особами для провадження страхової діяльності.

Вимоги, встановлені законодавством України у сфері регулювання страхової діяльності, повинні виконуватися страховиками протягом усього строку дії ліцензії. За видачу ліцензії щодо кожного виду страхування, за переоформлення ліцензії, за видачу дубліката ліцензії справляють плату в розмірі, встановленому нормативно-правовими актами Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України. Плата за видачу ліцензій сплачується одноразово з розрахунку за кожний рік користування ліцензією у порядку, встановленому нормативно-правовими актами Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

Ліцензії видають на такий строк:

- на страхування життя — безстрокові;
- на види страхування, інші, ніж страхування життя, — три роки.

При повторній видачі ліцензії на даний вид страхування, якщо до страховика протягом попереднього терміну користування ліцензією не застосовували заходи впливу, — 5 років. Якщо до страховика були застосовані заходи впливу, повторно ліцензія може бути видана строком на 3 роки.

Ліцензія на кожен вид страхування оформлюється на окремому бланку. Страховик повинен розмістити отриману ліцензію в доступному для огляду місці за своїм місцезнаходженням.

Для отримання ліцензії на провадження страхової діяльності заявник подає до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України документи, перелік яких передбачено Законами України «Про страхування» і «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», а саме:

- заяву про видачу ліцензії встановленого зразка;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності або копію довідки про внесення до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (надалі — ЄДРПОУ), засвідчену нотаріально або органом, який видав оригінал документа;
- копії установчих документів, засвідчені в установленому законодавством порядку;
- довідки з банків або висновки аудиторських фірм (аудиторів), що підтверджують формування та розмір сплаченого статутного фонду;
- довідку про фінансовий стан засновників страховика, підтверджену аудиторською фірмою (аудитором), якщо страховик створений у формі повного чи командитного товариства або товариства з додатковою відповідальністю та акціонерного товариства;
- правила (умови) страхування;
- економічне обґрунтування запланованої страхової (перестраховальної) діяльності;
- інформацію про учасників страховика;
- інформацію про голову виконавчого органу та його заступників, яка має бути підписана керівником страховика і скріплена печаткою, копію диплома голови виконавчого органу страховика або його першого заступника про вищу економічну або юридичну освіту, копію диплома головного бухгалтера страховика про вищу економічну освіту, засвідчені печаткою страховика і відповідним підписом;
- інформацію про наявність відповідних сертифікатів у випадках, передбачених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Крім того, заявник повинен подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України:

- затверджені в установленому порядку правила проведення внутрішнього фінансового моніторингу;
- завірену заявником копію документа про призначення працівника, відповідального за проведення внутрішнього фінансового моніторингу, з інформацією про керівних посадових осіб або фахівців, які є відповідальними за проведення фінансового моніторингу.

У заяві про видачу ліцензії мають міститися відомості про особу заявника (назва, місцезнаходження, банківські реквізити, ідентифікаційний код за ЄДРПОУ), перелік видів страхування, на проведення яких страховик має намір одержати ліцензію, перелік правил страхування для кожного виду добровільного страхування, дату подання заяви, підпис керівника страхової організації, скріплений печаткою.

У разі наявності у страховика відокремлених підрозділів у заяві зазначають або до заяви додають їх перелік із зазначенням місцезнаходження відокремленого підрозділу, номерів телефонів, E-mail, прізвища, імені та по-батькові, освіти керівника і головного бухгалтера..

В установчих документах (статуті та/або установчому договорі) мають бути зазначені обраний юридичною особою вид підприємницької діяльності та інформація про розмір статутного фонду страховика, а також для юридичних осіб, які не є відкритими акціонерними товариствами, має міститися інформація про розподіл часток статутного капіталу між засновниками (учасниками) із зазначенням розподілу часток у відсотках, їхньої кількості та грошового розміру.

Правила страхування, подані для реєстрації, мають бути пронумеровані, прошнуровані, скріплені підписом відповідальної особи і печаткою страховика. Правила повинні містити всі умови, визначені ст. 17 Закону України «Про страхування», бути викладені державною мовою та мати суцільно пов'язаний закінчений зміст, граматично та логічно узгоджений виклад. Заявник зобов'язаний виправити у Правилах страхування граматичні та стилістичні помилки в разі їх наявності. За умов проведення страховиком зовнішньоекономічних операцій страхування (перестрахування) Правила страхування можуть бути перекладені на англійську чи іншу мову. Тексти таких перекладів мають бути завірені відповідно до вимог законодавства.

До Правил страхування встановлюють такі вимоги:

Назва Правил страхування повинна містити слово «добровільного».

Поняття, що використовуються у Правилах страхування, повинні відповідати вимогам відповідних нормативно-правових актів. У разі потреби вживання понять, не визначених у відповідних нормативно-правових актах, потрібно дати їм тлумачення.

У тексті Правил страхування, договорів (полісів) не допускається:

- подвійне тлумачення одних і тих самих положень, протиріччя або неузгодженість між пунктами;
- уживання речень (фраз, фразеологічних зворотів), що призводять до неоднозначного розуміння змісту;
- використання законодавчо визначених понять в іншій інтерпретації;
- порушення граматичних та синтаксичних правил, що призводять до спотворення змісту.

При оформленні Правил страхування не допускаються:

- друкування різними шрифтами (крім випадків виділення в тексті окремих положень) та шрифтом розміром менше ніж 12 пунктів у форматі Word;
- подання неякісних ксерокопій, у тому числі подання ксерокопій підписів уповноважених осіб та/або відсутність оригіналу підпису уповноваженого актуарія.

У разі внесення змін та/або доповнень до Правил страхування страховик у 10-денний строк повідомляє про це Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України та надсилає (разом із супровідним листом) два примірника відповідних змін та/або доповнень до Правил страхування для реєстрації. Зміни та/або доповнення до Правил страхування вважаються чинними з дня їх реєстрації у Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

Правила страхування, зміни або доповнення до них подаються в двох тотожних примірниках. Після внесення трьох змін або доповнень до Правил страхування у разі необхідності внесення подальших змін або доповнень страховик повинен подати для затвердження і реєстрації нову редакцію Правил страхування.

Економічне обґрунтування запланованої страхової діяльності, яке подають за встановленою формою, має бути підписане керівником страховика та скріплене печаткою.

Усі документи, які подаються для отримання ліцензії, належать до категорії документів довгострокового зберігання.

Документи подають у швидкозшивачі, з внутрішнім описом та пронумерованими аркушами.

Заяву про видачу ліцензії (копії ліцензії) разом з усіма необхідними документами юридичні особи надсилають поштою або подають особисто до Комісії. Заявник несе відповідальність згідно з вимогами чинного законодавства за достовірність інформації, вказаної у заяві та документах, поданих для отримання ліцензії (копії ліцензії), та в їх електронних копіях. Заява про видачу ліцензії та документи, що додаються до неї, приймають за описом.

Заяву про видачу ліцензії (копії ліцензії) залишають без розгляду, якщо:

- заява підписана особою, яка не має на це повноважень;
- документи оформлені з порушенням вимог Ліцензійних умов.

Про залишення заяви про видачу ліцензії без розгляду заявник повідомляє у письмовій формі із зазначенням підстав залишення заяви про видачу ліцензії без розгляду і в строки, передбачені для видачі ліцензії (не більше 30-ти календарних днів з часу одержання передбачених ліцензійними умовами документів).

Після усунення причин, що були підставою для винесення рішення про залишення заяви про видачу ліцензії без розгляду, заявник може повторно подати заяву про видачу ліцензії, яка розглядається в установленому порядку.

Рішення про видачу ліцензії або відмову в її видачі приймається директором департаменту страхового нагляду Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

Не пізніше 30-ти днів з дня надходження заяви та всіх необхідних документів від заявника Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України має прийняти рішення про видачу ліцензії або про відмову у видачі ліцензії.

Повідомлення про прийняття рішення про видачу ліцензії або відмову у видачі ліцензії надсилається (видається) заявникові в письмовій формі протягом трьох робочих днів з дати прийняття відповідного рішення. У рішенні про відмову у видачі ліцензії зазначають підстави для такої відмови.

Підставами для прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії є:

- недостовірність даних у документах, поданих заявником для отримання ліцензії;
- невідповідність заявника, згідно з поданими документами, Ліцензійним умовам.

Підставою для відмови у видачі юридичній особі ліцензії на провадження страхової діяльності може бути невідповідність поданих документів, що додаються до заяви, вимогам чинного законодавства України.

У разі відмови у видачі ліцензії на підставі виявлення недостовірних даних у документах, поданих про видачу ліцензії, заявник може подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України нову заяву про видачу ліцензії не раніше, ніж через три місяці з дати прийняття рішення про відмову у видачі ліцензії.

У разі відмови у видачі ліцензії на підставі невідповідності заявника цим Ліцензійним умовам, фінансова установа може подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України нову заяву про видачу ліцензії після усунення причин, що стали підставою для відмови у видачі ліцензії.

Рішення про відмову у видачі ліцензії може бути оскаржене в судовому порядку.

У разі прийняття Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України позитивного рішення про видачу ліцензії, Комісія оформлює ліцензію не пізніше п'яти робочих днів з дня надходження документа, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії.

Якщо заявник протягом 30-ти календарних днів з дня направлення йому повідомлення про прийняття рішення про видачу ліцензії не подав документа, що підтверджує внесення плати за видачу ліцензії, або не звернувся для отримання оформленої ліцензії, Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України має право скасувати рішення про видачу такої ліцензії.

Після видачі фінансовій установі ліцензії на право провадження конкретних видів страхування інформацію про страховика вносять до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

У разі створення страховиком нового відокремленого підрозділу, що провадитиме страхову діяльність згідно з отриманою ліцензією, для провадження страхової діяльності страховиком через такий відокремлений підрозділ страховик зобов'язаний повідомити та подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України заяву про внесення інформації про відокремлений підрозділ до Реєстру та реєстраційну картку з інформацією про такий відокремлений підрозділ для Реєстру.

Наявність такої заяви і реєстраційної картки, яку заповнюють окремо для кожного відокремленого підрозділу, та внесення інформації про відокремлений підрозділ до Реєстру є обов'язковою умовою для провадження страхової діяльності через такий відокремлений підрозділ.

Якщо страхову діяльність проводять через кілька відокремлених підрозділів, то для кожного такого підрозділу страховик подає окрему заяву

Протягом десяти робочих днів з дати подачі відповідної заяви Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України вносить інформацію про відокремлений підрозділ до Реєстру.

У разі виникнення підстав для переоформлення ліцензії (зміна назви страховика, якщо ця зміна не пов'язана з реорганізацією страховика або зміна місцезнаходження страховика) страховик зобов'язаний протягом десяти робочих днів подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України заяву про переоформлення ліцензії разом з ліцензією, що підлягає переоформленню, та нотаріально засвідчені копії відповідних документів, що засвідчують зазначені зміни.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України протягом десяти робочих днів з дати надходження заяви про переоформлення ліцензії та документів, що додаються до неї, зобов'язана (за умови подання страховиком до Комісії документа про внесення плати за переоформлення ліцензії) видати переоформлену на новому бланку ліцензію з урахуванням змін, зазначених у заяві про переоформлення ліцензії.

У разі переоформлення ліцензії Комісія приймає рішення про визнання недійсною ліцензії, що була переоформлена, з внесенням відповідних змін до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України не пізніше трьох робочих днів після прийняття такого рішення.

У разі втрати або пошкодження ліцензії страховик зобов'язаний звернутися до Комісії та подати:

- заяву про видачу дубліката ліцензії;
- інформацію про публікацію оголошення у засобах масової інформації про втрату чи пошкодження ліцензії;
- документ, що підтверджує внесення плати за видачу дубліката ліцензії.

Якщо бланк ліцензії не придатний для користування внаслідок його пошкодження, страховик подає до Комісії:

- заяву про видачу дубліката ліцензії;
- непридатну для користування ліцензію;
- документ, що підтверджує внесення плати за видачу дубліката ліцензії.

Комісія повинна за умови подання страховиком до Комісії документа про внесення плати за видачу дубліката ліцензії протягом десяти робочих днів з дати одержання заяви про видачу дубліката ліцензії видати заявникові дублікат ліцензії замість втраченої або пошкодженої.

У разі видачі дубліката ліцензії замість втраченої або пошкодженої Комісія приймає рішення про визнання недійсною ліцензії, що була втрачена або пошкоджена, з унесенням відповідних змін до відповідного реєстру не пізніше наступного робочого дня.

Підставами для анулювання ліцензії є:

- заява страховика про анулювання ліцензії;
- рішення про скасування державної реєстрації страховика;
- виявлення недостовірних відомостей у документах, поданих страховиком для одержання ліцензії;
- рішення про застосування заходів впливу;
- неможливість страховика забезпечити виконання ліцензійних умов, установлених для страхової діяльності, зокрема початок відповідно до вимог нормативно-правових актів процедури ліквідації страховика;
- нездійснення страховиком страхової діяльності відповідно до виданої ліцензії протягом 12 місяців з дати її видачі.

У разі анулювання ліцензії за заявою страховика до неї необхідно додати:

- копію повідомлення в засобах масової інформації про прийняття рішення про звернення до Комісії щодо анулювання ліцензії;
- копію документа відповідного органу управління фінансової установи, що підтверджує факт прийняття рішення про звернення до Комісії щодо анулювання ліцензії;
- висновок аудиторської перевірки;
- баланс за останній звітний період та довідку про виконання всіх угод (зобов'язань) перед клієнтами при провадженні страхової діяльності, підписані керівником і головним бухгалтером та засвідчені печаткою товариства;
- бланк ліцензії (оригінал).

Комісія має право провести перевірку страховика щодо його зобов'язань перед страхувальниками за укладеними договорами страхування з видів страхування, ліцензія на які анулюється.

Комісія у разі отримання в установленому порядку заяви страховика (з доданням відповідних документів) про анулювання ліцензії або рішення про скасування державної реєстрації страховика як юридичної особи повинна протягом 30-ти днів з дати надходження вказаних документів прийняти рішення про анулювання ліцензії.

Розгляд питань про анулювання ліцензії здійснюється Комісією відповідно до вимог нормативно-правових актів.

У разі анулювання ліцензії як заходу впливу страховик може одержати нову ліцензію на право провадження страхової діяльності не раніше, ніж через рік з дати прийняття рішення Комісією про анулювання попередньої ліцензії.

У разі ліквідації відокремленого підрозділу страховика, який вів страхову діяльність згідно з отриманою ліцензією, або в разі припинення провадження ним страхової діяльності згідно з отриманою ліцензією страховик зобов'язаний протягом десяти робочих днів з дати ліквідації відокремленого підрозділу або з дати припинення його діяльності подати до Комісії відповідне повідомлення у письмовій формі.

Рішення про анулювання ліцензії може бути оскаржено в судовому порядку.

4.4. Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) України

Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) України — це система обліку, збору, нагромадження та вилучення з Реєстру даних, що стосуються ліцензування страхової діяльності та нагляду за страховою діяльністю страховиків. До Реєстру вносять дані про страховиків (перестраховиків), які отримали ліцензії на проведення страхової діяльності.

Реєстр ведуть у формі книги, пронумерованої, прошнурованої та завіреної печаткою.

Документи, які надходять на ліцензування від суб'єктів підприємницької діяльності, реєструють у журналі реєстрації документів суб'єктів підприємницької діяльності, поданих на ліцензування.

Підставою для внесення страховика (перестраховика) до Реєстру є рішення про видачу страховику ліцензії.

Вносячи страховика (перестраховика) до Реєстру, йому надають порядковий реєстраційний номер, а також зазначають номер виданої ліцензії.

Записи у Реєстрі ведуть українською мовою, від руки. Вносять зміни та доповнення до Реєстру на підставі наказу органу нагляду за страховою діяльністю. Підставою для видання наказу про внесення змін та доповнень до Реєстру є:

- зміна місцезнаходження (юридичної адреси) страховика (перестраховика);
- зміна назви страховика (перестраховика);
- зміна організаційної форми або форми власності страховика (перестраховика);

Страховика вилучають з Реєстру в разі:

- відкликання у страховика (перестраховика) ліцензії на проведення страхової діяльності, якщо відкликання не було оскаржене;
- рішення арбітражного суду;
- реорганізації страховика.

Для нагромадження даних Реєстру, довідок про видані та відкликані ліцензії на ведення страхової діяльності, а також результатів перевірок діяльності страховиків, орган нагляду за страховою діяльністю створює інформаційну базу страховиків. **Інформаційну базу страховиків (перестраховиків)** формують на підставі даних, передбачених у додатку 4 «Положення про єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) України».

База даних, на підставі якої формують **інформацію про страховика (перестраховика)**, містить:

- назву страховика (перестраховика);
- скорочену назву;
- реєстраційний номер у державному реєстрі;
- дату створення страховика;
- місце реєстрації;
- юридичну адресу;
- місцезнаходження;
- організаційну форму господарювання;
- форму власності;
- код ЗКПО;
- відомчу підпорядкованість;
- види підприємницької діяльності;

- ліцензію (номер ліцензії; дата видачі; види страхової діяльності; термін дії ліцензії (в роках); місце проведення діяльності (Україна, регіон або область));
- розмір статутного фонду;
- частку іноземного капіталу;
- засновників;
- керівництво (керівник та його заступники);
- телефон і факс;
- філії (підрозділи) (дата створення; місцезнаходження (юридична адреса); керівництво; телефон/факс; види страхової діяльності, відповідно до положення про філії);
- дані по перевірці (прізвища та посади перевіряючих; планова або позапланова; дата перевірки; види порушень);
- ужиті заходи за результатами перевірки (припис (дата та номер листа); призупинення дії ліцензії (дата та номер наказу); обмеження дії ліцензії (дата та номер наказу); відкликання ліцензії (дата та номер наказу); звернення до Арбітражного суду про скасування державної реєстрації як суб'єкта підприємницької діяльності та скасування або відмова суду (дата та номер листа, рішення суду));
- зміни та доповнення до установчих документів (дата, назва документа).

У разі зміни даних, що становлять інформаційну базу страховиків (перестраховиків), страховик повинен у десятиденний термін надіслати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України відповідні зміни та доповнення.

Контрольні запитання

1. У яких формах може проявлятися регулююча функція держави в галузі страхування
2. Який документ підтверджує право його власника на проведення конкретних видів страхування (перестраховування)?
3. Чи передбачає зупинення дії ліцензії заборону на укладання нових договорів та продовження на новий термін чинних договорів страхування (перестраховування) за всіма видами страхової діяльності, на які видана ліцензія?
4. Що є підставою для внесення страховика (перестраховика) до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України?
5. Які дані про страховиків (перестраховиків) вносять до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України?

5 Договір страхування

- 5.1. Поняття і зміст договору страхування
- 5.2. Правила страхування
- 5.3. Процедура укладання договору страхування
- 5.4. Права та обов'язки суб'єктів страхової угоди
- 5.5. Порядок припинення дії договору страхування
- 5.6. Порядок та умови ведення страховиками персоніфікованого (індивідуального) обліку договорів страхування життя
- 5.7. Особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків

5.1. Поняття і зміст договору страхування

Договір страхування — це письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору.

Договори страхування укладають відповідно до правил страхування.

Договір страхування повинен містити:

- назву документа;
- назву та адресу страховика;
- прізвище, ім'я та по-батькові або назву страхувальника та його адресу;
- зазначення об'єкта страхування;
- розмір страхової суми;
- перелік страхових випадків;
- визначення розміру тарифу, розмір страхових внесків і терміни їхньої сплати;
- термін дії договору;
- порядок зміни і припинення дії договору;

- права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору;
- інші умови за згодою сторін;
- підписи сторін.

У разі смерті страхувальника-громадянина, який уклав договір майнового страхування, права й обов'язки страхувальника переходять до осіб, які одержали це майно в спадщину. Страховик або будь-хто зі спадкоємців має право на переукладення договору страхування.

В інших випадках права й обов'язки страхувальника можуть перейти до іншого громадянина чи юридичної особи лише за згодою страховика, якщо інше не передбачено договором страхування.

У разі смерті страхувальника, який уклав договір особистого страхування на користь третіх осіб, його права й обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.

5.2. Правила страхування

Правила страхування страховик розробляє для кожного виду страхування окремо і затверджує в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України при видачі ліцензії на право проведення відповідного виду страхування.

Правила страхування повинні містити:

- перелік об'єктів страхування;
- порядок визначення страхових сум та (або) розмірів страхових виплат;
- страхові ризики;
- винятки зі страхових випадків і обмеження страхування;
- термін та місце дії договору страхування;
- порядок укладення договору страхування;
- права та обов'язки сторін;
- дії страхувальника при настанні страхового випадку;
- перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків;
- порядок і умови виплат страхових сум;
- термін прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті страхових сум та страхового відшкодування;
- умови припинення договору страхування;
- порядок вирішення суперечок;

- страхові тарифи за договорами страхування іншими, ніж договори страхування життя;
- страхові тарифи та методику їх розрахунку за договорами страхування життя;
- особливі умови.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України має право відмовити у видачі ліцензії, якщо подані правила страхування суперечать чинному законодавству.

У разі, коли до правил страхування вносять зміни, страховик повинен подати ці зміни до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України для погодження.

5.3. Процедура укладання договору страхування

Порядок укладання договору страхування регламентується цивільним законодавством, зокрема Законом України «Про страхування». Процес укладання договору страхування складається з двох стадій:

- 1) пропозиція однієї сторони іншій вступити в договірні відносини (*оферта*)]
- 2) одержання і прийняття пропозиції іншою стороною — акцепт, що свідчить про її згоду укласти договір на умовах, викладених у пропозиції.

Пропозиція щодо укладання договору може визначитися як оферта, якщо вона відповідає багатьом необхідним ознакам, зокрема, з оферти має випливати волевиявлення на укладання договору, а не тільки наводитись інформація про можливість укладання договору. Оферта має бути адресована конкретній особі. Пропозиція щодо укладання договору одній або кільком конкретним особам є офертою, якщо вона достатньо визначена і відображає намір особи, яка внесла пропозицію, вважати себе пов'язаною договором у разі її прийняття (акцепту).

Для укладання договору страхування страхувальник подає страховикові письмову заяву за формою, встановленою страховиком, або по-іншому заявляє про свій намір укласти договір страхування.

Укладаючи договір страхування, страховик має право вимагати у страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою).

Факт укладання договору страхування може посвідчувати *страхове свідоцтво (поліс, сертифікат)*, що є формою договору страхування.

Договір страхування життя може бути укладений як шляхом складання одного документа (договору страхування), підписаного сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає. У разі надання страхувальником письмової заяви за формою, встановленою страховиком, що виражає намір укласти договір страхування, такий договір може бути укладений шляхом надіслання страхувальнику копії правил страхування та видачі страхувальнику страхового свідоцтва (поліса), який не містить розбіжностей з поданою заявою. Заява складається у двох примірниках, копія заяви надсилається страхувальнику з відміткою страховика або його уповноваженого представника про прийняття запропонованих умов страхування.

Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Страхувальники мають право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а страхувальник-нерезидент — в іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України, з урахуванням положень частини четвертої ст. 19 Закону України «Про страхування» при укладанні договорів страхування життя.

Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

Грошові зобов'язання сторін по договорах страхування життя, за їх згодою, можуть бути визначені як у національній валюті України, так і у вільно конвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань.

5.4. Права та обов'язки суб'єктів страхової угоди

Страховик зобов'язаний:

- ознайомити страхувальника з умовами та правилами страхування;
- протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення потрібних документів для своєчасної виплати страхової суми або страхового відшкодування страхувальникові;

- при настанні страхового випадку виплатити страхову суму або страхове відшкодування у передбачений договором термін. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (страхового відшкодування), сплачувати страхувальникові неустойку (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;
- відшкодувати витрати, понесені страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору;
- за заявою страхувальника у разі проведення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним договір страхування;
- тримати в таємниці відомості про страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених ^{законом} законодавством України.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страховика.

Страхувальники можуть укладати зі страховиками договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування.

Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначати громадян або юридичних осіб для одержання страхових сум (страхового відшкодування), а також замінювати їх до настання страхового випадку.

Страхувальник зобов'язаний:

- своєчасно вносити страхові платежі;
- укладаючи договір страхування, надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, які мають суттєве значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього об'єкта страхування;
- вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;
- повідомити страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами страхування. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.

5.5. Порядок припинення дії договору страхування

Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

- закінчення терміну дії;
- виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;
- несплати страхувальником страхових платежів у визначені договором терміни. Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальникові, якщо інше не передбачено умовами договору;
- ліквідації страхувальника-юридичної особи або смерті страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
- ліквідації страховика у порядку, визначеному законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страхувальника або страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено.

У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, виконаних за цим договором страхування. Якщо вимога страхувальника зумовлена порушенням страховиком умов договору страхування, то він повертає страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

При достроковому припиненні дії договору страхування, крім договору страхування життя, за вимогою страховика страхувальнику повертають повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога страховика зумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, то страховик повертає страхувальникові страхові платежі за час дії договору з вирахуванням витрат на ведення справи, визначеної нормативом у розмірі страхового тарифу, виплат страхових сум та страхового відшкодування, які проводили за цим договором страхування. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору страхування, то останній повертає страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення дії договору страхування життя страховик виплачує страхувальнику викупну суму, яка є майновим правом страхувальника за договором страхування життя.

Викупна сума — це сума, яка виплачується страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування життя та розраховується математично на день припинення договору страхування життя залежно від періоду, протягом якого діяв договір страхування життя, згідно з методикою, яка здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною правил страхування життя.

Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було внесено в безготівковій формі.

Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених цивільним законодавством України.

Крім того, відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнають недійсним:

- 1) коли його укладено після страхового випадку;
- 2) коли об'єктом договору страхування є майно, яке підлягає конфіскації на підставі судового вироку або рішення, що набуло законної сили.

Договір страхування визнають недійсним у судовому порядку.

5.6. Порядок та умови ведення страховиками персоніфікованого (індивідуального) обліку договорів страхування життя

Страховики, які здійснюють страхування життя, зобов'язані вести персоніфікований (індивідуальний) облік договорів страхування життя та в межах договору страхування життя персоніфікований (індивідуальний) облік за кожною застрахованою особою.

Персоніфікований (індивідуальний) облік договорів страхування життя здійснюється страховиком шляхом ведення одночасно паперового та електронного реєстрів за формою, встановленою страховиком самостійно.

Усі записи в реєстрах ведуть українською мовою у хронологічному порядку по мірі виникнення подій, які в них реєструються. Усі відомості повинні зберігатись у реєстрах протягом усього строку Дії договорів страхування. Після закінчення строку дії договору страхування або його припинення відомості виводять до архівної частини електронної форми реєстру із забезпеченням можливості їх подальшого отримання.

Реєстр, який ведуть у паперовій формі, повинен бути прошитий, аркуші пронумеровані, кількість аркушів у реєстрі повинна бути засвідчена підписом керівника та печаткою страховика.

Паперова форма реєстру повинна містити ті ж дані, що й електронна.

Відомості, занесені до паперової та електронної форми реєстрів, мають збігатися за змістом.

Електронна форма реєстру передбачає ведення протоколу дії у системі ведення персоніфікованого (індивідуального) обліку (дані протоколу мають бути недоступні для зміни, доповнення та знищення). Страховик повинен забезпечити засобами програмного забезпечення неможливість будь-яких змін, доповнень щодо даних, зафіксованих у реєстрі після здійснення операцій.

Систему реєстру ведуть таким чином, щоб забезпечити можливість відновлення будь-якої втраченої інформації.

Страховик повинен забезпечити облік усіх документів, на підставі яких уносяться зміни та доповнення до реєстрів.

Реєстр повинен містити:

1. Відомості про страхувальника:

- а) щодо страхувальника — фізичної особи:
 - прізвище, ім'я, по-батькові;
 - дата народження;
 - адреса;
 - ідентифікаційний номер;
- б) щодо страхувальника — юридичної особи:
 - повна назва;
 - місцезнаходження;
 - банківські реквізити;
 - код за ЄДРПОУ

2. Відомості про умови договору страхування:
 - дата укладання та номер договору страхування;
 - дата набрання чинності договором страхування та строк дії договору страхування;
 - прізвище, ім'я, по-батькові застрахованої особи;
 - дата народження застрахованої особи та її адреса;
 - стать застрахованої особи;
 - перелік страхових випадків;
 - розмір та періодичність сплати страхових внесків;
 - розмір страхової суми та/або страхових виплат (порядок та періодичність їх сплати), у тому числі відомості про сплату страхових внесків;
 - прізвище, ім'я, по-батькові, дата народження та (або) назва вигодонабувача (вигодонабувачів), його (їх) адреса;
 - валюта страхування;
 - розмір величини інвестиційного доходу згідно з договором страхування;
 - страховий тариф;
 - інформація про зміну та припинення договору страхування.
3. Відомості про сформовані страхові резерви зі страхування життя за кожним договором страхування у розрізі валют.

Страховики зобов'язані вносити до реєстрів інформацію про укладання, зміну або припинення договорів страхування протягом п'яти календарних днів з дати їх укладання, зміни або припинення.

5.7. Особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків

У разі реорганізації страховиків різних форм власності та організаційно-правових форм (акціонерних товариств, повних товариств, командитних товариств, товариств із додатковою відповідальністю) шляхом *злиття* (припинення діяльності двох або більше страховиків як юридичних осіб та перехід за передавальним актом усього майна, прав та обов'язків до страховика — правонаступника, що створюється в результаті реорганізації), *приєднання* (припинення діяльності одного або більше страховиків як юридичних осіб та перехід за передавальним актом усього майна, прав та обов'язків до іншого страховика- правонаступника), *поділу* (припинення діяльності одного страховика як юридичної особи та перехід за роздільним актом (балансом) у відповідних частинах усього майна, прав та обов'язків до страховиків- правонаступників,

створених у результаті реорганізації), *виділення* (створення страховика або більше страховиків, до яких за роздільним актом (балансом) у відповідних частинах переходять майно, права та обов'язки страховика — юридичної особи, що реорганізовується), *перетворення* (зміна організаційно-правової форми страховика, при якій до страховика, створеного в результаті реорганізації, за передавальним актом переходить усе майно, права та обов'язки страховика, що реорганізовується) виникає проблема забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування.

Реорганізація страховиків здійснюється за наступними принципами:

- неухильне дотримання чинного законодавства України;
- забезпечення безперервної роботи страховиків при здійсненні реорганізації;
- пріоритетність інтересів страхувальників;
- збереження таємниці страхування.

Перехід до страховиків- правонаступників майна, прав та обов'язків страховиків, що реорганізовуються, не потребує додаткового оформлення відносин зі страхувальниками за укладеними договорами.

За бажанням страхувальників договори страхування можуть бути переукладеними в порядку, встановленому чинним законодавством України.

З метою забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування учасники реорганізації зобов'язані вчинити дії щодо:

- повідомлення Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України про здійснення та шляхи реорганізації;
- повідомлення страхувальників про здійснення та шляхи реорганізації;
- отримання страховиками- правонаступниками ліцензій, необхідних для здійснення видів страхування відповідно до договорів страхування, які передаються від страховиків, що реорганізовуються;
- оформлення членства страховиків- правонаступників в об'єднаннях страховиків, обов'язковість якого встановлена законодавчими актами України та необхідна для виконання зобов'язань за договорами страхування, які передаються від страховиків, що реорганізовуються.

Учасники реорганізації зобов'язані після прийняття рішень про реорганізацію вищими органами всіх страховиків, що реорганізуються, негайно повідомити Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України про початок процесу реорганізації, його шляхи та про вчинені щодо реорганізації дії.

Протягом десяти робочих днів з дня надання повідомлення, яке направляється до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України до нього має бути додана така інформація:

- засвідчені в установленому законодавством порядку копії протоколів засідань вищих органів страховиків, що реорганізуються, про погодження шляхів та умов проведення реорганізації, визначення страховиків- правонаступників майна, прав та обов'язків страховиків, що реорганізуються, та припинення діяльності страховиків, що реорганізуються, як юридичних осіб (за винятком виділення);
- засвідчені в установленому законодавством порядку копії протоколів засідань вищих органів страховиків- правонаступників про погодження шляхів та умов проведення реорганізації, прийняття майна, прав та обов'язків страховиків, що реорганізуються;
- засвідчені в установленому законодавством порядку копії установчих документів учасників реорганізації;
- засвідчені в установленому законодавством порядку копії установчих документів страховиків- правонаступників у новій редакції в разі необхідності внесення змін до них згідно з чинним законодавством України;
- повідомлення про членство учасників реорганізації в об'єднаннях страховиків;
- повідомлення про укладені учасниками реорганізації та чинні договори страхування, із зазначенням загального розміру зобов'язань за такими договорами та кількості договорів за кожним з видів страхування.

З метою підтвердження достовірності інформації, наданої учасниками реорганізації, а також здійснення ефективного нагляду за дотриманням чинного законодавства України з питань здійснення страхової діяльності Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України може прийняти рішення про проведення виїзної перевірки учасників реорганізації.

Учасники реорганізації зобов'язані не пізніше 20-ти робочих днів після прийняття рішень про реорганізацію вищими органами всіх страховиків, що реорганізуються, повідомити про

реорганізацію страховальників шляхом публікації повідомлення в друкованих засобах масової інформації.

У публікації має бути зазначено:

- шлях реорганізації (злиття, приєднання, поділ, виділення, перетворення);
- назву, місцезнаходження страховиків, що реорганізуються, їх код за ЄДРПОУ та за Єдиним державним реєстром страховиків (перестраховиків) України;
- назву, місцезнаходження страховиків- правонаступників, їх код за ЄДРПОУ та за Єдиним державним реєстром страховиків (перестраховиків) України;
- про перехід до страховиків- правонаступників зобов'язань за договорами страхування, укладеними страховиками, що реорганізуються;
- про те, що процес реорганізації не потребує додаткового оформлення зі страховиками- правонаступниками відносин за укладеними договорами страхування, оскільки страховики- правонаступники зобов'язуються виконувати зобов'язання за всіма договорами страхування, укладеними страховиками, що реорганізуються;
- строк звернення та адреса, за якою можна звернутися до учасників реорганізації в разі потреби.

Копії повідомлення, у тому числі в електронному вигляді, не пізніше п'яти робочих днів з дня здійснення публікацій надається страховиком, вищий орган якого останнім прийняв рішення про реорганізацію, до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України та її територіальних управлінь за місцезнаходженням страховиків-учасників реорганізації.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України може прийняти рішення про розміщення повідомлення, на відомчому веб-сайті Держфінпослуг.

У разі, якщо страховальники не бажають отримувати послуг зі страхування від страховиків- правонаступників, до моменту підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) страховальники мають право на припинення договорів страхування зі страховиками, що реорганізуються, а після підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) — зі страховиками- правонаступниками.

Припинення договорів страхування здійснюється в позрядку, встановленому чинним законодавством України.

Страховики, що реорганізуються та припиняють свою діяльність як юридичні особи, зобов'язані вжити заходів щодо анулювання всіх наявних у них та чинних ліцензій на право здійснення видів страхування.

У разі необхідності здійснення видів страхування, якими займалися страховики, що реорганізуються, та відсутності відповідних ліцензій, страховики- правонаступники зобов'язані отримати такі ліцензії до припинення діяльності страховиків, що реорганізуються.

У разі неотримання відповідних ліцензій страховикам- правонаступникам заборонено укладати договори страхування щодо тих видів страхування, на які в них відсутні ліцензії, а також переукладати, продовжувати строк дії та отримувати страхові платежі за договорами страхування, прийнятими ними від страховиків, що реорганізувалися.

Виконання страховиками- правонаступниками зобов'язань за договорами страхування, прийнятими ними від страховиків, що реорганізувалися, здійснюється незалежно від отримання ліцензій після підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) до повного виконання зобов'язань за договорами страхування.

З метою забезпечення виконання страховиками- правонаступниками зобов'язань за договорами страхування, які приймаються від страховиків, що реорганізуються, учасники реорганізації зобов'язані вжити заходів щодо оформлення членства страховиків- правонаступників у відповідних об'єднаннях страховиків, обов'язковість якого встановлена законодавчими актами України.

Оформлення членства страховиків- правонаступників в об'єднаннях страховиків здійснюється органами управління таких об'єднань відповідно до установчих документів цих об'єднань.

Страховики- правонаступники набувають статусів членів відповідних об'єднань страховиків з моменту підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів).

До підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) та завершення реорганізації учасники реорганізації зобов'язані подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України такі документи:

- аудиторські висновки щодо фінансово-господарської діяльності страховиків, що реорганізуються;
- баланси та розрахунки економічних нормативів на останню звітну дату учасників реорганізації;

— фінансову звітність відповідно до чинного законодавства України акціонерів або учасників страховиків, які реорганізуються, на останню звітну дату, якщо не повністю сплачені їхні частки в статутних капіталах (фондах) або якщо реорганізація супроводжується змінами розмірів статутних капіталів (фондів).

Майно, права та обов'язки (зобов'язання) за договорами страхування, укладеними страховиками, що реорганізуються, у повному обсязі або у відповідних частинах переходять до страховиків- правонаступників з дати підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів).

Передавальні акти або роздільні акти (баланси) мають містити облікові дані щодо договорів страхування, які приймаються страховиками- правонаступниками, та вимог (заяв) страхувальників щодо виплати страхових сум або страхових відшкодувань у формі, яка забезпечує отримання інформації, необхідної для врахування при формуванні страхових резервів.

З метою недопущення зміни зафіксованих у передавальних актах або роздільних актах (балансах) даних до дати їх підписання учасникам реорганізації необхідно здійснити заходи щодо:

- припинення дії всіх депозитних договорів та закриття депозитних рахунків;
- унесення залишків коштів у касі на поточний рахунок;
- блокування всіх поточних рахунків;
- повідомлення контрагентів про реквізити та поточні рахунки страховиків- правонаступників;
- перерахування в день підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) коштів з поточних рахунків страховиків, які реорганізуються, на поточні рахунки страховиків- правонаступників.

Передавальні акти або роздільні акти (баланси) складають не раніше, ніж через два місяці з дня публікації повідомлення про реорганізацію. Якщо страховики, що реорганізуються, мають відокремлені підрозділи, то складаються консолідовані передавальні акти або роздільні акти (баланси).

Передавальні акти або роздільні акти (баланси) підписують керівник і головний бухгалтер та затверджують учасники (засновники) страховиків, що реорганізуються, та страховиків- правонаступників. Підписи мають бути засвідчені в установленому законодавством порядку.

Страховики, що реорганізуються, зобов'язані подати до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України засвідчену в установленому законодавством порядку копію передавального акта або роздільного акта (баланса) протягом п'яти робочих днів з дати його підписання.

При реорганізації страховиків шляхом злиття створюється новий страховик, який відповідно до передавальних актів є правонаступником усього майна, прав та обов'язків страховиків, що злилися.

Ліцензії на право здійснення видів страхування страховиків, що злилися, за їх заявами анулюються. Страховики, що злилися, виключаються з Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

Реорганізація шляхом злиття здійснюється з урахуванням особливостей щодо затвердження страховиком- правонаступником згідно з чинним законодавством України нової назви та нових установчих документів, у яких має бути враховано, що страховик створюється шляхом злиття і приймає все майно, права та обов'язки (зобов'язання) страховиків, що зливаються.

При реорганізації страховика шляхом приєднання до страховика- правонаступника за передавальним актом переходить усе майно, права та обов'язки (зобов'язання) страховика, що приєднується.

Ліцензії на право здійснення видів страхування страховика, що приєднується, за його заявою анулюються. Страховик, що приєднується, виключається з Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

Реорганізація шляхом приєднання проводиться з урахуванням особливостей щодо:

- можливостей прийняття вищим органом страховика- правонаступника рішення про створення відокремленого підрозділу на базі страховика, що приєднується, та затвердження Положення про відокремлений підрозділ;
- унесення необхідних змін до установчих документів страховика- правонаступника у зв'язку з приєднанням (щодо збільшення статутного капіталу (фонду), складу учасників страховика- правонаступника тощо).

При реорганізації страховика шляхом поділу все його майно, права та обов'язки передаються за роздільним актом (балансом) страховикам- правонаступникам, які створюються в результаті реорганізації.

Ліцензії на право здійснення видів страхування страховика, що реорганізовується шляхом поділу, за його заявою анулюються.

Страховик, що реорганізовується шляхом поділу, виключається з Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

Реєстрація страховиків- правонаступників, створених у результаті поділу, здійснюється в порядку, установленому чинним законодавством України.

Реорганізація шляхом поділу має проводитися з урахуванням особливостей щодо:

- прийняття вищим органом страховика, що реорганізовується шляхом поділу, рішення про розподіл між страховиками- правонаступниками статутного капіталу (фонду) страховика, що реорганізовується шляхом поділу;
- затвердження кожним зі створених у результаті поділу страховиків- правонаступників назви та установчих документів, у яких має бути враховано, що страховик- правонаступник створюється шляхом поділу і приймає відповідну частину майна, прав та обов'язків (зобов'язань) страховика, що реорганізовується шляхом поділу.

При проведенні реорганізації страховика шляхом виділення частина майна, прав та обов'язків страховика, що реорганізовується шляхом виділення, передається страховику- правонаступнику або страховикам- правонаступникам, що створюються в результаті виділення, у частинах, визначених у роздільному акті (балансі).

Вищий орган страховика, що реорганізовується шляхом виділення, може прийняти рішення про створення страховика- правонаступника або страховиків- правонаступників на базі свого відокремленого підрозділу або своїх відокремлених підрозділів.

Реорганізація шляхом виділення здійснюється з урахуванням особливостей щодо:

- прийняття вищим органом страховика, що реорганізовується шляхом виділення, рішення щодо визначення переліку майна, частини прав та обов'язків, які підлягають передачі страховику- правонаступнику або страховикам- правонаступникам, та щодо розподілу між учасниками реорганізації сум статутного капіталу (фонду) страховика, що реорганізовується шляхом виділення;
- унесення необхідних змін до установчих документів страховика, що реорганізовується шляхом виділення (щодо

зменшення статутного капіталу (фонду), складу учасників страховика тощо);

- затвердження страховиком- правонаступником або страховиками- правонаступниками установчих документів, у яких має бути зазначено, що страховик- правонаступник створюється шляхом виділення і відповідно до роздільного акта (балансу) приймає частину майна, прав та обов'язків страховика, що реорганізовується шляхом виділення.

Реорганізація страховика шляхом перетворення може бути здійснена шляхом зміни його організаційно-правової форми.

При реорганізації страховика шляхом перетворення постає новий страховик- правонаступник. До страховика- правонаступника переходять усе майно, права та обов'язки страховика, що реорганізовується шляхом перетворення.

Реорганізація шляхом перетворення супроводжується анулюванням ліцензій на право здійснення видів страхування, виданих страховику, що реорганізовується, унесенням відповідних змін до установчих документів страховика, що реорганізовується, та Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

Зміна профілю діяльності страховика шляхом його перетворення зі страховика, що здійснює види страхування, інші, ніж страхування життя, на страховика, що здійснює страхування життя (та навпаки), допускається за умови відсутності в страховика, що має намір змінити профіль діяльності, зобов'язань за укладеними ним договорами страхування.

Учасники реорганізації зобов'язані протягом десяти робочих днів з дати підписання передавальних актів або роздільних актів (балансів) звернутися до Держфінпослуг з письмовими заявами про внесення відповідних змін до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України.

У разі виявлення порушень законодавства України з питань здійснення страхової діяльності Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України на будь-якому етапі проведення реорганізації і до внесення відповідних змін до Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України може прийняти рішення про призупинення реорганізації до моменту усунення виявлених порушень або про припинення процесу реорганізації в разі неможливості їх усунення.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України може прийняти рішення про відмову в унесенні змін до

Єдиного державного реєстру страховиків (перестраховиків) України в разі:

- проведення реорганізації з порушенням вимог чинного законодавства України;
- встановлення, що відповідно до аудиторського висновку фінансовий стан страховика- правонаступника є незадовільним.

Виключення страховика з державного реєстру суб'єктів підприємницької діяльності органами державної влади й органами місцевого самоврядування у зв'язку з його реорганізацією здійснюється після внесення відповідних змін у Єдиний державний реєстр страховиків (перестраховиків) України.

Контрольні запитання

1. *Чи допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі проводили в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування?*
2. *Чи має право Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України визначати додаткові вимоги до договорів страхування життя та договорів страхування майна громадян?*
3. *З яких стадій складається процес укладання договору страхування?*
4. *У якому порядку договір страхування визнається недійсним?*
5. *Чи зобов'язані страховики, які здійснюють страхування життя, вести персоніфікований (індивідуальний) облік договорів страхування життя?*
6. *Чи зобов'язані страховики, які здійснюють страхування життя, в межах договору страхування життя вести персоніфікований (індивідуальний) облік за кожною застрахованою особою?*
7. *Які обов'язки суб'єктів страхової угоди?*
8. *Чи можна укласти договір страхування життя шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає?*

6. ■ Актуарні розрахунки

- 6.1. Суть, особливості, задачі та класифікація актуарних розрахунків
- 6.2. Склад та структура тарифної ставки. Витрати на ведення справи
- 6.3. Показники страхової статистики
- 6.4. Страховий внесок. Види страхових премій
- 6.5. Кваліфікаційні вимоги до осіб, які можуть займатися актуарними розрахунками

6.1. Суть, особливості, задачі та класифікація актуарних розрахунків

Актуарні розрахунки — це система математичних і статистичних закономірностей, яка регламентує взаємовідносини між страховиком та страхувальником. Під час актуарних розрахунків визначають витрати, необхідні на страхування певного об'єкта, та собівартість і вартість послуги, яку надає страховик страхувальникові. За допомогою актуарних розрахунків визначають частку участі кожного страхувальника у створенні страхового фонду, тобто визначають розміри тарифних ставок.

Форма, в якій розраховуються витрати на проведення певного страхування, називають *страховою (актуарною) калькуляцією*.

Актуарна калькуляція допомагає визначати страхові платежі до договору страхування. Основними задачами актуарних розрахунків є⁸:

- дослідження та групування ризиків у межах страхової сукупності, тобто дотримання вимоги наукової класифікації ризиків з метою створення гомогенної підсукупності в межах загальної страхової сукупності;
- обчислення математичної ймовірності настання страхового випадку, визначення частоти та ступеня тяжкості наслідків нанесення збитку як в окремих ризикових групах, так і в цілому по страховій сукупності;

8 Шахов В.В. Введение в страхование: Учебное пособие. — М.: Финансы и статистика, 1999. — С. 197.

- математичне обґрунтування необхідних витрат на ведення справи страховиком та прогнозування тенденцій їхнього розвитку;
- математичне обґрунтування необхідних резервних фондів страховика, пропозиція конкретних методів і джерел їхнього формування.

Актuarні розрахунки класифікують за такими ознаками: **галузь страхування, час проведення, ієрархічна рівність.**

За **ознакою галузі** розрізняють актуарні розрахунки особового (особистого) страхування, актуарні розрахунки майнового страхування та актуарні розрахунки у сфері страхування відповідальності.

За **часом проведення** — планові та звітні.

Залежно від **ієрархічної рівності** актуарні розрахунки можуть бути загальними (для всієї країни), зональними (для певного регіону) і страховика (для окремої страхової організації).



Рис. 6.1. Класифікація актуарних розрахунків.

6.2. Склад та структура тарифної ставки.

Витрати на ведення справи

Тарифна ставка — ціна страхового ризику та інших витрат, адекватне грошове вираження зобов'язань страховика з укладеного договору страхування.

Тарифна ставка, за якою укладають договір страхування, називається **брутто-ставкою**. Брутто-ставка складається з двох частин: **нетто-ставки** та **навантаження**. Власне нетто-ставка виражає ціну страхового ризику: пожежі, повені, вибуху тощо. Навантаження покриває витрати страховика з організації та проведення страхової справи, враховує відрахування в запасні фонди, містить елементи прибутку. В основу побудови нетто-ставки за будь-яким видом страхування покладено ймовірність настання страхової події.

Ймовірністю події A — позначається $P(A)$ — називається відношення кількості позитивних для нього випадків M до загальної кількості усіх рівно можливих випадків N . Оскільки ймовірність події виражається правильним дробом, тобто тим, в якому чисельник менший знаменника (M завжди менше або дорівнює N), зрозуміло, що $0 < P(A) < 1$. Якщо $P(A)$ дорівнює 0, то подія A вважається неможливою. Якщо воно дорівнює 1, то це — достовірна подія.

Отже, ймовірність події знаходиться в межах від 0 до 1. Якщо вона досягає своїх крайніх меж, то страхування на випадок настання цієї події проводиться не може. Страхові відносини укладають лише тоді, коли завчасно не відомо, відбудеться у цьому році та чи інша подія чи ні, тобто має місце випадок.

Проводячи страхування, сума страхового відшкодування, яку виплачують потерпілим об'єктам, переважно, відрізняється від страхової суми за ними.

$$T = P(A) \times K \times 100,$$

де T_n — тарифна нетто-ставка; $P(A)$ — ймовірність страхової події; A — страховий випадок; K — коефіцієнт співвідношення середньої виплати до середньої страхової суми на один договір страхування.

Наведена формула дає змогу розмежувати поняття «ймовірність страхової події» і «ймовірність збитку». Ймовірністю збитку називається добуток ймовірності страхової події $P(A)$ на коефіцієнт K .

Подамо формулу для розрахунку нетто-ставки зі 100 грн страхової суми в розгорнутому вигляді:

$$P(A) = \frac{M}{N} = \frac{K_B}{K_D}; K = \frac{C_B}{C_C}$$

де K_B — кількість виплат за той чи інший період (за рік); K_D — кількість укладених договорів страхування у цьому році; C_B — середня виплата на один договір; C_C — середня страхова сума на один договір.

У результаті формула для розрахунку нетто-ставки зі 100 грн страхової суми набуває вигляду:

$$T = \frac{K_B \times C_B}{K_D \times C_C} \times 100, \text{ або } T = \frac{B}{C} \times 100,$$

де B — загальна сума виплат страхового відшкодування; C — загальна страхова сума застрахованих об'єктів.

Відношення кількості виплат — K_B до кількості укладених договорів — K_D визначає частоту страхових подій, частоту страхових випадків. Відношення середньої виплати на один договір — C_B до середньої страхової суми на один договір — C_C є аналогом коефіцієнта співвідношення середньої виплати до середньої страхової суми на один договір страхування у формулі для розрахунку нетто-ставки зі 100 грн страхової суми. Збитковість страхової суми розраховують як за видами страхування у цілому, так і за окремими страховими ризиками. За цими даними визначають розмір нетто-ставки. Після його розрахунку визначають розмір сукупної тарифної ставки, або брутто-ставки. Для обчислення брутто-ставки до нетто-ставки додають навантаження.

Витрати на ведення справи зазвичай розраховують на 100 грн страхової суми (аналогічно до нетто-ставки), інші навантаження визначають у відсотках до брутто-ставки. Розмір сукупної брутто-ставки розраховують за формулою:

$$T_b = T_n + F_{abc},$$

де T_b — орутто-ставка; T_n — нетто-ставка; F_{abc} — навантаження.

Величини T_b , T_n , F_{abc} подають в абсолютному розмірі, тобто в гривнях зі 100 грн страхової суми. Оскільки багато статей навантаження визначають у відсотках до брутто-ставки, то її на практиці визначають за формулою:

$$T_b = T_n + F_{abc} = T_n + F_{abc} + F_{k/z} \times T_b,$$

де F_{abc} — стаття навантаження, передбачена у тарифі у гривнях зі 100 грн страхової суми; $F_{k/z}$ — частка статей навантаження, яка закладається у тариф у відсотках до брутто-ставки.

Звідси після нескладних перетворень маємо:

$$T_b = \frac{(T_n + F'_{abc})}{(1 - F_{k/z})}$$

Якщо всі елементи навантаження визначені у відсотках до бруто-ставки, то величина $F'_{abc} = 0$. У цьому випадку формула спрощується та набуває вигляду:

$$T_b = \frac{T_n}{(1 - F_{k/z})}$$

Головний елемент навантаження — *витрати на ведення справи*. До них належать витрати, пов'язані з укладанням та обслуговуванням договору страхування.

У страховій практиці розрізняють витрати на ведення справи внутрішньою службою страхової організації та витрати на ведення справи зовнішньою сіткою страхової організації. Виділяють також *постійні* та *змінні витрати на ведення справи** страховиком.

Змінні витрати на ведення справи відносять на окреме страхування (вид страхування, окремий страховий поліс). *Постійні витрати* розкладають на весь портфель укладених договорів страхування.

Складаючи страхові тарифи, треба брати до уваги той факт, що страховими внесками треба покривати не тільки страхові суми і відшкодування, а й витрати на утримання страхової організації. З огляду на це, витрати на ведення справи можна класифікувати таким чином: *аквізиційні, інкасаційні, ліквідаційні, організаційні, управлінські*.

Аквізиційні витрати — виробничі витрати страхової організації, пов'язані із залученням нових страховальників та укладанням нових договорів страхування за посередництвом страхових агентів.

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

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

Організаційні витрати пов'язані із заснуванням страхового товариства. Їх відносять до активів страховика, бо вони є інвестиціями.

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

Управлінські витрати поділяють на загальні витрати управління та витрати управління майном.



Рис. 6.2. Класифікація витрат на ведення справи страховиком.

6.3. Показники страхової статистики

У практиці актуарних розрахунків широко використовують страхову статистику — систематизоване вивчення та узагальнення наймасовіших і типових страхових операцій на основі вироблених статистичною наукою методів обробки узагальнених підсумкових натуральних і вартісних показників, які характеризують страхову справу. Всі показники, які підлягають статистичному вивченню, поділяються на дві групи. Перша група відображає процес формування страхового фонду, друга — його використання.

Страхову статистику можна звести до аналізу таких показників: кількість об'єктів страхування — p ; кількість страхових подій — e ; кількість об'єктів, які постраждали в результаті страхових подій — m ; сума зібраних страхових платежів — Σp ; сума виплаченого страхового відшкодування — ΣQ ; страхова сума для будь-якого об'єкта страхування — ΣS_n ; страхова сума, що припадає на пошкоджений об'єкт сукупності, який досліджують — ΣS_m .

Розрахункові показники страхової статистики такі.

Частота страхових подій. Вона дорівнює співвідношенню між кількістю страхових подій та кількістю застрахованих об'єктів, тобто частота страхових подій засвідчує, скільки страхових випадків припадає на один об'єкт страхування. Наведене співвідношення можна зобразити і кількісно як величину, меншу одиниці. Це означає, що одна страхова подія може спричинити кілька страхових випадків. Звідси впливає термінологічна відмінність між поняттями страховий випадок і страхова подія. Страховою

подією може бути град, ураган тощо, які охоплюють своїм шкідливим впливом численні об'єкти страхування (випадки).

Спустошеність страхової події (коефіцієнт кумуляції ризику) — відношення кількості об'єктів страхування, які постраждали до кількості страхових подій, тобто $\frac{m}{n}$. Коефіцієнт кумуляції ризику засвідчує, скільки страхових випадків настане. Мінімальний коефіцієнт кумуляції ризику дорівнює одиниці.

Коефіцієнт (ступінь) збитковості виражає співвідношення між сумою виплаченого страхового відшкодування і страховою сумою всіх об'єктів, що постраждали, тобто $\frac{\sum Q}{\sum S_m}$. Цей показник менший або дорівнює одиниці. Зворотне положення можна вважати неможливим, оскільки воно означає можливість знищення всіх застрахованих об'єктів більше, ніж один раз.

Середня страхова сума на один об'єкт (договір) страхування — відношення загальної страхової суми всіх об'єктів страхування до кількості всіх об'єктів страхування, тобто $\frac{\sum S_n}{n}$.

Середня страхова сума на один об'єкт, який постраждав, дорівнює страховій сумі всіх об'єктів, що постраждали, поділеній на кількість цих об'єктів, тобто $\frac{\sum S_m}{m}$.

Збитковість страхової суми дорівнює сумі виплаченого страхового відшкодування, поділеній на страхову суму всіх об'єктів страхування, тобто $\frac{\sum Q}{\sum S_n}$.

Норма збитковості — це співвідношення суми виплаченого страхового відшкодування до суми зібраних страхових платежів, виражене в процентах, тобто $\frac{\sum Q}{\sum P} \times 100$.

6.4. Страховий внесок. Види страхових премій.

Страховий внесок, або страхову премію, можна розглядати з економічного, юридичного та математичного погляду. Економічна сутність страхового внеску виявляється в тому, що він є частиною національного доходу, яку виділяє страхувальник з метою гарантування його інтересів від впливу негативних подій.

З юридичного погляду страховий внесок можна визначити як грошовий вираз страхового зобов'язання, обумовленого та

підтвердженого шляхом укладання договору страхування між його учасниками.

У математичному розумінні страховий внесок — це платіж страхувальника страховику, який періодично повторюється.

Якщо прийняти загальний розмір зобов'язань страховика зі страхування життя за B , вартість однієї ренти — A_x , де χ — вік особи, яка сплачує страховий внесок P_x , то отримуємо, що $P_x = \frac{B}{A_x}$

в тому випадку, якщо страховий внесок сплачується пожиттєво, або $P_x = \frac{B}{L_t A_x}$ у тому випадку, якщо страхові внески мають строковий характер, де $L_t A_x$ виражає вартість однієї термінової ренти.

Наведені дві формули свідчать про те, що страховий внесок у математичному розумінні може бути виражений тільки як середня величина. Тобто як частина, що припадає на один поліс страхового портфеля від усіх зобов'язань страховика.

У майновому страхуванні страховий внесок можна подати у вигляді середньої величини, отриманої як відношення між загальною прогнозованою величиною платежів страхувальника ΣQ за певний період, і загальною кількістю застрахованих об'єктів n , тобто $\frac{\Sigma Q}{n}$.

За своїм *призначенням* страховий внесок поділяють на *ризикову премію, накопичуваний внесок, нетто-премію, достатній внесок, брутто-премію*.

Ризикова премія — чиста нетто-премія. Частина страхового внеску у грошовій формі, призначеного для покриття ризику. Величина ризикової премії залежить від ступеня ймовірності настання страхового випадку. Ризиковий внесок можна розглядати як функцію, похідну від імовірності реалізації ризику в часі та просторі.

Накопичуваний внесок призначений для покриття платежів страхування у разі закінчення терміну страхування. Під час дії договору страхування розмір накопичувального внеску змінюється.

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

Нетто-премія в майновому та особовому (особистому) страхуванні має різну структуру, зумовлену характером видів страхування

та їхнім призначенням. Нетто-премія майнового страхування складається з ризикової премії та стабілізаційного навантаження (надбавки). В актуарних розрахунках особистого страхування нетто-премія складається з ризикової премії та накопичувального внеску. Інколи до них додають стабілізаційне навантаження (надбавки).

Достатній внесок дорівнює сумі нетто-премії та навантаження, введених до витрат страховика. Достатній внесок можна розглядати як брутто-премію або тарифну ставку.

Брутто-премія — тарифна ставка страховика. Складається з достатнього внеску та надбавок на покриття витрат, пов'язаних із проведенням попереджувальних заходів, реклами, витрат на покриття збиткових видів страхування тощо. Кожний елемент, введений до брутто-премії, приводить до збільшення всієї тарифної ставки (страхового тарифу).

За характером ризиків страхові внески класифікують на **натуральні** та **постійні** премії.

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

Постійні (фіксовані) внески — страхові внески, які з часом не змінюються, а залишаються постійними.

За формою сплати страхові внески поділяють на **одночасні, поточні, та річні**.

Одночасний внесок — страхова премія, яку страхувальник сплачує страховику за весь період страхування наперед. Суму одночасного внеску визначають до моменту укладання договору страхування.

Поточний внесок — частина від загальних зобов'язань страхувальника стосовно страховика, тобто є частиною одночасного внеску. Сума поточних внесків за цим видом страхування буде більшою одночасного внеску.

Річний внесок (премія). Одночасний страховий внесок зазвичай вносять за договором, який має річний термін дії.

За часом сплати страхові внески поділяють на **авансові платежі та попередню премію**.

Авансовими платежами називають платежі, які страхувальник сплачує страховику завчасно — до настання терміну їхньої

сплати, зазначеного в укладеній угоді. Авансові платежі зазвичай вносять за весь термін дії договору.

Попередня премія — платіж, унесений страхувальником до настання терміну сплати.

Залежно від того, як страхові внески відображаються у балансі страховика, вони поділяються на **перехідні платежі**, **ефективну премію** та **результативну премію**.

Перехідні платежі. Страхові угоди досить часто укладаються на один рік або кілька років. Здебільшого простежується незбігання календарного та страхового року. У випадку, коли річний страховий внесок сплачують у поточному календарному році, але відносять на період, який охоплює наступний календарний рік, треба провести розподіл страхової премії.

Та частина страхової премії, яка розподілена на наступний календарний рік, називається перехідним платежем.

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

Ефективна премія — сума результативної премії та перехідних платежів, зарезервованих у поточному році та перенесених на наступний рік. Ефективна премія — це вся сума поточних страхових платежів, якими володіє страховик у поточному році.

6.5. Кваліфікаційні вимоги до осіб, які можуть займатися актуарними розрахунками

Актуарними розрахунками можуть займатися фізичні особи, які мають вищу освіту за математичним, технічним або економічним напрямом.

Актуарні розрахунки мають право посвідчувати фізичні особи, які мають відповідну кваліфікацію та отримали свідоцтво* на право займатися актуарними розрахунками та посвідчувати їх.

Рівень кваліфікаційних вимог до осіб, які можуть займатися актуарними розрахунками та посвідчувати їх, визначається шляхом установлення вимог до:

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України видає та веде облік свідоцтв двох видів: без обмеження строку його дії або строком на три роки. У разі посвідчення актуарних розрахунків зазначення номеру та дати видачі свідоцтва є обов'язковим.

- рівня освіти;
- досвіду практичної діяльності;
- спеціальних знань — професійної кваліфікації та кваліфікаційного мінімуму*.

Особа, яка претендує на право займатися актуарними розрахунками та посвідчувати їх та отримати Свідцтво (без обмеження строку його дії):

- повинна мати:
 - а) вищу освіту;
 - б) досвід роботи з виконання актуарних розрахунків на території України не менший, ніж три роки;
 - в) кваліфікаційне свідцтво;
 - г) документи про успішне складання професійних екзаменів, передбачених американською** (за кодами SOA Course 1/P-SOA Course 6 або CAS Course 1-CAS Course 6) та/або

Кваліфікаційний мінімум з питань страхування в Україні (кваліфікаційний мінімум) — перелік питань у сфері страхування, зокрема на знання українського законодавства в цій сфері, володіння якими є обов'язковим для кваліфікованого виконання особою покладених на неї професійних завдань.

Американська екзаменаційна система — система актуарних екзаменів (іспитів), яка встановлена професійними актуарними організаціями США (Товариством Актуаріїв, Товариством Актуаріїв майнового страхування) (Society of Actuaries, Casualty Actuarial Society) і відповідає вимогам Міжнародної Актуарно!" Асоціації.

*Американські екзаменаційні системи**:

Екзаменаційна система Товариства Актуаріїв (Society of Actuaries): (SOA Course 1/P) Математичні основи актуарно!" справи (Mathematical Foundations of Actuarial Science); (SOA Course 2/FM) Основи фінансової математики, економіка та фінанси (Interest Theory, Economics and Finance); (SOA Course 3/M) Актуарні моделі (Actuarial Models); (SOA Course 4/C) Актуарне моделювання (Actuarial Modeling); (SOA Course 5) Застосування базових актуарних принципів (Application of Basic Actuarial Principles); (SOA Course 6) Фінанси й інвестиції (Finance and Investments).

Екзаменаційна система Товариства Актуаріїв майнового страхування (Casualty Actuarial Society): (CAS Course 1) Математичні основи актуарно!" справи (Mathematical Foundations of Actuarial Science); (CAS Course 2) Основи фінансової математики, економіка та фінанси (Interest Theory, Economics and Finance); (CAS Course 3) Актуарні моделі (Actuarial Models); (CAS Course 4) Актуарне моделювання (Actuarial Modeling); (CAS Course 5) Вступ у майнове страхування та розрахунок тарифів (Introduction to Property and Casualty Insurance and Ratemaking); (CAS Course 6) Резервування, принципи страхової звітності, перестраховування (Reserving, Insurance Accounting Principles and Reinsurance).

- британською* (за кодами 101-109 або СТ1-СТ8) екзаменаційними системами;
- або повинна мати:
 - а) вищу освіту;
 - б) досвід роботи з виконання актуарних розрахунків на території України не менший, ніж шість місяців;
 - в) кваліфікаційне свідоцтво;
 - г) професійну кваліфікацію дійсного чи асоційованого члена однієї з таких професійних актуарних організацій, як Факультет Актуаріїв або Інститут Актуаріїв (Faculty and Institute of Actuaries, Великобританія), Консультативна Група (Groupe Consultatif, ЕС), Товариство Актуаріїв (Society of Actuaries, США), Спілка актуаріїв майнового страхування (Casualty Actuarial Society, США), Канадський Інститут Актуаріїв (Canadian Institute of Actuaries), Інститут Актуаріїв Австралії (Institute of Actuaries of Australia), Інститут Актуаріїв Японії (Institute of Actuaries of Japan).

Особа, яка претендує на право займатися актуарними розрахунками зі страхування життя, посвідчувати їх та отримати свідоцтво (строком на три роки), повинна мати:

- а) вищу освіту;
- б) досвід роботи з виконання актуарних розрахунків зі страхування життя на території України не менший, ніж три роки;

Британська екзаменаційна система — система актуарних екзаменів (іспитів), яка встановлена професійною актуарною організацією Великобританії (Faculty and Institute of Actuaries) і відповідає вимогам Міжнародної **Актуарної Асоціації**.

Британська екзаменаційна система (до вересня 2004 року включно) (У дужках указані автентичні номери іспитів): (101) Статистичне моделювання (Statistical Modeling); (102) Фінансова математика (Financial Mathematics); (103) Стохастичне моделювання (Stochastic Modeling); (104) Моделі виживання (Survival Models); (105) Актуарна математика 1 (Actuarial Mathematics 1); (106) Актуарна математика 2 (Actuarial Mathematics 2); (107) Економіка (Economics); (108) Фінанси та фінансова звітність (Finance and Financial Reporting); (109) Фінансова економіка (Financial Economics).

Британська екзаменаційна система (починаючи з квітня 2005 року): (СТ1) Фінансова математика (Financial Mathematics); (СТ2) Фінанси та фінансова звітність (Finance and Financial Reporting); (СТ3) Теорія ймовірностей і математична статистика (Probability and mathematical statistics); (СТ4) Моделі (Models); (СТ5) Актуарна математика страхування життя (Contingencies); (СТ6) Актуарна математика страхування майна (Statistical methods); (СТ7) Економіка (Economics); (СТ8) Фінансова економіка (Financial Economics).

- в) кваліфікаційне свідоцтво;
- г) документи про успішне складання професійних екзаменів, передбачених американською (за кодами SOA Course 1/P – SOA Course 4/C або CAS Course 1-C AS Course 4) та/або британською (за кодами 101-105 або СТ1, СТ3-СТ5) екзаменаційними системами.

Особа, яка претендує на право займатися актуарними розрахунками з видів страхування, інших, ніж страхування життя, посвідчувати їх та отримати свідоцтво (строком на три роки), повинна мати:

- а) вищу освіту;
- б) досвід роботи з виконання актуарних розрахунків з видів страхування, інших, ніж страхування життя на території України не менший, ніж три роки;
- в) кваліфікаційне свідоцтво;
- г) документи про успішне складання професійних екзаменів, передбачених американською (за кодами SOA Course 1/P – SOA Course 4/C або CAS Course 1-CAS Course 4) та/або британською (за кодами 101-104 та 106 або СТ1, СТ3, СТ4, СТ6) екзаменаційними системами.

Свідоцтво видають фізичним особам, які відповідають кваліфікаційним вимогам. Для одержання свідоцтва заявник подає до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України такі документи:

- а) заяву про видачу свідоцтва на право займатися актуарними розрахунками та посвідчувати їх;
- б) копію документа про вищу освіту;
- в) копію сторінок трудової книжки або довідку, підписану керівником страховика та засвідчену печаткою страховика (із зазначенням періоду, трудової функції та правових підстав трудових відносин (трудоий договір чи цивільно-правові договори)), що підтверджують досвід роботи з виконання актуарних розрахунків на території України;
- г) копію сторінок паспорта, що підтверджують дані, зазначені у заяві;
- г) копію кваліфікаційного свідоцтва;
- д) копію документів про успішне складання професійних екзаменів, передбачених американською та/або британською екзаменаційними системами, або копію документів про професійну кваліфікацію дійсного чи асоційованого члена однієї з професійних актуарних організацій.

За достовірність інформації, поданої для видачі свідоцтва, особа несе відповідальність відповідно до чинного законодавства.

Документи подають до Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України особисто або надсилають поштою. Усі документи мають бути у швидкозшивачі, з внутрішнім описом та пронумерованими аркушами, викладені державною мовою. Якщо оригінали документів викладені іншою мовою, вони мають бути перекладені українською мовою та завірені в установленому порядку.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України протягом 30-ти днів з дня надходження заяви та всіх необхідних документів приймає рішення про видачу свідоцтва або про відмову у видачі свідоцтва. Повідомлення про прийняття рішення про видачу свідоцтва або про відмову у видачі свідоцтва надсилається (видається) заявникові в письмовій формі протягом трьох робочих днів із дати прийняття відповідного рішення. У рішенні про відмову у видачі свідоцтва зазначають підстави такої відмови.

Контрольні запитання

1. Що називають страховою (актуарною) калькуляцією?
2. Що розуміють під поняттям тарифної ставки?
3. Як поділяють страхові внески за своїм призначенням?
4. Чи можуть займатися актуарними розрахунками фізичні особи, які не мають вищої освіти?
5. Хто встановлює кваліфікаційні вимоги до осіб, які хочуть займатися актуарними розрахунками та посвідчувати їх?

7. Особисте (особове) страхування

7.1. Страхування життя

7.2. Обов'язкове державне страхування спортсменів вищих категорій

7.3. Обов'язкове страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції

7.4. Добровільне страхування від нещасних випадків

7.5. Добровільне медичне страхування

7.1. Страхування життя

У практиці страхової діяльності найпоширенішими є такі *види страхування життя*:

- страхування на випадок смерті;
- страхування на випадок дожиття до закінчення терміну страхування або певного віку;
- змішане страхування життя.

За цільовою ознакою, методами формування страхових фондів і порядком визначення суми страхових виплат види страхування життя мають чітко виражений накопичувальний характер.

У міжнародній практиці страхування життя розрізняють *страхування капіталів* (страхову суму виплачують у разі дожиття застрахованої особи до визначеної в договорі дати чи події, або у разі смерті застрахованої особи) і *страхування рент* (застрахованому виплачують періодичні виплати).

Об'єктами страхування життя є майнові інтереси застрахованої особи, пов'язані з її життям (смертю) і направлені на отримання нею (або вигодонабувачем) певного доходу при настанні відповідної страхової події.

Суб'єктами страхування життя є страховик, страхувальник, застрахована особа та вигодонабувач.

Договір страхування життя укладають на підставі заяви страхувальника за встановленою страховиком формою.

Страховими випадками є:

- смерть застрахованої особи;
- дожиття застрахованої особи до закінчення терміну страхування або досягнення встановленого договором віку.

Страхування життя може бути *індивідуальним* та *колективним*. Його комбінують не тільки зі страховими випадками «смерть» і «дожиття» але й зі страхуванням від нещасних випадків.

Обсяги страхової відповідальності за договором страхування життя визначають, виходячи зі складу страхових випадків (ризиків) і страхової суми.

Страхову суму при страхуванні життя встановлюють за згодою сторін. У правилах страхування життя страховик може передбачити мінімальну страхову суму, з якої починають укладання договорів страхування. Якщо в договір страхування включено тільки один страховий випадок, то страхова сума за страховим випадком і договором в цілому буде однаковою. Якщо в договір включено кілька страхових випадків, то розмір загальної страхової суми залежатиме від розміру страхової суми кожного страхового випадку. Для страхувальника страхування життя тим дорожче, чим більша кількість страхових ризиків охоплена страховим захистом і чим більша загальна величина страхової суми за договором.

7.2. Обов'язкове державне страхування спортсменів вищих категорій

Обов'язковому державному страхуванню підлягають спортсмени збірних команд України. Воно здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, які виділяють на утримання штатних збірних команд України.

Обов'язкове державне страхування спортсменів збірних команд України проводять на випадок:

- загибелі або смерті застрахованого під час підготовки до змагань та участі в них;
- втрати застрахованим працездатності внаслідок поранення, контузії, травми або каліцтва, захворювання чи інвалідності, що сталися під час підготовки до змагань та участі в них.

Страхові платежі страхувальники сплачують до 25 числа кожного місяця у розмірі 5% фонду оплати праці, включаючи встановлені чинним законодавством доплати та надбавки застрахованим за минулий місяць. Облік надходжень страхових платежів і виплат страхових сум із зазначеного виду страхування ведуть

окремо від надходжень і виплат за іншими видами страхування. Витрати страховика на проведення страхування не повинні перевищувати 6% від страхових платежів. Максимальний розмір виплат страховика (страхова сума) встановлюють у розмірі десятирічного грошового утримання застрахованого спортсмена за його останньою посадою.

Страхувальник здійснює обов'язкове страхування у страховика, який одержав відповідну ліцензію Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Страховик виплачує страхові суми у разі:

- а) загибелі або смерті застрахованого під час підготовки до змагань та участі в них — його спадкоємцям у розмірі десятирічного грошового утримання застрахованого за останньою посадою, яку він обіймав;
- б) втрати застрахованим працездатності внаслідок поранення, контузії, травми або каліцтва, що сталися під час підготовки до змагань та участі в них, — у розмірі, який визначають з розрахунку середньої заробітної плати пропорційно терміну втрати працездатності, встановленого медичним закладом, за умови, що ушкодження здоров'я застрахованого віднесено до категорії тяжких травм згідно з медичною класифікацією травм, затвердженою МОЗ;
- в) установлення застрахованому інвалідності в період чинності договору страхування, до якої призвів нещасний випадок, що стався під час підготовки до змагань або участі в них:

Група інвалідності	Страхова сума
I група	100% страхової суми
II група	80% страхової суми
III група	60% страхової суми

Виплату страхових сум, зазначених у підпунктах «б» і «в», проводять з урахуванням раніше виплачених страхових сум за цей страховий випадок.

З вимогою про виплату страхової суми застрахований або його спадкоємці можуть звернутися до страховика протягом трьох років з дня настання страхового випадку.

Виплату страхових сум проводять у семиденний термін з дня одержання страховиком усіх необхідних документів від застрахованого або його спадкоємців.

У разі відмови у виплаті страхової суми страховик у семиденний термін письмово повідомляє про це застрахованого або його спадкоємців і страхувальника із зазначенням причин відмови.

У разі настання страхових випадків, виплату страхових сум проводить страховик за місцем постійного проживання застрахованого шляхом їх перерахування на особистий рахунок одержувача в установі банку, видачі чека або поштового переказу за рахунок страхувальника.

Неповнолітньому спадкоємцеві страхову суму виплачують шляхом перерахування на його особистий рахунок в установі банку за місцем проживання з одночасним повідомленням про це відповідного органу опіки і піклування.

Страхові суми не виплачують, якщо страховий випадок:

- а) настав у зв'язку з учиненням застрахованим навмисного злочину або є наслідком вчинення застрахованим дій у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- б) є наслідком навмисно нанесених собі застрахованим тілесних ушкоджень;
- в) стався із застрахованим, який брав участь у підготовці до змагань або у змаганнях з порушенням правил медичного огляду.

У разі загибелі або смерті застрахованого підприємство, установа чи організація, де він працював, видає спадкоємцям довідку за встановленою формою для одержання свідоцтва про право на спадщину.

Для вирішення питання про виплату страхової суми, застрахований або його спадкоємець подають страховику заяву за встановленою формою, а також пред'являють документ, що засвідчує особу.

Крім того подають у разі:

- а) загибелі або смерті застрахованого — копію свідоцтва про смерть застрахованого, свідоцтво про право на спадщину;
- б) тимчасової втрати застрахованим працездатності — листок непрацездатності, у якому має бути зазначено, що ушкодження здоров'я застрахованого відбулося під час підготовки до змагань або участі в них, та довідка з медичного закладу про те, що ушкодження здоров'я застрахованого віднесено до категорії тяжких травм згідно з медичною класифікацією травм, затвердженою МОЗ;
- в) втрати застрахованим працездатності — копія довідки медикосоціальної експертної комісії про ступінь втрати працездатності, засвідчена в нотаріальному порядку.

Страховик має право брати участь у встановленні обставин, за яких стався страховий випадок.

Спортивні організації зобов'язані за запитом страховика надавати документи про обставини настання страхового випадку, необхідні для вирішення питання про виплату страхової суми.

7.3. Обов'язкове страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції

Відповідно до ст. 26 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» працівники, зайняті наданням медичної допомоги населенню, проведенням лабораторних і наукових досліджень з проблем ВІЛ-інфекції, виробництвом біологічних препаратів для діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу, підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції.

Це страхування здійснюється за рахунок власника (уповноваженого ним органу) закладу охорони здоров'я, науково-дослідних установ та виробника біологічних препаратів для діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу

Обов'язкове страхування працівників бюджетних установ і організацій здійснюють за рахунок коштів, передбачених на цю мету в кошторисах на їх утримання.

Госпрозрахункові установи й організації, госпрозрахункові підрозділи бюджетних установ і організацій, підприємства здійснюють обов'язкове страхування працівників з віднесенням зазначених витрат на валові витрати.

Страховиками з цього виду обов'язкового страхування є:

- а) для працівників, страхові внески за яких сплачуються за рахунок бюджетних коштів, — Національна акціонерна страхова компанія «Оранта» та інші юридичні особи, які займаються страховою діяльністю і одержали в установленому порядку ліцензію Державної комісії з регулювання ринків

фінансових послуг та у статутному фонді яких є частка державного майна;

- б) для інших працівників — юридичні особи, які займаються страховою діяльністю й одержали в установленому порядку ліцензію Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг.

Страховальниками працівників є МОЗ України, МОЗ Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, до сфери управління яких належать установи та заклади охорони здоров'я, науково-дослідні установи та підприємства, які уклали зі страховиками договори обов'язкового страхування.

Страховими випадками є:

- 1) смерть працівника від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;
- 2) визнання працівника інвалідом унаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;
- 3) тимчасова втрата працездатності працівником унаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;
- 4) інфікування працівника вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків.

Страхові платежі страховальник вносить один раз на рік у термін, передбачений договором страхування. Страхові платежі вносять у розмірі 0,01 неоподаткованого мінімуму доходів громадян за кожного застрахованого працівника.

Загальну суму страхових платежів визначає страховальник з урахуванням фактичної чисельності працюючих осіб, посади яких віднесені до категорії медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, станом на 31 грудня попереднього року.

Страховики виплачують страхові суми:

- а) у разі смерті працівника від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків, — у розмірі десятирічної заробітної плати померлого за останньою займаною ним посадою;

- б) у разі визнання працівника інвалідом унаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків:

Група інвалідності	Страхова сума
I група	100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян
II група	75 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян
III група	50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян

в) у разі тимчасової втрати працездатності працівником унаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним службових обов'язків — за кожен день 0,3 неоподаткованого мінімуму доходів громадян, але не більш як 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян за весь час тимчасової втрати працездатності протягом дії договору обов'язкового страхування;

- г) у разі інфікування працівника вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків — у розмірі 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Страхові суми виплачують з урахуванням рівня неоподаткованого мінімуму доходів громадян на день виплати.

Вимогу про виплату страхової суми застрахований працівник (спадкоємець) може пред'явити страховику протягом трьох років від дня настання страхового випадку.

Виплату страхової суми застрахованому працівнику (спадкоємцю) здійснює страховик на підставі:

- заяви працівника (спадкоємця);
- витягу з журналу реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом, який ведеться у порядку, затвердженому МОЗ України;
- довідки про обстеження на антитіла до вірусу імунодефіциту людини, проведене протягом п'яти днів після аварії, з негативним результатом;
- довідки про обстеження на антитіла до вірусу імунодефіциту людини, проведене протягом перших трьох місяців після аварії, з позитивним результатом;
- довідки про термін тимчасової непрацездатності або довідки спеціалізованої установи про встановлення інвалідності, а у разі смерті працівника від захворювань, зумовлених роз-

витком ВІЛ-інфекції внаслідок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків, — медичної довідки із зазначенням причини смерті, копії свідоцтва про смерть та документа про правонаступництво.

Страхову суму виплачують не пізніше 10-ти днів з дня подання відповідних документів через касу страховика або перераховують на розрахунковий рахунок, зазначений застрахованим (спадкоємцем) у заяві. Її виплачують незалежно від виплат державного соціального страхування, соціального забезпечення та у порядку відшкодування збитків.

Виплату страхової суми в разі смерті чи настання інвалідності застрахованого працівника проводять з вирахуванням раніше виплачених страхових сум.

Облік надходження страхових платежів і виплат страхових сум з обов'язкового страхування медичних працівників здійснює страховик окремо від обліку надходжень і виплат за іншими видами страхування.

Норматив витрат на ведення справ страховика визначається згідно із законодавством.

Установи та заклади охорони здоров'я повинні постійно інформувати працівників про порядок обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунodefіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, та про порядок одержання застрахованими (спадкоємцями) страхових сум у разі настання страхового випадку.

Не використані протягом року на страхові виплати страхові платежі, джерелом яких є бюджетні кошти, зараховують як платежі наступного року з урахуванням нормативу на ведення справи.

7.4. Добровільне страхування від нещасних випадків

Страховальники можуть укладати договори страхування від нещасних випадків себе або третіх осіб. Якщо страховальник уклав договір страхування себе, то він одночасно є застрахованим.

Застрахованими особами можуть бути громадяни України, іноземні громадяни та особи без громадянства, що постійно проживають в Україні, у віці від 16 років до 69 років. На день

закінчення строку страхування вік застрахованого не повинен перевищувати 70 років.

Договір страхування від нещасного випадку укладають на ту страхову суму, яку встановлюють шляхом домовленості між страховиком і страхувальником.

Частину страхової суми, яка підлягає до виплати, визначають таким чином.

У випадку тимчасової втрати працездатності — на основі кількості днів лікування, необхідних для одужання застрахованого, їхню кількість визначають:

- а) при стаціонарному лікуванні — як кількість днів лікування, проведених у закладі охорони здоров'я та кількість днів проходження фізпроцедур;
- б) при амбулаторному лікуванні — як кількість днів, проведена на лікарняному листку та кількість днів проходження фізпроцедур*.

У випадку встановлення інвалідності — група інвалідності, яку застрахований одержав унаслідок нещасного випадку.

Якщо в застрахованого до страхового випадку була група інвалідності, страхову суму виплачують у тому випадку, якщо група інвалідності, яку отримав застрахований унаслідок страхового випадку, передбачає більшу втрату застрахованим постійної працездатності, ніж була до страхового випадку.

Страховим випадком є будь-яка страхова подія, передбачена договором страхування та правилами страхування, з настанням якої виникає зобов'язання страховика провести виплату страхової суми (її частини). Під **нешасним випадком** розуміють раптову, незалежну від волі застрахованого подію, що зумовила розлад здоров'я або смерть застрахованої особи.

Страховими випадками є:

1. Тимчасова втрата застрахованим загальної працездатності внаслідок нещасного випадку;
2. Постійна втрата застрахованим загальної працездатності внаслідок нещасного випадку;
3. Смерть застрахованого, яка настала внаслідок нещасного випадку.

Фізпроцедура — це післялікувальна реабілітаційна процедура, направлена на повне одужання хворого. Фізпроцедурою не вважають процедуру, яку проводять з профілактичною метою або процедура, яка не направлена на лікування наслідку нещасного випадку.

До страхових випадків відносять:

- а) постійну втрату загальної працездатності, тобто порушення функцій пошкодженого органу в результаті травми (забій, поранення, вивих або перелом кісток, повний розрив м'язів, зв'язок, сухожилів, пошкодження внутрішніх органів, розрив барабанних перетинок, проникаюче поранення очей, за винятком паталогічного перелому, опіку, відмороження, поранення електричним струмом, здавлення), яка сталася внаслідок нещасного випадку, та зумовила інвалідність I—III групи, якщо вона мали місце в період дії договору страхування;
- б) тимчасова втрата загальної працездатності, тобто результат травми (забій, поранення, вивих або перелом кісток, повний розрив м'язів, зв'язок, сухожилів, пошкодження внутрішніх органів, розрив барабанних перетинок, проникаюче поранення очей, за винятком паталогічного перелому, опіку, відмороження, поранення електричним струмом, здавлення), яка сталася внаслідок нещасного випадку, якщо вона мала місце в період дії договору страхування і яка не призвела до порушення функцій пошкодженого органу;
- в) смерть від вказаних у п. а) причин та в результаті випадкового попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла (за винятком рвотних мас, якщо страхувальник, застрахована особа були в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння), втоплення, анафілактичного шоку, переохолодження організму (за винятком смерті від простудних захворювань).

Не є страховими випадками події, які настали внаслідок:

- вчинення застрахованим навмисного злочину;
- скоєння особою, вказаною в розпорядженні на право отримання страхової суми спадкоємцем, навмисного злочину, який став причиною настання страхового випадку;
- керування страхувальником (застрахованим) транспортного засобу в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або передача керування особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або особі, яка не мала права на керування даним видом транспорту;
- самогубства (замаху на самогубство) страхувальником, застрахованою особою;
- навмисного заподіяння собі страхувальником, застрахованою особою тілесних пошкоджень;

- воєнних дій будь-якого виду, громадянської війни, народних заворушень, страйків, локаутів, арешту, терористичних актів, або за розпорядженням військової чи цивільної влади;
- дії ядерної енергії у будь-якій формі;
- порушення норм безпеки (порушення встановлених законом або нормативними актами правил і норм протипожежної безпеки, безпеки проведення робіт або інші аналогічні норми).

Договір страхування укладають на підставі заяви страхувальника. Заява має містити всі необхідні відомості про застрахованого, які вимагає страховик. Договір страхування укладають у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу і зберігаються по одному примірнику в кожній зі сторін.

При настанні страхового випадку особа, яка повинна отримати страхову суму або її частину, повинна:

- а) протягом двох робочих днів повідомити про це страховика або його представника;
- б) надати страховику або його представникам можливість провести огляд застрахованого та розслідування причин нещасного випадку;
- в) повідомити у письмовій формі, на вимогу страховика, всю необхідну інформацію про нещасний випадок.

При отриманні повідомлення про настання страхового випадку страховик вживає заходів щодо оформлення всіх необхідних документів та своєчасної виплати страхової суми.

Для одержання страхової суми або її частини страхувальник або застрахована особа повинні подати наступні документи:

- а) при тимчасовій втраті працездатності:
 - страховий поліс;
 - заяву про виплату страхової суми;
 - документи відповідних органів, які підтверджують факт страхового випадку (якщо відповідна установа не може підтвердити цей факт, то детальний опис страхового випадку);
 - документ, який посвідчує факт тимчасової непрацездатності;
 - документи про проходження фізпроцедур;
 - документ, що посвідчує особу (паспорт).
- б) при постійній втраті працездатності:
 - страховий поліс;
 - заяву про виплату страхової суми;

- документи відповідних органів, які підтверджують факт страхового випадку (якщо відповідна установа не може підтвердити цей факт, то детальний опис страхового випадку);
- документ, який посвідчує факт встановлення інвалідності;
- висновки відповідних установ, які встановлюють групу інвалідності (МСЕК*);
- документ, що посвідчує особу (паспорт).

У зв'язку зі смертю застрахованої особи особа, визначена в договорі страхування, подає наступні документи:

- договір страхування;
- заяву про виплату страхової суми;
- свідоцтво РАГСу, або його нотаріально завірена копія про смерть застрахованого;
- документи відповідних органів, які підтверджують факт страхового випадку;
- документ, що посвідчує особу (паспорт);
- документ, що посвідчує особу, яка одержує страхову суму.

Спадкоємці застрахованої особи подають документи, вказані вище, а також свідоцтво про право на спадщину, якщо в договорі не призначена особа для одержання страхової суми або ця особа померла. Якщо застрахований (спадкоємці застрахованого) не може подати документи в оригіналі, то подають нотаріально завірену копію.

За наявності всіх необхідних документів після повної їх перевірки рішення про виплату страхової суми приймає страховик протягом двох робочих днів. Рішення про відмову у виплаті страхової суми страховик приймає у 10-денний термін та повідомляє особі, яка хоче одержати страхову суму, у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Страховик має право повністю або частково відмовити у виплаті страхової суми за договором страхування згідно з чинним законодавством України, а також у випадках:

- а) навмисних дій страхувальника, застрахованого, спадкоємців застрахованого, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, на необхідну оборону (без перевищення її меж) при захисті свого життя, здоров'я.

- б) подання страхувальником, застрахованим, спадкоємцями застрахованого неправдивої інформації або фальшивих документів про нещасний випадок;
- в) приховування страхувальником інформації, яка має значення для оцінки страхового ризику (професія, місце проживання і т. д.);
- г) отримання страхувальником, застрахованим, спадкоємцями застрахованого повної страхової суми від особи, винної в заподіянні нещасного випадку;
- г) несвоєчасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру нещасного випадку.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у виплаті страхової суми, якщо це не суперечить законодавству України. Відмова страховика у виплаті страхової суми може бути оскаржена страхувальником у судовому порядку.

При настанні страхового випадку ртраховик зобов'язаний виплатити страхову суму страхувальнику, застрахованій особі або іншій особі відповідно до договору страхування. Якщо страхувальник, застрахована особа не встигли за життя отримати частину належної їм страхової суми за постійну або тимчасову втрату працездатності, то її виплачують спадкоємцям.

У разі смерті страхувальника, застрахованої особи в період дії договору страхування страхову суму виплачують особі, вказаній у розпорядженні на право одержання страхової суми у випадку їх смерті, за вирахуванням раніше проведених виплат страхових сум.

Страхову суму виплачують спадкоємцям страхувальника, застрахованої особи у випадках:

- а) одночасної (в один день) смерті страхувальника, застрахованої особи, та особи, вказаної в розпорядженні на право одержання страхової суми;
- б) особа, вказана в розпорядженні, померла раніше страхувальника, застрахованої особи, і він не встиг змінити свого розпорядження;
- в) якщо не було особи, вказаної в розпорядженні, або в період дії договору страхування її право було відмінено страхувальником, застрахованою особою;
- г) якщо в розпорядженні було вказано, що страхова сума повинна бути виплачена спадкоємцям.

Якщо після смерті страхувальника, застрахованої особи померла особа, вказана в розпорядженні, і ця особа не встигла одержати належну їй страхову суму, то її виплачують спадкоємцям.

Загальна сума виплат страхової суми по одному чи декількох страхових випадках, які виникли в період дії страхування, не може перевищувати страхової суми по даному договору страхування, якщо інше не обумовлено договором страхування.

При настанні страхового випадку розмір виплат визначають наступним чином.

У випадку тимчасової втрати працездатності застрахованому за кожен день лікування проводять виплату частини страхової суми в розмірі 0,3% від страхової суми по договору страхування, але не більше 50% страхової суми по договору страхування;

У випадку встановлення застрахованому інвалідності:

I групи — 90% від страхової суми за договором страхування;

II групи — 75% від страхової суми за договором страхування;

III групи — 50% від страхової суми за договором страхування;

Якщо в застрахованого до страхового випадку була група інвалідності, страхову суму виплачують шляхом зменшення страхової суми, яка підлягає виплаті, на суму, яка передбачена для групи інвалідності, яку мав застрахований до страхового випадку, наприклад, якщо в застрахованого була III група інвалідності, а внаслідок страхового випадку йому було встановлено I групу інвалідності, розрахунок проводять так: 90%—50%, отже до виплати підлягає страхова сума в розмірі 40% страхової суми за договором страхування.

У випадку загибелі або смерті застрахованого, особі, призначеній у договорі або спадкоємцям застрахованої особи виплачують 100% страхової суми по договору страхування.

Страхова сума може бути виплачена представнику застрахованого, спадкоємців застрахованого за дорученням, оформленим застрахованим, спадкоємцями застрахованого у встановленому законом порядку.

7.5. Добровільне медичне страхування

Перші форми медичного (лікарняного) страхування виникли в кінці XIX століття в Англії та Німеччині*, де утворилися перші лікарняні каси. Ці каси утворювалися із внесків роботодавців та

У Німеччині у 1883 році було вперше прийнято Закон «Про обов'язкове лікарняне страхування робітників».

робітників, керували ними, відповідно, представники адміністрації підприємства і профспілки. Каси надавали своїм членам грошову допомогу (часткове відшкодування трудового доходу, не отриманого під час хвороби), пенсію сім'ї (у разі смерті робітника), компенсації породіллям, вартість медичних та лікарських послуг.

Медичне страхування можуть проводити в обов'язковій та добровільній формах.

Основною ціллю обов'язкового медичного страхування є капіталізація страхових внесків і надання за рахунок акумульованих коштів медичної допомоги всім категоріям громадян на законодавчо встановлених умовах та в гарантованих обсягах. Воно є найважливішим елементом системи соціального захисту населення в частині охорони здоров'я. На жаль, механізм обов'язкового медичного страхування в Україні на сьогодні законодавчо не врегульований.

Добровільне медичне страхування присутнє майже в усіх країнах світу. Це пояснюють тим, що державних асигнувань на розвиток медицини недостатньо для фінансування (на рівні сучасних медичних стандартів) системи надання населенню медичної допомоги. З економічної точки зору добровільне медичне страхування є механізмом компенсації громадянам витрат та збитків, пов'язаних з настанням хвороби або нещасного випадку. За загальносвітовими стандартами медичне страхування покриває такі групи ризиків, які виникають у зв'язку із захворюванням:

- затрати на медичні послуги з відновлення здоров'я, реабілітації чи догляду;
- втрата трудового доходу, викликана неможливістю здійснення трудової діяльності як під час захворювання, так і після настання інвалідності.

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси застрахованих, пов'язані зі здоров'ям, які не суперечать законодавству України.

Страховий ризик — імовірність виникнення у застрахованої особи* хвороби чи нещасного випадку, що потребує лікування.

Страховий випадок — звернення застрахованого в період дії договору в медичний заклад, який перебуває в договірних відносинах зі страховиком або його посередником із приводу хвороби, яка

Застрахований — особа, про страхування якої укладено договір страхування і при настанні страхової події з якою здійснюється виплата страхової суми медичним закладам.

виникла вперше в житті, в зв'язку з чим виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми або її частини.

Договори страхування не укладають з:

- інвалідами I групи;
- психічно хворими, які стоять на обліку в психоневрологічних диспансерах;
- хворими на хронічний алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, які стоять на обліку в наркологічних диспансерах;
- хворими на туберкульоз, які знаходяться на обліку в тубдиспансерах;
- хворими на венеричні захворювання;
- хворими на СНІД, LAV, ARCS, HTLV, вірус ЕБОЛа.
- особами, яким понад 75 років.

Страховик не відшкодовує затрат на діагностику та лікування, якщо:

- до укладення договору у застрахованого мали місце патологічні прояви в організмі в будь-якій формі, і про які він не сповістив страховика в декларації про стан здоров'я при укладенні договору;
- застрахований в період дії договору захворів на:
 - СНІД, ARCS, HTLV, вірус ЕБОЛа, LAV, (крім випадків зараження ними в медичних закладах, рекомендованих страховиком у період дії договору страхування);
 - хронічний алкоголізм, наркоманію та токсикоманію;
 - туберкульоз та венеричні захворювання, лепру;
 - онкологічні захворювання, незалежно від стадії та передракові стани;
 - епідемічні та пандемічні хвороби;
 - психічні хвороби;
 - гостру та хронічну променевою хворобу та інші радіоактивні ураження;
 - стоматологічні захворювання, крім зняття больового синдрому;
 - діабет;
 - захворювання крові та кровотвірної системи;
 - порушення менструально-оваріального циклу;
 - захворювання, пов'язані з конституцією організму (алергічні діатези і т. д.).
- лікування застрахованого, пов'язане з вродженими і спадковими та генетичними дефектами і захворюваннями;

- у застрахованої особи була нормальна вагітність та пологи, крім випадків кесаревого розтину за медичними показниками;
- застрахованому здійснюється оперативне лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції зі зміни статі;
- застрахованому зроблено косметичні операції й операції за бажанням (не за медичними показниками), незалежно від того, чи були вони викликані психологічними причинами;
- застрахований займався самолікуванням і використовував ліки без призначення лікаря;
- захворювання настало в результаті військових дій, участі в бунтах, цивільних заворушеннях, у злочинному акті;
- захворювання настало під час військової служби або служби в органах міліції й інших споріднених службах;
- лікування не має наукового підтвердження і не прийнято медичною практикою;

Страховик не відшкодовує затрат на придбання органів, які трансплантують, їх пошук і доставку, а також оплату донорів, а також такі збитки, які включені в медичні витрати, як:

- видатки із заморожування та пересадки живих клітин та кісткового мозку;
- видатки на лікування та обстеження застрахованого в тих випадках, коли обстеження та/чи лікування здійснюється без відома страховика або його посередника і в медичних закладах, які не перебувають у договірних відносинах з ними, за винятком випадків, коли надання невідкладної допомоги було необхідне у зв'язку з тяжким станом здоров'я застрахованого.

Страховик не відшкодовує затрат:

- на лікування при порушенні застрахованим режиму та невиконанні призначень і рекомендацій лікаря;
- на лікування захворювань, які були виявлені при обстеженні або вказані в декларації про стан здоров'я застрахованого, а також усіх хронічних та наявних захворювань будь-якого характеру чи їх загострення, крім зняття гострих невідкладних приступів;
- на проведення обов'язкових диспансерних оглядів, передбачених чинним законодавством, та обстежень, пов'язаних з ними;

- на придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, інвалідних візочків;
- на санаторно-курортне лікування;
- на проведення штучного переривання вагітності незалежно від її строку.

Розмір страхової суми встановлюють за узгодженням сторін у національній валюті України.

Договір страхування укладають на термін 1 рік з дієздатними фізичними та юридичними особами. **Договір страхування з фізичними особами** оформляють на підставі поданої бажаним застрахуватися заяви і декларації про стан здоров'я встановленої форми. **Договір страхування з юридичними особами** укладають на підставі заяви, в якій зазначено назву страхувальника, юридичну адресу та банківські реквізити і страхову медичну програму.

До заяви додають списки застрахованих із вказанням прізвищ, імен та по-батькові, статі, року народження, місця проживання і страхової суми для кожного застрахованого, завірені підписом керівника та печаткою установи, декларації про стан здоров'я застрахованих.

Рішення про прийняття на страхування приймає довірений лікар страховика в 10-денний термін після одержання декларації про стан здоров'я.

Страховик вправі провести попереднє медичне обстеження за рахунок страхувальника з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику.

Договір страхування укладають згідно з обраною страхувальником медичною програмою. Факт укладання договору може підтверджуватися страховим полісом або договором страхування з видачею пластикової картки.

Якщо фізична особа страхується індивідуально, то їй видають один примірник договору страхування і пластикову картку.

Якщо страхувальником є юридична особа, то йому видають один примірник договору страхування, а кожній застрахованій особі — пластикову картку або страховий поліс.

При настанні страхової події медичні послуги застрахованому надає медичний заклад, визначений страховиком або його посередником. Для одержання медичної допомоги застрахованій особі

треба звернутися за цілодобовим телефоном, указаним у договорі страхування і в пластиковій картці, або звернутися до довіреного лікаря страховика відповідно до договору.

Медичну допомогу надають тільки за умови пред'явлення застрахованим:

- пластикової картки;
- паспорта або іншого документа, який посвідчує особу застрахованого.

При екстреній допомозі, нещасному випадку, коли неможливо повідомити страховика до початку надання медичної допомоги, таке повідомлення передають терміново, як тільки це стане можливим.

Якщо застрахований одержав медичну допомогу, неузгоджену зі страховиком, оплату витрат на лікування не проводять.

Медичні організації, які надали узгоджені з страховиком медичні послуги застрахованим, передають страховику безпосередньо або через посередника документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та вартість наданих медичних послуг.

Перелік документів передбачено у договорі з медичними організаціями.

Виплату страхових сум здійснюють по страхових випадках згідно з програмою, зазначеною в договорі страхування. Підставою для виплати страхових сум є узгоджене зі страховиком обстеження та лікування застрахованого в період дії договору страхування.

Страховик має право відмовити в виплаті страхової суми в випадках:

- коли застрахованим вчинені навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку, включаючи навмисне заподіяння застрахованим собі тілесних пошкоджень;
- це не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадянського обов'язку чи самообороною, захистом майна, життя, честі і гідності;
- страхувальником або застрахованим вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;
- страхувальник чи застрахований свідомо повідомив неправдиві відомості про стан здоров'я;
- застрахований проводив обстеження та/чи лікування без узгодження зі страховиком, або з його посередником, за

винятком випадків, коли надання невідкладної допомоги було необхідне в зв'язку з тяжким станом здоров'я застрахованого;

— застрахований не виконував вимог лікування, рекомендацій лікаря, порушував лікарняний режим, що призвело до погіршення стану здоров'я.

Страхові компанії в Україні пропонують такі типові програми медичного страхування, які різняться набором послуг і ціною:

ПРОГРАМА «Комплексні медичні послуги»;

ПРОГРАМА «Амбулаторно-поліклінічне обстеження та лікування»;

ПРОГРАМА «Стаціонарне обстеження та лікування»;

ПРОГРАМА «Стоматологічне лікування».

Контрольні запитання

1. Коли виникли перші форми медичного (лікарняного) страхування?
2. Які види страхування життя є найпоширенішими у практиці страхової діяльності?
3. За чий рахунок здійснюють обов'язкове страхування працівників на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції?
4. За чий рахунок здійснюють обов'язкове державне страхування спортсменів вищих категорій?

8 • Майнове страхування

- 8.1. **Обов'язкове страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності**
 - 8.2. **Обов'язкове страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків**
 - 8.3. **Страхування повітряних суден**
 - 8.4. **Страхування електронних баз даних та програм комп'ютерних систем**
 - 8.5. **Добровільне страхування майна підприємств, установ, організацій (крім вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ)**
 - 8.6. **Добровільне страхування будівель, що належать громадянам**
 - 8.7. **Добровільне страхування майна сільськогосподарських підприємств і фермерів**
 - 8.8. **Добровільне страхування майна, що належать громадянам**
- 8.1. Обов'язкове страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності**

Таке страхування проводиться з метою гарантування економічної та продовольчої безпеки держави, створення сприятливих умов для розвитку аграрного сектора економіки, захисту інтересів сільськогосподарських підприємств.

Суб'єктами обов'язкового страхування є:

- *страхувальники* — державні сільськогосподарські підприємства щодо врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень та сільськогосподарські підприємства всіх форм власності щодо врожаю зернових культур і цукрових буряків;

— *страховики* — юридичні особи — резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення цього виду обов'язкового страхування.

Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству і пов'язані з неотриманням або недоотриманням врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, зернових культур і цукрових буряків — сільськогосподарськими підприємствами усіх форм власності. Страхування здійснюється згідно з Порядком і правилами проведення обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. №1000.

До страхових ризиків, на випадок яких проводиться обов'язкове страхування, належать град, пожежа, вимерзання, ураган, буря, злива, зсув, повінь, сель, посуха, повне раптове знищення посівів карантинними шкідниками.

Страховим випадком вважається заподіяння страхувальнику прямих збитків у результаті часткової або повної загибелі врожаю сільськогосподарських культур, багаторічних насаджень, врожаю зернових культур і цукрових буряків унаслідок прямої дії страхових ризиків.

Не підлягає обов'язковому страхуванню врожай:

- природних сінокосів і пасовищ;
- сільськогосподарських культур, що посіяні на зелене добриво;
- сільськогосподарських культур, що висівалися понад три роки і жодного разу сільськогосподарські підприємства не одержали врожаю;
- підпокровних та безпокровних багаторічних трав;
- посівів та багаторічних насаджень плодоносного віку, які не розміщені в зоні офіційного землевпорядкування.

Страхова сума обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур визначається в розмірі вартості врожаю, яка обчислюється шляхом множення середньої врожайності з гектара за останні п'ять років, за даними обліку страхувальника, на ціну 1 центнера продукції, що склалася за минулий рік (або за

згодою сторін на заставну ціну цього виду продукції, визначену в установленому порядку), та на фактичну площу, з якої збиратиметься врожай.

Страхова сума обов'язкового страхування врожаю багаторічних насаджень визначається з урахуванням площі, зайнятої під насадження у тому ж році, що й збирання врожаю. За умови чіткої періодичності плодоношення багаторічних насаджень середня врожайність визначається за показниками п'яти років, у яких плодоношення насаджень відповідає рокові страхування.

У разі, коли страхувальник вирощує культуру менше, ніж три роки, у розрахунок вартості врожаю береться планова врожайність на поточний рік, але не вище, ніж середня врожайність у районі за останній рік.

Розмір страхового платежу, який підлягає внесенню за договором обов'язкового страхування, визначається шляхом множення страхової суми на страховий тариф та відсоток страхового покриття. У разі безперервного страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень та неотримання страхового відшкодування протягом двох років страхувальник має право на зменшення розміру страхового тарифу до 10%.

Договір обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень укладається:

- а) зі страхування посівів однорічних сільськогосподарських культур, багаторічних культур, що дають урожай у рік посіву (садіння), а також культур у розсадниках — не пізніше терміну закінчення посіву (садіння) цих культур у регіоні;
- б) зі страхування врожаю багаторічних культур, крім тих, що дають урожай у рік посіву (садіння), а також зі страхування розсадників — не пізніше, ніж термін початку відповідальності страховика (щодо садів і ягідників — до оформлення бутонів, виноградників — до моменту викидання суцвіття, багаторічних сіяних трав — до входу їх у зиму, інших багаторічних культур і розсадників — до появи весняних гонів);
- в) зі страхування сіяних культур, посіяних у парниках і теплицях, — до появи сходів, а посадкових культур — до садіння.

Договір обов'язкового страхування не укладають у разі, коли посівам (насадженням) загрожує безпосередня небезпека загибелі або пошкодження від стихійного лиха (повені, заморозків тощо), навіть якщо терміни, встановлені для проведення страхування, не минули.

Договір обов'язкового страхування набирає чинності з моменту внесення страхувальником суми страхових платежів у повному обсязі або першої частини страхового платежу та діє пропорційно сплаченим страховим платежам до кінця терміну збирання врожаю сільськогосподарських культур, багаторічних насаджень, встановленого агротехнічними вимогами для регіону. Він діє виключно в межах ділянки землекористування, виділеної страхувальнику місцевими органами, яка має бути чітко визначена у договорі як місце страхування.

Загальним збитком є втрата застрахованого врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень, що виникла внаслідок настання страхового випадку. Загальний збиток обчислюється шляхом множення різниці між врожайністю з гектара, визначеною в договорі страхування з урахуванням розміру страхового покриття, та фактичною врожайністю з гектара в поточному році на площу посіву (насаджень) та ціну, визначену в договорі страхування, але не вищу, ніж на момент виплати страхового відшкодування.

У разі загибелі сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень з наступним їх пересівом (пересадженням) для визначення загального збитку враховується вартість фактично одержаного врожаю, яка обчислюється за цінами підприємства (реалізація, фактична собівартість за минулий рік, планова на поточний рік, але не вище, ніж фактична у районі за минулий рік), визначеними у договорі обов'язкового страхування, і фактична вартість врожаю зазначених культур і насаджень, якими проводився пересів (пересаджування), обчислена за цінами поточного року.

Розмір загального збитку в разі загибелі або пошкодження врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень унаслідок настання страхового випадку визначається після оприбуткування врожаю, виходячи з вартості неотриманого чи недоотриманого врожаю.

Прямий збиток, що відшкодовується страховиком, визначається у відсотках від розміру загального збитку, який зафіксований у відповідних актах обстеження після настання кожного страхового випадку. Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник.

У разі сплати страхувальником чергового страхового платежу за договором обов'язкового страхування не в повному обсязі, прямий збиток відшкодовується пропорційно сумі сплачених страхових платежів.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- навмисних дій страхувальника, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або для захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника, на користь якого укладено договір обов'язкового страхування, встановлюється відповідно до законодавства;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
- отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;
- порушення страхувальником агротехнічних вимог до вирощування сільськогосподарської культури та правил протипожежної безпеки;
- інших випадків, передбачених законодавством.

Відмова страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена страхувальником у судовому порядку.

Максимальні розміри страхових тарифів за договорами обов'язкового страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності
(у відсотках від страхової суми)

	Озимі культури	Ярі зернові, зерно-бобові	Цукрові буряки	Картопля	Технічні культури	Сади, виноградний, інші насадження	Овочі у відкритому ґрунті	Культури у закритому ґрунті	Розсадники
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Автономна Республіка Крим	8,5	7,5	9,5	9	9	9	8,5	6,5	6,5
м. Севастополь	8,5	7,5	9,5	9	9	9	8,5	6,5	6,5

Продовження

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Області:									
Вінницька	8	7	9,5	9	9	8	8,5	6,5	6
Волинська	8	7	9	9	7	8	8,5	6,5	6
Дніпропетровська	8,5	7,5	9,5	9	9,5	8	9,5	6,5	6
Донецька	8,5	7,5	9,5	9	9,5	8	9,5	6,5	6
Житомирська	8	7	9	9,5	9,5	8	8,5	6,5	6
Закарпатська	8,5	7,5	—	9	9,5	9	8,5	6,5	6,5
Запорізька	8,5	7,5	9,5	9	9	9	9,5	6,5	6,5
Івано-Франківська	8	7,5	9	9	9,5	8	8,5	6,5	6
Київська	7,5	7	9	9,5	7	8	9	6,5	6
Кіровоградська	7,5	7	9	9,5	7	8	8,5	6,5	6
Луганська	8,5	7,5	9,5	9	9,5	8	9,5	6,5	6,5
Львівська	8	7,5	9	9	7	8	8,5	6,5	6
Миколаївська	8,5	7,5	9,5	9,5	9,5	9	9,5	6,5	6,5
Одеська	8,5	7,5	9,5	9,5	9,5	9	9,5	6,5	6,5
Полтавська	7,5	7	9	9,5	7	8	8,5	6,5	6
Рівненська	7,5	7	9	9	8	8,5	8,5	6,5	6
Сумська	7,5	7	9	9	8	8,5	8,5	6,5	6
Тернопільська	7,5	7	9	9	8,5	8	8,5	6,5	6
Харківська	8	7	9	9	8,5	9	9	6,5	6,5
Херсонська	8,5	7,5	9,5	9,5	9,5	9	9,5	6,5	6,5
Хмельницька	7,5	7	9	9	7	8	8,5	6,5	6
Черкаська	7,5	7	9	9,5	7,5	8	9	6,5	6
Чернівецька	8	7,5	9,5	9	8,5	8,5	8,5	6,5	6
Чернігівська	8	7	9	9,5	9	8,5	8,5	6,5	6

8.2. Обов'язкове страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків

Обов'язкове страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків проводиться з метою забезпечення економічної та продовольчої безпеки держави, створення сприятливих умов для розвитку племінної справи в аграрному секторі економіки, захисту економічних інтересів сільськогосподарських товаровиробників.

Обов'язковому страхуванню підлягають такі тварини:

1. Племінні тварини: велика рогата худоба, свині, вівці, кози, коні (чистопорідні або одержані за затвердженою програмою породного вдосконалення тварин, що мають племінну (генетичну) цінність і можуть використовуватися в селекційному процесі) віком від 1 року.
2. Зоопаркові тварини віком від 1 року.
3. Циркові тварини віком від 1 року.

Суб'єктами обов'язкового страхування є страхувальники (власники тварин, що підлягають обов'язковому страхуванню) і страховики (фінансові установи, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення обов'язкового страхування).

Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству, пов'язані із загибеллю, знищенням, вимушеним забоем тварин, які належать на правах державної, комунальної або приватної власності страхувальнику, внаслідок хвороб, стихійного лиха та нещасних випадків. Страхування здійснюється згідно з Порядком і правилами проведення обов'язкового страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. №590.

До страхових ризиків, на випадок яких проводиться обов'язкове страхування, належать загибель, знищення, вимушений забій тварин унаслідок інфекційних хвороб, пожежі, вибуху, урагану, блискавки, дії електричного струму, сонячного або теплового удару, землетрусу, повені, обвалу, бурі, бурану, граду, замерзання, задушення, отруєння травами або речовинами, укусу змії або отруйних комах, утоплення, падіння в ущелину, потрапляння під транспортні засоби та інших травматичних ушкоджень.

Страховим випадком є подія, передбачена договором обов'язкового страхування, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхового відшкодування страхувальнику.

Страхова сума обов'язкового страхування визначається за балансовою вартістю, але не повинна перевищувати ринкової вартості тварини.

Розмір страхових платежів і термін їх внесення визначаються у договорі обов'язкового страхування. Максимальні розміри страхових тарифів за договорами обов'язкового страхування становлять 5% від страхової суми.

Обов'язковому страхуванню не підлягають тварини:

- що перебувають у місцевості, в якій введено карантинні обмеження, за винятком видів тварин, несхильних до хвороби, щодо якої введено зазначені обмеження;
- хворі, виснажені та ті, що перебувають у стані дородового чи післяродового залежування;
- у яких за результатами останніх досліджень встановлено позитивну реакцію на бруцельоз, лейкоз або туберкульоз.

Розмір прямих збитків у разі вимушеного забою тварин визначається у страховому акті, який складається страховиком або уповноваженою ним особою у формі, встановленій страховиком, як різниця між страховою сумою, встановленою договором обов'язкового страхування на кожну тварину, і вартістю придатних до вживання/переробки м'яса, шкіри тощо. При цьому обов'язково враховується норматив виходу м'яса від живої ваги тварини, зданої на вимушений забій.

Якщо кількість придатного до вживання/переробки м'яса менша, ніж норматив виходу, розмір збитків обчислюється як різниця між страховою сумою, встановленою договором обов'язкового страхування на кожну тварину, і вартістю придатного до вживання/переробки м'яса, вихід якого визначається за нормативом виходу м'яса живої ваги тварини, зданої на вимушений забій.

Вартість придатних до вживання/переробки м'яса, шкіри тощо встановлюється на підставі документа спеціалізованого підприємства, до якого тварину здано на вимушений забій або якому продано м'ясо, шкіру тощо.

У разі, коли внаслідок страхової події м'ясо, шкіра тощо вимушено забитої тварини спеціалістом ветеринарної медицини визнано непридатними до вживання/переробки, і страхувальник здав його до спеціалізованого підприємства, страхове відшкодування виплачується у розмірі, що становить різницю між страховою сумою, встановленою договором обов'язкового страхування на кожну тварину, і сумою, отриманою страхувальником за здане м'ясо, шкіру тощо.

Якщо страхувальником подано документ про вартість зданої на вимушений забій тварини у живій вазі, страхове відшкодування виплачується у розмірі, що становить різницю між страховою сумою, визначеною у договорі обов'язкового страхування на кожну тварину, і сумою, отриманою страхувальником за здану тварину.

У разі продажу страхувальником частини м'яса вимушено забитої тварини, вартість усього м'яса визначається за ціною реалізації (на підставі поданого страхувальником документа).

Якщо м'ясо, шкіра тощо вимушено забитої тварини визнано повністю непридатними до вживання/переробки, розмір збитків визначається у страховому акті.

У разі сплати страхувальником чергового платежу за договором обов'язкового страхування не в повному обсязі страхове відшкодування виплачується пропорційно сумі внесених страхових платежів.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник подає страховику документи, визначені у договорі обов'язкового страхування.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- вчинення страхувальником навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або для захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника встановлюється відповідно до законодавства;
- вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір обов'язкового страхування, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
- отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх завданні;
- несвоєчасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

8.3. Страхування повітряних суден

Об'єктом страхування повітряних суден є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству, пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням повітряним судном.

Страхувальником є юридична чи фізична особа — власник повітряного судна або його експлуатант, який експлуатує це повітряне судно на законних підставах.

Страхова сума, встановлена договором обов'язкового страхування, не повинна бути меншою, ніж балансова вартість повітряного судна.

На повітряне судно, що підлягає обов'язковому страхуванню, повинні бути в наявності:

- посвідчення про державну реєстрацію цивільного повітряного судна;
- документи, що підтверджують право власності на повітряне судно або його оренду.

Страховим випадком є повна загибель повітряного судна, а також пошкодження окремих його частин, систем та елементів конструкції.

Повною загибеллю повітряного судна вважається:

- повна втрата повітряним судном здатності виконувати політ у зв'язку з руйнуванням основних елементів несучих конструкцій (планера) або в разі, коли компетентною комісією встановлено, що ремонт цього повітряного судна технічно неможливий чи економічно недоцільний;
- втрата повітряного судна у зв'язку з вимушеною посадкою на місцевість, яка непридатна для зльоту повітряного судна, або економічною недоцільністю його евакуації.

Зникнення повітряного судна безвісти, коли повітряне судно, яке виконувало плановий політ у період дії договору обов'язкового страхування, не прибуло до пункту призначення і заходи щодо його розшуку протягом 60 діб не дали наслідків, або коли його розшук офіційно припинено до закінчення зазначеного терміну, також вважається повною загибеллю повітряного судна.

Страхувальники мають право під час укладання договорів обов'язкового страхування призначати громадян або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхового відшкодування.

Якщо повітряне судно є власністю кількох осіб, кожна особа отримує страхове відшкодування пропорційно її частці у праві власності на повітряне судно.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник зобов'язаний надати страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії документів, передбачених договором обов'язкового страхування, а саме:

- заяву про страхове відшкодування;
- страховий поліс (сертифікат);
- розрахунковий документ, що підтверджує внесення страхових платежів;
- сертифікат льотної придатності;
- технічний акт огляду повітряного судна після його пошкодження та документи, які обґрунтовують суми витрат на ремонт повітряного судна, а у разі загибелі — акт списання повітряного судна;
- документи, які засвідчують право власності страхувальника на повітряне судно або встановлюють межі його відповідальності перед власником у разі загибелі або пошкодження повітряного судна;
- документи реєстрації події з повітряним судном.

Якщо заподіяну шкоду компенсовано іншими особами, страховик сплачує тільки різницю між сумою, що підлягає відшкодуванню за договором обов'язкового страхування, і сумою, компенсованою іншими особами. Про таку компенсацію страхувальник зобов'язаний повідомити страховика.

Розміри максимальних страхових тарифів на один рік для повітряних суден з максимальною злітною масою до 15 000 кг не повинні перевищувати 8%, від 15 001 кг і більше — 6%, для вертольотів — 10% страхової суми, визначеної договором обов'язкового страхування.

У разі, коли договором обов'язкового страхування передбачено страхування двох чи більше повітряних суден, вимоги цього розділу застосовуються окремо для кожного повітряного судна.

8.4. Страхування електронних баз даних та програм комп'ютерних систем

Страховальники — юридичні особи, які експлуатують електронні бази даних та програми комп'ютерних систем для здійснення своєї статутної діяльності.

Об'єктом страхування є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з володінням, розпорядженням або користуванням страхувальником електронними базами даних та/або програмами комп'ютерних систем. Страхування розповсюджується на електронні бази даних та програми комп'ютерних систем, які належать страхувальнику на правах власності, а також на електронні бази даних та програми

комп'ютерних систем, якими страхувальник розпоряджається або користується за договором оренди, лізингу, якщо вони вже попередньо не застраховані їх власником.

На страхування приймають такі види електронних баз даних та програм комп'ютерних систем:

- електронні бази даних та програми для комп'ютерних систем (в тому числі загального, спеціального і мережевого призначення), які придбав страхувальник;
- електронні бази даних та програми для комп'ютерних систем, які виготовлені страхувальником;
- електронні бази даних та програми для комп'ютерних систем, отримані страхувальником унаслідок законних договірних відносин;
- електронні дані на магнітних, оптичних, магнітооптичних та інших видах електронних носіїв та самі носії на термін, коли вони зберігаються у страхувальника, записуються або перевозяться;
- цінні папери на електронних носіях, що використовуються страхувальником у своїй роботі і знаходяться на збереженні в депозитарії або в самого страхувальника;
- електронні дані, програми, що зберігаються в комп'ютерній мережі та/або в автоматизованій системі страхувальника, електронних системах переведення коштів або зв'язку з клієнтами страхувальника.

Додатково об'єктом страхування можуть бути майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству України в розмірі таких непрямих матеріальних збитків, що виникають унаслідок наступних дій страхувальника, котрі він повинен здійснити з метою врятування (збереження) застрахованих баз даних та/або з метою зменшення збитків, що завдані або можуть бути завдані застрахованим базам даних при настанні передбачених договором страхування страхових випадків:

- витрат на заходи по запису та/або копіюванню електронних даних та програм для комп'ютерних систем на нові носії комп'ютерної системи страхувальника;
- витрат на тестування визначених у договорі страхування комп'ютерних систем для вилучення дефектних електронних баз даних, що були знищені (пошкоджені) внаслідок страхового випадку;

- витрат по усуненню пошкоджень, завданих унаслідок страхового випадку даху, стелі, підлозі, замкам, вікнам (включаючи скло) і захисним ґратам на території дії договору страхування;
- витрат по заміні замків, ключів до приміщень, ключі від яких були втрачені внаслідок страхового випадку, крім ключів від касових сейфів та броньованих кімнат, сховищ.

На *додаткових умовах*, встановлених договором страхування, можуть бути застраховані:

- електронні дані та програми в машинах *для* рахунку грошових купюр;
- збитки, заподіяні страхувальнику внаслідок крадіжки, грабунку застрахованих носіїв електронних баз, які знаходились у спеціальних сховищах або спеціальних місцях зберігання, тип, умови користування якими і ступінь безпеки яких були обумовлені договором страхування;
- збитки внаслідок страхових випадків, які сталися в службових приміщеннях, що використовуються не тільки страхувальником та його посадовими особами і особами, що працюють у нього, але й іншими третіми особами;
- збитки, які обумовлені настанням страхового випадку внаслідок дії факторів підвищення ступеня страхового ризику для застрахованих електронних баз даних. При цьому факторами підвищеного ступеня страхового ризику вважаються такі дії, здійснені без відома страховика:

- 1) зниження ступеня надійності місць зберігання електронних баз даних;
- 2) ремонт, переобладнання визначених договором страхування будівель, приміщень (у тому числі прилеглих до визначених місць), де знаходяться електронні бази даних, або встановлення на будівлях або в приміщеннях будівельного рихтування або підіймачів;
- 3) звільнення на строк більше 30-ти діб визначених у договорі страхування приміщень безпосередньо та приміщень, прилеглих до них з будь-якого боку, або припинення на цей строк господарської діяльності в цих приміщеннях;
- 4) невиконання страхувальником умов негайної заміни замків у визначених приміщеннях і сховищах на рівноцінні, якщо ключі до цих замків були втрачені.

Страхуванню не підлягають:

- роботи по розробці та впровадженню програм та пов'язане з цим уведення електронних даних в електронні бази даних на будь-якій стадії їх виконання;
- електронні бази даних, котрі використовуються на території дії договору страхування, але які не є власністю страхувальника згідно з чинним законодавством;
- електронні бази, не забезпечені відповідним постійним наглядом, наприклад, у торгових павільйонах, що не охороняються;
- інше майно, страхування якого згідно з чинним законодавством, здійснюється на інших умовах.

Страховим випадком є подія, передбачувана договором страхування, яка відбулася під час дії договору і з настанням якої виникає обов'язок страховика виплатити страхове відшкодування страхувальнику за матеріальні збитки, завдані визначеним договором об'єктам страхування внаслідок страхових ризиків. **Страховий ризик** — це втрата або пошкодження електронних баз даних та програм комп'ютерних систем, через:

1. Несанкціонований вхід третіх осіб (введення шляхом шахрайства підготовлених або видозмінених даних або команд) у комп'ютерну систему страхувальника, або сервісної компанії, що надає страхувальнику або його клієнтам послуги, пов'язані з електронними платіжними розрахунками, або електронної системи переведення коштів або зв'язку з клієнтами, що призвело до переведення, оплати, поставки будь-яких коштів або майна, відкриття кредиту, оплати рахунків або здійснення будь-яких інших виплат страхувальником.
2. Здійснення шахрайських модифікацій комп'ютерних програм, незалежно від засобу впровадження в комп'ютерну мережу страхувальника, в тому числі навмисно неправильним упорядкуванням інструкцій для комп'ютера незалежними консультантами й іншими співробітниками, які виконують визначені роботи для страхувальника за контрактом і що не є його постійними співробітниками.
3. Навмисне знищення або спроба знищення електронних даних, а також крадіжка, пограбування, розбій, що спричинили втрату електронних даних, пошкодження або втрату носіїв електронних даних у той час, коли вони зберігалися у страхувальника, записувалися або перевозилися.

4. Одержання по системах електронного зв'язку сфальсифікованих (шахрайських) доручень, що призвело до переведення, оплати або поставки будь-яких коштів або майна, відкриття кредиту, оплати рахунків або здійснення будь-яких інших виплат страхувальником.
5. Сфальсифіковані вказівки від імені клієнтів страхувальника, передані по системах електронного зв'язку, які призвели до переведення, оплати або поставки будь-яких коштів або майна, відкриття кредиту, оплати рахунків або здійснення будь-яких інших виплат страхувальником.
6. Навмисне введення комп'ютерного вірусу, що призвело до зміни, пошкодження або знищення даних, що знаходяться в комп'ютерній мережі страхувальника і, як наслідок, переведення, оплата, або поставка будь-яких коштів або майна, здійснення будь-яких інших виплат страхувальником.
7. Пошкодження або знищення цінних паперів на електронних носіях, що використовуються страхувальником у своїй роботі і що знаходяться на збереженні в депозитарії або в самого страхувальника.
8. Введення по системах електронного зв'язку сфальсифікованих комп'ютерних команд страхувальника до депозитарію, що спричинило здійснення депозитарієм будь-яких несанкціонованих операцій з цінними паперами на електронних носіях.

За бажанням страхувальника електронні бази даних можуть бути застраховані як від усіх, так і від окремих видів страхових ризиків. При цьому вищенаведені види ризиків повинні бути конкретизовані в залежності від можливих причин їх виникнення.

Страхування розповсюджується на страхові випадки, що відбулися в період дії договору. Якщо страховий випадок відбувся в період дії договору страхування з причин, що мали місце або почали діяти до початку страхування, відшкодування буде виплачено тільки в тому випадку, якщо страхувальнику нічого не було відомо про причини, які призвели до настання цього страхового випадку.

Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування при настанні випадкових подій унаслідок:

- а) ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення;
- б) військових дій, а також маневрів або інших військових заходів;
- в) громадянської війни, народних заворушень різного роду та страйків;

- г) конфіскації, націоналізації та інших подібних заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи цивільної влади та політичних організацій на території дії договору страхування;
- г) грубої необережності посадових осіб страхувальника, в тому числі при здійсненні ними налагоджувальних, пускових, регламентних, профілактичних, експериментальних або дослідних робіт з використанням визначених договором електронних баз даних.

Страхуванням не відшкодовуються збитки, що виникли внаслідок:

1. Застосування електронних баз даних у комп'ютерних системах, що забракованих відповідними компетентними органами, або які не пройшли перевірку згідно з діючими нормативами.
2. Виплати штрафів.
3. Заміни, ремонту або виправлення дефектного обладнання комп'ютерних систем або його частин.
4. Надмірних витрат коштів, спричинених змінами методів діяльності, проведенням модернізації безпосередньо перед моментом нанесення збитку, проведенням допоміжних заходів.
5. Часткового зруйнування або пошкодження комп'ютерних систем із застрахованими базами даних унаслідок їх зносу, довгострокової експлуатації та/або їх виробничих дефектів.
6. Порушення стандартних режимів експлуатації комп'ютерних систем із застрахованими базами даних (підвищені вологість, концентрація пилу, температура всередині приміщення тощо).
7. Повного вимушеного раптового (неупередженого) припинення робіт на комп'ютерних системах із застрахованими базами даних тощо.
8. Крадіжки або грабунку з боку осіб, які працюють у страхувальника, крім випадків проведення підготовки та здійснення цих протиправних дій у час, коли доступ таких осіб до місць розташування комп'ютерних систем із застрахованими базами даних був закритий;
9. Навмисних протиправних дій третіх осіб при знаходженні (в тому числі транспортуванні) визначених носіїв електронних баз за межами території, обумовленої в договорі страхування;
10. Дії вогню від пожежі, викликаної підпалом, або внаслідок вибуху (якщо вибух не був викликаний навмисним підриванням вибухових пристроїв, набоїв тощо), або внаслідок дії води

та/або інших рідин, які розповсюджуються з резервуарів, гідравлічних систем і сантехнічної арматури, і які сталися внаслідок навмисного здійснення третіми особами будь-якої визначеної вище протиправної дії або спроби її здійснення.

11. А також збитки, що виникли до початку страхування, але були виявлені тільки після укладання договору страхування.

Страхова сума по прямих збитках встановлюється в межах вартості електронних баз даних і необхідних робіт з ними за цінами і тарифами, що діють на момент укладення договору, і визначається за згодою між страховиком і страхувальником у відповідності з документами, що підтверджують вартість відповідних застрахованих електронних баз даних і робіт з ними.

Вартість електронних баз даних з метою їх страхування (страхова вартість) визначають:

1. При страхуванні електронних баз даних (в тому числі загального, спеціального і мережевого призначення), що придбав страхувальник, — виходячи з документально підтверджених страхувальником витрат, необхідних для їх повторного придбання та встановлення (інсталяції) ліцензійного програмного забезпечення, що є невід'ємною частиною застрахованих баз даних.
2. При страхуванні електронних баз даних, що виготовлені страхувальником, — виходячи з витрат виробництва, необхідних для їх повторного виготовлення та підтверджених документально, без урахування, вартості заробітної плати працівників страхувальника, які будуть здійснювати відновлення електронних баз даних та програм. Якщо електронні дані та програми не підлягають відновленню, то страховик відшкодовує номінальну вартість носія електронної інформації.
3. При страхуванні електронних баз даних, що отримані страхувальником унаслідок законних договірних відносин, — у розмірі майнової відповідальності страхувальника, але не вище вартості цих електронних баз даних.
4. При страхуванні електронних баз даних та їх носіїв на час, коли вони зберігаються у страхувальника, записуються або перевозяться, — виходячи з підтверджених документально витрат, необхідних для їх повторного виготовлення, без урахування вартості заробітної плати працівників страхувальника, які будуть здійснювати відновлення електронних баз даних.

5. При страхуванні цінних паперів на електронних носіях, що використовуються страхувальником у своїй роботі і що знаходяться на збереженні в депозитарії або в самого страхувальника, — виходячи з документально підтверджених страхувальником витрат, необхідних для їх повторного придбання.
6. При страхуванні електронних баз даних, що зберігаються в комп'ютерній мережі та/або в автоматизованій системі страхувальника і використовуються для переведення, оплати або надання будь-яких коштів або майна, відкриття кредиту, оплати рахунків або здійснення будь-яких інших видів виплат для клієнтів страхувальника, — виходячи з грошової оцінки встановлених в угодах страхувальника з його клієнтами обсягів доходів клієнтів страхувальника, які використовують ресурси страхувальника через комп'ютерну мережу та/або комп'ютерну систему електронних розрахунків страхувальника.

Страхову суму встановлюють окремо для кожного виду застрахованих електронних баз або по всіх електронних баз даних разом, що визначається в договорі страхування. Страхові суми для непрямих збитків, що застраховані за договором встановлюються окремо від страхової суми для застрахованих за цим договором електронних баз даних таким чином:

1. При страхуванні непрямих збитків у розмірі витрат на заходи по запису та/або копіюванню електронних даних та програм на нові носії комп'ютерної системи страхувальника — не вище 4% від страхової вартості електронних баз даних.
2. При страхуванні непрямих збитків у розмірі витрат на тестування визначених у договорі страхування комп'ютерних систем для вилучення дефектних електронних баз даних та програм, що були знищені (пошкоджені) внаслідок страхового випадку, — не вище 5% від страхової вартості електронних баз даних.
3. При страхуванні непрямих збитків у розмірі витрат по прибиранню, розчищенню приміщень після страхового випадку — не вище 3% від страхової вартості електронних баз даних.
4. При страхуванні непрямих збитків у розмірі витрат по усуненню пошкоджень, завданих унаслідок страхового випадку даху, стелі, підлозі, замкам, вікнам (включаючи скло) і захисним ґратам на місці дії договору страхування, — не вище 10% від страхової вартості електронних баз даних.

5. При страхуванні непрямих збитків у розмірі витрат по заміні замків, ключів до приміщень, ключі від яких були втрачені внаслідок страхового випадку, крім ключів від касових сейфів та броньованих кімнат, сховищ, — не вище 2% від страхової вартості електронних баз даних.

У договорі страхування за згодою сторін може встановлюватися ліміт відповідальності як на окремі види електронних баз, так і на окремі види ризиків, тобто максимальна сума страхового відшкодування за одним страховим випадком.

При визначенні розміру страхового платежу, який підлягає сплаті за договором страхування, страховик використовує розроблені ним базові страхові тарифи, що визначають розмір страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування, з урахуванням строку, об'єкта страхування і характеру страхового ризику

Страхові тарифи обчислюються страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Страховий тариф при страхуванні електронних баз визначають з урахуванням виду електронних даних та програм комп'ютерних систем, місцезнаходження, наявності спеціальної системи безпеки, обсягу необхідних попереджувальних заходів та інших суттєвих факторів, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

У період дії договору страхування страхувальник може внести зміни стосовно розмірів страхової суми. При збільшенні страхової суми величину доплати страхового платежу (D) розраховують за формулою (1) для кожного об'єкта страхування окремо. При цьому укладають додаткову угоду до договору, що є його невід'ємною частиною (адендум), з оплатою додаткового страхового платежу, розрахованого виходячи з повних місяців, які залишилися до кінця дії договору:

$$D = \frac{K_i (P_2 - P_1)}{T}, \quad (1)$$

де P_1 , P_2 — страхові платежі по первісній і кінцевій страховим сумам відповідно; K — кількість повних місяців, які залишилися до кінця дії договору страхування, при цьому неповний місяць приймається за повний; T — термін дії договору страхування в повних місяцях.

Термін дії договору страхування встановлюють за згодою страхувальника і страховика і, як правило, в повних календарних місяцях.

Договір страхування укладають на підставі таких документів:

- а) письмової заяви по формі, встановленій страховиком, або іншим чином, зручним для страхувальника, який виявив бажання укласти договір страхування;
- б) переліку та вартості електронних баз, носіїв електронних даних із зазначенням місця їх знаходження;
- в) переліку та вартості цінних паперів на електронних носіях, що використовуються страхувальником у своїй роботі і що знаходяться на збереженні в депозитарії або в самого страхувальника;
- г) копій угод по обслуговуванню клієнтів страхувальником або переліку угод по обслуговуванню клієнтів страхувальником з визначенням найменування, вартості робіт, товарів, послуг та строку їх виконання;
- г) інших документів, необхідних для формування уявлення про ступінь ризику, пов'язаного зі страхуванням електронних баз даних (умови експлуатації, характеристика приміщень, де знаходяться комп'ютерні системи, канали електронного, телексного зв'язку тощо).
- д) за необхідності — на підставі результатів огляду (експертизи) електронних баз даних та комп'ютерних систем страхувальника, що визначені в його заяві.

При огляді проводиться оцінка надійності систем фізичної безпеки і внутрішньої організації діяльності страхувальника. Експерти знайомляться із системою добору персоналу, організацією внутрішнього контролю за діями співробітників, методиками перевірки платіжних доручень, що надходять до страхувальника, цінних паперів, наявних коштів, наявності періодично обновлюваних дублікатів електронних баз у формі, що виключає несанкціонований доступ до них.

Укладаючи договір страхування, оформлюють довідку або опис з визначенням вартості електронних даних та програм комп'ютерних систем, яка засвідчується підписом керівника і головного бухгалтера, печаткою страхувальника.

8.5. Добровільне страхування майна підприємств, установ, організацій (крім вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ)

Об'єктом добровільного страхування майна підприємств, установ, організацій (крім вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ), є майнові інтереси, пов'язані зі збитками, що виникли

внаслідок страхового випадку з майном, яке належить підприємствам або одержане ними згідно з договорами майнових наймів (якщо не застраховане в наймодавця) або взяте в інших організаціях чи населення для переробки, ремонту, перевезення, на комісію, зберігання.

З підприємствами можуть бути укладені договори страхування частини майна (окремого об'єкта, транспортних засобів, машин, будівель, обладнання, товарно-матеріальних цінностей) за повною вартістю (вибіркове страхування), зокрема майна, переданого в оренду, експонатів виставок, страхування на час ведення експериментальних або дослідницьких робіт.

Договір страхування всього майна може бути укладений на балансову або договірну вартість або на певну її частину (процент). Якщо майно взяте на страхування на певну частину (процент), то всі об'єкти вважаються застрахованими на ту саму частину.

Договір страхування майна, одержаного підприємством за договором майнового найму або прийнятого ним від інших організацій і населення для переробки, ремонту, перевезення, на комісію або зберігання, укладається на повну вартість цього майна на підставі даних бухгалтерських звітів підприємств, яким належить це майно і документів про їх прийняття (з урахуванням зносу).

Основою для визначення суми відшкодування є дійсна вартість застрахованого майна на дату настання страхового випадку, яка визначається на основі нової вартості застрахованого предмета за вирахуванням зносу.

Дійсну вартість визначають'.

- для обладнання, машин, інвентаря, предметів домашнього вжитку й особистого користування — як суму, необхідну для придбання майна, яке є цілком аналогічним тому, що загинуло, за вирахуванням зносу згідно з даними бухгалтерської звітності;
- для будинків та споруд — як вартість будівництва будівлі, споруди в даній місцевості цілком аналогічної тій, що загинула, з врахуванням зносу й експлуатаційно-технічного стану знищеної або пошкодженої будівлі, споруди згідно з даними бухгалтерської звітності;
- для товарів, виготовлених страхувальником, як незавершених, так і готових, — як витрати виробництва, необхідні для нового виготовлення, знищених або пошкоджених предметів, але не вище ціни продажу;

— для товарів, якими страхувальник торгує, а також для сировини, закупленої страхувальником, — як вартість за ціною, необхідною для повторної їх закупівлі, але не вище цін, за якими вони могли бути продані на дату укладення договору страхування. Дійсна вартість розраховується з урахуванням цін, які діють на дату укладення договору страхування.

Якщо страхова сума, встановлена в договорі страхування, виявиться меншою від дійсної вартості застрахованого об'єкта на момент настання страхового випадку, сума збитку і витрати виплачуються пропорційно співвідношенню страхової суми і дійсної вартості застрахованого об'єкта. Відповідність страхової суми дійсній вартості встановлюється окремо для кожного застрахованого об'єкта або сукупності об'єктів, указаних у страховому полісі.

Якщо виявиться, що страхова сума значно перевищує дійсну вартість застрахованого об'єкта, як страховик, так і страхувальник може вимагати зниження страхової суми і відповідного перерахунку страхової премії. У всіх випадках виплата страхового відшкодування за збитками, враховуючи всі витрати, спрямовані на рятування майна, не повинна в цілому перевищувати страхову суму.

Страховою премією є плата за страхування, яку страхувальник повинен сплатити на користь страховика у відповідності до договору страхування. Її встановлює страховик у відповідності до тарифів, чинних на дату укладення договору страхування.

Після виплати страхового відшкодування страхова сума зменшується на величину виплаченого відшкодування. Зменшення страхової суми проводиться з дня настання страхового випадку. При відновленні або заміні пошкодженого або знищеного майна страхувальник має право за додаткову премію відновити початкову страхову суму.

Страховик відшкодовує страхувальнику розумні та доцільні витрати, які він зробив у випадку настання збитку з метою його запобігання або зменшення. Сума відшкодування за цими витратами не може разом із сумами відшкодування за пошкоджене або знищене майно перевищувати встановлену договором страхування страхову суму.

Страховим випадком визнають будь-яку подію, передбачену договором страхування, внаслідок якої виникає зобов'язання страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

Страхування майна підприємств від збитків (на вибір страхувальника) проводиться на випадок:

1. Пошкодження застрахованого майна внаслідок вибуху парових котлів, газосховищ, газопроводів, машин, апаратів та інших аналогічних пристроїв;
2. Пошкодження застрахованого майна водою внаслідок раптового псування водопровідних, каналізаційних, опалювальних систем і протипожежних (спринклерних) систем, а також раптового і не викликаного необхідністю вмикання останніх;
3. Крадіжки зі зломом, пограбування в межах місця страхування, пограбування при перевезенні до місця або з місця страхування застрахованого майна.
4. Пошкодження застрахованого майна внаслідок розбиття віконних шибок, дзеркал вітрин та аналогічних виробів зі скла;
5. Перерви у виробництві або втрати прибутку внаслідок страхового випадку.
6. Інших причин.

У всіх випадках не підлягають відшкодуванню збитки, які настали внаслідок:

- а) воєнних дій будь-якого виду, громадянської війни або її наслідків, народних заворушень, страйків, локаутів, конфіскації, реквізиції, арешту, знищення або пошкодження майна за розпорядженням військової або цивільної влади;
- б) дії ядерної енергії у будь-якій формі;
- в) наміру або грубої необережності страхувальника, третьої особи або його представників;
- г) бродіння, гниття або інших природних властивостей застрахованого майна;
- г) обвалу будівель або частини будівлі, якщо обвал не викликаний страховим випадком;
- д) зміни міри ризику (передача майна в оренду або в заставу, перехід майна іншій особі, зупинення виробництва або суттєві зміни його характеру, знос, перебудування, переобладнання будівель або споруд, пошкодження або знищення майна, незалежно від того, підлягає такий збиток відшкодуванню чи ні і т. д.);
- е) порушення норм безпеки (порушення встановлених законом або нормативними актами правил і норм протипожежної безпеки, охорони приміщень та цінностей, безпеки проведення робіт або інші аналогічні норми, чи якщо такі порушення відбуваються з відома страхувальника).

Якщо це окремо не обумовлено договором страхування, страховик не виплачує відшкодування за збитками, які виникли внаслідок:

- перерви у виробництві і торгівлі;
- втрати надходження орендної або квартирної плати;
- втрати прибутку;
- розчищення території і знесення будівель;
- інші побічні збитки (наприклад, упущена вигода), хоча вони були викликані страховим випадком.

Якщо це окремо не обумовлено договором страхування, страхування не поширюється на:

- українську та іноземну валюту (готівку);
- акції, облігації та інші цінні папери;
- рукописи, плани, креслення та інші документи, бухгалтерські і ділові книги;
- моделі, макети, взірці, форми і т. д.;
- коштовні метали та коштовне каміння;
- технічні носії інформації комп'ютерних і аналогічних систем, а саме магнітні плівки і касети, магнітні диски, блоки пам'яті і т.д.;
- марки, монети, грошові знаки і бони, схеми, малюнки, картини, скульптури або інші колекції чи твори мистецтва;
- вибухові речовини;
- майно, яке знаходиться в застрахованому приміщенні, але не належить страхувальнику;
- товари на зберіганні або комісії;
- засоби транспорту, пересувні будівельні, сільськогосподарські або інші машини.

Страхування перерахованих вище предметів може бути укладено окремо за згодою сторін і має бути оформлено спеціальними доповненнями до страхового полісу.

Якщо однією з причин пошкодження або загибелі застрахованих будівель і споруд, а також майна, яке знаходиться в них, стала їх старість, довготермінова експлуатація, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в тій мірі, в якій старість або довготермінова експлуатація застрахованих будинків і споруд вплинула на розмір збитку. Якщо страхувальник доведе, що старість або довготермінова експлуатація будівель не вплинула на розмір збитку, обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування зберігається.

Якщо це не обумовлено договором страхування, не виплачується відшкодування за збитками, які виникли внаслідок пошкодження або знищення закріплених на зовнішній стороні застрахованих будинків і споруд предметів, таких як щогли, антени, відкриті електропроводи, світлові рекламні пристрої, плакатні щити, захисні дашки або навіси вітрин і т. д.

Будівлі і споруди, звільнені для капітального ремонту або з інших причин на довгий строк особами, які використовували їх за прямим призначенням, на страхування не приймають.

Страхувальник зобов'язаний терміново повідомити страховика про звільнення застрахованих будинків і споруд для проведення капітального ремонту або у зв'язку з іншими причинами на термін більше 60-ти днів. Страховик має право призупинити дію договору страхування на цей період.

Майно вважається застрахованим на території України і тільки у тих приміщеннях, які вказані в договорі страхування. Якщо застраховане майно вилучається з місця страхування, страховий захист припиняється.

Договори страхування майна підприємств, установ та організацій можуть бути укладені строком від 1 до 11 місяців, на один рік, або більший строк.

Договір страхування укладають на підставі письмової заяви страхувальника. Заява має містити всі необхідні відомості про заявлені на страхування об'єкти і предмети. На підставі даних бухгалтерського обліку і звітності страхувальник зазначає в довідці-розрахунку встановленої форми вартість майна, яке підлягає страхуванню. Якщо страхування вибіркове, до договору страхування додається опис майна, яке приймається під страховий захист.

Майно вважають застрахованим, якщо між страховиком і страхувальником укладено двосторонній договір, який оформляють у двох примірниках за встановленою формою, і на розрахунковий рахунок страховика надійшов перший внесок премії. Страхова премія за договором страхування, укладеним на один рік, може бути сплачена одноразово у розмірі річної суми премії, або у два терміни: кожний внесок має становити не менше 50% від річної суми премії, в окремих випадках може передбачатись інший порядок.

Якщо договором страхування не передбачено інше, страхувальник зобов'язаний сплатити перший внесок премії після

підписання договору страхування, а наступний внесок — не пізніше, ніж через чотири місяці після часу, вказаного в договорі, якщо інший порядок не обумовлений договором страхування.

У разі укладення договору страхування на термін, менший одного року, премію обчислюють у розмірі 1/12 частини премії за кожний місяць дії договору, якщо інше не передбачено тарифами страхування.

Договір страхування, укладений на термін менше одного року, набуває чинності наступного дня після того, як внесено всю суму нарахованої премії. За майно, яке вибуло під час дії договору, страхову премію не повертають.

Відповідальність страховика за договором страхування закінчується у вказаний у страховому полісі термін.

Розмір збитку визначає страховик на основі даних огляду і дійсної вартості пошкодженого майна, страхових сум та інших документів, які підтверджують розмір збитку.

Страхове відшкодування виплачують:

- при повній загибелі майна — у розмірі його дійсної вартості, за вирахуванням вартості залишків, але не більше страхової суми;
- при частковому пошкодженні майна — у розмірі витрат на відновлення.

У витрати на відновлення включають:

- витрати на матеріали і запасні частини для ремонту;
- витрати на оплату робіт по ремонту;
- витрати за постачання матеріалів до місця ремонту та інші витрати, необхідні для відновлення застрахованого майна до того стану, в якому воно знаходилося безпосередньо перед настанням страхового випадку.

У витрати на відновлення не включають:

- додаткові витрати, спричинені зміною або покращенням застрахованого об'єкта;
- витрати, спричинені результатами тимчасового або допоміжного ремонту або відновленням;
- витрати, які не є необхідністю.

Із суми відновлювальних витрат проводяться вирахування на знос заміненних у процесі ремонту частин, вузлів, агрегатів і деталей. Розмір відрахувань визначається на основі дійсної вартості цих частин на день настання страхового випадку і їх нової вартості.

Повна загибель має місце, якщо витрати на відновлення з врахуванням зносу разом з залишковою вартістю перевищують дійсну вартість застрахованого майна.

Застраховане майно вважається пошкодженим або частково знищеним, якщо витрати на відновлення разом з залишковою вартістю не перевищують дійсну вартість пошкодженого майна безпосередньо перед настанням страхового випадку.

8.6. Добровільне страхування будівель, що належать громадянам

Об'єктом страхування є майнові інтереси громадян, пов'язані зі збитками, що виникли внаслідок страхового випадку з будівлями, що належать громадянам на правах приватної власності (житлові будинки, дачі, господарські будівлі, гаражі, погребі, сараї), ті, що збудовані на постійному місці, мають стіни і дах, будівлі, зведення яких ще не завершено, окремі конструктивні елементи.

За бажанням страхувальника будівлі можуть бути застраховані на договірну страхову суму.

Основою для визначення суми відшкодування є дійсна вартість застрахованої будівлі на дату настання страхового випадку, яка визначається на основі нової вартості застрахованої будівлі за вирахуванням зносу. Дійсна вартість визначається як вартість спорудження будівлі в даній місцевості, цілком аналогічної тій, що пошкоджена, зі врахуванням зносу й експлуатаційно-технічного стану знищеної або пошкодженої будівлі відповідно до наявних розрахунків.

Страхування будівель (на вибір страхувальника) проводять на випадок знищення або пошкодження їх унаслідок:

- вогневих ризиків — пожежі, удару блискавки, вибуху газу, який використовується для побутових потреб;
- стихійних лих — землетрусу, зсуву, обвалу, бурі, урагану, паводку, граду, зливи, осідання ґрунту, виверження вулкану, дії підземного вогню, каменепаду, смерчу, цунамі, затоплення, незвичайних для даної місцевості довготривалих дощів і сильного снігопаду та інших стихійних лих;
- знищення або пошкодження внаслідок раптової аварії опалювальної, водопровідної та каналізаційної системи;
- неправомірних дій третіх осіб.

Під пожежею слід розуміти виникнення вогню, здатного самостійно поширюватися за межі поза місць, спеціально призначених

для його розведення і підтримання. Збитки від пошкодження вогнем, спричинені не пожежею, а нанесені застрахованій будівлі внаслідок обробки вогнем, теплом чи іншим термічним впливом, не покриваються страхуванням і відшкодуванню не підлягають.

Збитки від землетрусу відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо страхувальник доведе, що при проектуванні, будівництві та експлуатації застрахованих будівель і споруд були враховані сейсмологічні умови місцевості, в якій знаходяться ці будівлі і споруди.

Збитки від зсуву, осідання або іншого руху ґрунту відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо вони не виникли внаслідок проведення вибухових робіт, вибирання ґрунту з котлованів або кар'єрів, закиданням порожнин або проведенням земленасипних робіт, а також видобуванням або розробленням родовищ твердих, рідких або газоподібних природних копалин.

Збитки від бурі, вихору, урагану, смерчу або іншого руху повітряних мас, яке викликано процесами в атмосфері, відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо швидкість вітру, який наніс збиток, перевищувала 60 км/год. Швидкість вітру підтверджується довідками відповідних установ Гідрометеоцентру.

Збитки від раптової аварії опалювальної, водопровідної та каналізаційної системи відшкодовуються тільки в тому випадку, якщо це не є наслідком ремонту або реконструкції застрахованих будівель, монтажу, демонтажу, ремонту або зміни конструкції самої опалювальної, водопровідної та каналізаційної системи, будівельних дефектів або дефектів самих систем, про які було відомо, або повинно було бути відомо страхувальнику до настання збитку, або з причин, які є наслідком природного зносу, корозії або іржі вказаних систем.

У всіх випадках не підлягають відшкодуванню збитки, які виникли внаслідок:

- воєнних дій усякого виду, громадянської війни або її наслідків, народних заворушень, страйків, локаутів, конфіскації, реквізиції, арешту, знищення або пошкодження майна за розпорядженням військової або цивільної влади;
- дії ядерної енергії у будь-якій формі;
- наміру або грубої необережності страхувальника, третьої особи або його представників;
- samozапалювання, гниття або інших природних властивостей застрахованих будівель;

- обвалу будівель або частини будівлі, якщо обвал не викликаний страховим випадком;
- крадіжки або розкрадання елементів будівлі під час або безпосередньо після страхового випадку;
- зміни міри ризику (передача будівлі в оренду або в заставу, перехід будівлі до іншої особи, знос, перебудування, переобладнання будівель і т. д.);
- порушення норм безпеки (порушення встановлених законом або нормативними актами правил і норм протипожежної безпеки, охорони приміщень, безпеки проведення робіт або інших аналогічних норм, чи якщо такі порушення відбуваються з відома страхувальника).

Не приймають на страхування:

- аварійні будівлі, що підлягають знесенню;
- будівлі, що знаходяться у зоні, якій загрожують обвали, зсуви, повені або інші стихійні лиха, — з моменту оголошення у встановленому порядку такої загрози або складання місцевими органами відповідного документа, що підтверджує факт загрози.

Такі будівлі можуть бути прийняті на страхування лише у випадках, коли договір страхування укладається на новий термін, до закінчення терміну попереднього договору, а страхова сума не перевищує суми, зазначеної в попередньому договорі.

Якщо однією з причин пошкодження або загибелі застрахованих будівель стала їх ветхість, довготермінова експлуатація, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в тій мірі, в якій ветхість або довготермінова експлуатація застрахованих будинків і споруд вплинула на розмір збитку. Якщо страхувальник доведе, що ветхість або довготермінова експлуатація будівель не вплинула на розмір збитку, обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування зберігається.

Будівлі, звільнені для капітального ремонту або з інших причин на довгий строк особами, які використовували їх за прямим призначенням, на страхування не приймаються.

Страховальник зобов'язаний терміново повідомити страховика про звільнення застрахованих будівель для проведення капітального ремонту або у зв'язку з іншими причинами на термін більше 60-ти днів. Страховик має право призупинити дію договору страхування на цей період.

Договори страхування, укладені після страхового випадку, вважаються недійсними з моменту укладення.

Будівлі вважаються застрахованими на території України.

Договори укладаються терміном на один рік. Договір може бути укладений як на всі будівлі, що знаходяться на відведеній страхувальнику земельній ділянці, так і на окремі з них, а також на окремі конструктивні елементи із зазначенням страхової суми на кожну будівлю (елемент).

При отриманні повідомлення про настання страхового випадку страховик вживає заходів щодо оформлення всіх необхідних документів та своєчасної виплати страхового відшкодування.

Для підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру відшкодування страховику повинні бути пред'явлені страхувальником наступні документи:

- заява про настання страхового випадку;
- страховий поліс;
- довідки з відповідних органів;
- інші документи, що підтверджують настання страхового випадку;
- опис пошкоджень елементів будівлі та залишків її;
- кошторис на ремонтні роботи;
- висновки експертів про непридатність будівель.

Страховик має право вимагати у страхувальника надання інших необхідних документів, розгляд яких, на думку страховика, є умовою для відшкодування збитку.

За наявності всіх необхідних документів після повної їх перевірки рішення про виплату страхового відшкодування приймається страховиком протягом двох робочих днів.

Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування приймає страховик у 15-денний термін та повідомляє страхувальника у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Виплата страхового відшкодування проводиться протягом 15-ти робочих днів з дня прийняття рішення про його виплату, при великих розмірах виплати вона може здійснюватися по частинах за згодою сторін.

Розмір збитку визначає страховик на основі даних огляду і дійсної вартості пошкодженої будівлі, страхових сум та інших документів, які підтверджують розмір збитку.

Страхове відшкодування виплачують:

- а) при повній загибелі будівлі — у розмірі його дійсної вартості, за вирахуванням вартості залишків, але не більше страхової суми;

б) при частковому пошкодженні будівлі — у розмірі витрат на відновлення.

У витрати на відновлення включаються:

- витрати на матеріали і запасні частини для ремонту;
- витрати на оплату робіт по ремонту;
- витрати на постачання матеріалів до місця ремонту та інші витрати, необхідні для відновлення застрахованої будівлі до того стану, в якому вона знаходилася безпосередньо перед настанням страхового випадку.

У витрати на відновлення не включають:

- додаткові витрати, спричинені зміною або покращенням застрахованого об'єкта;
- витрати, спричинені результатами тимчасового або допоміжного ремонту, або відновленням;
- витрати, які не є необхідністю.

Із суми відновлювальних витрат проводяться вирахування на знос заміненних у процесі ремонту частин.

Розмір вирахувань визначається на основі дійсної вартості цих частин на день настання страхового випадку і їх нової вартості.

Повна загибель має місце, якщо витрати на відновлення з урахуванням зносу разом із залишковою вартістю перевищують дійсну вартість застрахованої будівлі.

Застраховані будівлі вважаються пошкодженими або частково знищеними, якщо витрати на відновлення разом із залишковою вартістю не перевищують дійсну вартість пошкодженого майна безпосередньо перед настанням страхового випадку.

Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування у випадку:

- а) якщо є сумніви в правомірності страхувальника на отримання страхового відшкодування — до надання необхідних доказів;
- б) якщо відповідними органами внутрішніх справ порушена кримінальна справа проти страхувальника або його уповноважених осіб і ведеться розслідування обставин, які спричинили настання збитку — до закінчення розслідування;
- в) якщо страховий випадок відбувається більше одного разу за страховий період.

Страховальник не має права відмовитися від залишків будівель, які залишилися після страхового випадку, хоч і пошкоджених.

Залишкова вартість таких будівель належить вирахуванню з суми страхового відшкодування.

Якщо страхувальник або вигодонабувач отримав відшкодування за збиток від третьої особи, то страховик сплачує лише різницю між сумою, належною до оплати згідно з правилами страхування, і сумою, отриманою від третіх осіб. Страхувальник зобов'язаний негайно повідомити страховика про отримання таких сум.

Якщо в момент настання страхового випадку у страхувальника відносно застрахованих у страховика будівель діяли також інші договори страхування, відшкодування за збиток розподіляється пропорційно співвідношенню страхових сум, на які будівлі застраховані кожним страховиком, а страховик виплачує відшкодування лише у частині, яка припадає на його частку.

Страховальник або вигодонабувач зобов'язаний повернути страховику отримане страхове відшкодування або його відповідну частку, якщо протягом передбачених законом термінів позовної давності виявляться такі обставини, які за законом або відповідно до правил страхування у повній мірі або частково позбавляють страхувальника або вигодонабувача права на страхове відшкодування.

8.7. Добровільне страхування майна сільськогосподарських підприємств і фермерів

Об'єктом страхування є майнові інтереси, пов'язані зі збитками, що виникли внаслідок страхового випадку. Страховим випадком визнають будь-яку подію, передбачену договором страхування, внаслідок якої виникає зобов'язання страховика виплатити страхове відшкодування.

На страхування приймають:

- урожай сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень (крім урожаю природних сінокосів та пасовищ);
- дерева та куші плодово-ягідних та інших багаторічних дерево-кущових насаджень;
- свині, хутрові звірі та кролі у віці від 4 місяців, домашня птиця яйценосних порід — у віці від 5 місяців (птиця на птахофабриках, що спеціалізуються на виробництві бройлерів — у віці від 1 місяця); велика рогата худоба, вівці, кози — у віці від 6 місяців; коні, верблюди, віслиюки, мули та олені — у віці від 1 року, а також сім'ї бджіл (у вуликах);

- будівлі, споруди, сільськогосподарська техніка, транспортні засоби, ловецькі судна, обладнання, продукція, товари та інше майно.

На страхування не приймається:

- урожай сільськогосподарської культури, яку господарство (фермер) висівало три-п'ять років, але жодного року не отримало врожаю;
- урожай багаторічних насаджень плодоносного віку, коли господарство (фермер) протягом п'яти років, що передують укладенню договору страхування, не отримало урожай цих насаджень;
- багаторічні насадження, знос яких складає 70% і більше, що знаходяться в садах з розрідженістю 70% і більше процентів, які підлягають списанню з балансу у зв'язку з плановою реконструкцією і розкорчовуванням, природним відмиранням, псуванням, пошкоджені хворобами рослин (філоксера, чорний рак тощо);
- ділова деревина і дрова на лісосіках і під час сплаву;
- документи, готівкові гроші та цінні папери.

Договір страхування може бути укладений:

- при страхуванні врожаю сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень — у певній частці, але не більше 70% від вартості. Вартість врожаю сільськогосподарських культур визначається виходячи із середньої урожайності за останні 5 років на 1 га і відповідної ціни в розрахунку на площу, з якої заплановано отримання врожаю. На вибір господарства (фермера) середня урожайність також може бути визначена виходячи з трьох кращих по урожайності років із п'яти останніх років або з планової урожайності. У будь-якому випадку, при визначенні урожайності ставки повинні бути диференційовані.
- при страхуванні тварин — у певній частці, але не більше 80% від вартості. Вартість тварин визначається: для господарств — відповідно до їх балансової вартості; для фермерів — відповідно до оцінки таких тварин у господарствах на перше число місяця, в якому подана заява на страхування. У випадку, коли окремі господарства або фермери спеціалізуються на вирощуванні чи відгодівлі даного виду тварин, вартість їх визначається, виходячи із середнього поголів'я;

- при страхуванні багаторічних насаджень — на балансову вартість або на певну її частку (процент). При цьому вартість багаторічних насаджень у плодоносному віці визначається за вирахуванням зносу;
- при страхуванні будівель, споруд та іншого майна — на балансову, договірну вартість або на певну її частку (процент).

При страхуванні основних та оборотних засобів на повну вартість вони вважаються застрахованими в наступному розмірі:

- для обладнання, машин, інвентаря — на вартість, необхідну для придбання цих предметів, які є цілком аналогічними тим, що загинули, за вирахуванням зносу згідно з даними бухгалтерської звітності;
- для будинків та споруд — на вартість зведення будівлі в даній місцевості, цілком аналогічної тій, що загинула, з урахуванням зносу й експлуатаційно-технічного стану знищеної або пошкодженої будівлі, споруди згідно з даними бухгалтерської звітності;
- для товарно-матеріальних цінностей, як незавершених, так і готових, які виготовлені страхувальником, крім сільськогосподарської продукції, — на вартість виробництва, необхідну для нового виготовлення знищених або пошкоджених предметів, але не вище ціни продажу;
- для сільськогосподарської продукції власного виробництва — на фактичну собівартість, але не вище вартості за державними закупівельними цінами;
- для товарно-матеріальних цінностей, які страхувальник придбав, крім сільськогосподарської продукції — на вартість, необхідну для повторної їх закупівлі, але не вище вартості, за якою вони могли бути продані на дату укладення договору страхування.
- для заготовленої та закупленої сільськогосподарської продукції та сировини — не вище вартості по закупівельних цінах зі встановленими накладними витратами;
- для об'єктів у стадії незавершеного будівництва — у розмірі фактично здійснених матеріальних та трудових затрат до моменту страхового випадку, виходячи із затверджених норм та розцінок на будівельні роботи;
- для продукції (крім сільськогосподарської) у процесі виробництва або переробки — у розмірі вартості затраченої сировини, матеріалів та праці, здійснених на момент страхового

випадку, виходячи із затверджених цін, норм та розцінок для даного виду робіт.

Вартість основних та оборотних засобів розраховується з урахуванням цін, які діють на дату укладення договору страхування.

Якщо страхова сума, встановлена в договорі страхування, виявиться меншою вартості застрахованого об'єкта на момент настання страхового випадку, сума збитку і витрати відшкодовуються пропорційно співвідношенню страхової суми і дійсної вартості застрахованого об'єкта. Відповідність страхової суми дійсній вартості встановлюється окремо для кожного застрахованого об'єкта, або сукупності об'єктів, вказаних у страховому полісі.

Страхування врожаю сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень проводиться на випадок їх загибелі або пошкодження внаслідок засухи, недостатньої кількості тепла, надмірного зволоження, вимокання, випрівання, заморозків, вимерзання, граду, зливи, бурі, урагану, повені, селя, поводдя або маловоддя в джерелах зрошення і внаслідок інших незвичних для даної місцевості метеорологічних або інших природних явищ, а також від хвороб, шкідників рослин, пожежі, знищення дикими тваринами, перелітними птахами та гризунами. Крім того, страхування урожаю сільськогосподарських культур, що вирощуються в закритому ґрунті, проводиться на випадок їх загибелі чи пошкодження внаслідок припинення подачі електроенергії, яке викликане стихійними лихами, аваріями та пожежами.

Страхування плодово-ягідних, технічних, лісозахисних та інших багаторічних дерево-кущових насаджень проводиться на випадок їх повної (100%) загибелі всіх або частини дерев (кущів) цих насаджень унаслідок засухи, морозів, незвичних для даної місцевості сильних снігопадів, повені, бурі, урагану, зливи, граду, обвалу, зсуву, вибуху, аварії, дії підґрунтових вод, селя, землетрусу, просадки ґрунту, пожежі, хвороб та шкідників тварин.

При цьому до повної загибелі належать такі випадки:

- у дерев або кущів відмирають підземна та надземна частини;
- крона (лоза) або коренева система пошкоджуються настільки сильно, що ці насадження підлягають викорчовуванню;
- пошкоджена підземна частина кореневласних і привитих виноградних кущів, а також деяких цитрусових і субтропічних культур при збереженні їх кореневої системи обрізується на зворотній ріст.

Страхування тварин проводиться на випадок:

— їх загибелі (падежу, вимушеного забою або знищення) внаслідок хвороб, пожежі і таких стихійних лих — удару блискавки, дії електричного струму, вибуху, сонячного або теплового удару, бурі, бурана, граду, землетрусу, зливи, повені, обвалу, селя, урагану, внаслідок задушення (асфікції), нападу звірів і бродячих собак, замерзання (переохолодження організму, в тому числі через зливу, незвичний снігопад), отруєння отруйними травами або речовинами, укусу змії або отруйних комах, а також якщо тварина втонула, попала під транспорт, впала в ущелину або загинула від інших травматичних пошкоджень тощо. Страхування тварин проводиться також і на випадок вимушеного забою (знищення), якщо він проведений за розпорядженням спеціаліста ветеринарної служби з причин, передбачених умовами страхування, або у зв'язку із заходами по боротьбі з інфекційними тваринами.

— їх крадіжки.

Страхування будівель, споруд та іншого майна (крім ловецьких та інших суден та знарядь лову, що знаходяться в експлуатації) проводиться на випадок:

— загибелі або пошкодження внаслідок пожежі, удару блискавки, вибуху, повені, землетрусу, цунамі, просадки ґрунту, бурі, урагану, зливи, граду, зсуву, обвалу, снігопадів і морозів; припинення подачі електроенергії, викликаної пожежею, стихійними лихами й аваріями; селя, дії підґрунтових вод, затоплення; аварій, у тому числі аварій засобів транспорту, опалювальної системи, водопровідних і каналізаційних мереж, а також на той випадок, коли у зв'язку з пожежею або при раптовій загрозі стихійного лиха їх необхідно було розібрати або перенести на нове місце;

— крадіжки зі зламом (пограбування) та викрадення засобів транспорту, а також знищення або пошкодження їх унаслідок зумисних неправомірних дій третіх осіб.

Ловецькі та інші судна та знаряддя лову, що знаходяться в експлуатації, підлягають страхуванню на випадок їх загибелі або пошкодження внаслідок бурі, урагану, шторма, цунамі, туману, повені, пожежі, удару блискавки, вибуху, аварії судна, пошкодження льодом та іншими предметами, а також на випадок пропажі суден безвісті або посадки їх на мілину.

Страхування засобів транспорту, пересувних будівельних, сільськогосподарських або інших машин може бути укладено окремо за згодою сторін і має бути оформлено спеціальними доповненнями до страхового полісу.

Не може бути укладений договір страхування, якщо тварина хвора, виснажена, перебуває в допологовому або післяпологовому стані, а також якщо внаслідок обстеження тварин на бруцельоз або туберкульоз встановлено позитивну реакцію.

Якщо однією з причин пошкодження або загибелі застрахованих тварин стала їх старість, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в тій мірі, в якій старість вплинула на розмір збитку. Якщо страхувальник доведе, що старість тварин не вплинула на розмір збитку, обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування зберігається.

Збитки від пошкодження застрахованого майна водою, якщо це не викликано безпосередньо одним зі страхових ризиків, не підлягають відшкодуванню. Це такі збитки, які виникли внаслідок пошкодження майна талою, дощовою, водогінною водою, через протікання даху і т. д. Не підлягають відшкодуванню збитки, які виникли внаслідок проникнення в застраховані приміщення дощу, снігу, граду або бруду через незачинені вікна, двері або інші отвори в будівлях, якщо ці отвори не виникли внаслідок бурі, вихору, урагану або смерчу. Якщо однією з причин пошкодження або загибелі застрахованих будівель і споруд, а також майна, яке знаходиться в них, стала їх ветхість, довготермінова експлуатація, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в тій мірі, в якій це вплинуло на розмір збитку. Якщо страхувальник доведе, що ветхість або довготермінова експлуатація будівель не вплинула на розмір збитку, обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування зберігається.

Договір страхування укладають терміном на один рік або інший строк за згодою сторін.

Договір страхування, укладений на 1 рік, набирає чинності наступного дня після сплати не менше 50% нарахованої на рік суми страхових платежів. Договір страхування, укладений на строк менше року, набирає чинності з наступного дня після сплати всієї суми нарахованих страхових платежів. Якщо сплата платежів проводиться шляхом безготівкового розрахунку, то договір набирає чинності наступного дня після надходження страхової премії на рахунок страховика.

Договір страхування майна, тварин, а також багаторічних насаджень (дерев, кущів), за яким виплачено страхове відшкодування, зберігає чинність до кінця вказаного в ньому строку в розмірі різниці між страховою сумою, обумовленою договором і сумою виплаченого страхового відшкодування. Якщо страхове відшкодування виплачене в розмірі повної страхової суми, то дія договору припиняється, про що повідомляється страхувальник. На майно та тварин, придбаних взамін тих, що загинули, укладається новий договір.

Якщо за договорами страхування, укладеними на один рік, до встановленого першого строку сплати надійде менше 50% річної суми платежів, а за договором, укладеним на менший термін, буде внесено одноразово менше 100% суми платежів, то такі договори вважаються такими, що не відбулися.

Якщо до другого терміну сплати відстрочені платежі внесені не повністю, то страхове відшкодування при загибелі або пошкодженні застрахованого майна, тварин, сільськогосподарських культур та багаторічних насаджень виплачуються в такому процентному співвідношенні від розміру виплати, який становить сума внесених платежів до загальної їх суми, нарахованої в цілому за договором страхування. У тому випадку, якщо їх загибель або пошкодження сталися до закінчення встановленого строку сплати відстрочених платежів, виплата страхового відшкодування проводиться на умовах, встановлених у договорі страхування, а з належної страхувальнику суми утримуються платежі за другий термін сплати.

Договори страхування укладає страховик на підставі письмової заяви страхувальника, складеної в двох екземплярах встановленого зразка. Перший екземпляр залишається у страховика, а другий не пізніше, ніж п'ять днів після отримання заяви на добровільне страхування повертається страхувальнику із вказанням суми нарахованих страхових платежів та строків їх сплати.

Договір страхування урожаю сільськогосподарських культур може бути укладений на одну будь-яку культуру або декілька культур з відшкодуванням збитку по кожній культурі.

Якщо страхувальник вирощує декілька культур, що дають однорідну продукцію (зерно, овочі, квіти тощо), то за його бажанням урожай цих культур може бути застрахований також у цілому по групі.

Договір страхування урожаю сільськогосподарських культур укладається на всю площу посіву (посадки) сільськогосподарської

8. Майнове страхування

культури, передбачену планом страхувальника, а якщо на момент укладення договору плану ще немає, то на площі посіву, що передбачається. Страхування врожаю багаторічних культур (багаторічні засівні трави тощо) посіву (посадки) минулих років проводиться, виходячи зі всієї фактичної площі посіву (посадки) цих культур, за винятком площі на випас, а багаторічних насаджень — із площі плодоносних насаджень, у тому числі тих, що вступають у плодоносний вік у тому році, на який укладається договір страхування.

Договори страхування урожаю сільськогосподарських культур укладаються не пізніше календарних строків, встановлених страховиком. По багаторічних насадженнях договір укладається до виходу їх у зиму (припинення вегетації).

У тому випадку, якщо до початку посіву культури планова посівна площа змінюється в бік збільшення, господарство має право укласти додатковий договір у розрахунку на площу, визначену як різниця між запланованою площею культури і застрахованою за основним договором. Додатковий договір повинен бути укладений не пізніше строків, установлених для прийому на страхування відповідної культури. Якщо пересів здійснений на площі культури, що загинула (пошкоджена), яка є застрахована, додатковий договір на площу пересіву не укладається. Страховик несе відповідальність за вказану площу за договором страхування спочатку посіяної культури з урахуванням вартості отриманого урожаю новопосіяної культури.

Договір страхування багаторічних насаджень може бути укладений на всі насадження або окремі їх групи, але за умови страхування всіх насаджень даної групи (насінневі, кісткові тощо). Договори укладаються не пізніше строків, установлених для прийому цих насаджень на страхування.

Договір страхування тварин може бути укладений за умови страхування всіх наявних у господарстві або у фермера тварин, що досягли обумовленого в угоді віку й оформляється окремо від договору страхування інших видів майна.

Договір страхування будівель, транспортних засобів, обладнання, продукції та іншого майна може бути укладений як на все майно, так і на окремі його групи (окремі об'єкти, види майна).

Договір страхування укладається строком на один рік зі щорічним перерахунком вартості майна, урожаю сільськогосподарських культур і тварин.

Зі страхувальниками, діяльність яких носить сезонний характер, договір укладається також і на строк від трьох місяців до одного року (короткотерміновий договір).

Якщо при відновленні договору на страхування додатково приймаються інші види майна, тварин, сільгоспкультур, багаторічних насаджень, то на них окремо оформляється договір як початковий.

Господарствам та фермерам, що страхували майно, тварин та багаторічні насадження (дерева, куші) даного виду на повну вартість не менше трьох років без перерви, надається місячний пільговий термін для укладення нового договору. Новий договір оформляється та платежі нараховуються з моменту закінчення попереднього договору. Якщо протягом пільгового терміну станеться страхова подія, а новий договір не буде укладений, то виплата проводиться, виходячи з умов, установлених за останнім договором страхування даного виду майна, без утримання страхових платежів.

Страхувальник, який упродовж трьох та більше попередніх років поспіль укладав без перерви договір страхування всього майна або сільськогосподарських культур, тварин та багаторічних насаджень на повну вартість і не отримував за них страхового відшкодування, має право на отримання пільги в розмірі 30% з платежів при укладенні договору страхування за конкретним видом майна на новий термін. У випадку реорганізації (злиття, розділення та ін.) страхувальник втрачає право на отримання пільги.

За договором, укладеним на один рік та на невизначений термін, платежі сплачуються готівкою або шляхом безготівкового розрахунку одноразово (в розмірі річної суми платежів) або у два терміни: перший внесок не менше 50% від суми нарахованих на рік платежів — не пізніше 10-ти днів після отримання від страховика другого екземпляру заяви на страхування; а решта суми — не пізніше трьох місяців після набрання договором чинності.

По сільськогосподарських культурах:

Платежі за договорами страхування урожаю ярових культур сплачуються одноразово або в декілька строків, але не пізніше календарного строку, встановленого для прийому на страхування урожаю сільськогосподарських культур за даним договором.

Платежі по страхуванню врожаю озимих культур, дворічних та багаторічних культур, підзимових посівів ярових культур, уро-

жаю багаторічних насаджень, а також дерев та кущів цих насаджень повинні сплачуватися не пізніше календарного строку, встановленого для прийому на страхування урожаю вказаних сільськогосподарських культур.

Якщо за даним договором на страхування приймається урожай озимих та ярових культур під урожай наступного року, то сплата платежів проводиться в такому ж порядку, як по страхуванню озимих культур.

По майну та тваринах:

При страхуванні майна та тварин на термін до дев'яти місяців платежі нараховуються за кожен місяць у розмірі 10% річної суми, а при страхуванні на 10-11 місяців — у розмірі річної суми. Страхові платежі повинні бути сплачені одноразово протягом 10-ти днів після отримання другого екземпляра заяви про страхування.

Розмір збитку визначає страховик на основі даних огляду і дійсної вартості об'єкта страхування, страхових сум та інших документів, які підтверджують розмір збитку.

Збиток розраховують таким чином:

По сільськогосподарських культурах:

- Збиток сільськогосподарського підприємства визначається, виходячи з вартості кількісних втрат урожаю основної продукції застрахованої культури (групи культур) на всю площу посіву (посадки) в господарстві, вирахованої за різницею між вартістю урожаю на 1 га, прийнятої при укладенні договору страхування, і фактично отриманого урожаю даного року. Розмір збитку визначається окремо кожною культурою або в цілому по групі культур, залежно від того, як вони були прийняті на страхування при укладенні договору. При цьому вартість фактично отриманого врожаю вираховується за цінами, які були прийняті в розрахунок при укладенні договору страхування.
- Розмір збитку у випадку пересіву або підсіву сільськогосподарських культур визначається по застрахованій культурі з урахуванням середньої вартості затрат на пересів (підсів) і вартості фактично отриманого врожаю наново посіяної або підсіяної культури.
- Середня вартість затрат на пересів та підсів культур у гривнях на 1 га визначається страховиком за встановленими нормами, виходячи з вартості робіт, що проводяться

при пересіві (підсіві) та вартості насіння наново посіяних культур.

- Коли посів (посадка) будь-якої пошкодженої культури проведений на площі більшій, ніж було застраховано, то розмір збитку вираховується в розрахунку на всю фактичну площу посіву даної культури. Страхове відшкодування визначається, виходячи з вирахованої суми збитку в такому процентному співвідношенні від встановленого розміру виплати, яке становить площа культури, вказана в договорі страхування до фактично засіяної.
- Якщо платежі за договором страхування були внесені повністю у встановлений термін, а при складанні акта виявиться, що посів (посадка) пошкодженої культури проведений на площі, меншій, ніж було застраховано, то надлишки платежів підлягають поверненню одночасно з виплатою страхового відшкодування.

По багаторічних насадженнях:

Розмір збитку за багаторічні насадження, що загинули, визначається, виходячи з їх балансової вартості (за мінусом зносу) та вартості залишків.

По тваринах:

- Розмір збитку за тварин, що загинули, визначається, виходячи з їх вартості на перше число місяця, в якому сталася їхня загибель, а за вимушений забій — з урахуванням вартості реалізованого м'яса (придатного до їжі) та шкурок хутрових звірів та кролів.
- Висновки про причини захворювання та падежу, вимушеного забою або знищення тварин дають спеціалісти ветеринарної служби.

Страхове відшкодування виплачується за актами про загибель тварин без висновку спеціаліста ветеринарної служби, якщо достовірно встановлена загибель тварин від пожежі, стихійних лих та нещасних випадків.

По майну:

- У випадку повного знищення майна, що входить до складу основних засобів, розмір збитку визначається шляхом вирахування з його вартості суми зносу, додавання вартості затрат по рятуванню майна і приведенню його до ладу після лиха і вирахування вартості залишків. А при пошкодженні такого майна розмір збитку визначається, виходячи з

вартості його відновлення (ремонту), включаючи затрати по рятуванню майна і приведенню його до ладу після лиха і вирахування вартості залишків.

- Страхове відшкодування за сільськогосподарські культури, тварин, багаторічні насадження, будівлі, обладнання та інше майно, що загинуло, вираховується в такому процентному співвідношенні від суми збитку, в якому вказане майно було застраховане, але не більше страхової суми.
- Якщо перевіркою буде встановлено, що при укладенні договорів страхування вартість тварин, будівель та іншого майна в заяві на добровільне страхування була показаною нижче фактичної суми, то процентне співвідношення, в якому воно було застраховане, відповідно зменшується.

Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування у випадку:

- якщо є сумніви в правомірності страхувальника на отримання страхового відшкодування — до подання необхідних доказів;
- якщо відповідними органами внутрішніх справ порушена кримінальна справа проти страхувальника або його уповноважених осіб і ведеться розслідування обставин, які спричинили настання збитку — до закінчення розслідування;
- якщо страховий випадок відбувається більше одного разу за страховий період.

Страхувальник не має права відмовитися від залишків об'єкта страхування після страхового випадку, хоч і пошкодженого. Залишкова вартість такого об'єкта страхування належить вирахуванню з суми страхового відшкодування.

Якщо страхувальник отримав відшкодування за збиток від третьої особи, то страховик сплачує лише різницю між сумою, належною до оплати згідно з правилами страхування, і сумою, отриманою від третіх осіб. Страхувальник зобов'язаний негайно повідомити страховика про отримання таких сум.

Якщо у момент настання страхового випадку у страхувальника відносно застрахованого в страховій організації об'єкта страхування діяли також інші договори страхування, відшкодування за збиток розподіляється пропорційно співвідношенню страхових сум, на які об'єкт страхування застрахований кожним страховиком, а страховик виплачує відшкодування лише у частині, яка припадає на його частку.

8.8. Добровільне страхування майна, що належить громадянам

Об'єктом страхування є майнові інтереси, пов'язані зі збитками, що виникли внаслідок страхового випадку з майном, що належить громадянам.

За договором страхування домашнього майна може бути застраховане:

- усе домашнє майно, що є у даному господарстві;
- окремі групи речей або всі речі домашнього майна в даному господарстві, які розподіляються на групи відповідно з поданою заявою.

При страхуванні домашнього майна страховий захист не поширюється на документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, слайди та фотознімки, вироби з дорогоцінних металів, коштовних, напівкоштовних та підробних (кольорових) каменів, колекції, картини, унікальні та антикварні речі, елементи оздоблення та обладнання квартири, запасні частини, деталі та приладдя до транспортних засобів, аудіо- та відеосистеми, телевізори, супутникові антени та схожі до них системи.

За бажанням страхувальника майно може бути застраховане на договірну страхову суму. Основою для визначення суми відшкодування є дійсна вартість застрахованого майна на дату настання страхового випадку, яка визначається на основі нової вартості застрахованого майна за вирахуванням зносу відповідно до діючих цін, включаючи вартість ремонту. Якщо договір страхування укладається на окремі речі, то страхова сума встановлюється, виходячи з вартості кожного предмета за оцінкою страхувальника.

Колекції, картини, унікальні й антикварні предмети приймають на страхування за спеціальним договором у розмірі їх повної вартості, вказаної у відповідному документі компетентної організації.

Дійсну вартість визначають як вартість майна, цілком аналогічного тому, що загинуло, з урахуванням зносу й експлуатаційно-технічного стану знищеного або пошкодженого майна, відповідно до існуючих розрахунків;

Якщо страхова сума, встановлена в договорі страхування, виявиться меншою дійсної вартості застрахованого майна на момент настання страхового випадку, сума збитку і витрати відшкодовуються пропорційно співвідношенню страхової суми і

дійсної вартості застрахованого майна. Відповідність страхової суми дійсній вартості встановлюється окремо для кожного предмета застрахованого майна, або сукупності майна, вказаного в страховому полісі.

Якщо виявиться, що страхова сума значно перевищує дійсну вартість застрахованого майна, як страховик, так і страхувальник може вимагати зниження страхової суми і відповідного перерахунку страхової премії.

У всіх випадках виплата страхового відшкодування за збитками не має в цілому перевищувати страхову суму.

Страховою премією є плата за страхування, яку страхувальник повинен сплатити на користь страховика у відповідності до договору страхування.

Страхову премію встановлює страховик у відповідності до тарифів, чинних на дату укладення договору страхування.

Після виплати страхового відшкодування страхову суму зменшують на величину виплаченого відшкодування. Зменшення страхової суми проводять з дня настання страхового випадку. При відновленні або заміні пошкодженого або знищеного майна страхувальник має право за додаткову премію відновити початкову страхову суму.

Страховим випадком є будь-яка подія, передбачена договором страхування, внаслідок якої виникає зобов'язання страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

Страхування майна (на вибір страхувальника) проводять на випадок знищення або пошкодження його внаслідок:

- вогневих ризиків пожежі, удару блискавки, вибуху газу, який використовується для побутових потреб;
- стихійних лих: землетрусу, зсуву, обвалу, бурі, урагану, паводку, граду, зливи, осідання ґрунту, виверження вулкану, дії підземного вогню, каменепаду, смерчу, цунамі, затоплення, незвичайних для даної місцевості довготривалих дощів і сильного снігопаду та інших стихійних лих;
- знищення або пошкодження внаслідок раптової аварії опалювальної, водопровідної та каналізаційної системи;
- крадіжки майна і знищення його або пошкодження, пов'язаного з крадіжкою або спробою крадіжки.

Не приймають на страхування домашнє майно:

- документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, слайди та фотознімки, вироби з дорогоцінних металів, коштовних,

напівкоштовних та підробних (кольорових) каменів, запасні частини та деталі до транспортних засобів, кімнатні рослини, квітково-декоративні культури, посіви, ягідні та інші насадження, а також майно, страхування якого проводиться на інших умовах;

- якщо воно знаходиться в аварійних будинках, а також майно, що знаходиться в зоні, якій загрожують повені, зсуви, обвали або інші стихійні лиха, з моменту оголошення у встановленому порядку про таку загрозу або складання місцевими органами відповідного документа, який підтверджує факт загрози. Винятками можуть бути випадки, коли договір укладається на новий термін до закінчення дії попереднього договору. У такому разі страхова сума у новому договорі не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої в попередньому договорі.

Якщо однією з причин пошкодження або загибелі застрахованого майна стала його старість, довготермінова експлуатація, страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування в тій мірі, в якій старість або довготермінова експлуатація застрахованого майна вплинула на розмір збитку. Якщо страхувальник доведе, що старість або довготермінова експлуатація майна не вплинула на розмір збитку, обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування зберігається.

Майно, яке не використовується довгий строк (більше 60-ти днів) особами, які використовували його за прямим призначенням, на страхування не приймається. Страховик має право призупинити дію договору страхування на цей період.

Майно вважають застрахованим на території України за постійним місцем проживання страхувальника у всіх житлових і підсобних приміщеннях за адресою, вказаною в страховому полісі.

Якщо в період дії договору страхування страхувальник змінив постійне місце проживання, то перевезене у зв'язку з цим майно або його частка, вважається застрахованим за новою адресою до закінчення терміну, вказаного в договорі.

Домашнє майно, що знаходиться на дачі, в садовому будинку або в гаражі, включаючи майно, перевезене з постійного місця проживання, приймається на страхування за окремим договором.

Договори укладаються терміном на один рік або інший строк за згодою сторін. Договір може бути укладений як на все майно,

що належить страхувальнику, так і на окремі предмети із зазначенням страхової суми на кожний предмет.

Договір страхування колекцій, картин, унікальних та антикварних предметів укладають тільки на підставі письмової заяви страхувальника, в котрій необхідно вказати назву кожного предмета, який приймається на страхування, основну характеристику, його вартість, дату і номер документа про оцінку.

Розмір збитку визначається страховиком на основі даних огляду і дійсної вартості пошкодженого майна, страхових сум та інших документів, які підтверджують розмір збитку.

Збитком визнають:

- у випадку часткового знищення домашнього майна — його вартість, визначена страхувальником;
- разі повного знищення всього домашнього майна — страхова сума, обумовлена договором страхування або договором на відповідну групу речей;
- у разі пошкодження майна — сума знижки вартості, тобто знецінення, спричиненого страховим випадком.

Якщо пошкоджений предмет можна відновити шляхом ремонту, то збитком є вартість ремонту даного предмета згідно з квитанцією, виданою ремонтною організацією.

Вартість ремонту визначається у межах суми, що не перевищує заявлену страхувальником вартість предмета.

Не вважають збитком вартість заміни або ремонту телевізорів і холодильників, що перебувають на гарантійному обслуговуванні, якщо завод-виробник або відповідне ремонтне підприємство зобов'язане здійснити заміну або ремонт безкоштовно.

Збитком вважається вартість ремонту квартири страхувальника в будинках державного, громадського фонду та ЖЕКу

До такого збитку входить:

- пофарбування стін, підлоги, дверей, віконних рам, побілка стелі;
- заміна (робота і матеріали) шпалер, лінолеуму та інших покриттів стін та підлоги, замків і ручок, віконного і дверного скла, електричних дзвінків,*електро- і теплопроводки, сантехнічного та газового обладнання, оббивка дверей.

Вартість ремонту визначається за діючими у системі ремонтно-будівельної організації розцінками.

У суму збитку входять витрати на рятування майна і приведення його до ладу, якщо ці витрати визнані необхідними.

Контрольні запитання

1. З якою метою проводиться обов'язкове страхування врожаю сільськогосподарських культур і багаторічних насаджень державними сільськогосподарськими підприємствами, врожаю зернових культур і цукрових буряків сільськогосподарськими підприємствами всіх форм власності?
2. З якою метою проводиться обов'язкове страхування тварин на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків?
3. Що виступає об'єктом добровільного страхування майна підприємств, установ, організацій (крім вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ)?
4. Чи поширюється при страхуванні домашнього майна страховий захист на документи, цінні папери, грошові знаки, рукописи, слайди та фотознімки, вироби з дорогоцінних металів, коштовних, напівкоштовних та підроби їх (кольорових) каменів, колекції, картини, унікальні та антикварні речі, елементи оздоблення та обладнання квартири, запасні частини, деталі та приладдя до транспортних засобів, аудіо- та відеосистеми, телевізори, супутникові антени та схожі до них системи?
5. Чи підлягають обов'язковому страхуванню на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків тварини, що перебувають у місцевості, в якій введено карантинні обмеження?
6. Чи підлягають обов'язковому страхуванню на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків тварини, що перебувають у стані дородового чи післяродового залежування?
7. Чи підлягають обов'язковому страхуванню на випадок загибелі, знищення, вимушеного забою, від хвороб, стихійних лих та нещасних випадків тварини у яких за результатами досліджень встановлено позитивну реакцію на бруцельоз, лейкоз або туберкульоз?
8. Чи зберігається обов'язок страховика виплачувати страхове відшкодування, якщо страхувальник доведе, що старість або довготермінова експлуатація майна не вплинула на розмір збитку?

9. Страхування відповідальності

- 9.1. Механізм, принципи та історія страхування відповідальності
- 9.2. Обов'язкове страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків підчас перевезення небезпечних вантажів
- 9.3. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду
- 9.4. Обов'язкове страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам
- 9.5. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру
- 9.6. Обов'язкове страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів
- 9.7. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї
- 9.8. Добровільне страхування відповідальності суб'єкта підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції
- 9.9. Страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду, заподіяну третім особам
- 9.10. Страхування відповідальності повітряного перевізника за шкоду, заподіяну пасажиром, багажу, пошті, вантажу

9.1. Механізм, принципи та історія страхування відповідальності

Страхування відповідальності — наймолодша галузь страхування. Його суть полягає в тому, що страховик приймає на себе

зобов'язання відшкодувати збиток, нанесений страхувальником третій особі або групі осіб.

Елементи страхування відповідальності зустрічаються у Давньому Римі. Створені там товариства брали на себе витрати з викупу членів товариств у морських розбійників. Перші сучасні види страхування відповідальності виникли в першій половині XIX століття у Франції.

Суттєву роль для розвитку страхування відповідальності відіграв промисловий розвиток.

У 1871 році в Німеччині був прийнятий закон про відповідальність, де було введено положення про нанесення шкоди на залізниці.

У 1875 році Карл Готлоб Мольт ініціював створення «Німецького страхового союзу». Він першим обгрунтував різницю між ризиком нещасного випадку і ризиком відповідальності, що дало змогу чітко розділити дві галузі страхування.

Розрізняють страхування відповідальності за законом (обов'язкове) і за договірними зобов'язаннями (добровільне).

Механізм страхування відповідальності такий (рис. 9.1).

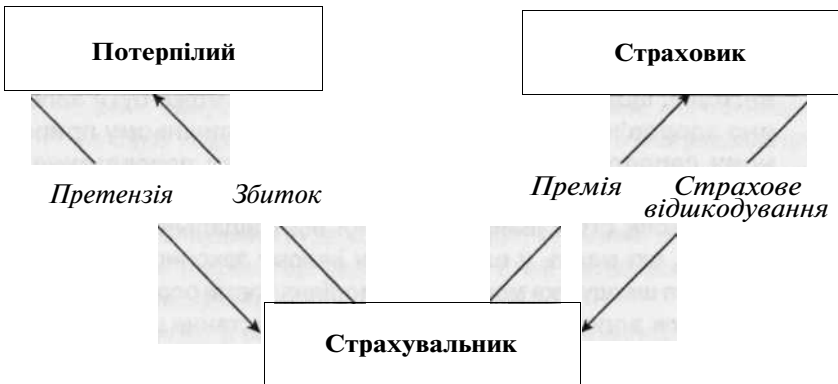


Рис. 9.1. Механізм страхування відповідальності

Страхування відповідальності покриває не власний збиток, а збиток, який застрахована особа нанесла іншій особі. Цивільна відповідальність носить майновий характер: особа, яка нанесла збиток, зобов'язана відшкодувати збиток у повному обсязі потерпілому, тобто третій особі. Укладаючи договір страхування цивільної відповідальності цей обов'язок перекладають на страховика, але не звільняють страхувальника від кримінальної чи адміністративної відповідальності за нанесений збиток третій особі.

9.2. **Обов'язкове страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів**

Обов'язкове страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів проводять з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю і здоров'ю фізичних осіб, навколишньому природному середовищу, майну фізичних та юридичних осіб під час перевезення небезпечних вантажів.

Суб'єктами страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів є страхувальники, страховики та треті особи, яким заподіяно шкоду під час перевезення небезпечних вантажів.

Страхувальники — це суб'єкти перевезення небезпечних вантажів, а саме:

- відправник небезпечного вантажу — зазначена в перевізних документах юридична (резидент і нерезидент) або фізична особа (громадянин України, іноземець, особа без громадянства), яка готує та подає цей вантаж для перевезення;
- перевізник небезпечного вантажу — юридична (резидент і нерезидент) або фізична особа (громадянин України, іноземець, особа без громадянства), яка здійснює перевезення небезпечного вантажу;
- одержувач небезпечного вантажу — зазначена в перевізних документах юридична (резидент і нерезидент) або фізична особа (громадянин України, іноземець, особа без громадянства), яка одержує небезпечний вантаж від перевізника.

Страхувальником може виступати особа, що виконує експедиторські функції в разі згоди на це перевізника.

Страховиками є юридичні особи — резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів.

Треті особи — фізичні та юридичні особи, яким заподіяна шкода у зв'язку з настанням негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів.

Об'єктом страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів є майнові інтереси, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди життю, здоров'ю фізичних осіб, навколишньому природному середовищу, майну фізичних та юридичних

осіб під час перевезення небезпечних вантажів у порядку, визначеному законодавством.

Страховими ризиками, з настанням яких виникає цивільно-правова відповідальність страхувальника, є шкода, заподіяна життю, здоров'ю фізичних осіб, навколишньому природному середовищу, майну фізичних та юридичних осіб під час перевезення небезпечних вантажів.

Страховим випадком визнають будь-яку подію під час перевезення небезпечних вантажів, внаслідок якої заподіяно шкоду життю, здоров'ю фізичних осіб, навколишньому природному середовищу, майну фізичних та юридичних осіб і виникла цивільно-правова відповідальність страхувальника щодо відшкодування цієї шкоди. Усі майнові претензії чи позови щодо збитків, завданих однією подією, вважають одним страховим випадком.

Відповідальність страховика починається з початком діяльності суб'єкта перевезення, пов'язаної з перевезенням небезпечного вантажу від місця його виготовлення до місця призначення, з підготовкою вантажу, тари, транспортних засобів та екіпажу, з прийманням вантажу, здійсненням вантажних операцій та короткотерміновим зберіганням вантажу на всіх етапах перевезення, і закінчується після завершення процесу перевезення.

Страховою сумою за страхуванням відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів є сума, в межах якої страховик зобов'язаний у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або за його дорученням потерпілій третій особі. Страхова сума за кожен повну та неповну тонну небезпечного вантажу встановлюється залежно від класу небезпеки вантажу в таких розмірах:

Клас небезпечного вантажу	Страхова сума (неоподатковувані мінімуми доходів громадян)
1	110
2	70
3	100
4	70
5	70
6	120
7	80
8	100
9	60

Страхові виплати поділяють:

- 1) на відшкодування шкоди, заподіяної життю та здоров'ю третіх осіб, — 50% від страхової суми, у тому числі на одну особу страхову суму встановлюють:
 - у разі відшкодування шкоди спадкоємцям особи, яка загинула (померла) внаслідок страхового випадку, — 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
 - у разі призначення потерпілій третій особі I, II і III групи інвалідності — відповідно, 450, 375, 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
 - за кожний день непрацездатності потерпілої третьої особи — один неоподатковуваний мінімум доходів громадян, але не більше 250-ти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян за весь час втрати працездатності;
- 2) на відшкодування шкоди, заподіяної навколишньому природному середовищу, — 30% від страхової суми;
- 3) на відшкодування шкоди, заподіяної майну третіх осіб, — 20% від страхової суми.

Розмір страхових тарифів встановлюють у відсотках від страхової суми та визначають залежно від класу небезпечного вантажу та виду транспорту, зазначають у договорі обов'язкового страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів залежно від обсягу небезпечних вантажів, що підлягають перевезенню, відстані перевезення, терміну страхування та інших умов, які можуть вплинути на ризик виникнення страхового випадку.

Страхувальник має право обирати страховика, з яким він буде укладати договір страхування, але зобов'язаний укласти договір страхування до початку діяльності, пов'язаної з перевезенням небезпечного вантажу.

Відправнику та одержувачу небезпечного вантажу на кожне перевезення видають окремий договір страхування.

Перевізник небезпечного вантажу зобов'язаний укласти договір страхування, виходячи з обсягу небезпечного вантажу.

У разі, коли перевізник виконує функції відправника та/або одержувача, він повинен застрахувати свою відповідальність у повному обсязі.

Порядок сплати страхового платежу визначається договором страхування.

Страховик має право одержати від страхувальника необхідну інформацію про обсяг перевезення небезпечних вантажів за попередній період страхування.

У разі настання страхового випадку страхувальник зобов'язаний протягом двох робочих днів з дати повідомлення його про настання страхового випадку письмово повідомити про такий випадок страховика.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник повинен подати страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії таких документів:

- заяви про виплату страхового відшкодування у зв'язку з настанням страхового випадку;
- договору страхування;
- платіжного документа, що підтверджує сплату страхових внесків;
- акта (протоколу) уповноваженої комісії з розслідування страхового випадку;
- дозволу або дозволів на перевезення окремих небезпечних вантажів, виданих спеціально уповноваженими органами виконавчої влади;
- транспортного документа на перевезення небезпечного вантажу;
- рішення суду про стягнення зі страхувальника на користь потерпілих третіх осіб або підтверджуючих документів страхувальника та потерпілої третьої особи про врегулювання питання за участю страховика про розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку без звернення до суду.

Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страховик повинен прийняти протягом 10-ти днів з дати отримання всіх необхідних документів. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття повідомляє страхувальника та/або третю особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови. Страховик не пізніше, ніж через 10 днів з дати отримання документів і складення страхового акта виплачує страхове відшкодування.

У разі укладення договорів страхування з кількома страховиками страховик відшкодовує збитки в розмірі, що не перевищує його частку в загальній сумі за всіма договорами страхування.

Таблиця

Розміри страхових тарифів за договорами обов'язкового страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів залежно від класу небезпечного вантажу і виду транспорту за 1 тону вантажу на одне перевезення
(у відсотках від страхової суми)

Клас	Підклас	Найменування підкласу небезпечного вантажу	Залізничний транспорт			Автомобільний транспорт			Морський та річковий транспорт			Авіаційний транспорт		
			від-прав-ник	пере-візник	оде-р-жувач	від-прав-ник	пере-візник	оде-р-жувач	від-прав-ник	пере-візник	оде-р-жувач	від-прав-ник	пере-візник	оде-р-жувач
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1.1	Речовини та вироби з небезпекою вибуху	0,175	0,25	0,075	0,21	0,3	0,09	0,245	0,35	0,105	0,175	0,25	0,075
	1.2	Речовини та вироби з небезпекою розкидання, які не створюють небезпеки вибуху	0,105	0,15	0,045	0,14	0,2	0,06	0,14	0,2	0,06	0,175	0,25	0,075
	1.3	Речовини та вироби з небезпекою загорання, або незначною небезпекою вибуху, або незначною небезпекою												

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		розкидання, або одночасно з усіма цими видами небезпеки, які не створюють небезпеки вибуху	0,14	0,2	0,06	0,175	0,25	0,075	0,175	0,25	0,075	0,14	0,2	0,06
	1.4	Речовини та вироби з незначною часткою небезпеки	0,035	0,05	0,015	0,07	0,1	0,03	0,07	0,1	0,03	0,105	0,15	0,045
	1.5	Речовини дуже низької чутливості з небезпекою вибуху	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,07	0,1	0,03
	1.6	Вироби надзвичайно низької чутливості, які не створюють небезпеки вибуху	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015
2	2.1	Легкозаймісті гази	0,07	0,1	0,03	0,105	0,15	0,045	0,105	0,15	0,045	0,14	0,2	0,06
	2.2	Незаймісті нетоксичні гази	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015	0,035	0,05	0,015
	2.3	Токсичні гази	0,105	0,15	0,045	0,14	0,2	0,06	0,14	0,2	0,06	0,175	0,25	0,075
3		Легкозаймісті рідини	0,049	0,07	0,021	0,07	0,1	0,03	0,105	0,15	0,045	0,105	0,15	0,045

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4	4.1	Легкозаймисті тверді речовини, амореактивні та тверді десенсибілізовані вибухові речовини	0,049	0,07	0,021	0,07	0,1	0,03	0,105	0,15	0,045	0,105	0,15	0,045
	4.2	Речовини, схильні до самозаймання	0,049	0,07	0,021	0,105	0,15	0,045	0,14	0,2	0,06	0,14	0,2	0,06
	4.3	Речовини, що виділяють легкозаймисті гази у разі поєднання з водою	0,049	0,07	0,021	0,105	0,15	0,045	0,175	0,25	0,075	0,14	0,2	0,06
5	5.1	Речовини, що окислюють	0,042	0,06	0,018	0,105	0,15	0,045	0,105	0,15	0,045	0,14	0,2	0,06
	5.2	Органічні пероксиди	0,042	0,06	0,018	0,14	0,2	0,06	0,14	0,2	0,06	0,175	0,25	0,075
6	6.1	Токсичні речовини	0,175	0,25	0,075	0,21	0,3	0,09	0,245	0,35	0,105	0,21	0,3	0,09
	6.2	Інфекційні речовини	0,28	0,4	0,12	0,35	0,5	0,015	0,35	0,5	0,015	0,35	0,5	0,015
7		Радіоактивні матеріали	0,077	0,11	0,033	0,114	0,163	0,049	0,14	0,2	0,06	0,105	0,15	0,045
8		Корозійні речовини	0,07	0,1	0,03	0,07	0,1	0,03	0,07	0,1	0,03	0,105	0,15	0,045
9		Інші небезпечні речовини та вироби	0,021	0,03	0,009	0,035	0,05	0,015	0,07	0,1	0,03	0,07	0,1	0,03

У разі настання страхового випадку страхову виплату здійснюють у межах страхової суми.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- вчинення навмисних дій страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку;
- вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що привів до страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
- несвоечасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних причин або перешкоджання страховикові у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.

9.3. **Обов'язкове страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду**

Умови обов'язкового страхування визначають договором обов'язкового страхування, укладення якого засвідчують страховим полісом (страховим сертифікатом, страховим свідоцтвом).

Договір обов'язкового страхування укладають відповідно до Типового договору обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду.

Суб'єктами обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду є страховики та страхувальники. **Страховиком** є юридична особа — резидент України, яка отримала в установленому порядку ліцензію на проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності за ядерну шкоду та є членом Ядерного страхового пулу. **Страхувальником** — оператор ядерної установки, призначений державою в установленому порядку.

Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству та пов'язані з відшкодуванням страхувальником ядерної шкоди.

9. Страхування відповідальності

Страховий ризик — подія, у разі настання якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання цивільної відповідальності страхувальника за ядерну шкоду.

Страховим випадком визнають факт набрання законної сили судовим рішенням щодо відшкодування ядерної шкоди або укладення договору про відшкодування ядерної шкоди, стороною якого є страховик.

Не підлягають обов'язковому страхуванню випадки заподіяння ядерної шкоди внаслідок ядерного інциденту, який спричинений:

- воєнними діями, збройними конфліктами, громадянською війною, повстаннями, політичними або громадянськими заворушеннями, страйками, терористичними актами;
- діями непереборної сили, в тому числі природними явищами, які мають винятковий, неминучий, непередбачуваний характер.

За договорами обов'язкового страхування не відшкодовують збитки:

- пов'язані з відшкодуванням моральної шкоди, упущеною вигодою, негативними наслідками від генетичних змін;
- пов'язані зі шкодою, заподіяною майну страхувальника, яке належить йому на правах власності чи яким він володіє на правах господарського відання, оперативного управління, за договором зберігання, доручення тощо.

Загальна страхова сума за договором обов'язкового страхування еквівалентна 150 млн спеціальних прав запозичення за кожний ядерний інцидент, а також сукупно за всіма страховими випадками, які сталися під час дії договору обов'язкового страхування. Мінпаливенерго за погодженням з Мінфіном і Ядерним страховим пулом щороку до 1 квітня подає Кабінетові Міністрів України пропозиції щодо розміру страхового тарифу з обов'язкового страхування кожному оператору ядерних установок окремо на черговий страховий період.

Відповідальність страховика за заподіяння смерті обмежується сумою, що дорівнює 2 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, установлених на момент винесення судового рішення або укладення договору про відшкодування ядерної шкоди, за кожного померлого.

Відповідальність страховика за шкоду, заподіяну здоров'ю особи, обмежується сумою, що дорівнює 5 000 неоподатковуваних

мінімумів доходів громадян, установлених на момент винесення судового рішення або укладення договору про відшкодування ядерної шкоди, але не більше, ніж розмір фактично заподіяної шкоди на кожного потерпілого.

Відповідальність страховика за шкоду, заподіяну майну особи, обмежується сумою, що дорівнює 5 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян, установлених на момент винесення судового рішення або укладення договору про відшкодування ядерної шкоди, але не більше, ніж розмір фактично заподіяної шкоди.

За заподіяння шкоди життю або здоров'ю особи виплати страхового відшкодування здійснюють у такому розмірі:

- у разі смерті — 100% страхової суми;
- у разі встановлення інвалідності: I групи — 100% страхової суми, II групи — 75% страхової суми, III групи — 60% страхової суми;
- у разі тимчасової непрацездатності — 0,2% страхової суми за кожний день непрацездатності, спричиненої страховим випадком, але не більше, ніж 60% страхової суми на кожного потерпілого.

Якщо розмір ядерної шкоди перевищує загальну Страхову суму за договором обов'язкового страхування, виплати здійснюють у такому порядку:

- у разі смерті;
- у разі встановлення інвалідності;
- у разі тимчасової непрацездатності;
- у разі заподіяння шкоди майну фізичних осіб;
- у разі заподіяння шкоди майну юридичних осіб.

Страхова сума є величиною постійною і не підлягає зменшенню у разі здійснення страхового відшкодування. Якщо страхова сума під час дії договору обов'язкового страхування зменшилася в результаті здійснення страховиком страхового відшкодування, страхувальник сплачує додатковий страховий внесок, який обчислюють, виходячи з тарифу, встановленого договором обов'язкового страхування, й обсягу страхового відшкодування.

Умови сплати додаткового страхового внеску визначають додатковою угодою до договору обов'язкового страхування. Розміри страхових тарифів визначають в установленому законом порядку. Страховий платіж вносять відповідно до умов договору обов'язкового страхування.

Договір обов'язкового страхування укладають на підставі письмової заяви страхувальника між страховиком та страхувальником лише після призначення страхувальника оператором ядерної установки, він набирає чинності з моменту надходження першого страхового внеску на рахунок страховика, якщо інше не передбачено договором. Його можуть укласти між страхувальником та одним зі страховиків за дорученням членів Ядерного страхового пулу або страховим агентом членів Ядерного страхового пулу.

Якщо в період дії договору обов'язкового страхування стався ядерний інцидент, унаслідок якого була заподіяна ядерна шкода, відповідальність страховика, передбачена договором обов'язкового страхування, зберігається протягом 10-ти років з дня заподіяння шкоди майну осіб і безстроково — для ядерної шкоди, заподіяної життю або здоров'ю осіб.

Страхувальник зобов'язаний:

- під час укладення договору страхування надати страховику необхідну інформацію стосовно ядерної установки та про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
- надавати можливість страховику проводити експертний огляд об'єктів, що страхуються, або об'єктів, що можуть вплинути на визначення ступеня ризику під час страхування, а також за письмовим запитом надавати представникам страховика необхідну технічну та іншу інформацію щодо страхового випадку та експлуатації зазначених об'єктів відповідно до встановлених правил передачі такої інформації;
- повідомляти страховика про виникнення ядерного інциденту, внаслідок якого може настати страховий випадок, і вжити заходів для його локалізації;
- надавати страховику достовірну інформацію і документально підтвердити настання ядерного інциденту, внаслідок якого була заподіяна ядерна шкода, та про його наслідки;
- повідомити у десятиденний строк орган державного регулювання ядерної та радіаційної безпеки про прийняття рішення щодо призупинення або припинення дії договору обов'язкового страхування.

Страховик зобов'язаний:

- 1) ознайомити страхувальника з правилами страхування;

- 2) видати страхувальнику в триденний строк страховий поліс;
- 3) після отримання повідомлення про настання страхового випадку (надходження письмової заяви від страхувальника) вжити заходів до оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування;
- 4) здійснити виплату страхового відшкодування за наявності необхідних документів, які підтверджують розмір заподіяної ядерної шкоди;
- 5) переукласти за обґрунтованою заявою страхувальника договір обов'язкового страхування у разі здійснення ним заходів, які сприяли зменшенню страхового ризику;
- 6) не розголошувати інформацію, що є комерційною таємницею страхувальника, а також іншу інформацію, надану страховику у зв'язку з дією договору обов'язкового страхування, зокрема відомості про страхувальника і його майновий стан, крім випадків, передбачених законодавством;
- 7) повідомляти спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю та орган державного регулювання ядерної та радіаційної безпеки не пізніше, ніж за 30 днів про намір призупинити або припинити дію договору обов'язкового страхування, а у разі, коли страхування стосується перевезень ядерних матеріалів, — протягом періоду цих перевезень.

Страховальник має право:

- отримати належну йому суму страхового відшкодування;
- отримати від страховика кошти на відшкодування пов'язаних з виплатою страхового відшкодування витрат, які здійснені за письмовим погодженням зі страховиком, якщо це обумовлено договором обов'язкового страхування.

Страховик має право:

- отримувати необхідну інформацію для оцінки ймовірного ступеня ризику для визначення розміру страхового тарифу. Якщо представники страховика виявлять умови, які за підтвердженням органу державного регулювання ядерної та радіаційної безпеки є небезпечними з точки зору експлуатації ядерної установки, страховик має право вимагати їх усунення;
- виступати на боці страхувальника у разі пред'явлення до нього претензій або судового позову осіб, яким заподіяно ядерну шкоду;

- брати участь у роботі комісій з розслідування причин ядерного інциденту та заподіяння ядерної шкоди.

Виплату страхового відшкодування здійснюють страховиком відповідно до договору обов'язкового страхування на підставі:

- заяви страхувальника, в якій містяться дані про потерпілу особу, причини її звернення до страхувальника;
- страхового акта, який складає страховик або уповноважена ним особа за формою, що визначає страховик.

Страховий акт складають на підставі одного з таких документів:

- судового рішення щодо відшкодування ядерної шкоди, яке набрало законної сили;
- договору про відшкодування ядерної шкоди (у разі задоволення позовів або претензій у досудовому порядку), укладеного між страхувальником, потерпілою особою та страховиком.

Для укладення договору про відшкодування ядерної шкоди страхувальник, крім заяви, подає страховику:

- документи, що свідчать про стан здоров'я особи (листок непрацездатності або його засвідчену копію, копію висновку медико-соціальної експертної комісії про встановлення потерпілій особі інвалідності);
- нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть особи та свідоцтво про право на спадщину для її спадкоємців;
- заяви потерпілих осіб, подані страхувальнику у зв'язку із заподіянням ядерної шкоди;
- документи, що підтверджують право власності на майно, якому заподіяна ядерна шкода;
- документи, що підтверджують розмір шкоди, заподіяної майну осіб внаслідок ядерного інциденту (відповідні фінансові та бухгалтерські документи — для юридичних осіб, висновки експертизи тощо);
- документ, що посвідчує особу, якій буде виплачуватися страхове відшкодування (паспорт або документ, що його замінює, — для фізичних осіб; свідоцтво про державну реєстрацію — для юридичних осіб);
- інші документи (довідки, висновки державних комісій та експертів), що обґрунтовано підтверджують розмір заподіяної ядерної шкоди.

Страховик зобов'язаний скласти страховий акт протягом 20-ти днів з моменту отримання заяви страхувальника на виплату

страхового відшкодування та судового рішення або з моменту укладення договору про відшкодування ядерної шкоди. Копія страхового акта надається особі, якої він стосується.

Виплату страхового відшкодування здійснюють у строк, який не перевищує одного місяця з моменту настання страхового випадку.

Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страхувальник або особа, якій заподіяно ядерну шкоду, можуть оскаржити у судовому порядку.

Спори, пов'язані з проведенням обов'язкового страхування, вирішують у порядку, встановленому законодавством.

9.4. Обов'язкове страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам

Обов'язкове страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам, проводять з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб.

Власником собаки визнають юридичну чи фізичну особу, яка здійснює догляд за собакою, що належить їй на правах власності або на інших підставах, які не суперечать законодавству (договір оренди, доручення тощо).

Суб'єктами обов'язкового страхування є страхувальники, страховики і треті особи.

Страхувальниками є дієздатні громадяни та юридичні особи (крім підрозділів Збройних Сил та інших військових формувань, органів внутрішніх справ, прокуратури, суду та інших державних органів, які утримують собак для виконання службових обов'язків), які на законних підставах є власниками собак.

Страховиками є юридичні особи — резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення цього виду обов'язкового страхування.

Треті особи — фізичні та юридичні особи, яким (або майну яких) заподіяна шкода внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки.

Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням страхувальником шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки.

Відшкодуванню підлягає пряма шкода, заподіяна третій особі внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки, якщо

має місце причинний зв'язок між цією дією собаки і заподіяною нею шкодою.

Страховий випадок — це подія, в результаті якої настає цивільно-правова відповідальність страхувальника щодо відшкодування ним шкоди, заподіяної третій особі та/або її майну внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки. Сукупність претензій та позовів, пред'явлених третіми особами щодо відшкодування шкоди, заподіяної однією подією, вважають одним страховим випадком.

Страховими ризиками, внаслідок яких настає цивільно-правова відповідальність страхувальника, є смерть, інвалідність чи втрата працездатності фізичної особи, тимчасовий розлад здоров'я у дитини, а також пошкодження (знищення) майна третьої особи.

Страховою сумою є грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату третій особі або третім особам (у разі, коли потерпілих кілька) після настання страхового випадку. Страхову суму встановлюють:

- у разі відшкодування спадкоємцям особи, яка померла внаслідок страхового випадку, — 11000 гривень;
- у разі призначення потерпілій фізичній особі I, II або III групи інвалідності — відповідно, 8250, 5 500, 2 750 гривень;
- за кожний день непрацездатності потерпілої фізичної особи, розладу здоров'я у дитини — 20 гривень, але не більш як 2 500 гривень;
- у разі пошкодження (знищення) майна третьої особи — у розмірі його балансової вартості, але не більш як 30 000 гривень. У разі відсутності балансової вартості майна його розмір встановлюється страховиком за домовленістю з третьою особою, але не більш як 30000 гривень. Якщо така домовленість не була досягнута, розмір збитків встановлюється за рішенням суду. У разі часткового пошкодження майна для виплати страхового відшкодування оцінюється вартість майна, що підлягає заміні або відновленню (вартість відновлення), у визначеному законодавством порядку.

Страховий тариф встановлюють у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян терміном на один рік незалежно від породи собаки — для фізичних осіб та два неоподаткованих мінімуми доходів громадян терміном на один рік — для юридичних осіб.

Власники собак, породи яких зазначені у переліку порід собак, відповідальність власників яких підлягає обов'язковому страхуванню за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам, до або під час реєстрації, перереєстрації повинні в установленому порядку укласти договір обов'язкового страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам. У разі відсутності договору страхування реєстрацію, перереєстрацію собак не проводять.

Договір страхування може бути укладений на термін від одного до трьох років. Допускають укладення договорів страхування юридичними особами на користь штатних та позаштатних працівників, якщо вони для виконання службових обов'язків використовують власних собак згідно із законодавством.

Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної у страховому полісі, але не раніше внесення страховальником страхового платежу на користь страховика, що засвідчується відповідними документами. У разі зміни власника собаки дія договору страхування поширюється на нового власника за умови оформлення цього договору на його ім'я.

У разі в'їзду на територію України та відсутності договору страхування, укладеного в Україні, власник собаки повинен укласти договір страхування, крім випадків, коли власник собаки уклав відповідний договір у державі, з уповноваженою організацією зі страхування відповідальності власників собак якої Україна уклала угоду про взаємне визнання договорів такого страхування.

Інформацію про порядок укладення договору страхування надає страховик.

У разі настання страхового випадку страховальник зобов'язаний у триденний термін повідомити про це страховика.

Для отримання страхового відшкодування страховику подають такі документи:

- заяву про виплату страхового відшкодування у зв'язку з настанням страхового випадку;
- договір страхування;
- акт про розслідування страхового випадку (у разі проведення розслідування);
- витяг з рішення суду про стягнення зі страховальника збитків у розмірі заподіяної шкоди (у разі розгляду матеріалів у суді);
- документи, які засвідчують задоволення претензії третьої особи;

- копію листка непрацездатності потерпілої фізичної особи чи довідки з медичного закладу про тимчасовий розлад здоров'я у дитини;
- копію рішення медико-соціальної експертної комісії про встановлення інвалідності потерпілій фізичній особі;
- копію свідоцтва про смерть потерпілої фізичної особи.

У разі загибелі чи смерті потерпілої фізичної особи внаслідок настання страхового випадку її спадкоємці повинні подати документ про правонаступність. На підставі отриманих документів страховик або уповноважена особа складає страховий акту формі, що визначається страховиком, який є підставою для виплати страхового відшкодування.

Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страховик повинен прийняти протягом 10-ти днів з дати отримання всіх необхідних документів, крім випадків, коли спори, пов'язані з виплатою страхового відшкодування, розглядають у судовому порядку.

У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття повідомляє заявника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Виплату страхового відшкодування здійснюють протягом п'ятнадцяти робочих днів з моменту прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- навмисних дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або для захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства;
- вчинення страхувальником умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

- несвоечасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- коли страховий випадок настав через невідповідність засобів захисту собаки чи недотримання правил його безпеки;
- коли страховий випадок був спровокований протиправними діями третьої особи, визнаними такими в установленому порядку;
- пошкодження або знищення антикварних речей, виробів з дорогоцінних металів, дорогоцінного та напівдорогоцінного каміння, предметів релігійного культу, колекцій картин, рукописів, грошових знаків, цінних паперів, документів, що підтверджують право на інтелектуальну власність, внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки;
- заподіяння моральної шкоди внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки;
- коли агресивна та/або непередбачувана дія собаки була пов'язана з ліквідацією масових безпорядків і порушень громадського порядку, військовими конфліктами, стихійним лихом, вибухом боєприпасів;
- коли собаці заподіяна шкода іншим собакою під час участі у собачих боях.

Відмова страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена страхувальником у судовому порядку.

Перелік порід собак, відповідальність власників яких підлягає обов'язковому страхуванню за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам

Аїді (вівчарка атласька)	Бульдог алапахський чистокровний
Айну (собака айнський, хоккайдо)	(отто)
Акбаш	Бульдог американський
Акіта-іну	Бульдог мальорський (ка-де-бо, перо
Акіта американський (собака великий японський)	де пресо мальоркін)
Бергамаско (вівчарка бергамська)	Бульмастиф
Боксер німецький	Бультер'єр англійський
Бріард (вівчарка французька довгошерстна)	стафордширський
Брохольмер датський	Бурбуль південноафриканський
Був'є арденський	Вельштер'єр
Був'є фланерський	Вівчар картський (вівчарка картська)

Вівчарка американо-канадська біла	Лайка
Вівчарка бельгійська (грюнендаль, лакенуа, молінуа, тарв'юрен)	Леонбергер
Вівчарка бернська (бернський зененхаунд)	Маламут аляскінський
Вівчарка велика швейцарська (великий швейцарський зененхаунд)	Марема (вівчарка маремо-абруцька)
Вівчарка голландська	Мастиф англійський
Вівчарка грецька	Мастиф бельгійський
Вівчарка ештрельська (португальська горна)	Мастиф іспанський
Вівчарка кавказька (вовкодав кавказький)	Мастиф піренейський
Вівчарка німецька	Мастиф тибетський
Вівчарка південноросійська (таврійська)	Мастіно (мастиф неаполітанський, мастіно-неаполітано)
Вівчарка пікардійська (пікар)	Мігельшнауцер
Вівчарка польська підгалянська	Московська сторожова
Вівчарка польська татранська	Ньюфаундленд
Вівчарка середньоазійська (алабай, вовкодав середньоазійський)	Перо де преса канаріо (собака канарський)
Вівчарка східноєвропейська	Піт-бультер'єр американський
Вовкодав ірландський	Пурухаар
Доберман-пінчер	Рафейру дуалінтежу (собака португальський сторожовий)
Дог аргентинський (аргентинський мастиф)	Ріджбек родезійський
Дог бордоський (французький мастиф, дог де Бордо)	Ріджбек тайський
Дог німецький	Різеншнауцер (великий шнауцер)
Далматин	Ротвейлер
Дратхаар	Сенбернар
Ердельтер'єр	Собака вовчий італійський
Кангал	Собака вовчий саарлоський (вольфхаунд)
Кане-корсо	Собака вовчий чеський
Као де кастро лаборейро	Собака піренейський горний (великий піренейський)
Као де сера де астрела (португальський пастуший собака)	Тер'єр американський стафордширський
Карабаш анатолійський	Тер'єр російський чорний
Командор (вівчарка угорська)	Тоза-іну (собака японський бійцівський)
Кувас угорський	Фла бразилейро (мастиф бразильський)
Лабрадор-ретривер	Фокстер'єр
Ладсир (ньюфаундленд чорнобілий)	Хаскі сибірський
	Ховаварт
	Чувач словацький
	Ягдтер'єр
	Метиси всіх зазначених порід

9.5. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти* та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру** проводять з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та майну третіх осіб, у тому числі довіллю (природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду), внаслідок пожеж та/або аварій на об'єктах підвищеної небезпеки***.

Суб'єктами обов'язкового страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, є страховальники, страховики і треті особи, яким внаслідок пожеж та/або аварій на об'єктах підвищеної небезпеки заподіяна пряма шкода.

Страховальники — суб'єкти господарювання, яким об'єкти підвищеної небезпеки належать на правах власності, повного

Пожежо вибухонебезпечний об'єкт — об'єкт, на якому використовуються, виготовляються, переробляються, зберігаються або транспортуються одна чи кілька пожежовибухонебезпечних чи пожежонебезпечних речовин і матеріалів у кількості, що є підставою для віднесення його будівлі, споруди та приміщення до відповідних категорій, встановлених нормативними актами. *Аварія санітарно-епідеміологічного характеру* — аварія, внаслідок якої стався неконтрольований викид чи скид у середовище життєдіяльності людини хімічних, біологічних (бактеріологічних) сполук, що спричинило загибель людей або призвело чи може призвести до шкідливого впливу на здоров'я людини, а також до проведення лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів серед населення чи до негативних наслідків для середовища життєдіяльності людини.

*** Аварія на об'єкті підвищеної небезпеки* — небезпечна подія техногенного характеру (наднормативний викид небезпечних речовин, пожежа, вибух тощо), яка виникла під час експлуатації об'єкта підвищеної небезпеки і призвела до некерованих змін його стану, загибелі людей чи тимчасової або незворотної втрати працездатності чи здоров'я людини, заподіяння шкоди довіллю.

господарського відання або оперативного управління, чи які користуються або володіють об'єктами підвищеної небезпеки.

Страховики — юридичні особи — резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення обов'язкового страхування.

Треті особи — фізичні та юридичні особи, яким може бути заподіяна або заподіяна пряма шкода внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки, крім осіб, які знаходилися в трудових відносинах зі страхувальником, а також тих, які несанкціоновано або під час виконання службових обов'язків перебували на об'єкті підвищеної небезпеки.

Об'єктом обов'язкового страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру, є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним прямої шкоди третім особам внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки.

Страховим випадком визнають факт заподіяння прямої шкоди третім особам унаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки під час дії договору обов'язкового страхування, внаслідок чого виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхового відшкодування. Усі претензії та позови, пред'явлені третіми особами стосовно відшкодування шкоди, спричиненої однією подією, вважають пред'явленими щодо одного страхового випадку.

Відшкодуванню підлягає пряма шкода, заподіяна внаслідок пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки життю, здоров'ю та майну третіх осіб, яке на момент настання страхового випадку перебувало в їх володінні чи користуванні, включаючи природні ресурси, території та об'єкти природно-заповідного фонду.

Страхову суму визначають за кожним конкретним об'єктом підвищеної небезпеки відповідно до категорії небезпеки і дорівнює: — для групи об'єктів 1 категорії небезпеки — 200000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми;

- для груп об'єктів 2 категорії небезпеки — 70000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми;
- для груп об'єктів 3 категорії небезпеки — 45 000 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян на момент обчислення страхової суми.

Страхові виплати проводять у такому розмірі:

- 1) на відшкодування шкоди, заподіяної життю та здоров'ю третіх осіб унаслідок настання страхового випадку, — 50% страхової суми, у тому числі на одну особу страхова виплата встановлюється:
 - у разі виплати страхового відшкодування спадкоємцям третьої особи, яка загинула (померла), — 500 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
 - у разі встановлення третій особі I, II і III групи інвалідності — відповідно, 450,375 і 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;
 - за кожний день непрацездатності третьої особи — один неоподатковуваний мінімум доходів громадян, але не більш як 250 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян за весь час втрати працездатності;
- 2) на відшкодування шкоди, заподіяної природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду, — 30% страхової суми;
- 3) на відшкодування шкоди, заподіяної майну третіх осіб, — 20% страхової суми.

Розмір максимального страхового тарифу у відсотках від страхової суми на 12 місяців визначається залежно від категорії небезпеки об'єкта підвищеної небезпеки і становить:

- для груп об'єктів 1 категорії небезпеки — 1,5%;
- для груп об'єктів 2 категорії небезпеки — 0,6%;
- для груп об'єктів 3 категорії небезпеки — 0,4%.

У разі настання страхового випадку під час дії договору обов'язкового страхування страхувальник повинен протягом двох робочих днів з дати його настання письмово повідомити страховика про настання страхового випадку, його характер, попередньо встановлені причини, розмір шкоди та вжиті заходи для зменшення збитків.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник подає страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії таких документів:

- заяви про виплату страхового відшкодування;
- висновків відповідної експертизи про характер пожежі та/або аварії і розмір заподіяної шкоди;
- рішення суду про стягнення зі страхувальника на користь третьої особи або підтверджувальні документи страхувальника та третьої особи про врегулювання питання за участю страховика про розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, без звернення до суду.

За вимогою страховика страхувальник повинен подати оригінали або нотаріально засвідчені копії:

- документів, що підтверджують ступінь виконання вимог експертного висновку про стан об'єкта до моменту пожежі та/або аварії;
- акта або інших документів про пожежу та/або аварію на об'єкті підвищеної небезпеки, складені органами (комісією), що здійснюють державний нагляд і контроль у відповідній сфері діяльності, пов'язаної з об'єктами підвищеної небезпеки;
- договору обов'язкового страхування;
- платіжного документа, що підтверджує сплату страхових внесків.

Страховик не пізніше, ніж протягом 14-ти робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів приймає рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у його виплаті. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття письмово повідомляє страхувальника та/або третю особу про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови. У разі прийняття рішення про виплату страхового відшкодування страховик не пізніше, ніж протягом 14 робочих днів з дати отримання документів складає страховий акт і не пізніше, ніж протягом трьох робочих днів з дати його складення виплачує страхове відшкодування.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- коли шкоду, заподіяну внаслідок стихійного лиха, неможливо було передбачити;
- коли страховий випадок стався внаслідок воєнних дій, масових заворушень, порушень громадського порядку, терористичного акту.

Страховик і страхувальник для з'ясування причин настання страхового випадку та визначення розміру шкоди мають право залучати за свій рахунок аварійного комісара.

Наявність у страхувальників договорів обов'язкового страхування перевіряється під час проведення планових перевірок об'єктів підвищеної небезпеки центральними органами виконавчої влади, які згідно із законодавством мають повноваження на державний нагляд та контроль у сфері діяльності, пов'язаної з об'єктами підвищеної небезпеки, та уповноваженими ними організаціями.

9.6. Обов'язкове страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів

Таке страхування проводять з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу внаслідок виникнення страхових випадків.

Суб'єктами обов'язкового страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів є страхувальники, страховики і треті особи, яким заподіяно шкоду.

Страхувальники — експортери небезпечних відходів і особи, які відповідають за утилізацію (видалення) небезпечних відходів.

Страховики — юридичні особи, резиденти України, які отримали в установленому порядку ліцензію на проведення обов'язкового страхування.

Треті особи — фізичні або юридичні особи, яким заподіяно шкоду під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів, а також фізичні та юридичні особи, що здійснювали превентивні заходи.

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

страхувальником шкоди, заподіяної третім особам і навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів.

Страховими ризиками, на випадок яких проводять обов'язкове страхування, є шкода, заподіяна здоров'ю фізичних осіб, власності будь-яких суб'єктів, навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів.

Страховий випадок — це подія, що сталася під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів, унаслідок якої заподіяно шкоду здоров'ю фізичних осіб, власності будь-яких суб'єктів, навколишньому природному середовищу і виникла цивільно-правова відповідальність страхувальника стосовно відшкодування ним цієї шкоди. Сукупність усіх претензій та позовів, пред'явлених третіми особами стосовно відшкодування шкоди, спричиненої однією подією, вважаються одним страховим випадком.

Страховою сумою є грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору обов'язкового страхування зобов'язаний у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або за його дорученням третім особам.

Страхова сума встановлюється у такому розмірі:

- а) для експортера небезпечних відходів за перевезення небезпечних відходів вагою до 1 тонни включно — 200 тис. грн, від 1 до 5 тонн включно — 1 млн грн, від 5 до 25 тонн включно — 2 млн грн, від 25 до 50 тонн включно — 4 млн грн, від 50 до 1000 тонн включно — 6 млн грн, від 1000 до 10 000 тонн включно — 10 млн грн, а також додатково 500 грн за тону в разі перевезення таких відходів вагою понад 10000 тонн, але не більше, ніж 30 млн грн;
- б) для особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, — 2 млн грн.

Страхові виплати розподіляються відповідно до умов договору обов'язкового страхування. У разі заподіяння шкоди навколишньому природному середовищу на її відшкодування повинно бути спрямовано не менше, ніж 55% страхової суми. Зазначені кошти спрямовуються до державного, республіканського Автономної Республіки Крим та місцевих фондів охорони навколишнього природного середовища відповідно до законодавства.

Максимальний розмір страхових тарифів встановлюється:

- а) для експортера небезпечних відходів — 0,25% страхової суми;
- б) для особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, — 0,2% страхової суми.

Договір обов'язкового страхування відповідальності експортера небезпечних відходів укладається між страховиком та страхувальником до дня відправлення повідомлення про транскордонне перевезення небезпечних відходів компетентним органам заінтересованих держав.

Договір обов'язкового страхування відповідальності особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, укладається між страховиком та страхувальником до дня отримання імпортером письмової згоди Мінекоресурсів на імпорт небезпечних відходів.

У разі настання страхового випадку страхувальник зобов'язаний у триденний термін після отримання інформації про його настання повідомити страховика.

Для отримання страхового відшкодування страховику подаються такі документи:

- заява про виплату страхового відшкодування із зазначенням обставин і причин настання страхового випадку, які відомі на момент подання заяви;
- копія договору страхування;
- акт комісії з розслідування страхового випадку (у разі проведення розслідування);
- документи, що підтверджують настання, обставини і причини настання страхового випадку;
- документи, що засвідчують задоволення претензій третіх осіб, рішення судових органів (витяги з рішень) про стягнення зі страхувальника збитків у розмірі заподіяної шкоди (у разі розгляду матеріалів у судових органах);
- листок непрацездатності потерпілої третьої особи (нотаріально засвідчена копія);
- копія рішення медико-соціальної експертної комісії про встановлення потерпілій третій особі інвалідності;
- свідоцтво про смерть потерпілої третьої особи (нотаріально засвідчена копія);
- експертні висновки організацій, які мають офіційні дозволи на проведення експертиз, про розміри збитків;
- документи, що підтверджують витрати третіх осіб на проведення превентивних заходів.

Документи на виплату страхового відшкодування подаються страхувальником або третьою особою (її спадкоємцями) з повідомленням про це страхувальника. У разі загибелі чи смерті третьої особи внаслідок настання страхового випадку її спадкоємці подають документ про правонаступництво. На підставі отриманих документів страховик або уповноважена ним особа складає не пізніше, ніж протягом 15 днів після їх отримання страховий акт, який є підставою для виплати суми страхового відшкодування.

Страховик приймає протягом 20-ти днів після отримання необхідних документів рішення про виплату суми страхового відшкодування або про відмову в його виплаті. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін після його прийняття повідомляє заявника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Страховик має право відмови у виплаті страхового відшкодування у разі:

- вчинення навмисних дій страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цими особами громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір обов'язкового страхування, встановлюється відповідно до законодавства;
- вчинення страхувальником або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або факт настання страхового випадку;
- отримання страхувальником повного відшкодування збитків від винної особи;
- несвоєчасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних причин або перешкоджання страховику у визначенні його обставин, характеру та розміру завданих збитків.

Умовами договору обов'язкового страхування також можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.

9.7. Обов'язкове страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї

Обов'язкове страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю (у тому числі нагородну), за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї здійснюють з метою забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної третім особам, унаслідок виникнення страхових випадків, які призвели до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб.

Суб'єктами страхування відповідальності власників чи користувачів зброї є страхувальники, страховики і треті особи, яким заподіяна шкода.

Об'єктом страхування відповідальності власників чи користувачів зброї є майнові інтереси, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди життю, здоров'ю та/або майну фізичних і юридичних осіб, унаслідок володіння, зберігання чи використання зброї.

Страхувальниками є громадяни України, які володіють, зберігають або використовують:

- бойову нарізну вогнепальну зброю армійських зразків або зброю, виготовлену за спеціальним замовленням;
- вихолощену та навчальну зброю;
- несучасну стрілецьку зброю;
- мисливську нарізну вогнепальну зброю (карабіни, малокаліберні гвинтівки, комбіновані рушниці тощо);
- мисливську гладкоствольну вогнепальну зброю;
- спортивну вогнепальну зброю (спортивні пістолети, револьвери, гвинтівки, рушниці, призначені для використання в спортивних цілях тощо);
- холодну зброю (арбалети, луки, мисливські ножі, катани, мечі, палаші, ятагани, фінські ножі, кортики, кинджали, багнети, багнети-ножі, які не перебувають на озброєнні військових формувань);
- пневматичну зброю (пістолети, револьвери, гвинтівки калібру більш як 4,5 міліметра та швидкістю польоту кулі

понад 100 метрів за секунду, в яких снаряд (куля) приводиться в рух за рахунок стиснутих газів).

Страховальниками є також громадяни, які на законних підставах зберігають та використовують зброю, власниками якої є юридичні особи (крім військовослужбовців Збройних Сил та інших військових формувань, працівників органів внутрішніх справ, прокуратури, суду та інших правоохоронних органів під час виконання ними службових обов'язків).

Страховиками є юридичні особи — резиденти України, які одержали в установленому порядку ліцензію на проведення страхування відповідальності власників чи користувачів зброї.

Треті особи — фізичні та юридичні особи, яким (або майну яких) заподіяна шкода внаслідок володіння, зберігання чи використання зброї. Розмір шкоди встановлюється та визначається у встановленому законодавством порядку.

Страховий випадок — це подія, в результаті якої настає цивільно-правова відповідальність страховальника щодо відшкодування ним шкоди, заподіяної третій особі та/або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання зброї.

Страховими ризиками, в результаті яких настає цивільно-правова відповідальність страховальника, є смерть, інвалідність чи втрата працездатності фізичної особи, а також пошкодження (знищення) майна фізичної та/або юридичної особи внаслідок володіння, зберігання чи використання зброї.

Страховою сумою у разі страхування відповідальності власників чи користувачів зброї є грошова сума, в межах якої страховик зобов'язаний провести виплату страховальнику чи третій особі, якій заподіяно шкоду внаслідок страхового випадку. Страхова сума встановлюється:

- у разі відшкодування спадкоємцям особи, яка загинула (померла) внаслідок страхового випадку, — 11000 гривень;
- у разі призначення потерпілій третій особі I, II або III групи інвалідності — відповідно, 8250, 5 500, 2 750 гривень;
- за кожний день непрацездатності потерпілої третьої особи — 20 гривень, але не більш як 2 500 гривень;
- у разі пошкодження (знищення) майна — у розмірі балансової вартості пошкодженого (знищеного) майна внаслідок страхового випадку, але не більш як 30 000 гривень. У разі відсутності балансової вартості майна його розмір, що підлягає відшкодуванню, встановлюється за домовленістю між

потерпілою третьою особою та страховиком, але не більш як 30 000 гривень. Якщо така домовленість не була досягнута, розмір збитків встановлюється за рішенням суду. У разі часткового пошкодження майна для виплати страхового відшкодування оцінюється вартість майна, що підлягає заміні або відновленню (вартість відновлення), у визначеному законодавством порядку.

Страховий тариф установлюють у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян терміном на один рік незалежно від виду та кількості зброї в одного громадянина.

Громадяни України до або під час реєстрації, перереєстрації зброї, отримання дозволу на право зберігання, носіння відомчої зброї під час виконання службових обов'язків, закріплення за ними зброї повинні в установленому порядку укласти договір страхування відповідальності власників чи користувачів зброї (далі — договір страхування) за формою згідно з додатком. У разі відсутності договору страхування реєстрація, перереєстрація, видача дозволу на право зберігання, носіння відомчої зброї під час виконання службових обов'язків, закріплення зброї не проводиться.

Договір страхування може бути укладений на термін від одного до десяти років.

У разі настання страхового випадку страхувальник зобов'язаний у триденний термін після отримання інформації про страховий випадок повідомити про це страховика.

Для отримання страхового відшкодування страховику подаються такі документи:

- заява про виплату страхового відшкодування у зв'язку з настанням страхового випадку;
- договір страхування;
- акт про розслідування страхового випадку (у разі розслідування);
- виписка з рішення суду про стягнення зі страхувальника збитків у розмірі заподіяної шкоди (у разі розгляду матеріалів у суді);
- документи, які засвідчують задоволення претензії третьої особи;
- листок непрацездатності про тимчасову втрату потерпілою третьою особою працездатності (або нотаріально засвідчену копію);

- копія рішення медико-соціальної експертної комісії про встановлення потерпілій третій особі інвалідності;
- свідоцтво про смерть потерпілої третьою особою (або нотаріально засвідчену копію).

Документи на виплату страхового відшкодування можуть подаватися страхувальником або третьою особою (її спадкоємцями). У разі загибелі чи смерті третьої особи внаслідок страхового випадку її спадкоємці повинні подати документ про правонаступність. На підставі отриманих документів страховик або уповноважена особа (аварійний комісар) складає страховий акт (аварійний сертифікат), який є підставою для виплати страхового відшкодування.

Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страховик повинен прийняти протягом 15-ти днів від дати отримання всіх необхідних документів. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття повідомляє заявника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у разі:

- наявності дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, з необхідною обороною (без перевищення її меж) або захистом майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства;
- вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про настання страхового випадку;
- отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх завданні;
- несвоєчасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або

перешкоджання страховикові у визначенні обставин, характеру та розміру завданих збитків;

- застосування зброї в рамках виправданої самооборони страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, якщо напад на них був здійснений третьою особою).

У разі, коли заподіяна шкода частково або повністю компенсована іншими причетними до страхового випадку особами, страховик відшкодовує тільки різницю між сумою, що підлягає відшкодуванню за договором страхування, і сумою, що компенсована іншими особами. Про таку компенсацію страхувальник, треті особи (їх спадкоємці) зобов'язані повідомити страховика.

9.8. Добровільне страхування відповідальності суб'єкта підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції

Об'єкти страхування відповідальності суб'єкта підприємницької діяльності перед третіми особами за заподіяну їм шкоду внаслідок реалізації продукції є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з відшкодуванням страхувальником шкоди, завданої життю і здоров'ю третіх осіб — споживачів реалізованої страхувальником продукції.

Страховик бере на себе зобов'язання відшкодувати витрати, які страхувальник буде зобов'язаний відшкодувати за випадкові пошкодження, завдані здоров'ю, включаючи смерть, третіх осіб, що трапились у період терміну страхування та причиною яких була реалізована продукція страхувальника.

Страховім, випадком визнають настання цивільно-правової відповідальності страхувальника за шкоду, завдану життю і здоров'ю третіх осіб, а саме: за смерть, стійку (інвалідність) або тимчасову втрату працездатності внаслідок споживання ними реалізованої страхувальником продукції.

Факт надання відповідальності страхувальника за шкоду, завдану життю і здоров'ю третьої особи, внаслідок споживання нею реалізованих страхувальником товарів повинен бути визнаний судом або; встановлений медичною установою.

Страховання не розповсюджується на ризики, які сталися внаслідок неправомірних дій третьою особою чи страхувальника. Не визнають страховими випадками події, що сталися в разі:

9. Страхування відповідальності

- навмисних дій страхувальника, спрямованих на настання страхового випадку або його грубої необережності;
- реалізації продукції, строк придатності якої закінчився;
- недотримання правил і умов зберігання продукції;
- недотримання правил і умов користування продукцією;
- недоліків (дефектів) продукції, які були відомі страхувальнику до їх реалізації;
- невиконання страхувальником обов'язку відкликати продукцію або інформувати споживачів про його небезпечні властивості, які стали відомі страхувальнику до настання страхового випадку;
- недодержання страхувальником положень законодавства або відомчих нормативів, порушення яких призвело до настання страхового випадку або визначено як злочин;
- проведення третьою особою чи страхувальником експериментів та дослідів.

Страхування не розповсюджується на відповідальність страхувальника за моральну шкоду та непрямі збитки, завдані третім особам, а також його відповідальність перед органами державної влади та контрагентами по договорах на реалізацію продукції.

Страховик звільняється від відповідальності за повне або часткове виконання своїх зобов'язань перед страхувальником, якщо це сталося внаслідок обставин непереборної сили, що виникли в результаті подій надзвичайного характеру, які сторони не могли передбачити та яким не могли запобігти розумними мірами, а саме: ядерний вибух, радіаційне випромінювання, військові дії, повстання та страйки, рішення вищих законодавчих та виконавчих державних органів, які набрали чинності після укладання договору та які перешкоджають виконанню страховиком своїх зобов'язань.

Страхову суму зазначають у договорі страхування за домовленістю між сторонами, виходячи з річного обігу реалізації страхувальником продукції та виду продукції.

Конкретний розмір страхового платежу визначають у договорі страхування за згодою сторін, у залежності від чинних тарифних ставок страховика і терміну страхування. При визначенні розміру страхового платежу, який підлягає сплаті за договором страхування, страховик користується актуарно розрахованими страховими тарифами, які визначають розмір страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування, з

урахуванням ступеня страхового ризику та характеру об'єкта страхування. У залежності від ступеня ризику до страхових тарифів можуть застосовуватися актуарно розраховані поправочні коефіцієнти: понижуючі — від 1 до 0,5 та підвищуючі — від 1 до 2.

Договір страхування укладають на один рік, якщо інше не передбачено договором страхування.

При настанні страхового випадку страхувальник зобов'язаний повідомити про це страховика негайно протягом 2 (двох) робочих днів після того, як стало відомо або повинно було стати відомо про настання страхового випадку, шляхом подачі письмової заяви, вжити всіх можливих заходів для з'ясування причин та наслідків страхового випадку, негайно сповістити страховика про обставини та обсяг усіх вимог, які висунуто страхувальнику в зв'язку зі страховим випадком або про розпочатий проти нього судовий процес, забезпечити, наскільки це можливо, участь страховика у встановленні розміру заподіяної шкоди і надати йому всю доступну інформацію та документацію для висновків щодо причин, дії і наслідків страхового випадку, про характер та розмір заподіяного збитку, не відшкодовувати збитків, не визнавати частково або цілком вимоги, які пред'являють йому в зв'язку зі страховим випадком, а також не приймати на себе будь-яких прямих або непрямих зобов'язань з урегулювання таких вимог без попереднього узгодження зі страховиком. Факт настання страхового випадку та розмір збитків засвідчують такі документи:

- заява страхувальника на виплату страхового відшкодування;
- договір страхування;
- акт службового розслідування події, яка призвела до настання відповідальності страхувальника;
- акти експертиз про оцінку наслідків використання продукції, що складаються незалежними спеціалізованими організаціями, документи органів захисту прав споживачів, контролю за якістю продукції, правоохоронних органів, місцевих органів влади;
- документи медичних установ, що свідчать про причинний зв'язок між настанням страхового випадку та використаням товару третьою особою (Потерпілою особою);
- судові рішення або претензію (позов) про майнову відповідальність страхувальника (документи та розрахунки);
- довідки медичних закладів;

- а) при тимчасовій втраті працездатності потерпілою особою — документ, що свідчить про тимчасову втрату працездатності;
 - б) при встановленні групи інвалідності потерпілій особі — довідка ЛТЕК (лікарсько-трудова експертної комісії) про встановлення групи інвалідності;
 - в) у випадку смерті потерпілої особи — свідоцтво про смерть та документ, що підтверджує право спадкоємця на страхове відшкодування (право на спадок);
- документи, що засвідчують понесені страхувальником витрати з метою запобігання чи зменшення розмірів збитків.

Виплата страхового відшкодування здійснюється страховиком на підставі складеного ним страхового акту протягом 2 (двох) робочих днів після дати прийняття рішення про виплату страхового відшкодування, якщо інше не передбачене договором страхування. Рішення про виплату страхового відшкодування приймається страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування.

Страхове відшкодування виплачують страхувальнику після отримання від нього платіжних документів про компенсацію суми відшкодування збитків третій особі або, за письмовою заявою страхувальника, — самій потерпілій особі.

Конкретний розмір відшкодування по страховому випадку встановлює страховик на підставі отриманих від страхувальника документів. При цьому страхове відшкодування на одну потерпілу особу сплачують у відсотках від страхової суми:

- у випадку смерті потерпілої особи — 100% (страхове відшкодування сплачується спадкоємцю);
- при встановленні I групи інвалідності потерпілій особі — 100%;
- при встановленні II групи інвалідності потерпілій особі — 80%;
- при встановленні III групи інвалідності потерпілій особі — 60%;
- при тимчасовій втраті працездатності — 0,2% від страхової суми за кожний день непрацездатності, але не більше 50% від страхової суми.

Договір страхування, за яким сплачено страхове відшкодування, зберігає чинність до кінця строку його дії. У такому випадку страхова сума зменшується на суму фактичних виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо страхове відшкодування сплачене у розмірі страхової суми, то договір страхування припиняє свою дію з моменту виплати.

Сума всіх виплат страхового відшкодування за договором страхування не може перевищувати розміру встановленої договором загальної страхової суми, а загальна сума виплат по відповідальності страховика за споживання окремих товарів не може перевищувати загальної страхової суми за споживання цих окремих товарів.

9.9. Страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду, заподіяну третім особам

Об'єктом страхування відповідальності експлуатанта повітряного судна за шкоду, заподіяну третім особам є майнові інтереси страхувальника, які виникають унаслідок зобов'язання відшкодувати у порядку, встановленому законодавством, збитки третім особам, заподіяні під час експлуатації повітряного судна.

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

Страхувальником є експлуатант повітряного судна, який експлуатує його на законних підставах.

Страховим випадком вважається авіаційна подія за участю повітряного судна страхувальника, внаслідок якої настає його цивільна відповідальність за шкоду, заподіяну життю і здоров'ю фізичних осіб, та майну фізичних і юридичних осіб.

Страхова сума, встановлена за договором обов'язкового страхування, не повинна бути меншою, ніж:

— для польотів, що виконуються у межах України, на повітряному судні з максимальною злітною масою:

а) до 500 кг — 100 тис. грн;

б) від 501 до 1000 кг - 200 тис. грн;

в) від 1001 до 2 000 кг - 500 тис. грн;

г) від 2 001 до 6 000 кг — 1 млн грн;

г) від 6 001 до 25 000 кг - 5 млн грн;

- д) від 25 001 до 50000 кг - 25 млн грн;
 - е) від 50001 до 100000 кг - 50 млн грн;
 - є) від 100 001 до 500000 кг - 100 млн грн;
 - ж) понад 500 001 кг — 150 млн грн;
- для міжнародних польотів — у межах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країн (у тому числі для військових та пов'язаних з ними ризиків), на території яких виконуються польоти повітряного судна, відповідно до уніфікованих умов об'єднання лондонських страховиків або інших умов, що застосовуються у міжнародній практиці.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник зобов'язаний надати страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії документів, передбачених договором обов'язкового страхування, а саме:

- заяву страхувальника про страхове відшкодування;
- страховий поліс (сертифікат);
- розрахунковий документ, що підтверджує внесення страхових платежів;
- письмові претензії третіх осіб або їх спадкоємців;
- документи, які підтверджують розмір збитків (висновки експертів, рішення судових органів, якщо випадок був винесений на їх розгляд);
- документи реєстрації події з повітряним судном.

Розмір максимального страхового тарифу на один рік не повинен перевищувати 1% від страхової суми, визначеної договором обов'язкового страхування.

9.10. Страхування відповідальності повітряного перевізника за шкоду, заподіяну пасажиром, багажу, пошти, вантажу

Об'єктом страхування відповідальності повітряного перевізника за шкоду, заподіяну пасажиром, багажу, пошти, вантажу є майнові інтереси страхувальника, які виникають унаслідок зобов'язання відшкодувати у порядку, встановленому законодавством, пасажиром (спадкоємцем), вантажовласникам збитки, заподіяні внаслідок страхового випадку.

Відповідальність перед пасажиром вважається застрахованою за наявності у пасажирів авіаквитка з моменту його реєстрації та внесення до поіменного списку перевізника до моменту, коли він (пасажир) залишив перон аеропорту під наглядом уповноваженої особи повітряного перевізника.

Відповідальність за майнові збитки вважається застрахованою на час офіційного перебування багажу, пошти та вантажу на борту повітряного судна та під час завантаження (розвантаження) повітряного судна.

Страхувальником є повітряний перевізник, який має право здійснювати пасажирські та вантажні перевезення.

Страховими випадками вважаються:

- подія, внаслідок якої настає відповідальність страхувальника за шкоду, заподіяну життю і здоров'ю пасажирів;
- подія, внаслідок якої настає відповідальність страхувальника за шкоду (втрату, пошкодження, зіпсуття), заподіяну багажу, поклажі, пошти, вантажу.

Страхова сума, встановлена договором обов'язкового страхування, не повинна бути меншою:

- за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю пасажирів:
 - а) під час виконання польотів у межах України — суми, еквівалентної 20 тис. доларів США за офіційним обмінним курсом Національного банку за кожне пасажирське крісло і відповідно до кількості пасажирських крісел, передбаченої сертифікатом експлуатанта повітряного судна. Страховик сплачує страхове відшкодування кожному пасажирові або його спадкоємцю;
 - б) під час виконання міжнародних польотів — у межах, передбачених міжнародними угодами або законодавством країни (у тому числі для військових та пов'язаних з ними ризиків), на території якої здійснюються пасажирські перевезення, відповідно до уніфікованих умов об'єднання лондонських страховиків або інших умов, що застосовуються у міжнародній практиці;
- за втрату або шкоду, заподіяну багажу, пошти або вантажу, — суми, еквівалентної 20 доларам США за офіційним обмінним курсом Національного банку, за кожен кілограм ваги;
- за речі (поклажу), що знаходяться у пасажирові, — суми, еквівалентної 400 доларів США за офіційним обмінним курсом Національного банку.

Для отримання страхового відшкодування страхувальник зобов'язаний надати страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії документів, передбачених договором обов'язкового страхування, а саме:

- заяву про страхове відшкодування;

- страховий поліс (сертифікат);
- розрахунковий документ, що підтверджує внесення страхових платежів;
- заяви пасажирів або їх спадкоємців, власників вантажу;
- документи, які підтверджують розмір збитків (висновки експертів, рішення судових органів, якщо страховий випадок був винесений на їх розгляд);
- корінці авіаквитків та багажних квитанцій пасажирів повітряного судна;
- свідоцтво про смерть та документи про правонаступництво для спадкоємців (у разі загибелі чи смерті пасажирів);
- акти про пошкодження/втрату багажу;
- документи на перевезення вантажів та пошти;
- акти про пошкодження/втрату вантажу;
- документи реєстрації події з повітряним судном.

Розмір максимального страхового тарифу на один рік не повинен перевищувати 2% страхових сум, визначених договором обов'язкового страхування.

Контрольні запитання

- 1. З якою метою проводять обов'язкове страхування відповідальності суб'єктів перевезення небезпечних вантажів на випадок настання негативних наслідків під час перевезення небезпечних вантажів?**
- 2. З якою метою проводять обов'язкове страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю (у тому числі нагородну), за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї?**
- 3. З якою метою проводять обов'язкове страхування відповідальності експортера та особи, яка відповідає за утилізацію (видалення) небезпечних відходів, щодо відшкодування шкоди, яку може бути заподіяно здоров'ю людини, власності та навколишньому природному середовищу під час транскордонного перевезення та утилізації (видалення) небезпечних відходів?**

10. Страхові резерви

- 10.1. Страхові резерви: види, порядок формування і використання
- 10.2. Механізм формування резервів зі страхування життя
- 10.3. Розміщення страхових резервів зі страхування життя
- 10.4. Механізм формування, облік та напрями розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя

10.1. Страхові резерви: види, порядок формування і використання

Страхові резерви утворюють страховики з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування залежно від видів страхування (перестраховання). Вони зобов'язані формувати і вести облік страхових резервів станом на кожен день.

Страховики, які мають право укладати договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, формують та ведуть облік страхового резерву збитків, які виникли, але не заявлені, та страхового резерву коливань збитковості в обов'язковому порядку.

Страхові резерви в обсягах, що не перевищують технічних резервів, а для страхових компаній зі страхування життя — математичних резервів, утворюють у тих валютах, в яких несуть відповідальність за своїми страховими зобов'язаннями.

Страхові резерви поділяють на технічні резерви і резерви зі страхування життя (математичні резерви).

Формування резервів зі страхування життя, медичного страхування і обов'язкових видів страхування здійснюють окремо від інших видів страхування.

Страховики зобов'язані:

- вести облік договорів страхування і вимог (заяв) страховальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування за формою, яка забезпечить отримання інформації, необхідної для врахування при формуванні страхових резервів. Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України може встановити порядок та форму ведення обліку договорів страхування і вимог

(заяв) страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування;

— формувати і вести облік таких технічних резервів за видами страхування (крім страхування життя):

а) незароблених премій (резерви премій), що включають частки від сум надходжень страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), що відповідають страховим ризикам, які не минули на звітну дату;

б) збитків, що включають зарезервовані несплачені страхові суми та страхові відшкодування за відомими вимогами страхувальників, з яких не прийнято рішення щодо виплати або відмови у виплаті страхової суми чи страхового відшкодування.

Величину резервів незароблених премій на будь-яку звітну дату встановлюють залежно від часток надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), які не можуть бути меншими 80% від загальної суми надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) з відповідних видів страхування у кожному місяці з попередніх дев'яти місяців (розрахунковий період), і обчислюють у такому порядку:

— частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за перші три місяці розрахункового періоду множаться на одну четверту;

— частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за наступні три місяці розрахункового періоду множаться на одну другу;

— частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за останні три місяці розрахункового періоду множаться на три четвертих;

— одержані добутки додаються.

У цьому разі останній місяць розрахункового періоду буде складатися з кількості днів на дату розрахунку.

Страховики можуть прийняти рішення про запровадження з початку календарного року, згідно з встановленою Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України методикою формування і ведення обліку, таких технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя:

— резерв незароблених премій;

— резерв заявлених, але не виплачених збитків;

— резерв збитків, які виникли, але не заявлені;

- резерв катастроф;
- резерв коливань збитковості.

Страховики зобов'язані письмово повідомити Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України про запровадження формування і ведення обліку зазначених технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, не пізніше ніж за 45 днів до початку календарного року.

Для забезпечення страхових зобов'язань зі страхування життя та медичного страхування страховики формують окремі резерви за рахунок надходження страхових платежів і доходів від інвестування коштів сформованих резервів за цими видами страхування.

Кошти резервів зі страхування життя не є власністю страховика і мають бути відокремлені від іншого його майна. Страховик зобов'язаний обліковувати кошти резервів зі страхування життя на окремому балансі і вести їх окремий облік.

Кошти резервів зі страхування життя не можуть використовуватися страховиком для погашення будь-яких зобов'язань, крім тих, що відповідають прийнятим зобов'язанням за договорами страхування життя, і не можуть бути включені до ліквідаційної маси у разі банкрутства страховика або його ліквідації з інших причин, і підлягають передачі іншому страховику за згодою страховальника та застрахованої особи або підлягають передачі застрахованій особі.

Окремий перелік резервів по медичному страхуванню, а також порядок їх формування та обліку може визначатися відповідними нормативно-правовими актами.

Страховики зобов'язані створювати і вести облік таких резервів зі страхування життя:

- довгострокових зобов'язань (математичні резерви);
- належних виплат страхових сум.

Величину резервів довгострокових зобов'язань (математичних резервів) обчислюють актуарно окремо по кожному договору згідно з методикою формування резервів зі страхування життя з урахуванням темпів зростання інфляції. Методика формування резервів зі страхування життя, обсяги страхових зобов'язань залежно від видів договорів страхування життя, а також мінімальні строки дії договорів страхування життя встановлюються Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

Кабінет Міністрів України може змінювати перелік страхових резервів та порядок їх розрахунків.

Кошти страхових резервів повинні розміщуватися з урахуванням безпечності, прибутковості, ліквідності, диверсифікованості та мають бути представлені активами таких категорій:

- грошові кошти на поточному рахунку;
- банківські вклади (депозити);
- валютні вкладення згідно з валютою страхування;
- нерухоме майно;
- акції, облігації, іпотечні сертифікати;
- цінні папери, що емітуються державою;
- права вимоги до перестраховиків;
- інвестиції в економіку України за напрямами, визначеними Кабінетом Міністрів України;
- банківські метали;
- кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, в межах викупної суми на момент видачі кредиту та під заставу викупної суми. У цьому разі кредит не може бути видано раніше, ніж через один рік після набрання чинності договором страхування, та на строк, який перевищує період, що залишився до закінчення дії договору страхування;
- готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України.

Кошти резервів зі страхування життя можуть використовуватися для довгострокового кредитування житлового будівництва, у тому числі індивідуальних забудовників, у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Страховикам заборонено здійснювати інші види кредитної діяльності.

10.2. Механізм формування резервів зі страхування життя

Страхові резерви зі страхування життя є оцінкою вартості грошових зобов'язань страховика за договорами та майбутніх витрат для забезпечення їх виконання.

Страхові резерви зі страхування життя поділяють на:

- резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви);
- резерви належних виплат страхових сум.

Резерви довгострокових зобов'язань (математичні резерви) складаються з:

- резервів нетто-премій;
- резервів витрат на ведення справи;
- резерву бонусів.

Розрахунок математичних резервів проводять з використанням актуарних методів та окремо за кожним чинним на звітну дату договором з урахуванням темпів зростання інфляції. Загальна величина математичного резерву дорівнює сумі резервів, розрахованих окремо за кожним договором.

Розрахунок резерву нетто-премій на страхову річницю здійснюють проспективно — як різницю між актуарною вартістю потоку майбутніх страхових виплат (без урахування бонусів) та актуарною вартістю потоку майбутніх страхових нетто-премій.

У разі якщо особливості окремих видів договорів (окремих страхових ризиків, передбачених у договорі) не можуть бути повною мірою враховані проспективно, розрахунок резерву нетто-премій за такими договорами (ризиками) здійснюють ретроспективно — на підставі інформації про отримані страхові внески (премії) та здійснені страхові виплати.

Розрахунок резерву витрат на ведення справи на страхову річницю здійснюють проспективно — як різницю між актуарною вартістю потоку майбутніх витрат страховика із забезпечення виконання зобов'язань за договором після закінчення строку сплати страхових внесків та актуарною вартістю потоку наступних надходжень тієї частини бруutto-премії, що йде на покриття майбутніх витрат.

Резерв бонусів є оцінкою додаткових зобов'язань страховика, що виникають при збільшенні розмірів страхових сум та (або) страхових виплат за результатами отриманого інвестиційного доходу та за іншими фінансовими результатами діяльності страховика (участь у прибутках страховика). Резерв бонусів розраховують на страхову річницю як актуарну вартість додаткових виплат страховика.

Якщо умовами договору передбачено право страхувальника в майбутньому вибрати спосіб виконання страховиком зобов'язань за договором (здійснити одноразову страхову виплату в разі досягнення застрахованою особою визначеного договором віку чи виплату анuitету, змінити періодичність виплати анuitету тощо), то для розрахунку резервів використовують варіант, за яким актуарна вартість майбутніх страхових виплат більша.

Якщо умови договору страхування передбачають можливість сплати додаткових страхових премій і відповідний перерахунок страхових сум та (або) виплат, то для розрахунку резерву нетто-премій розміри страхових сум та (або) виплат визначають на дату

його розрахунку, а розміри майбутніх страхових премій вважають такими, що відповідають умовам договору та забезпечують найбільший розмір резерву.

Розрахунок резерву нетто-премій та резерву витрат на ведення справи на звітну дату, що не збігається зі страховою річницею, здійснюють методом інтерполяції між розмірами цих резервів на найближчі страхові річніці.

Страхові річніці можуть бути замінені на найближчі до звітної дати календарні дати, які відповідають цілому числу кварталів (місяців), що пройшли з дня набрання договором чинності.

На дати, наступні за днем закінчення строку дії договору, математичні резерви вважають рівними нулю.

Страховик одночасно з розрахунком страхових резервів за кожним договором на визначену дату оцінює обсяг страхових зобов'язань перестраховика на базисі розрахунку резерву.

Викупна сума на будь-яку дату не повинна перевищувати математичного резерву на цю дату. Розмір викупної суми залежить від строку дії договору, його розраховують згідно з методикою, яка є невід'ємною частиною правил страхування життя.

Резерв належних виплат страхових сум складається з:

- резерву заявлених, але не врегульованих збитків;
- резерву збитків, що виникли, але не заявлені.

Розрахунок резерву заявлених, але не врегульованих збитків здійснюють за кожним чинним на звітну дату договором окремо. Розрахунок резерву збитків, що виникли, але не заявлені, здійснюють за сукупністю договорів у цілому. Загальна величина резерву належних виплат страхових сум дорівнює сумі зазначених резервів.

Резерв заявлених, але не врегульованих збитків є оцінкою грошових зобов'язань страховика щодо страхових випадків, що мали місце у звітному або звітних періодах, що передують йому, але не були виконані або виконані не повністю на звітну дату.

Величину резерву заявлених, але не врегульованих збитків визначають у сумарному розмірі не сплачених на звітну дату грошових сум, що мають бути виплачені:

- а) у зв'язку зі страховими випадками, про факт настання яких заявлено страховику в установленому законодавством та договором порядку;
- б) при настанні термінів здійснення виплат ануїтету, за якими (термінами) згідно з умовами договору не вимагається заява на виплату;

в) у зв'язку з достроковим припиненням дії договору або зі змінами умов договору.

Резерв збитків, що виникли, але не заявлені, є оцінкою грошових зобов'язань страховика за ризиками нещасного випадку та (або) хвороби щодо страхових випадків, які могли статися у звітному або звітних періодах, що передують йому, але не були заявлені на звітну дату.

Оцінку резерву збитків, що виникли, але не заявлені, здійснюють актуарними методами.

З метою врахування витрат на укладання договору може здійснюватися модифікація (зменшення) резерву нетто-премій (модифікація резерву).

Модифікацію резерву застосовують лише за умови сплати страхових премій частинами протягом не менше 3-ьох років.

Модифікацію резерву здійснюють шляхом зменшення розміру резерву нетто-премій на фіксований для даного договору відсоток (рівень модифікації) актуарної вартості потоку майбутніх нетто-премій.

Процедура модифікації повинна відповідати таким загальним вимогам:

- на кінець першої страхової річниці модифікований резерв не повинен бути від'ємним;
- рівень модифікації не повинен перевищувати 5%.

Якщо протягом першого страхового року модифікований резерв набирає від'ємного значення, вважають, що він має нульове значення.

Базис розрахунку математичних резервів установлює страховик. Він включає:

- демографічні показники тривалості життя (таблиці смертності);
- імовірності настання ризиків певної хвороби та (або) нещасного випадку чи їх наслідків, якщо страхування на випадок настання таких подій передбачене правилами страхування;
- річну ставку інвестиційного доходу.

Річна ставка інвестиційного доходу не може перевищувати 4%.

Базиси розрахунку математичних резервів за групами договорів можуть відрізнятися.

Базис розрахунку математичних резервів повинен бути таким, щоб за кожним договором і на будь-яку страхову річницю актуарна вартість потоку майбутніх нетто-премій була меншою, ніж

97% від актуарно! вартості потоку майбутніх страхових брутто-премій, що обчислюють на базисі розрахунку резервів.

Рішення щодо формування резерву витрат на ведення справи та резерву збитків, що виникли, але не заявлені, приймає страховик. У разі, якщо зазначені резерви не формують, їх вважають рівними нулю.

При розрахунку страхових резервів допускають спрощення та наближення у разі, якщо може бути обґрунтовано, що їх вплив на результати розрахунку резервів несуттєвий.

10.3. Розміщення страхових резервів зі страхування життя

Розміщення страхових резервів — це вкладення коштів сформованих резервів зі страхування життя у дозволені активи. Активи, які приймаються для представлення коштів страхових резервів зі страхування життя, повинні відповідати умовам щодо безпечності, прибутковості, ліквідності та диверсифікованості.

Величина активів, що приймається для представлення страхових резервів зі страхування життя, зменшена на суми довгострокових та поточних зобов'язань (розділи III, IV пасиву балансу), повинна бути не меншою, ніж сумарна величина резервів зі страхування життя, які розраховують відповідно до чинного законодавства на будь-яку дату.

Для представлення коштів страхових резервів зі страхування життя приймають активи у національній валюті України або в іноземній вільно конвертованій валюті.

Кошти страхових резервів зі страхування життя мають бути представлені активами таких категорій:

1. Грошові кошти на поточному рахунку.
2. Банківські вклади (депозити).
3. Валютні вкладення згідно з валютою страхування.
4. Нерухоме майно.
5. Акції, облігації, іпотечні сертифікати.
6. Цінні папери, що емітуються державою.
7. Права вимоги до перестраховиків.
8. Інвестиції в економіку України за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України.
9. Банківські метали.
10. Кредити страхувальникам-громадянам, що уклали договори страхування життя, у межах викупної суми на момент видачі кредиту та під заставу викупної суми.

1. Готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, установлених Національним банком України.

Величину окремих категорій активів, у тому числі утворених в іноземній вільно конвертованій валюті, приймають для представлення коштів страхових резервів зі страхування життя в таких обсягах:

1. Грошові кошти на поточних рахунках — не більше 5% від загального розміру резервів.
2. Банківські вклади (депозити), валютні вкладення згідно з валютою страхування — не більше 50% від загального розміру резервів (у зобов'язаннях одного банку повинно бути не більше 10% від загального розміру резервів).
3. Нерухоме майно — не більше як 20% від загального розміру резервів (вкладення в один або декілька об'єктів нерухомості, які розглядають як один цілісний майновий комплекс, — не більше 5% від загального розміру резервів).
4. Цінні папери за вказаним нижче переліком — не більше 50% від загального розміру резервів, з них:
 - акції українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, обсяги торгів на яких становлять не менше 25% від загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України, — не більше 30% від загального розміру коштів страхових резервів, при цьому заборонено вкладати в акції одного емітента більше 5% від загального розміру страхових резервів;
 - облігації українських емітентів — не більше 40% від загального розміру страхових резервів для облігацій українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, при цьому не більше 10% в облігації одного емітента, який провадить свою діяльність не менше 5-ти років. Для емітентів, які свою діяльність провадять менше 5-ти років, — не більше 10% від загального розміру страхових резервів, при цьому не більше 3% в облігації одного емітента;
 - акції, облігації іноземних емітентів та цінні папери іноземних держав, рейтинг зовнішнього боргу яких та визначення

рейтингових компаній здійснюються Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку, — не більше 20% від загального розміру резервів. При цьому акції та облігації іноземних емітентів повинні перебувати в обігу на організованих фондових ринках та пройти лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або в торговельно-інформаційній системі НАСДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій та облігацій повинен провадити свою діяльність не менше 10-ти років;

- облігації місцевих позик — не більше 10% від загального розміру резервів;
- іпотечні сертифікати, визначені законодавством України, — не більш як 10% від загального розміру резервів.

5. Цінні папери, що емітує держава, — не більше 50% від загального розміру резервів.
6. Права вимоги до перестраховиків — не більше 40% від загального розміру резервів, з них права вимоги до перестраховиків-нерезидентів — не більше 25% від загального розміру резервів.

Не приймають до структури активів права вимоги до перестраховиків-нерезидентів за ризиками, пов'язаними з дожиттям застрахованої особи до певного віку, події чи закінчення дії договору, крім ризиків, які пов'язані зі смертю застрахованої особи в будь-якому випадку та/або з нещасним випадком, що трапився, та/або в разі стійкої непрацездатності (інвалідності) унаслідок хвороби застрахованої особи.

7. Довгострокове фінансування (кредитування) житлового будівництва — не більше 10% від загального розміру резервів.
8. Банківські метали — не більше 10% від загального розміру резервів.
9. Кредити страхувальникам — не більше 10% від загального розміру резервів.

Для представлення страхових резервів зі страхування життя величина активів у вигляді акцій, емітованих банком та банківських вкладів (депозитів), розміщених у цей банк, не може перевищувати 20% від загального розміру резервів при розміщенні в одній банківській установі.

Для представлення страхових резервів зі страхування життя не можуть використовуватися позикові кошти, кредити банків, поворотна фінансова допомога, цінні папери із зобов'язаннями

зворотного викупу, вклади (депозити) строкові (строком менше одного місяця), помилково перераховані кошти на рахунок страховика, суми страхових премій, які повертаються протягом наступного за звітним кварталом.

Для представлення страхових резервів зі страхування життя не приймають акції, емітовані будь-яким страховиком.

10.4. Механізм формування, облік та напрями розміщення страхових резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя

Страховики, які здійснюють види страхування, інші, ніж страхування життя, зобов'язані формувати та вести облік таких технічних резервів за видами страхування:

- незароблених премій (резерви премій), що включають частки від сум надходжень страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), що відповідають страховим ризикам, які не минули на звітну дату;
- збитків, що включають зарезервовані несплачені страхові суми та страхові відшкодування за відомими вимогами страховальників, з яких не прийнято рішення що до виплати або відмови у виплаті страхової суми чи страхового відшкодування.

Страховики можуть прийняти рішення про запровадження з початку календарного року за методикою формування і ведення обліку таких технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя:

- резерв незароблених премій;
- резерв заявлених, але не виплачених збитків;
- резерв збитків, які виникли, але не заявлені;
- резерв катастроф;
- резерв коливань збитковості.

Страховики зобов'язані письмово повідомити Державну комісію з регулювання ринків фінансових послуг України про запровадження формування і ведення обліку зазначених технічних резервів за видами страхування, іншими, ніж страхування життя, не пізніше ніж за 45 днів до початку календарного року.

Страховики, які мають право укладати договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів у обов'язковому порядку формують та

ведуть облік резерву збитків, які виникли, але не заявлені, та страхового резерву коливань збитковості за цим видом страхування.

Страховики, які прийняли рішення про запровадження формування резерву незароблених премій за методом «1/365» («pro rata temporis»), формують резерв заявлених, але не виплачених збитків, та резерв збитків, які виникли, але не заявлені.

Формування технічних резервів здійснюють на підставі обліку договорів і вимог страхувальників щодо виплати страхової суми або страхового відшкодування за видами страхування.

Страховики зобов'язані визначати частки перестраховиків у відповідних видах технічних резервів за видами страхування на будь-яку дату одночасно з розрахунком технічних резервів.

Формування резерву незароблених премій

Резерв незароблених премій (unearned premium reserve) включає частки від сум надходжень страхових платежів (страхових внесків, страхових премій), що відповідають страховим ризикам, які не минули на звітну дату.

Розрахунок резерву незароблених премій здійснюється за кожним видом страхування окремо. Загальна величина резерву незароблених премій дорівнює сумі резервів незароблених премій, розрахованих окремо за кожним видом страхування.

Розрахунок величини резерву незароблених премій здійснюють на будь-яку звітну дату методом, визначеним Законом України «Про страхування». Величину резервів незароблених премій на будь-яку звітну дату встановлюють залежно від часток надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), які не можуть бути меншими 80% від загальної суми надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) з відповідних видів страхування у кожному місяці з попередніх дев'яти місяців (розрахунковий період), і обчислюють у такому порядку:

- частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за перші три місяці розрахункового періоду множать на одну четверту;
- частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за наступні три місяці розрахункового періоду множать на одну другу;
- частки надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) за останні три місяці розрахункового періоду множать на три четверті;

— одержані добутки додають.

У разі прийняття рішення про запровадження формування резерву незароблених премій розрахунок резерву незароблених премій здійснюють одним із таких методів:

- 1) метод «1/365» — «pro rata temporis»;
- 2) метод «1/24» — «паушальний» метод.

Обраний метод розрахунку резерву незароблених премій застосовує страховик за всіма чинними договорами протягом календарного року.

Величину резерву незароблених премій, яку розраховують методом «1/365» («pro rata temporis») на будь-яку дату, визначають як сумарну величину незароблених страхових премій за кожним договором.

Незароблена страхова премія, яку розраховують методом «1/365» («pro rata temporis»), визначають за кожним договором як добуток частки надходжень суми страхового платежу (страхової премії, страхового внеску), яка не може бути меншою 80% від суми надходжень страхового платежу (страхової премії, страхового внеску), та результату, отриманого від ділення строку дії договору, який ще не минув на дату розрахунку (у днях), на весь строк дії договору (у днях) за такою формулою:

$$HЗ\Pi_i = \frac{\Pi_i (m_i - n_i)}{m_i},$$

де Π_i — частка надходжень суми страхового платежу за договором; m_i — строк дії договору; n_i — число днів, що минули з моменту, коли договір набрав чинності, до дати розрахунку.

Величину резерву незароблених премій, яку розраховують методом «1/24», залежить від часток надходжень сум страхових платежів (страхових премій, страхових внесків), які не можуть бути меншими 80% від загальної суми надходжень страхових платежів (страхових премій, страхових внесків) з відповідних видів страхування та коефіцієнтів для його обчислення. Для розрахунку резерву незароблених премій методом «1/24» договори групують:

- за видами страхування;
- за датами початку дії договорів, які припадають на однакові місяці;
- за строками дії договорів (у місяцях).

Застосовуючи цей метод, строк дії договорів не можна встановлювати менше одного місяця. Припускається, що:

- 1) дата початку дії (набрання чинності) договору припадає на середину місяця (15 число);
- 2) строк дії договору, який не дорівнює цілому числу місяців, дорівнює найближчому більшому цілому числу місяців.

Загальну суму часток надходжень страхових платежів за договорами, які належать до однієї групи договорів, визначають їх підсумовуванням.

Резерв незароблених премій розраховують за кожною групою договорів шляхом множення загальної суми часток надходжень страхових платежів за договорами на коефіцієнти для розрахунку цього резерву.

Коефіцієнт для кожної групи договорів визначається як відношення строку дії договорів цієї групи, який не минув на дату розрахунку резерву незароблених премій (у половиних місяців), до всього строку дії договорів групи (у половиних місяців).

Резерв незароблених премій методом «1/24» в цілому за видом страхування визначають шляхом підсумовування резервів незароблених премій за групами договорів.

При проведенні операцій перестраховування страховики (цеденти, перестраховальники) у залежності від належних до сплати перестраховикам згідно з укладеними договорами суми часток страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) на будь-яку звітну дату визначають величину частки перестраховиків у резервах незароблених премій з відповідних видів страхування.

Обчислення величини частки перестраховиків у резервах незароблених премій здійснюють у порядку, за яким визначають величину резервів незароблених премій за такими видами страхування, з урахуванням дати вступу в дію договору перестраховування.

Формування резерву заявлених, але не виплачених збитків

Резерв заявлених, але не виплачених збитків (reported but not settled claims reserve — RBNS) — оцінка обсягу зобов'язань страховика для здійснення виплат страхових сум (страхового відшкодування) за відомими вимогами страхувальників, включаючи витрати на врегулювання збитків (експертні, консультаційні та інші витрати, пов'язані з оцінкою розміру збитку), які не оплачені, або оплачені не в повному обсязі на звітну дату, та які виникли в зв'язку зі страховими подіями, що мали місце в звітному або попередніх періодах, та про факт настання яких страховика повідомлено відповідно до вимог законодавства України та/або умов договору.

Величину резерву заявлених, але не виплачених збитків визначає страховик (цедент, перестраховальник) за кожним видом страхування з урахуванням умов відповідних договорів на підставі відомих вимог страхувальників, отриманих у будь-якій формі (письмова заява, факсимільне повідомлення тощо) у залежності від сум фактично зазнаних або очікуваних страхувальниками збитків (шкоди) у результаті настання страхового випадку. Величину резерву заявлених, але не виплачених збитків визначають як суму резервів заявлених, але не виплачених збитків, розрахованих за всіма видами страхування.

Величину резерву заявлених, але не виплачених збитків за видом страхування, визначає страховик за кожною неврегульованою претензією. Якщо про страховий випадок заявлено (повідомлено), але розмір збитку не визначений, для розрахунку резерву використовують максимально можливу величину збитку, яка не перевищує страхової суми за договором.

Величина резерву заявлених, але не виплачених збитків відповідає сумі заявлених збитків у звітному періоді, збільшеній на суму невикрадених збитків на початок звітнього періоду за попередні періоди, зменшеній на суму виплачених збитків у звітному періоді плюс витрати на врегулювання збитків у розмірі 3% від суми невикрадених збитків на кінець звітнього періоду.

При визначенні величини резерву заявлених, але не виплачених збитків страховиками-повними членами Моторного (транспортного) страхового бюро України враховують вимоги (повідомлення) іноземних страхових бюро з відшкодування шкоди на території країн-членів міжнародної системи автострахування «Зелена Картка», спричиненої власниками (користувачами) зареєстрованих в Україні транспортних засобів, якщо такі власники надали відповідним іноземним органам страховий сертифікат «Зелена Картка».

Відповідно до умов укладених договорів перестраховування страховики (цеденти, перестраховальники) на підставі відомих вимог страхувальників, залежно від сум фактично зазнаних або очікуваних страхувальниками збитків (шкоди), у результаті настання страхового випадку визначають величину частки перестраховиків у резервах заявлених, але не виплачених збитків.

Формування резерву збитків, які виникли, але не заявлені

Резерв збитків, які виникли, але не заявлені (incurred but not reported claims reserve — IBNR), — оцінка обсягу зобов'язань страховика для здійснення страхових виплат, включаючи витрати на врегулювання збитків, які виникли у зв'язку зі страховими

випадками у звітному та попередніх періодах, про факт настання яких страховику не було заявлено на звітну дату в установленому законодавством України та/або договором порядку.

Розрахунок резерву збитків, які виникли, але не заявлені, здійснюють за кожним видом страхування окремо.

Величину резерву збитків, які виникли, але не заявлені, визначають як суму резервів збитків, які виникли, але не заявлені, розрахованих за всіма видами страхування.

Розрахунок резерву збитків, які виникли, але не заявлені, здійснюють із застосуванням математично-статистичних методів для аналізу розвитку збитків у страхуванні. До таких методів належать:

- а) модифікація ланцюгового методу (Chain Ladder);
- б) метод фіксованого відсотка;
- в) метод Борнхуеттера-Фергюсона (Bornhuetter-Ferguson).

Методи розрахунку резерву збитків, які виникли, але не заявлені, згідно з підпунктами «а», «в» застосовують за наявності даних не менше, ніж за 12 періодів (кварталів) сплати (розвитку) збитків.

Розрахунок резерву збитків, які виникли, але не заявлені, ланцюговим методом (Chain Ladder)

Дані за сплаченими на звітну дату збитками (страховими виплатами) групуються за періодами настання цих збитків (відповідно до дати настання страхового випадку) та наростаючим підсумком за періодами сплати (розвитку) збитків (відповідно до дати фактичної сплати збитків страховиком):

Таблиця 1

		Період сплати (розвитку) збитків (d)						
		1	2	3	...	(N-2)	(N-1)	N
Період настання збитків (α)	1	$pC_1(1)$	$pC_1(2)$			$pC_1(N-1)$	$pC_1(N)$	$LU_{(a=1)}$
	2	$pC_2(1)$	$pC_2(2)$			$pC_2(N-1)$	$pC_2(N)$	
	3	$pC_3(1)$	$pC_3(2)$			$pC_3(N-1)$		
	...							
	(N-2)	$pC_{N-2}(1)$	$pC_{N-2}(2)$					
	(N-1)	$pC_{N-1}(1)$	$pC_{N-1}(2)$					
	N	$pC_N(1)$						

де $pCa(d)$ — збитки, сплачені на кінець d -го періоду сплати (розвитку) збитків за страховими випадками, які настали в a -му

періоді настання збитків; N — число періодів, за які розглядають дані про збитки.

Якщо існує достатньо інформації, щоб стверджувати, що дані сплати (розвитку) збитків повні, то використовують таблицю розвитку збитків без змін. У разі неповноти даних необхідно оцінити загальну величину збитків за першим роком їх настання (LU_1). Для цього може бути використана інформація за минулі періоди, яка не ввійшла до даної таблиці.

Таким чином, таблиця буде мати вигляд:

Таблиця 2

		(d)						
		1	2	3	...	(N-2)	N	
(α)	1	$pC_1(1)$	$pC_1(2)$			$pC_1(N-1)$	$pC_1(N)$	$LU(a=1)$
	2	$pC_2(1)$	$pC_2(2)$			$pC_2(N-1)$		
	3	$pC_3(1)$	$pC_3(2)$					
	...							
	(N-2)	$pC_{N-2}(1)$	$pC_{N-2}(2)$					
	(N-1)	$pC_{N-1}(1)$	$pC_{N-1}(2)$					
	N	$pC_N(1)$						

На основі цих даних формують трикутник з коефіцієнтами зв'язку, які розраховують за такою формулою:

$$r_a(d) = pC_a(d+1) / pC_a(d),$$

де $r(d)$ — коефіцієнт зв'язку для α -го періоду настання збитків та d -го періоду розвитку (сплати) збитків. При цьому

$$r_1(N) = \begin{cases} 1, & \text{якщо } LU_1 = 0 \\ LU_1 / pC_1(N), & \text{якщо } LU_1 \neq 0 \end{cases}$$

На основі коефіцієнтів зв'язку визначають фактори розвитку ($f_a(d)$) для α -го періоду настання збитків та d -го періоду сплати (розвитку) збитків:

$$f_a(d) = r_a(d) \times r_a(d+1) \dots r_a(N) = \prod_{k=d}^N r_a(k).$$

При використанні методу Chain Ladder для визначення факторів розвитку збитків ($f^*(d)$) для d -го періоду сплати (розвитку) збитків, необхідних для розрахунку резерву, використовують

середнє зважене значення коефіцієнтів зв'язку ($r_a(d)$), де вагами виступають сплачені збитки ($pC_a(d)$):

$$f^*(d) = \prod_{k=d}^N \frac{\sum_{k=1}^{N-d} pC_k(d) \times r_k(d)}{\sum_{k=1}^{N-d} pC_k(d)}$$

Наступним етапом є розрахунок загальної величини збитків для кожного періоду настання (LU_d), з використанням відповідних факторів розвитку збитків:

$$LU_k = f^*(k) \times pC^*(k) = f^*(k) \times pC_{N-k+1}(k),$$

де $pC^*(a)$ — елементи основної діагоналі таблиці розвитку збитків.

Величину резерву для кожного періоду настання збитків (V_a) розраховується за такою формулою:

$$V_k = LU_k - pC_{N-k+1}(k).$$

Загальну величину резерву збитків, які виникли, але не заявлені (V_{IBNK}^*) розраховують як суму значень резервів за кожним періодом настання збитків:

$$V_{IBNR_{CL}}^* = \sum_{k=1}^N V_k.$$

Для визначення резерву збитків, які виникли, але не заявлені (V_{IBNK}) отриману величину ($V_{IBNR_{CL}}^*$) збільшують на суму витрат на регулювання збитків у розмірі 3%:

$$V_{IBNR_{CL}} = V_{IBNR_{CL}}^* \times 1,03$$

Розрахунок резерву збитків, які виникли, але не заявлені, методом Борнхуеттера-Фергюсона (Bornhuetter-Ferguson).

Для використання методу Bornhuetter-Ferguson застосовують групування даних та розрахунок факторів розвитку збитків ($f^*(d)$) аналогічно методу Chain Ladder. Цей метод ґрунтується на використанні рівня збитковості (λ) (Loss Ratio) для даного виду страхування. Ключовим для розрахунку резерву є визначення величини рівня збитковості, який найбільше відповідає даному виду страхування.

Джерелами інформації для розрахунку є:

- історичні дані за даним видом страхування;
- припущення, зроблені при визначенні страхового тарифу;
- статистика ринку для однорідних видів страхування.

Коефіцієнт рівня збитковості розраховують за формулою

$$\lambda = \frac{LU}{P},$$

де LU — страхові збитки в періоді, який розглядається; P — зароблена страхова премія у відповідному періоді.

На основі коефіцієнта збитковості розраховують величину показових збитків (BU_a) для кожного періоду настання збитків:

$$BU_a = aP_a \times \lambda,$$

де aP_a — зароблена премія для α -го періоду настання збитків.

Величину резерву для кожного періоду настання збитків (V_k) розраховують за такою формулою:

$$V_k = BU_k \times \left(1 - \frac{1}{f^*(k)}\right).$$

Загальну величину резерву збитків, які виникли, але не заявлені (V_{IBNK}^*), розраховують як суму значень резервів за кожним періодом настання збитків:

$$V_{IBNR_{B/F}}^* = \sum_{k=1}^N V_k.$$

Для визначення резерву збитків, які виникли, але не заявлені (V_{BNK}), отриману величину (V_{IBNK}^*) збільшують на суму витрат на врегулювання збитків у розмірі 3%:

$$V_{IBNR_{B/F}} = V_{IBNR_{B/F}}^* \times 1,03.$$

У разі вибору методу фіксованого відсотка резерв збитків, які виникли, але не заявлені, визначають у розмірі 10% від заробленої страхової премії з попередніх чотирьох кварталів, які передують звітній даті.

Зароблену страхову премію визначають шляхом збільшення суми надходжень страхових премій протягом звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика) на суму незаробленої премії на початок звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика) і зменшення отриманого результату на суму незаробленої премії на кінець звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика).

Формування резерву коливань збитковості

Резерв коливань збитковості (equalization reserve) призначений для компенсації виплат страховика, що пов'язані з відшкодуванням збитків, у разі, якщо фактична збитковість за видами

страхування у звітному періоді перевищує очікуваний середній рівень збитковості, взятий за основу при розрахунку тарифної ставки за цими видами страхування.

Розрахунок резерву коливань збитковості (РКЗ) здійснюють наступним методом.

Фактичну збитковість за видом страхування за звітний період розраховується як відношення сум, які фактично сплачені страхувальникам за страховими випадками (за вирахуванням частки перестраховика в сумі виплачених збитків), та зміни величини резервів збитків на звітну дату (за вирахуванням частки перестраховика в резервах збитків), до заробленої страхової премії у звітному періоді:

$$ЗФ = \frac{\Phi В + (PЗЗ_{к} - PЗЗ_{н}) + (PЗНЗ_{к} - PЗРЗ_{н})}{ЗСП}$$

де $ЗФ$ — показник фактичного рівня збитковості за видом страхування у звітному періоді; $\Phi В$ — фактичні виплати за страховими випадками у звітному періоді (за вирахуванням частки перестраховика); $PЗЗ_{к}, PЗЗ_{н}$ — величина резерву заявлених, але не виплачених збитків на початок та кінець звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика); $PЗНЗ_{к}, PЗРЗ_{н}$ — величина резерву збитків, які виникли, але не заявлені, на початок та кінець звітного періоду (за вирахуванням частки перестраховика); $ЗСП$ — зароблена страхова премія у звітному періоді.

Резерв коливань збитковості (РКЗ) розраховують за формулою:

$$РКЗ = РКЗ_{н} - (ЗФ - ЗР)ЗСП,$$

де $РКЗ_{н}$ — резерв коливань збитковості на початок звітного періоду; $ЗФ$ — показник фактичного рівня збитковості за видом страхування у звітному періоді; $ЗР$ — показник середнього очікуваного рівня збитковості, який взято за основу при розрахунку тарифної ставки за видом страхування; $ЗСП$ — зароблена страхова премія у звітному періоді.

Якщо страховик до початку звітного періоду не розрахував резерв коливань збитковості за видом страхування, то резерв коливань збитковості на початок звітного періоду приймають рівним нулю.

Якщо розрахована величина резерву коливань збитковості набирає від'ємного значення, то вважають, що резерв коливань збитковості має нульове значення.

Резерв катастроф

Резерв катастроф (catastrophe reserve) формують з метою здійснення страхових виплат у разі настання природних катастроф або значних промислових аварій, у результаті яких буде завдано збитків численним страховим об'єктам, і коли настає потреба здійснювати виплати страхового відшкодування в сумах, що значно перевищують середні розміри збитків, узяті за основу при розрахунку страхових тарифів.

Резерв катастроф формують за видами страхування, умовами яких передбачені обов'язки страховика забезпечити страхову виплату у зв'язку зі шкодою, заподіяною внаслідок дії нездоланної сили або аварії великого масштабу, та в порядку, визначеному законодавством.

Розміщення технічних резервів

Здійснюючи фінансову діяльність, пов'язану з розміщенням коштів технічних резервів та їх управлінням, страховики повинні дотримуватись умов щодо безпечності, прибутковості, ліквідності та диверсифікованості. Обсяги технічних резервів мають бути представлені такими категоріями дозволених активів:

- грошові кошти на поточному рахунку;
- банківські вклади (депозити);
- валютні вкладення згідно з валютою страхування;
- нерухоме майно;
- акції, облігації, іпотечні сертифікати;
- цінні папери, що емітуються державою;
- права вимоги до перестраховиків;
- інвестиції в економіку України за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України;
- банківські метали;
- готівка в касі в обсягах лімітів залишків каси, встановлених Національним банком України.

Величину окремих категорій активів, у тому числі утворених в іноземній валюті, приймають для представлення технічних резервів у таких обсягах:

- а) грошові кошти на поточних рахунках — не більше 5% від загального розміру технічних резервів;
- б) банківські вклади (депозити), валютні вкладення згідно з валютою страхування — не більше 70% від загального розміру технічних резервів, у кожному банку не більше 10% від загального розміру технічних резервів;

- в) нерухоме майно — не більше як 20% від загального розміру технічних резервів, при цьому вкладення в один або декілька об'єктів нерухомості, які розглядаються як один цілісний майновий комплекс, — не більше 10% від загального розміру технічних резервів;
- г) акції та облигації — не більше 40% від загального розміру технічних резервів, у тому числі:
- акції українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, обсяги торгів на яких становлять не менше 25% від загальних обсягів торгів на організаційно оформлених ринках цінних паперів України, — не більше 30% від загального розміру технічних резервів, при цьому не більше 5% від в акції одного емітента;
 - облигації українських емітентів, що відповідно до норм законодавства пройшли лістинг та перебувають в обігу на фондовій біржі або в торговельно-інформаційній системі, зареєстрованих у встановленому порядку, — не більше 30% від загального розміру технічних резервів, при цьому — не більше 5% від в облигації одного емітента, який провадить свою діяльність не менше 5-ти років.
- Акції й облигації емітентів, які провадять свою діяльність менше 5-ти років, — не більше 10% від загального розміру технічних резервів, при цьому не більш як 3% в облигації одного емітента;
- акції, облигації іноземних емітентів та цінні папери іноземних держав, рейтинг зовнішнього боргу та визначення рейтингових компаній яких здійснюється Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку, — не більше 10% від загального розміру технічних резервів. При цьому акції та облигації повинні перебувати в обігу на організованих фондових ринках та пройти лістинг на одній з таких фондових бірж, як Нью-Йоркська, Лондонська, Токійська, Франкфуртська, або в торговельно-інформаційній системі НАС-ДАК (NASDAQ). Емітент цих акцій та облигацій повинен провадити свою діяльність не менше, ніж протягом 10-ти років і бути резидентом країни;
 - іпотечні сертифікати, визначені законодавством України, — не більше 10% від загального розміру технічних резервів,

- при цьому не більш як 2% від в іпотечні сертифікати одного емітента;
- г) цінні папери, що емітує держава, — не більше 40% від загального розміру резервів;
 - д) права вимоги до перестраховиків — не більше 50% від загального розміру технічних резервів. У випадку, якщо рейтинг фінансової надійності (стійкості) перестраховика нижчий за один з таких: «B+» (*A. M. Best*), «Baa» (*Moody's Investors Service*), «**BBB**» (*Standard & Poor's*) або «**BBB**» (*Fitch Ratings*), то права вимоги до кожного такого перестраховика-резидента приймаються в розмірі не більше 20% від загального розміру технічних резервів та до кожного такого перестраховика-нерезидента — не більше 10% від загального розміру технічних резервів;
 - е) інвестиції в економіку України за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України (Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 2002 року №1211 «Про затвердження напрямів інвестування галузей економіки за рахунок коштів страхових резервів»), — не більше 15% від загального розміру технічних резервів, з них в окремий об'єкт інвестування — не більше 5% від загального розміру технічних резервів;
 - е) банківські метали — не більше 10% від загального розміру технічних резервів.

Для представлення технічних резервів акціями та облігаціями приймають лише ті акції, за якими в попередньому році виплачувалися дивіденди на рівні не нижче облікової ставки НБУ; та ті облігації та іпотечні сертифікати, за якими гарантовано виплату доходу на рівні не нижче облікової ставки НБУ

Для представлення технічних резервів не можна використовувати позикові кошти, кредити банків, поворотну фінансову допомогу, цінні папери із зобов'язаннями зворотного викупу, вклади (депозити) строкові (строком менше одного місяця), помилково перераховані кошти на рахунок страховика, суми страхових платежів, які мають бути повернені страхувальнику в період, наступний за звітним, відповідно до чинного законодавства.

Величина активів, що приймаються на покриття технічних резервів, зменшена на суми довгострокових та поточних зобов'язань (розділи III, IV пасиву балансу), повинна бути не меншою, ніж сумарна величина технічних резервів, що розраховують відповідно до чинного законодавства на будь-яку дату.

У разі, якщо кошти технічних резервів представлені правами вимоги до перестраховиків-нерезидентів, рейтинг фінансової надійності (стійкості) яких не нижчий за один з таких: «B+» (*A.M.Best*), «Baa» (*Moody's Investors Service*), «BBB» (*Standard & Poor's*) або «BBB» (*Fitch Ratings*), то не менше 50% від коштів технічних резервів повинні бути розміщені на території України.

В іншому разі кошти технічних резервів повинні бути розміщені на території України в розмірі не менше 90% від загального розміру технічних резервів.

Контрольні запитання

1. *З якою метою страховики утворюють страхові резерви?*
2. *З якою метою формують резерв катастроф (catastrophe reserve)?*
3. *Яке призначення резерву коливань збитковості (equalization reserve)?*
4. *Які математично-статистичні методи застосовують для розрахунку резерву збитків, які виникли, але не заявлені?*
5. *Які методи застосовують для розрахунку резерву незароблених премій у разі прийняття рішення про формування резерву незароблених премій?*

11. Соціальне страхування

- 11.1. Поняття соціального страхування
- 11.2. Поняття, види та принципи загальнообов'язкового державного соціального страхування
- 11.3. Об'єкти та суб'єкти загальнообов'язкового державного соціального страхування
- 11.4. Управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням
- 11.5. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності
- 11.6. Організаційно-економічний механізм функціонування загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття
- 11.7. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням

11.1. Поняття соціального страхування

Проблеми раціоналізації соціального навантаження на економіку є актуальними для України. Сьогодні стоїть завдання побудувати таку систему соціального захисту, яка могла б швидко і якісно підняти рівень життя соціально незахищених груп населення і в той же час не гальмувати розвиток економіки. Вирішити це завдання можна тільки шляхом формування гнучких, адаптованих до нових економічних умов систем управління соціальними ризиками, які рівняються на найкращі світові досягнення та зважають на національні особливості.

Питання розвитку соціального страхування зводиться до пошуку шляхів досягнення балансу між економічною і соціальною складовими розвитку суспільства, які дозволили б уникнути конфронтації між ними та попередити перетворення соціального захисту населення з механізму управління соціальними ризиками в «баласт», який є репоною економічного зростання.

Класично виділяють три *механізми управління соціальним ризиком*:

11. Соціальне страхування

- *поглинання ризику* (пряма фінансова компенсація наслідків соціальних ризиків залежно від розмірів соціальних гарантій);
- *розподіл ризику* (страхування, яке забезпечує компенсацію ризику пропорційно участі особи у формуванні засобів соціального захисту);
- *попередження ризику* (зниження або уникнення дії ризику за рахунок збереження і підтримання досягнутого трудового доходу).

Методи соціального захисту розрізняють також за ступенем захисту, який вони забезпечують населенню. Як правило, держава надає мінімальні гарантії, колективна взаємодопомога забезпечує рівень життя, який відповідає соціально-трудоному статусу особи, а індивідуальний захист підтримує досягнутий рівень добробуту і навіть забезпечує його зростання. Загальна закономірність така, що ступінь захисту прямопропорційний ступеню індивідуальної фінансової участі і оберненопропорційний рівню перерозподілу доходів.

У залежності від методів виділяють різноманітні моделі соціального захисту, серед яких домінує соціальне страхування.

Страховання — невід'ємна частина життя сучасного суспільства. Це система захисту майнових інтересів особи від ризиків, наслідків випадкових, непередбачених подій, які несуть у собі загрозу нестабільності, а іноді й існуванню людей та підприємств.

Соціальне страхування ґрунтується на принципі колективної солідарності та створення громадських страхових фондів за рахунок зборів обов'язкових страхових внесків, воно призначене для того, щоб забезпечити мінімум соціального захисту особам, які досягнули пенсійного віку, потребують медичної допомоги, інвалідам, безробітним. Система соціального страхування в Україні реформується у зв'язку з переходом до ринкових форм господарювання.

Інститут соціального страхування виник як результат взаємодії двох принципів соціально-економічного управління ризиковими подіями: соціального регулювання економіки та страхування. У межах першого визначали основні орієнтири розвитку суспільства, а в межах другого формувалася механізм фінансового забезпечення досягнення соціальних цілей.

Перші форми соціального страхування виникли в середині XIX ст. в Європі. Зумовлені виникненням та швидким розвитком

професійних спілок, вони мали характер взаємного страхування в межах трудових колективів.

Датою народження сучасного соціального страхування вважають 1881 рік, коли в результаті «Королівського послання» Рейхстагу (німецький парламент того часу) було створено схеми страхування робітників, які містили три різних типи захисту: від захворювань й ушкоджень, від повної непрацездатності та проти погіршення матеріального становища в старості. Соціальне страхування мало вирішальне значення для розвитку приватного страхування, бо держава повинна піклуватися лише про тих хто потребує захисту. Обов'язкове державне соціальне страхування захищало тільки невелику групу людей. Право захищати іншу частину населення надали приватним страховим організаціям. З часом перелік осіб, які отримували державну соціальну допомогу, збільшувався. Зростання фінансових можливостей держави зумовило розширення обсягів страхової відповідальності й підвищення розмірів допомоги, пенсій та інших виплат.

Сучасні держави активно використовують соціальне страхування для захисту населення на випадок захворювання, зниження працездатності, смерті годувальника, допомоги багатодітним сім'ям тощо. Принцип, згідно з яким держава в рамках соціального страхування піклується про тих, хто потребує захисту, діє всюди і сьогодні.

Питома вага соціального страхування у внутрішньому продукті розвинутих країн набагато перевищує питому вагу комерційного (недержавного) страхування (табл. 1).

Таблиця 1

Питома вага соціального та комерційного (недержавного) страхування у внутрішньому продукті розвинутих країн Європи, % (за даними INSEE, Франція)⁹

Країна	Соціальне страхування	Комерційне страхування
Великобританія	20,6	9,9
Німеччина	26,9	5,6
Італія	23,6	2,6
Франція	28,0	5,9

Предметом соціального страхування є основні соціальні ризики, які загрожують відтворенню населення: тимчасова непрацездатність у результаті хвороби, ушкодження здоров'я, вагітності

⁹ Зернов А.А., Зубец А.Н. Системные исследования страхового регулирования. — М.: Издательский Дом «Страховое ревю», 1997. — С. 26.

та пологів, догляду за членом сім'ї; постійна непрацездатність у результаті інвалідності та старості; втрата трудового доходу у зв'язку з неможливістю працевлаштування; втрата доходів сім'ї у випадку смерті годувальника; виникнення непередбачуваних витрат у випадку оплати медичних послуг, народження і виховання дитини, оплати ритуальних послуг та поховання.

Об'єкт соціального страхування — майнові інтереси громадян, пов'язані з компенсацією втрати трудового доходу або оплатою видатків, які раптово виникли внаслідок настання соціальних ризиків.

Як соціально-економічна категорія, *соціальне страхування* — це система відносин з розподілу і перерозподілу національного доходу, які полягають у формуванні зі страхових внесків, сплачуваних працюючими громадянами та роботодавцями, державних дотацій спеціальних страхових фондів, кошти яких використовують для утримання осіб, які не беруть участі у суспільній праці.

Соціальне страхування — найважливіший елемент державної соціальної політики у сфері управління ризиками відтворення населення і виконує функції соціального захисту, забезпечення фінансування соціальної допомоги, регулювання доходів та рівня життя різних груп населення, попередження та профілактики наслідків настання соціальних ризиків.

Організаційні принципи соціального страхування визначаються національними, історичними, та політичними традиціями суспільства. Організаційні режими соціального страхування зображено на рис. 11.1.



Рис. 11.1. Основні режими соціального страхування

Для кожного режиму соціального страхування характерні свої організаційні структури. Основні відмінності організаційних структур національних систем соціального страхування полягають у виборі страховиків, тобто тих установ, які здійснюють функції збирання, акумуляції та витрачання коштів. Класичним прикладом інфраструктури основних режимів соціального страхування є національний страховий фонд Великобританії і каси взаємного страхування в Німеччині. Окрім централізованої і децентралізованої структур соціального страхування функціонують змішані моделі, в яких і ті, й інші форми мають приблизно рівне значення (Японія, Франція, Швейцарія).

Функціональну структуру соціального страхування оцінюють за структурою страхових виплат і страхових внесків. Структура страхових виплат характеризує реальний рівень відшкодування ризиків як за рахунок страхування, так і за рахунок державної бюджетної участі у компенсації соціального збитку. У світовій системі соціального страхування структура виплат по країнах однаково регламентована в країнах ЄС, левову частку виплат якої становлять пенсії — 54,8%¹⁰. Національні показники різняться в межах 6-7%.

Соціальне страхування можна проводити в двох формах: державній і колективній. Державне соціальне страхування обов'язкове, а колективне може бути і обов'язковим, і добровільним. За ступенем охоплення населення соціальне страхування буває загальним або для окремих соціальних груп населення.

11.2. Поняття, види та принципи загальнообов'язкового державного соціального страхування

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування — це система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає надання соціального захисту й охоплює матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати

¹⁰ Янина СЮ. Социальное страхование в системе социальной защиты населения: организация и финансовый механизм. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук. Специальность 08.00.10 — Финансы, денежное обращение и кредит. — Санкт-Петербург, 2001. - С. 15.

страхових внесків власником або уповноваженим ним органом (далі — роботодавець), громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом.

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування громадян України виконується за принципами:

- законодавчого визначення умов і порядку проведення загальнообов'язкового державного соціального страхування;
- обов'язковості страхування осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) та інших підставах, передбачених законодавством про працю, та осіб, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), громадян — суб'єктів підприємницької діяльності;
- надання права отримання виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням особам, зайнятим підприємницькою, творчою діяльністю тощо;
- обов'язковості фінансування страховими фондами (установами) витрат, пов'язаних із наданням матеріального забезпечення та соціальних послуг, в обсягах, передбачених законами з окремих видів загальнообов'язкового соціального страхування;
- солідарності та субсидування;
- державних гарантій реалізації застрахованими громадянами своїх прав;
- забезпечення рівня життя, не нижчого за прожитковий мінімум, визначений законом, шляхом надання пенсій, інших видів соціальних виплат та допомоги, які є основним джерелом існування;
- цільового використання коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування;
- паритетності представників усіх суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального страхування в управлінні ним.

Залежно від страхового випадку є такі **види загальнообов'язкового державного соціального страхування**:

- пенсійне страхування;
- страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням;
- медичне страхування;

- страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності;
- страхування на випадок безробіття;
- інші види страхування, передбачені законами України.

Відносини, що виникають за видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, регулюються окремими законами, прийнятими відповідно до «Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування»*, які відповідно до Конституції України визначають принципи та загальні правові, фінансові та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян в Україні.

За загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, відповідно до «Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», надають такі види соціальних послуг та матеріального забезпечення:

1) пенсійне страхування:

- пенсії за віком, за інвалідністю внаслідок загального захворювання (в тому числі каліцтва, не пов'язаного з роботою, інвалідності з дитинства);
- пенсії у зв'язку з втратою годувальника;
- медичні профілактично-реабілітаційні заходи;
- допомога на поховання пенсіонерів;

2) медичне страхування:

- діагностика та амбулаторне лікування;
- стаціонарне лікування;
- надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- профілактичні та освітні заходи;
- забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання.

Обсяг послуг, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджують у порядку, встановленому законодавством;

Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, відповідно до Конституції України, визначають принципи та загальні правові, фінансові та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян в Україні.

- 3) страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням:
 - допомога по тимчасовій непрацездатності (включаючи догляд за хворою дитиною);
 - допомога по вагітності та пологах;
 - допомога при народженні дитини та по догляді за нею;
 - допомога на поховання (крім поховання пенсіонерів, безробітних та осіб, які померли від нещасного випадку на виробництві);
 - забезпечення оздоровчих заходів;
- 4) страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання:
 - профілактичні заходи щодо запобігання нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;
 - відновлення здоров'я та працездатності потерпілого;
 - допомога з тимчасової непрацездатності внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
 - відшкодування збитків, заподіяних працівникові каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я, що пов'язане з виконанням своїх трудових обов'язків;
 - пенсія за інвалідністю внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
 - пенсія у зв'язку з втратою годувальника, який помер унаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
 - допомога на поховання осіб, які померли внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
- 5) страхування від безробіття:
 - допомога по безробіттю;
 - відшкодування витрат, пов'язаних із професійною підготовкою або перепідготовкою та профорієнтацією;
 - матеріальна допомога безробітному та членам його сім'ї;
 - дотація роботодавцю для створення робочих місць;
 - допомога на поховання безробітного.

До страхових випадків, з настанням яких надаються матеріальне забезпечення та соціальні послуги, належать:

- тимчасова непрацездатність;
- вагітність і пологи, догляд за малолітньою дитиною;

- інвалідність;
- хвороба;
- досягнення пенсійного віку;
- смерть годувальника;
- безробіття;
- соціальні послуги та інші матеріальні витрати, пов'язані з певними обставинами;
- нещасний випадок на виробництві;
- професійне захворювання.

Характеристика страхових випадків, умови надання соціальних послуг, їхні види та розміри матеріального забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням визначаються законами України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, іншими нормативно-правовими актами, які містять норми щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Страховики у своїй діяльності співпрацюють у проведенні заходів, пов'язаних із наданням матеріального забезпечення та соціальних послуг, і мають право спільно в кожному конкретному випадку приймати рішення щодо того, хто з них братиме участь у фінансуванні цих заходів.

Якщо після призначення застрахованій особі матеріальної допомоги чи надання соціальних послуг між страховиками виник спір щодо понесених витрат, то виплату проводить страховик, до якого звернулася застрахована особа. Неналежний страховик має право звернутися до належного страховика щодо відшкодування понесених ним витрат.

Виплати та надання соціальних послуг, на які має право застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, можна припинити:

- а) якщо виплати призначено на підставі документів, що містять неправдиві відомості;
- б) якщо страховий випадок стався внаслідок дій особи, за які передбачається кримінальна відповідальність;
- в) якщо страховий випадок стався внаслідок умисної дії особи;
- г) внаслідок невиконання застрахованою особою своїх обов'язків щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування;
- г) в інших випадках, передбачених законами.

Право на забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням мають застраховані громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства та члени їхніх сімей, які проживають в Україні, якщо інше не передбачено законодавством України, а також міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України.

11.3. Об'єкти та суб'єкти загальнообов'язкового державного соціального страхування

Об'єктом загальнообов'язкового державного соціального страхування є страховий випадок, із настанням якого у застрахованої особи (члена її сім'ї, іншої особи) виникає право на отримання матеріального забезпечення та соціальних послуг.

Суб'єктами загальнообов'язкового державного соціального страхування є застраховані громадяни, а в окремих випадках — члени їхніх сімей та інші особи, страхувальники і страховики.

Застрахованою є фізична особа, на користь якої проводять загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

Коло осіб, які можуть бути застрахованими за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, визначається «Основами законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» та іншими законами, прийнятими відповідно до них.

Страхувальниками за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням є роботодавці та застраховані особи, якщо інше не передбачено законами України.

Страховиками є цільові страхові фонди з:

- пенсійного страхування;
- медичного страхування;
- страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням;
- страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань;
- страхування на випадок безробіття.

Страхові фонди беруть на себе зобов'язання щодо збору страхових внесків та надання застрахованим особам матеріального забезпечення і соціальних послуг при настанні страхових випадків.

Загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню підлягають:

- 1) особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту):

- а) на підприємствах, в організаціях, установах, незалежно від їх форм власності та господарювання;
 - б) у фізичних осіб;
- 2) особи, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), громадяни-суб'єкти підприємницької діяльності.

Перелік, доповнення та уточнення кола осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, а також конкретних видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, визначають закони України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Громадяни України, які працюють за межами території України та не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають, мають право на забезпечення по загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню в Україні за умови сплати страхових внесків, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

11.4. Управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням

Страхові фонди — органи, які керують та управляють окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, проводять збір та акумуляцію страхових внесків, контролюють використання коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та виконують інші функції згідно з затвердженими статутами.

Усі застраховані громадяни є членами відповідних страхових фондів залежно від виду соціального страхування.

Страхові фонди — некомерційні самоврядні організації.

Цільові страхові фонди не можуть займатися іншою діяльністю, крім тієї, для якої їх створено, та використовувати свої кошти на цілі, не пов'язані з цією діяльністю. Кошти цільових страхових фондів не включаються до складу Державного бюджету України.

Страхові фонди діють на підставі статутів, затверджених у порядку, визначеному законами України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Управляють страховими фондами на паритетній основі держава та представники суб'єктів соціального страхування.

Управління фондами загальнообов'язкового державного соціального страхування виконується правлінням та виконавчими дирекціями страхових фондів, які забезпечують визначені законами конкретні види соціального страхування. Правління страхового фонду:

- затверджує документи, які регламентують внутрішню діяльність фонду, в тому числі виконавчої дирекції;
- подає у визначеному порядку пропозиції щодо визначення розмірів загальнообов'язкових внесків для забезпечення відповідного виду соціального страхування (за винятком страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання);
- затверджує проекти річних бюджетів фонду та звіти про їхнє виконання, порядок використання коштів з окремих видатків бюджету фонду;
- створює резерви коштів для забезпечення виплат та надання соціальних послуг застрахованим особам;
- розглядає кандидатури та затверджує на посадах керівника виконавчої дирекції фонду та його заступників;
- спрямовує та контролює діяльність виконавчої дирекції страхового фонду та її робочих органів;
- визначає кадрову політику;
- виконує інші функції, передбачені статутом страхового фонду.

Порядок обрання правління страхового фонду визначають закони України з окремих видів соціального страхування.

Виконавча дирекція страхового фонду є виконавчим органом правління фонду, який забезпечує виконання рішень правління. Вона підзвітна правлінню фонду та провадить діяльність від імені страхового фонду в межах та порядку, визначених його статутом та положенням про виконавчу дирекцію, яке затверджує правління страхового фонду. Керівник виконавчої дирекції входить до складу правління страхового фонду з правом дорадчого голосу. Робочими органами виконавчої дирекції є її відділення, страхові каси тощо.

Контролює діяльність цільових фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування Наглядова рада, яка забезпечує виконання статутних завдань та цільове використання коштів. З цією метою до складу Наглядової ради входять у рівній кількості представники від застрахованих громадян, роботодавців і держави. Склад Наглядової ради та її повноваження визначаються законами з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Державний нагляд у сфері загальнообов'язкового державного соціального страхування здійснюється спеціально уповноважений Кабінетом Міністрів України центральний орган виконавчої влади.

Якщо страховик прийняв рішення з порушенням страхового законодавства або страхувальник не виконує вимог національного законодавства, то орган державного нагляду вказує на допущені порушення і визначає термін для їх усунення. Орган державного нагляду може вимагати скликання засідання правління цільового страхового фонду.

Основні джерела коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування — внески роботодавців і застрахованих осіб. Бюджетні та інші джерела коштів, потрібні для проведення загальнообов'язкового державного соціального страхування, передбачаються відповідними законами з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Розміри внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування з кожного його виду визначають з урахуванням того, що вони повинні забезпечувати:

- надання особам матеріального забезпечення та соціальних послуг, передбачених законодавством;
- фінансування заходів, спрямованих на профілактику страхових випадків;
- створення резерву коштів для забезпечення виплат та надання соціальних послуг застрахованим особам;
- покриття витрат страховика, пов'язаних із проведенням загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Розміри внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування залежно від його виду щорічно визначає Верховна Рада України для роботодавців і застрахованих осіб з кожного виду страхування на календарний рік у відсотках одночасно із затвердженням Державного бюджету України, якщо інше не передбачено законами України з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Для визначення розміру внесків додаткові джерела коштів можна враховувати у разі їх систематичного надходження до фонду.

Страхові внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування залежно від його виду визначаються з кожного виду страхування, здебільшого, на календарний рік у відсотках:

- для роботодавців — до сум фактичних витрат на оплату праці та інших виплат найманим працівникам, які підлягають обкладенню прибутковим податком з громадян;
- для фізичних осіб — до сум оподаткованого доходу (прибутку).

Внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійних захворювань сплачує тільки роботодавець.

11.5. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності

Страхування від нещасного випадку є самостійним видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, за допомогою якого проводять соціальний захист, охорону життя та здоров'я громадян у процесі їх трудової діяльності.

Завданнями страхування від нещасного випадку є:

- проведення профілактичних заходів, спрямованих на усунення шкідливих і небезпечних виробничих факторів, запобігання нещасним випадкам на виробництві, професійним захворюванням та іншим випадкам загрози здоров'ю застрахованих, спричинених умовами праці;
- відновлення здоров'я та працездатності потерпілих на виробництві від нещасних випадків або професійних захворювань;
- відшкодування матеріальної та моральної шкоди застрахованим і членам їхніх сімей.

Держава гарантує всім застрахованим громадянам забезпечення прав у страхуванні від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання.

Законодавство про страхування від нещасного випадку складається з Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, Кодексу законів про працю України*, Закону України «Про охорону праці», Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного

Кодекс законів про працю України визначає правові засади і гарантії здійснення громадянами України права розпоряджатися своїми здібностями до продуктивної і творчої праці.

захворювання, які спричинили втрату працездатності»* та інших нормативно-правових актів. Дія Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» поширюється на осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах, організаціях, незалежно від їхніх форм власності та господарювання, у фізичних осіб, на осіб, які забезпечують себе роботою самостійно, та громадян-суб'єктів підприємницької діяльності.

Основні принципи страхування від нещасного випадку:

- паритетність держави, представників застрахованих осіб та роботодавців в управлінні страхуванням від нещасного випадку;
- своєчасне та повне відшкодування шкоди страховиком;
- обов'язковість страхування від нещасного випадку осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) та інших підставах, передбачених законодавством про працю, а також добровільність такого страхування для осіб, які забезпечують себе роботою самостійно, та громадян-суб'єктів підприємницької діяльності;
- надання державних гарантій реалізації застрахованими громадянами своїх прав;
- обов'язковість сплати страхувальником страхових внесків;
- формування та витрачання страхових коштів на солідарній основі;
- диференціювання страхового тарифу з урахуванням умов і стану безпеки праці, виробничого травматизму та професійної захворюваності на кожному підприємстві;
- економічна зацікавленість суб'єктів страхування в поліпшенні умов і безпеки праці;

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності», відповідно до Конституції України та Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, визначає правову основу, економічний механізм та організаційну структуру загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які призвели до втрати працездатності або загибелі застрахованих на виробництві (далі — страхування від нещасного випадку).

— цільове використання коштів страхування від нещасного випадку.

Суб'єктами страхування від нещасного випадку є застраховані громадяни, а в окремих випадках — члени їхніх сімей та інші особи, страхувальники та страховик.

Застрахованою є фізична особа (працівник), на користь якої здійснюється страхування.

Страхувальниками є роботодавці, а в окремих випадках — застраховані особи.

Страховик — Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України (далі — Фонд соціального страхування від нещасних випадків).

Об'єктом страхування від нещасного випадку є життя застрахованого, його здоров'я та працездатність.

Роботодавцем вважається:

- власник підприємства або уповноважений ним орган та фізична особа, яка використовує найману працю;
- власник розташованого в Україні іноземного підприємства, установи, організації (у тому числі міжнародних), філії або представництва, який використовує найману працю, якщо інше не передбачено міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України.

Обов'язковому страхуванню від нещасного випадку підлягають:

- 1) особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту);
- 2) учні та студенти навчальних закладів, клінічні ординатори, аспіранти, докторанти, залучені до будь-яких робіт під час, перед або після занять; під час занять, коли вони набувають професійних навичок; у період проходження виробничої практики (стажування), виконання робіт на підприємствах;
- 3) особи, які утримуються у виправних, лікувально-трудовах, виховно-трудовах закладах та залучаються до трудової діяльності на виробництві цих установ або на інших підприємствах за спеціальними договорами.

Заподіяння шкоди зародку внаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання жінки під час її вагітності, у зв'язку з чим дитина народилася інвалідом, прирівнюється до нещасного випадку, який трапився із застрахованим. Така дитина відповідно до медичного висновку вважається застрахованою до

16 років або до закінчення навчання, але не більше як до досягнення 23 років, і отримує допомогу Фонду соціального страхування від нещасних випадків.

Для страхування від нещасного випадку на виробництві не потрібно згоди або заяви працівника. Страхування проводять у безособовій формі. Усі застраховані є членами Фонду соціального страхування від нещасних випадків.

Реєстрація страхувальників у робочому органі виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків проводиться:

- страхувальників-юридичних осіб — у десятиденний термін після одержання свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності;
- страхувальників-фізичних осіб, які використовують найману працю, — у десятиденний строк після укладення трудового договору (контракту) з першим із найманих працівників.

Факт реєстрації страхувальника страховиком засвідчується страховим свідоцтвом, форма якого визначається Фондом соціального страхування від нещасних випадків.

Перереєстрація страхувальників проводиться у терміни, визначені страховиком.

Добровільно, за письмовою заявою, від нещасного випадку у Фонді соціального страхування від нещасних випадків можуть застрахуватися:

- 1) священнослужителі, церковнослужителі та особи, які працюють у релігійних організаціях на виборних посадах;
- 2) особи, які забезпечують себе роботою самостійно;
- 3) громадяни-суб'єкти підприємницької діяльності.

Строк страхування розпочинається з дня, який настає за днем прийняття заяви, за умови сплати страхового внеску.

Страхування припиняється, якщо страховий внесок до Фонду соціального страхування від нещасних випадків не перераховано протягом трьох місяців з дня подання заяви.

Особам, які підлягають страхуванню від нещасного випадку, видається свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, яке є єдиним для всіх видів страхування та документом суворої звітності.

Порядок видачі та зразок свідоцтва про соціальне страхування затверджує Кабінет Міністрів України.

Страховий ризик — обставини, внаслідок яких може трапитися страховий випадок.

Страховим випадком є нещасний випадок на виробництві або професійне захворювання, що спричинили застрахованому професійно зумовлену фізичну чи психічну травму за обставин, зазначених у статті 14 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності», з настанням яких виникає право застрахованої особи на отримання матеріального забезпечення та/або соціальних послуг.

Професійне захворювання є страховим випадком також у разі його встановлення чи виявлення в період, коли потерпілий не перебував у трудових відносинах з підприємством, на якому він захворів. Нещасний випадок або професійне захворювання, яке сталося внаслідок порушення нормативних актів про охорону праці застрахованим, також є страховим випадком. Порушення правил охорони праці застрахованим, яке спричинило нещасний випадок або професійне захворювання, не звільняє страховика від виконання зобов'язань перед потерпілим.

Факт нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання розслідують у порядку, затвердженому Кабінетом Міністрів України, відповідно до Закону України «Про охорону праці».

Підставою для оплати потерпілому витрат на медичну допомогу, проведення медичної, професійної та соціальної реабілітації, а також страхових виплат є акт розслідування нещасного випадку або акт розслідування професійного захворювання (отруєння) за визначеними формами.

Нещасний випадок — це обмежена в часі подія або раптовий вплив на працівника небезпечного виробничого фактора чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю або настала смерть.

Перелік обставин, за яких настає страховий випадок, визначає Кабінет Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади.

До професійного захворювання належить захворювання, що виникло внаслідок професійної діяльності застрахованого та зумовлюється тільки або переважно впливом шкідливих речовин і певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою.

Перелік професійних захворювань за поданням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади затверджує Кабінет Міністрів України. В окремих випадках Фонд соціального страхування від нещасних випадків може визнати страховим випадком захворювання, яке не внесли до переліку професійних захворювань, якщо на момент прийняття рішення медична наука має нові відомості, які дають підстави вважати це захворювання професійним.

Страхування від нещасного випадку проводить **Фонд соціального страхування від нещасних випадків** — некомерційна самоврядна організація, що діє на підставі статуту, який затверджує її правління, яка є юридичною особою.

У разі настання страхового випадку Фонд соціального страхування від нещасних випадків зобов'язаний у визначеному законодавством порядку:

- 1) своєчасно та в повному обсязі відшкодувати шкоду, заподіяну працівникові внаслідок ушкодження його здоров'я або в разі його смерті, виплачуючи йому або особам, які перебували на його утриманні:
 - а) допомогу у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю до відновлення працездатності або встановлення інвалідності;
 - б) одноразову допомогу в разі стійкої втрати професійної працездатності або смерті потерпілого;
 - в) щомісяця грошову суму в разі часткової чи повної втрати працездатності, що компенсує відповідну частину втраченого заробітку потерпілого;
 - г) пенсію за інвалідністю внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
 - г) пенсію у зв'язку з втратою годувальника, який помер унаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання;
 - д) грошову суму за моральну шкоду за наявності факту заподіяння цієї шкоди потерпілому;
- 2) організувати поховання померлого, відшкодувати вартість пов'язаних з цим ритуальних послуг відповідно до місцевих умов;
- 3) сприяти створенню умов для своєчасного надання кваліфікованої першої невідкладної допомоги потерпілому в разі настання нещасного випадку, швидкої допомоги в разі потреби його госпіталізації, ранньої діагностики професійного захворювання;

- 4) організувати цілеспрямоване та ефективне лікування потерпілого у власних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах або на договірній основі в інших лікувально-профілактичних закладах з метою якнайшвидшого відновлення здоров'я застрахованого;
- 5) забезпечити потерпілому, разом із відповідними службами охорони здоров'я, за призначенням лікарів повний обсяг постійно доступної, раціонально організованої медичної допомоги, яка повинна охоплювати:
 - а) обслуговування вузькопрофільними лікарями та лікарями загальної практики;
 - б) догляд медичних сестер удома, в лікарні або в іншому лікувально-профілактичному закладі;
 - в) акушерський та інший догляд удома або в лікарні під час вагітності та пологів;
 - г) утримання* в лікарні, реабілітаційному закладі, санаторії або в іншому лікувально-профілактичному закладі;
 - г) забезпечення потрібними лікарськими засобами, протезами, ортопедичними, коригуючими виробами, окулярами, слуховими апаратами, спеціальними засобами пересування, зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів).

З метою найповнішого виконання функцій Фонд соціального страхування від нещасних випадків створює спеціалізовану медичну та патронажну службу соціального страхування.

- б) вжити всіх необхідних заходів для підтримання, підвищення та відновлення працездатності потерпілого;
- 7) забезпечити згідно з медичним висновком домашній догляд за потерпілим, допомогу у веденні домашнього господарства (або компенсувати йому відповідні витрати), сприяти наданню потерпілому, який проживає в гуртожитку, ізольованого житла;
- 8) відповідно до висновку лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) або медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) проводити навчання та перекваліфікацію потерпілого у власних навчальних закладах або на договірній основі в інших закладах перенавчання інвалідів, якщо внаслідок ушкодження здоров'я або заподіяння моральної шкоди потерпілий не може виконувати попередню роботу; працевлаштовувати осіб зі зниженою працездатністю;

- 9) організовувати робочі місця для інвалідів самостійно або разом з органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування чи з іншими зацікавленими суб'єктами підприємницької діяльності; компенсувати витрати виробництва, які не покриваються коштами від збуту виробленої продукції, за рахунок Фонду;
- 10) у разі невідкладної потреби надавати інвалідам разову грошову допомогу, допомогу у вирішенні соціально-побутових питань за їх рахунок або за рішенням виконавчої дирекції Фонду та її регіональних управлінь — за рахунок Фонду;
- 11) сплачувати за потерпілого внески на медичне та пенсійне страхування;
- 12) організовувати залучення інвалідів до участі у громадському житті.

Усі види соціальних послуг та виплат надають застрахованому та особам, які перебувають на його утриманні, незалежно від того, зареєстровано підприємство, на якому стався страховий випадок, у Фонді соціального страхування від нещасних випадків, чи ні.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків проводить заходи, спрямовані на запобігання нещасним випадкам, усунення загрози здоров'ю працівників, спричиненої умовами праці, у тому числі:

- 1) надає страхувальникам потрібні консультації, сприяє у створенні ними та реалізації ефективної системи управління охороною праці;
- 2) бере участь:
 - у розробленні центральними органами виконавчої влади національної та галузевих програм поліпшення стану безпеки, умов праці і виробничого середовища та їх реалізації;
 - у навчанні, підвищенні рівня знань працівників, які вирішують питання охорони праці;
 - в організації розроблення та виробництва засобів індивідуального захисту працівників;
 - у проведенні наукових досліджень у сфері охорони та медицини праці;
- 3) перевіряє стан профілактичної роботи та охорони праці на підприємствах, бере участь у розслідуванні групових нещасних випадків, нещасних випадків зі смертельними наслідками та з можливою інвалідністю, а також професійних захворювань;

- 4) веде пропаганду безпечних та нешкідливих умов праці, організовує створення тематичних кінофільмів, радіо- і телепередач, видає та розповсюджує нормативні акти, підручники, журнали, іншу спеціальну літературу, плакати, пам'ятки тощо з питань соціального страхування від нещасного випадку та охорони праці. З метою виконання цих функцій Фонд соціального страхування від нещасних випадків створює своє видавництво з відповідною поліграфічною базою;
- 5) бере участь у розробленні законодавчих та інших нормативних актів про охорону праці;
- 6) вивчає та поширює позитивний досвід створення безпечних та нешкідливих умов виробництва;
- 7) надає підприємствам на безповоротній основі фінансову допомогу для вирішення особливо гострих проблем з охорони праці;
- 8) виконує інші профілактичні роботи.

Виконання статутних функцій та обов'язків Фонду соціального страхування від нещасних випадків щодо запобігання нещасним випадкам покладається на страхових експертів з охорони праці. Страховими експертами з охорони праці можуть бути особи з вищою спеціальною освітою за фахом спеціаліста з охорони праці або особи з вищою технічною або медичною освітою, які мають стаж практичної роботи на підприємстві не менше трьох років та відповідне посвідчення, яке видає спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади.

Страхові експерти з охорони праці мають право:

- 1) безперешкодно та в будь-який час відвідувати підприємства для перевірки стану умов і безпеки праці та проведення профілактичної роботи з цих питань;
- 2) у складі відповідних комісій брати участь у розслідуванні нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також у перевірці знань з охорони праці працівників підприємств;
- 3) одержувати від роботодавців пояснення та інформацію, в тому числі у письмовій формі, про стан охорони праці;
- 4) брати участь у роботі комісій з питань охорони праці підприємств;
- 5) вносити власникам підприємств, органам виконавчої влади, державного нагляду за охороною праці подання про порушення законодавства про охорону праці і вимагати вжити еко-

номічні санкції або притягнути до відповідальності посадових осіб, які допустили ці порушення, а також про заборону подальшої експлуатації робочих місць, дільниць і цехів, робота яких загрожує здоров'ю або життю працівників;

- б) складати протоколи про адміністративні правопорушення у випадках, передбачених законом;
- 7) брати участь як незалежні експерти в роботі комісій з випробувань та приймання в експлуатацію виробничих об'єктів, засобів виробництва та індивідуального захисту, апаратури та приладів контролю.

Страхові експерти з охорони праці провадять свою діяльність відповідно до Положення про службу страхових експертів з охорони праці, профілактики нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків зобов'язаний:

- 1) вести реєстр страхувальників;
- 2) письмово повідомляти страхувальникові умовний клас професійного ризику його підприємства — групу галузей (підгалузей) економіки або видів діяльності, що мають визначений для цієї групи рівень виробничого травматизму та професійної захворюваності;
- 3) укладати угоди з лікувально-профілактичними закладами та окремими лікарями на обслуговування потерпілих на виробництві;
- 4) вивчати та використовувати досвід управління охороною праці та страхування від нещасного випадку в зарубіжних країнах;
- 5) співпрацювати з фондами з інших видів соціального страхування у фінансуванні заходів, пов'язаних з матеріальним забезпеченням та наданням соціальних послуг застрахованим, у кожному конкретному випадку спільно приймаючи рішення щодо того, хто з них братиме участь у фінансуванні цих заходів.

Якщо після призначення застрахованій особі матеріальної допомоги чи надання соціальних послуг між Фондом соціального страхування від нещасних випадків і страховиками з інших видів соціального страхування виникають спори щодо понесених витрат, виплату проводить страховик, до якого звернувся застрахований. Страховик, до якого звернувся застрахований, має право звернутися до відповідного страховика з інших видів соціального страхування щодо відшкодування понесених ним витрат.

б) виконувати інші роботи, пов'язані з координацією страхової діяльності.

Усі види страхових виплат і соціальних послуг застрахованим та особам, які перебувають на їхньому утриманні, а також усі види профілактичних заходів проводить Фонд соціального страхування від нещасних випадків за рахунок коштів цього Фонду.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків забезпечує фінансування заходів, передбачених національною, галузевими, регіональними програмами поліпшення стану безпеки, умов праці та виробничого середовища, планами наукових досліджень з охорони та медицини праці, навчання і підвищення кваліфікації відповідних спеціалістів з питань охорони праці, організації розроблення і виробництва засобів індивідуального та колективного захисту працівників, розроблення, видання, розповсюдження нормативних актів, журналів, спеціальної літератури, а також інших профілактичних заходів відповідно до завдань страхування від нещасних випадків.

Контролює діяльність Фонду соціального страхування від нещасних випадків Наглядова рада. Мета нагляду — забезпечити виконання Фондом соціального страхування від нещасних випадків його статутних завдань і цільового використання коштів цього Фонду.

Страховими виплатами є грошові суми, які Фонд соціального страхування від нещасних випадків виплачує застрахованому чи особам, які мають на це право, у разі настання страхового випадку.

Зазначені грошові суми складаються з:

- 1) страхової виплати втраченого заробітку (або відповідної його частини) залежно від ступеня втрати потерпілим професійної працездатності (далі — щомісячна страхова виплата);
- 2) страхової виплати у визначених випадках одноразової допомоги потерпілому (членам його сім'ї та особам, які перебували на утриманні померлого);
- 3) страхової виплати пенсії за інвалідністю потерпілому;
- 4) страхової виплати пенсії у зв'язку з втратою годувальника;
- 5) страхової виплати дитині, яка народилася інвалідом унаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання її матері під час вагітності;
- 6) страхових витрат на медичну та соціальну допомогу.

Якщо є факт заподіяння моральної шкоди потерпілому, то провадиться страхова виплата за моральну шкоду.

Перерахування сум щомісячних страхових виплат і витрат на медичну та соціальну допомогу проводиться у разі:

- 1) зміни ступеня втрати професійної працездатності;
- 2) зміни складу сім'ї померлого;
- 3) підвищення розміру неоподаткованого мінімуму доходів громадян і мінімальної заробітної плати у порядку, визначеному законодавством;
- 4) підвищення тарифних ставок (посадових окладів) працівників підприємств. У цьому разі перерахунок суми щомісячної страхової виплати у зв'язку з втраченим заробітком (у разі повної втрати професійної працездатності) проводять, враховуючи середньомісячний заробіток, визначений за три повних календарних місяці роботи працівника відповідної професії (посади) після підвищення тарифних ставок (посадових окладів). Визначена раніше сума страхової виплати зменшенню не підлягає.

Ступінь втрати працездатності потерпілим визначає МСЕК за участю Фонду соціального страхування від нещасних випадків і визначається у відсотках професійної працездатності, яку мав потерпілий до ушкодження здоров'я. МСЕК визначає обмеження рівня життєдіяльності потерпілого, професію, з якою пов'язане ушкодження здоров'я, причину, час настання та групу інвалідності у зв'язку з ушкодженням здоров'я, а також необхідні види медичної та соціальної допомоги.

У разі смерті потерпілого право на одержання щомісячних страхових виплат мають непрацездатні особи, які перебували на утриманні померлого або мали на день його смерті право на одержання від нього утримання, а також дитина померлого, яка народилася протягом не більш як десятимісячного терміну після його смерті.

Такими непрацездатними особами є:

- 1) діти, які не досягли 16 років; діти з 16 до 18 років, які не працюють, або старші за цей вік, але через вади фізичного або розумового розвитку самі не спроможні заробляти; діти, які є учнями, студентами (курсантами, слухачами, стажистами) денної форми навчання — до закінчення навчання, але не більш як до досягнення ними 23 років;
- 2) жінки, які досягли 55 років, і чоловіки, які досягли 60 років, якщо вони не працюють;
- 3) інваліди — члени сім'ї потерпілого на час інвалідності;
- 4) неповнолітні діти, на утримання яких померлий виплачував або був зобов'язаний виплачувати аліменти;

5) непрацездатні особи, які не перебували на утриманні померлого, але мають на це право.

Право на одержання страхових виплат у разі смерті потерпілого мають також дружина (чоловік) або один з батьків померлого чи інший член сім'ї, якщо він не працює та доглядає дітей, братів, сестер або онуків потерпілого, які не досягли восьмирічного віку.

Пенсія у разі смерті годувальника призначається і виплачується згідно з законодавством.

Суму щомісячної страхової виплати визначають відповідно до ступеня втрати професійної працездатності та середньомісячного заробітку, що потерпілий мав до ушкодження здоров'я. Ця сума щомісячної страхової виплати не повинна перевищувати середньомісячного заробітку, який потерпілий мав до ушкодження здоров'я.

У разі стійкої втрати професійної працездатності, визначеної МСЕК, Фонд соціального страхування від нещасних випадків проводить одноразову страхову виплату потерпілому, сума якої визначається з розрахунку середньомісячного заробітку потерпілого за кожний відсоток втрати потерпілим професійної працездатності.

Якщо комісією з розслідування нещасного випадку виявлено, що ушкодження здоров'я настало не тільки з вини роботодавця, а й унаслідок порушення потерпілим нормативних актів про охорону праці, розмір одноразової допомоги зменшується на підставі висновку цієї комісії, але не більш як на 50%.

Моральна (немайнова) шкода, заподіяна умовами виробництва, яка не спричинила втрати потерпілим професійної працездатності, відшкодовується Фондом соціального страхування від нещасних випадків за заявою потерпілого з викладом характеру заподіяної моральної (немайнової) шкоди та за поданням відповідного висновку медичних органів. Відшкодування відбувається у вигляді одноразової страхової виплати незалежно від інших видів страхових виплат. Суму страхової виплати за моральну (немайнову) шкоду визначають у судовому порядку. Сума страхової виплати не може перевищувати двохсот розмірів мінімальної заробітної плати, визначеної на день виплати, незалежно від будь-яких інших страхових виплат.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків фінансує витрати на медичну та соціальну допомогу, в тому числі на додаткове харчування, придбання ліків, спеціальний медичний, постійний сторонній догляд, побутове обслуговування, протезування, санаторно-курортне лікування, придбання спеціальних

засобів пересування тощо, якщо потребу в них визначено висновками МСЕК.

Якщо внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання потерпілий тимчасово втратив працездатність, то Фонд соціального страхування від нещасних випадків фінансує всі витрати на його лікування.

Додаткове харчування призначають на конкретно визначений термін за раціоном, який складає дієтолог чи лікар, та затверджує МСЕК. Неможливість забезпечення потерпілого додатковим харчуванням у лікувально-профілактичному або реабілітаційному закладі підтверджується довідкою за підписом головного лікаря (директора) цього закладу. В цьому разі Фонд соціального страхування від нещасних випадків компенсує витрати на додаткове харчування на підставі довідки місцевої державної адміністрації або виконавчого органу місцевого самоврядування про середні ціни на продукти у період їх придбання або довідки торговельної організації чи управління ринком.

Витрати на ліки, лікування, протезування (крім протезів з дорогоцінних металів), придбання санаторно-курортних путівок, предметів догляду за потерпілим визначають на підставі виданих лікарями рецептів, санаторно-курортних карток, довідок або рахунків про їх вартість.

Сума витрат на необхідний догляд за потерпілим залежить від характеру цього догляду, визначеного МСЕК, і не може бути меншою (на місяць) від:

- 1) розміру мінімальної заробітної плати, визначеної на день виплати, — на спеціальний медичний догляд (масаж, уколи тощо);
- 2) половини розміру мінімальної заробітної плати, визначеної на день виплати, — на постійний сторонній догляд;
- 3) чверті розміру мінімальної заробітної плати, визначеної на день виплати, — на побутове обслуговування (прибирання, прання білизни тощо).

Витрати на догляд за потерпілим відшкодовує Фонд соціального страхування від нещасних випадків, незалежно від того, ким вони здійснюються.

Інваліди I групи подають висновок МСЕК тільки для визначення спеціального медичного догляду.

Якщо виявлено, що потерпілий потребує кількох видів допомоги, то оплату проводять за кожним її видом.

Потерпілому, який став інвалідом, періодично, але не рідше одного разу на три роки, а інвалідам I групи щорічно безоплатно за медичним висновком надається путівка для санаторно-курортного лікування; у разі самостійного придбання путівки її вартість компенсує Фонд соціального страхування від нещасних випадків у розмірі, визначеному правлінням Фонду.

Потерпілому, який став інвалідом, компенсують також витрати на проїзд до місця лікування і назад. Особі, яка супроводжує потерпілого, Фонд соціального страхування від нещасних випадків компенсує витрати на проїзд і житло згідно з законодавством про службові відрядження.

Потерпілому, який став інвалідом та використав щорічну відпустку до одержання путівки у санаторно-курортний заклад, роботодавець надає додаткову відпустку для лікування (враховуючи час проїзду) зі збереженням на цей час середньомісячного заробітку, який він мав до ушкодження здоров'я, або заробітку, що склався перед відпусткою (за вибором потерпілого).

Щомісячні страхові виплати потерпілому протягом цього часу провадяться на загальних підставах.

Якщо у потерпілого, відповідно до висновків МСЕК, є медичні показання для одержання автомобіля, то Фонд соціального страхування від нещасних випадків компенсує вартість придбання автомобіля з ручним керуванням, запасних частин до нього, пального, а також ремонту і технічного обслуговування та навчання керуванню автомобілем у розмірах, визначених Кабінетом Міністрів України.

Згідно з висновком МСЕК, Фонд соціального страхування від нещасних випадків може відшкодувати й інші витрати.

У разі смерті потерпілого внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання розмір одноразової допомоги його сім'ї повинен бути не меншим за п'ятирічну заробітну плату потерпілого і, крім того, не меншим за однорічний заробіток потерпілого на кожну особу, яка перебувала на його утриманні, а також на його дитину, яка народилася протягом не більш як десятимісячного терміну після смерті потерпілого.

У разі смерті потерпілого від нещасного випадку або професійного захворювання витрати на його поховання несе Фонд соціального страхування від нещасних випадків згідно з порядком, визначеним Кабінетом Міністрів України.

У разі смерті потерпілого, суми страхових виплат особам, які мають на це право, визначають із середньомісячного заробітку

потерпілого за вирахуванням частки, яка припадала на потерпілого та працездатних осіб, що перебували на його утриманні, але не мали права на ці виплати.

У разі смерті потерпілого, який одержував страхові виплати і не працював, розмір відшкодування шкоди особам визначають, враховуючи суми щомісячних страхових виплат і пенсії, які одержував потерпілий на день його смерті, з відповідним коригуванням щомісячних страхових виплат. Причинний зв'язок смерті потерпілого з одержаним каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я має підтверджуватися висновками відповідних медичних закладів.

Суму страхових виплат кожній особі, яка має на це право, визначають шляхом ділення частини заробітку потерпілого, що припадає на зазначених осіб, на кількість цих осіб.

Суму страхових виплат непрацездатним особам, які не перебували на утриманні померлого, але мають на це право, визначають у такому порядку:

- 1) якщо кошти на утримання стягували за рішенням суду, то страхові виплати визначають у сумі, призначеній судом;
- 2) якщо кошти на утримання не стягувалися в судовому порядку, то суму страхової виплати встановлює Фонд соціального страхування від нещасних випадків.

Коли право на страхові виплати мають одночасно непрацездатні особи, які перебували на утриманні померлого, і непрацездатні особи, які не перебували на його утриманні, то спочатку визначають суму страхових виплат особам, які не перебували на утриманні померлого.

Установлена зазначеним особам сума страхових виплат виключається із заробітку годувальника, а потім визначається сума страхових виплат особам, які перебували на утриманні померлого, у порядку, передбаченому абзацами першим та другим цього пункту.

Страхові виплати особам, які втратили годувальника, провадяться в повному розмірі без урахування призначеної їм пенсії у разі втрати годувальника та інших доходів.

Середньомісячний заробіток для обчислення суми страхових виплат потерпілому у зв'язку з втраченим ним заробітком (або відповідної його частини) визначають, за бажанням потерпілого, за дванадцять або три останніх повних календарних місяці роботи, що передували каліцтву, а у зв'язку з професійним захворюванням — стійкій втраті професійної працездатності.

Якщо професійне захворювання виявлено після переходу (звільнення) потерпілого з роботи, з якою воно пов'язано, середній заробіток визначається за дванадцять або, за бажанням потерпілого, за три останніх повних календарних місяці до часу переходу (звільнення) з цієї роботи.

Якщо у потерпілого не набереться дванадцять або три повних календарних місяці роботи в межах 24 місяців, що передували каліцтву, виявленню стійкої втрати професійної працездатності або переходу (звільненню) працівника з роботи, з якою пов'язано ушкодження здоров'я, середньомісячний заробіток визначають за фактичний час роботи протягом останніх трьох місяців (двох або одного в разі, якщо потерпілий пропрацював лише два або один календарний місяць), що передували цьому, шляхом ділення суми заробітку на кількість відпрацьованих днів за цей період. Визначений середньоденний заробіток множать на кількість робочих днів за місяць, обчислених у середньому за рік.

Середньомісячний заробіток у зазначений період підлягає коригуванню на час визначення МСЕК стійкої втрати професійної працездатності з урахуванням підвищення тарифних ставок, посадових окладів відповідних працівників виробничого підрозділу (дільниці, цеху) підприємства, де працював потерпілий до моменту ушкодження здоров'я, або індексації доходів відповідно до законодавства. Відкоригований середньомісячний заробіток не може бути більшим від середньомісячного заробітку відповідного працівника.

Види оплати праці, які враховують під час обчислення середньомісячного заробітку, визначають відповідно до законодавства про пенсійне забезпечення. Середньомісячний заробіток беруть для визначення розміру одноразової допомоги потерпілому або членам його сім'ї та особам, які перебували на його утриманні, у разі смерті потерпілого.

У разі повторного ушкодження здоров'я середньомісячний заробіток, за бажанням потерпілого, обчислюється за відповідні періоди, що передували першому або повторному ушкодженню здоров'я. Суму страхової виплати в цьому разі визначають згідно зі ступенем (у відсотках) втрати професійної працездатності, що визначає МСЕК за сукупністю випадків ушкодження здоров'я.

Якщо повторне ушкодження здоров'я працівника настало з вини іншого роботодавця, страхова виплата проводиться на загальних підставах.

Якщо на час звернення за страховою виплатою документи про заробіток потерпілого до ушкодження здоров'я не збереглися, сума страхової виплати визначається за чинною на час звернення тарифною ставкою (окладом) за професією (посадою) на підприємстві (в галузі), на якому працював потерпілий, або за відповідною тарифною ставкою (окладом) подібної професії (посади), але не менше розміру мінімальної заробітної плати, визначеної на день виплати. Якщо немає документів про заробіток, то підтверджують довідкою роботодавця або відповідного архіву.

У разі ушкодження здоров'я в період виробничого навчання (практики) сума страхової виплати визначається за чинною на підприємстві ставкою (окладом) тієї професії (спеціальності), якій навчався потерпілий, але не нижче найменшого розряду тарифної сітки відповідної професії.

Якщо у період навчання (практики) потерпілий одержував заробіток, то суму страхової виплати визначають, за його згодою, з середньомісячного заробітку за цей період. За бажанням потерпілого сума страхової виплати може бути визначена з середньомісячного заробітку до початку виробничого навчання (практики).

Виплата пенсії з інвалідності внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання проводиться потерпілому відповідно до законодавства про пенсійне забезпечення, крім випадків, передбачених пунктом 2 статті 8 та статтею 9 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».

Неповнолітній особі, яка народилася інвалідом унаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання матері під час вагітності, або особам, які стали інвалідами під час відповідних занять або робіт, Фонд соціального страхування від нещасних випадків проводить щомісячні страхові виплати як інвалідам дитинства, а після досягнення ними 16 років — у розмірі середньомісячного заробітку, що склався на території області (міста) проживання цих осіб, але не менше середньомісячного заробітку в країні на день виплати.

Індексація суми страхової виплати проводиться відповідно до законодавства.

Якщо застрахований одночасно має право на безоплатне або пільгове отримання тих самих видів допомоги, забезпечення чи догляду йому надається право вибору відповідного виду допомоги, забезпечення чи догляду за однією з підстав.

Для розглядання справ про страхові виплати до Фонду соціального страхування від нещасних випадків подають:

- акт розслідування нещасного випадку або акт розслідування професійного захворювання за визначеними формами та (або) висновок МСЕК про ступінь втрати професійної працездатності застрахованого чи копія свідоцтва про його смерть, а також відповідні рішення про відшкодування моральної (немайнової) шкоди;
- документи про необхідність надання додаткових видів допомоги.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків приймає рішення про виплати у разі втрати годувальника за умови подання таких документів, які видаються відповідними організаціями в триденний термін з моменту звернення заявника:

- 1) копії свідоцтва органу реєстрації актів громадянського стану про смерть потерпілого;
- 2) довідки житлово-експлуатаційної організації, а якщо її немає — довідки виконавчого органу ради чи інших документів про склад сім'ї померлого, в тому числі про тих, хто перебував на його утриманні, або копії відповідного рішення суду;
- 3) довідки житлово-експлуатаційної організації, а якщо її немає — виконавчого органу ради про батьків або іншого члена сім'ї померлого, який не працює та доглядає дітей, братів, сестер чи онуків померлого, які не досягли восьмирічного віку;
- 4) довідки з навчального закладу про те, що член сім'ї потерпілого віком від 18 до 23 років, який має право на відшкодування шкоди, навчається за денною формою навчання;
- 5) довідки з навчального закладу інтернатного типу про те, що член сім'ї потерпілого, який має право на відшкодування шкоди, перебуває на утриманні цього закладу.

Факт перебування на утриманні потерпілого, якщо немає відповідних документів і не можна їх відновити, встановлюють у судовому порядку.

Якщо застрахований або члени його сім'ї за станом здоров'я чи з інших причин неспроможні самі одержати зазначені вище документи, то їх одержує та подає відповідний страховий експерт Фонду соціального страхування від нещасних випадків.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків розглядає справу про страхові виплати на підставі заяви потерпілого або

зацікавленої особи за наявності всіх необхідних документів і приймає відповідні рішення у десятиденний термін, не враховуючи дня надходження зазначених документів. Рішення оформляється постановою, в якій зазначають дані про осіб, які мають право на страхові виплати, розміри виплат на кожного члена сім'ї та їх строки або обґрунтування відмови у виплатах; до постанови додаються копії необхідних документів.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків може затримати страхові виплати до з'ясування підстав для виплат, якщо документи про нещасний випадок оформлені з порушенням установлених вимог.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків може відмовити у страхових виплатах і наданні соціальних послуг застрахованому, якщо були:

- 1) навмисні дії потерпілого, спрямовані на створення умов для настання страхового випадку;
- 2) подання роботодавцем або потерпілим Фонду соціального страхування від нещасних випадків свідомо неправдивих відомостей про страховий випадок;
- 3) вчинення застрахованим умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків може відмовити у виплатах і наданні соціальних послуг застрахованому, якщо нещасний випадок згідно з законодавством не визнається пов'язаним з виробництвом.

Страхові виплати і надання соціальних послуг може бути припинено:

- 1) на весь час проживання потерпілого за кордоном, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України;
- 2) на весь час, протягом якого потерпілий перебуває на державному утриманні, за умови, що частка виплати, яка перевищує вартість такого утримання, надається особам, які перебувають на утриманні потерпілого;
- 3) якщо з'ясувалося, що виплати призначено на підставі документів, які містять неправдиві відомості. Сума витрат на страхові виплати, отримані застрахованим, стягується в судовому порядку;
- 4) якщо страховий випадок настав унаслідок навмисного наміру заподіяння собі травми;

- 5) якщо потерпілий ухиляється від медичної чи професійної реабілітації або не виконує правил, пов'язаних з установленням чи переглядом обставин страхового випадку, або порушує правила поведінки та визначений для нього режим, що перешкоджає одужанню;
- 6) в інших випадках, передбачених законодавством.

Якщо на утриманні потерпілого перебувають члени сім'ї, які проживають на території України, виплати не припиняються, а лише зменшуються на суму, що не перевищує 25% від усієї суми виплат.

Страхові виплати проводяться щомісячно у визначені Фондом соціального страхування від нещасних випадків дні на підставі постанови цього Фонду або рішення суду:

- потерпілому — з дня втрати працездатності внаслідок нещасного випадку або з дати визначення професійного захворювання;
- особам, які мають право на виплати у зв'язку зі смертю годувальника, — з дня смерті потерпілого, але не раніше дня виникнення права на виплати.

Одноразову допомогу виплачують потерпілому в місячний термін з дня визначення МСЕК стійкої втрати професійної працездатності, а в разі смерті потерпілого — у місячний термін з дня смерті застрахованого особам, які мають на це право. Якщо справи про страхові виплати розглядають уперше по закінченні трьох років з дня втрати потерпілим працездатності внаслідок нещасного випадку або з дня смерті годувальника, страхові виплати проводяться з дня звернення. Виплати призначені, але не одержані своєчасно потерпілим або особою, яка має право на одержання виплат, проводяться за весь минулий час, але не більш як за три роки з дня звернення за їх одержанням. Страхові виплати проводяться протягом терміну, на який визначено втрату працездатності у зв'язку зі страховим випадком, а фінансування додаткових витрат — протягом терміну, на який визначено потребу в них.

Страхові виплати проводяться протягом терміну, визначеного МСЕК або ЛКК. Термін проведення страхових виплат продовжується з дня їх припинення і до часу, визначеного при наступному огляді МСЕК або ЛКК, незалежно від часу звернення потерпілого або зацікавлених осіб до Фонду соціального страхування від нещасних випадків. Суму страхових виплат за минулий час виплачують за умови підтвердження МСЕК втрати працездатності та

причинного зв'язку між настанням непрацездатності та ушкодженням здоров'я.

Якщо потерпілому або особам, які мають право на одержання страхової виплати, з вини Фонду соціального страхування від нещасних випадків своєчасно не визначено або не виплачено суми страхової виплати, ця сума виплачується без обмеження протягом будь-якого терміну та підлягає коригуванню у зв'язку зі зростанням цін на споживчі товари та послуги в порядку, визначеному статтею 34 Закону України «Про оплату праці».

Страхові виплати за поточний місяць проводяться протягом місяця з дня настання страхового випадку. Доставка і переказ сум, виплачуваних потерпілим, проводяться за рахунок Фонду соціального страхування від нещасних випадків. За бажанням одержувачів ці суми можуть перераховуватися на їхні особові рахунки в банку.

Суми, одержані в рахунок страхових виплат потерпілим або особою, яка має право на ці виплати, можуть бути утримані Фондом соціального страхування від нещасних випадків, якщо рішення про їх виплату прийнято на підставі підроблених документів або подано свідомо неправдиві відомості, а також якщо допущено помилку, яка впливає на суму страхових виплат.

Належні суми страхових виплат, що з вини Фонду соціального страхування від нещасних випадків не були своєчасно виплачені особам, які мають на них право, у разі смерті цих осіб виплачуються членам їхніх сімей, а в разі їх відсутності — включаються до складу спадщини.

Потерпілим, які проживають у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонатах для ветеранів війни та праці, щомісячні суми страхових виплат перераховуються на рахунок зазначених установ з виплатою різниці між сумою страхової виплати та вартістю утримання в них, але не менш як 25% від призначеної суми страхової виплати (втраченого заробітку).

Якщо на утриманні потерпілого, який проживає у будинку-інтернаті для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонаті для ветеранів війни та праці, є непрацездатні члени сім'ї, сума страхової виплати сплачується в такому порядку: на одну непрацездатну особу, яка перебуває на утриманні, — чверть, на двох — третина, на трьох і більше — половина суми страхової виплати. Частина суми страхової виплати, що залишається після відрахування вартості утримання в цих установах, але не менш як 25% виплачується потерпілому.

11. Соціальне страхування

Суми страхових виплат, нараховані особі, яка їх одержує в період її перебування в дитячому будинку, закладі інтернатного типу, перераховуються на спеціальний рахунок і виплачуються їй після закінчення навчання у цьому закладі.

У разі відбування потерпілим покарання у вигляді позбавлення волі, належні йому суми страхових виплат перераховують на спеціальний рахунок і виплачують йому після звільнення з місця позбавлення волі, а особи, які перебувають на утриманні потерпілого, одержують виплати у визначеному порядку.

У разі виїзду потерпілого або осіб, які мають право на страхові виплати, на постійне місце проживання за межі України, визначені на зазначені цілі суми Фонд соціального страхування від нещасних випадків переказує на їхню адресу в порядку, передбаченому міждержавними угодами.

Копії рішень Фонду соціального страхування від нещасних випадків або суду про призначення страхових виплат, заяви потерпілих та інших зацікавлених осіб про призначення виплат з усіма необхідними документами зберігає Фонд соціального страхування від нещасних випадків. Через два роки після припинення страхових виплат зазначені справи передають на постійне зберігання до архівних установ у порядку, визначеному законодавством.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків проводить збір та акумулювання страхових внесків, має автономну, незалежну від будь-якої іншої, систему фінансування.

Фінансування Фонду соціального страхування від нещасних випадків відбувається за рахунок:

- внесків роботодавців: для підприємств — з віднесенням на валові витрати виробництва, для бюджетних установ та організацій — з асигнувань, виділених на їх утримання та забезпечення;
- капіталізованих платежів, що надійшли у випадках ліквідації страхувальників;
- прибутку, одержаного від тимчасово вільних коштів Фонду на депозитних рахунках;
- коштів, одержаних від стягнення відповідно до законодавства штрафів і пені з підприємств, а також штрафів з працівників, винних у порушенні вимог нормативних актів з охорони праці;
- добровільних внесків та інших надходжень, отримання яких не суперечить законодавству.

Працівники не несуть ніяких витрат на страхування від нещасного випадку.

Кошти на проведення страхування від нещасного випадку не входять до складу Державного бюджету України, використовуються тільки за прямим призначенням і зараховуються на єдиний централізований рахунок Фонду соціального страхування від нещасних випадків в установах банків, визначених Кабінетом Міністрів України для обслуговування коштів Державного бюджету України, або спеціалізованого банку, який обслуговує фонди соціального страхування.

Умови, порядок обслуговування, гарантії збереження коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків визначаються договором між банком, виконавчою дирекцією цього Фонду та Кабінетом Міністрів України.

Страхові тарифи, диференційовані за групами галузей економіки (видами робіт) залежно від класу професійного ризику виробництва, визначає закон.

Сума страхових внесків страхувальників до Фонду соціального страхування від нещасних випадків повинна забезпечувати:

- фінансування заходів, спрямованих на вирішення завдань, передбачених Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності»;
- створення резерву коштів Фонду для забезпечення його стабільного функціонування;
- покриття витрат Фонду, пов'язаних із проведенням соціального страхування від нещасного випадку.

Розміри страхових внесків страхувальників обчислюють у відсотках:

- 1) для підприємств — до річного фактичного обсягу реалізованої продукції (робіт, послуг), за винятком суми податку на додану вартість і акцизного збору;
- 2) для бюджетних установ та організацій — до річної суми фактичних витрат на оплату праці та інших виплат найманим працівникам, що підлягають обкладенню прибутковим податком з громадян.

Розмір страхового внеску залежить від класу професійного ризику виробництва, до якого віднесено підприємство, знижки до нього (за низькі рівні травматизму, професійної захворюваності

та належний стан охорони праці) чи надбавки (за високі рівні травматизму, професійної захворюваності та неналежний стан охорони праці). Розмір зазначеної знижки чи надбавки не може перевищувати 50% від страхового тарифу, визначеного для відповідної галузі економіки (виду робіт). Розрахунок розміру страхового внеску для кожного підприємства здійснює Фонд соціального страхування від нещасних випадків відповідно до Порядку визначення страхових тарифів для підприємств, установ та організацій на загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Страхувальник здійснює страховий внесок до Фонду соціального страхування від нещасних випадків у порядку і терміни, визначені страховиком.

Залишки сум від можливого перевищення доходів над витратами Фонду за підсумками фінансового року використовують для коригування (зменшення) суми внесків страхувальників.

Якщо на страхувальника протягом календарного року наклали штраф за порушення законодавства про охорону праці, він втрачає право на знижку страхового тарифу.

Суми надбавок до страхових тарифів і штрафів сплачує страхувальник із суми прибутку, а якщо немає прибутку, то ці суми відносять на валові витрати виробництва; для бюджетних установ та організацій — із коштів на утримання страхувальника.

У разі систематичних порушень нормативних актів про охорону праці, внаслідок чого зростає ризик настання нещасних випадків і професійних захворювань, підприємство у будь-який час за рішенням відповідного робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на основі відповідного подання страхового експерта, який обслуговує це підприємство, може бути віднесено до іншого, вищого класу професійного ризику виробництва. Цей захід може мати і зворотну дію, але з початку фінансового року.

Органи Фонду соціального страхування від нещасних випадків мають право проводити в порядку, визначеному законодавством України, планові та позапланові виїзні перевірки фінансово-господарської діяльності суб'єктів підприємницької діяльності щодо сплати та цільового використання ними збору на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасних випадків.

Щорічні та позапланові аудиторські перевірки щодо сплати та цільового використання збору загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасних випадків, що проводяться за рішенням наглядової ради, здійснюються незалежними аудиторськими організаціями. До перевірки можуть бути залучені державні податкові адміністрації.

Юридичні та фізичні особи, що проводять операції з коштами загальнообов'язкового державного соціального страхування, зобов'язані надавати контролюючим органам необхідні документи та відомості, що належать до сфери їхньої діяльності.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків з додержанням вимог законодавства за погодженням зі спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади та Національним банком України розробляє інструкцію про порядок перерахування, обліку та витрачання страхових коштів, проведення платежів, ведення бухгалтерського обліку і звітності та іншої документації, що стосується його діяльності.

Фонд соціального страхування від нещасних випадків у визначеному порядку складає звіт про свою страхову діяльність, стан охорони праці в народному господарстві, соціальний захист потерпілих на виробництві, використання страхових коштів і щорічно до 1 березня подає його відповідним спеціально уповноваженим центральним органам виконавчої влади та публікує у пресі.

Установи банків відкривають розрахункові (поточні) рахунки платникам страхових зборів за умови пред'явлення документа, що підтверджує реєстрацію платника соціальних страхових внесків, а інші рахунки, враховуючи валютні, позикові, депозитні тощо — при пред'явленні документа про повідомлення органів Фонду соціального страхування від нещасних випадків щодо намірів платника страхових внесків відкрити відповідні рахунки.

Платники страхових внесків одночасно із запитом коштів на оплату праці надають установі банку платіжні доручення на перерахування страхових внесків до Фонду соціального страхування від нещасних випадків, без яких кошти на оплату праці не видаються.

У разі несвоечасного зарахування або перерахування на рахунки Фонду з вини установ банків страхових зборів, пені, штрафів та інших фінансових санкцій ними сплачується пеня за кожний день прострочення платежу у розмірі подвійної річної облікової ставки Національного банку України.

З метою визначення страхових тарифів для підприємств, установ, організацій на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності, галузі економіки та види робіт диференціюються за класами професійного ризику виробництва. Для окремих галузей економіки страхові тарифи визначаються законом без віднесення їх до класів професійного ризику виробництва. Галузі економіки іменують відповідно до Загального класифікатора галузей народного господарства України. Клас професійного ризику виробництва для окремої галузі економіки характеризується інтегральним показником професійного ризику виробництва — чим вищий інтегральний показник, тим вищий (починаючи з першого) клас професійного ризику виробництва.

Інтегральні показники професійного ризику виробництва в галузях економіки визначають як відношення витрат у минулому календарному році у галузі економіки на відшкодування шкоди потерпілим на виробництві до фактичних витрат на оплату праці у минулому календарному році в цій галузі економіки за формулою:

$$I_{GE} = \frac{ВШ_{GE}}{ВОП_{GE}} \times 100,$$

де I_{GE} — інтегральний показник професійного ризику виробництва в галузі економіки, відсотки; $ВШ_{GE}$ — сума відшкодування шкоди потерпілим на виробництві, яка нарахована в минулому календарному році у галузі економіки; $ВОП_{GE}$ — фактичні витрати на оплату праці в минулому календарному році у галузі економіки.

Інтегральний показник професійного ризику виробництва для галузей економіки кожного класу професійного ризику виробництва визначають за формулою:

$$I_{KL} = \frac{ВШ_{KL}}{ВОП_{KL}} \times 100,$$

де I_{KL} — інтегральний показник професійного ризику виробництва для галузей економіки відповідного класу професійного ризику виробництва; $ВШ_{KL}$ — сума відшкодування шкоди потерпілим на виробництві, яка нарахована в минулому календарному році у галузях економіки, що належать до одного класу професійного ризику виробництва; $ВОП_{KL}$ — сума фактичних витрат на оплату праці в минулому календарному році у галузях економіки, що належать до одного класу професійного ризику виробництва.

Для галузей економіки кожного класу професійного ризику виробництва **суму приведених фактичних витрат на оплату праці в минулому календарному році** визначають за формулою:

$$ПЗП_{кл} = ВОП_{кл} \times СПР_{кл},$$

де $ПЗП_{кл}$ — сума приведених фактичних витрат на оплату праці в минулому календарному році в галузях економіки відповідного класу професійного ризику виробництва; $СПР_{кл}$ — ступінь професійного ризику виробництва галузей економіки відповідного класу визначається співвідношенням інтегрального показника професійного ризику виробництва для галузей економіки цього класу до інтегрального показника професійного ризику виробництва галузей економіки 1 класу професійного ризику виробництва.

Модуль страхових внесків для галузей економіки всіх класів професійного ризику виробництва визначають за формулою:

$$МВ = \frac{ВФ}{ПЗП},$$

де $МВ$ — модуль страхових внесків для галузей економіки всі класів професійного ризику виробництва; $ВФ$ — розрахункові витрати Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у наступному календарному році; $ПЗП$ — сума приведених фактичних витрат на оплату праці в минулому календарному році в галузях економіки всіх класів професійного ризику виробництва.

Суму страхових внесків підприємств одного класу професійного ризику виробництва в наступному календарному році визначають так:

$$СВ_{кл} = ПЗП_{кл} \times МВ,$$

де $СВ_{кл}$ — сума страхових внесків підприємств одного класу професійного ризику виробництва в наступному календарному році.

Для підприємств одного класу професійного ризику виробництва, які займалися у минулому календарному році реалізацією продукції, виконанням робіт, наданням послуг, **страховий тариф на наступний календарний рік** визначають за формулою 6

$$СТ_{кл} = \frac{СВ_{кл}}{РП_{кл} \times I_{РП}} \times 100,$$

де $СТ_{кл}$ — страховий тариф на наступний календарний рік для підприємств одного класу професійного ризику виробництва, які займалися реалізацією продукції в минулому календарному році, відсотків; $РП_{кл}$ — обсяг реалізованої продукції в

минулому календарному році такими підприємствами; I_{pp} — прогнозований індекс зростання обсягу реалізованої продукції в наступному календарному році.

Для підприємств одного класу професійного ризику виробництва, які не займалися реалізацією продукції в минулому календарному році, страховий тариф на наступний календарний рік визначають так:

$$CT_{кл2} = \frac{CB_{кл}}{PP_{кл} \times I_{оп}} \times 100,$$

де $CT_{кл2}$ — страховий тариф на наступний календарний рік для підприємств одного класу професійного ризику виробництва, які не займалися реалізацією продукції в минулому календарному році, відсотків; $I_{оп}$ — прогнозований індекс зростання фактичних витрат на оплату праці в наступному календарному році.

Фонд відносить підприємства до галузей економіки за видами їх основної діяльності. Якщо страхувальник провадить свою діяльність у кількох галузях економіки, підприємство належить до тієї з них, яка має найбільшу питому вагу в обсязі реалізованої продукції. У разі зміни технології робіт або виду діяльності підприємства Фонд відповідно змінює належність цього підприємства до класу професійного ризику виробництва.

Структурні підрозділи підприємства, які виконують внутрішні перевезення, провадять постачальницько-збутову діяльність, пункти зв'язку, машинолічильні станції, бази, склади, які не перебувають на самостійному балансі і не є у зв'язку з цим самостійними обліковими одиницями, підлягають обліку за основною діяльністю цього підприємства.

Підсобно-допоміжні виробництва (підрозділи) підприємства, які здійснюють незалежно від спеціалізації цього підприємства інші види виробничої діяльності (житлово-комунальні, медичні, культурно-побутові, промислові, сільськогосподарські, будівельні, торговельні тощо) та перебувають на самостійному балансі і є у зв'язку з цим самостійними обліковими одиницями, відносять до галузей економіки, яким відповідає їхня діяльність.

Аварійно-рятувальні служби, служби відомчої воєнізованої або професійної сторожової охорони належать до тих галузей економіки, до яких належать підприємства, які вони обслуговують.

Якщо за специфікою виробництва підприємство не підпадає під класифікацію галузей економіки та видів робіт за професійним

ризиком виробництва, то рішення щодо віднесення його до відповідного класу професійного ризику виробництва приймає Фонд.

Коли роботодавець не надає Фонду відомостей, потрібних для визначення класу професійного ризику виробництва, або надає їх несвоєчасно і не в повному обсязі, то Фонд визначає клас професійного ризику виробництва і страховий внесок за власною оцінкою.

Для підприємств, які займалися реалізацією продукції у минулому календарному році, **річну суму страхового внеску** визначають за формулою:

$$CB_{СТР1} = \frac{РП_{СТР} \times СТ_{КЛ1}}{100},$$

де $CB_{СТР1}$ — річна сума страхового внеску на поточний календарний рік, гривень; $РП_{СТР}$ — річний обсяг продукції, реалізованої підприємством у минулому календарному році, гривень.

Для підприємств, які не займалися реалізацією продукції у минулому календарному році, та для бюджетних установ і організацій річну суму страхового внеску визначають так:

$$CB_{СТР2} = \frac{ВОП_{СТР} \times СТ_{КЛ2}}{100},$$

де $CB_{СТР2}$ — річна сума страхового внеску на поточний календарний рік, гривень; $ВОП_{СТР}$ — сума фактичних витрат на оплату праці на підприємстві у минулому календарному році, гривень.

Знижки чи надбавки до страхового внеску застосовує Фонд з урахуванням результатів роботи підприємства за минулий календарний рік і визначаються вони за формулами:

$$П_{ПД} = \frac{ВШ_{ПД}}{СВ_{ПД}}, \quad П_{КЛ} = \frac{ВШ_{КЛ}}{СВ_{КЛ}},$$

де $П_{ПД}$ — питома вага витрат Фонду на відшкодування шкоди потерпілим на підприємстві у минулому календарному році; $ВШ_{ПД}$ — сума витрат Фонду на відшкодування шкоди потерпілим на підприємстві у минулому календарному році; $СВ_{ПД}$ — сума страхового внеску підприємства; $П_{КЛ}$ — питома вага витрат Фонду на відшкодування шкоди потерпілим на виробництві у минулому календарному році на підприємствах відповідного класу професійного ризику виробництва; $ВШ_{КЛ}$ — сума витрат Фонду на відшкодування шкоди потерпілим у минулому календарному році на цих підприємствах; $СВ_{КЛ}$ — сума страхових внесків цих підприємств.

Знижка страхового внеску провадиться в таких розмірах.

Показник $P_{пид}$ нижчий від показника $P_{кл}$, %	Знижка страхового внеску, %
20-39,9	10
40-59,9	20
60-79,9	30
80 і більше	40

Не допущено жодного нещасного випадку та професійного захворювання — 50%.

Надбавка до страхового внеску провадиться в таких розмірах.

Показник $P_{пид}$ перевищує показник $P_{кл}$, %	Надбавка до страхового внеску, %
20-39,9	10
40-59,9	20
60-79,9	30
80-100	40

Під час визначення розміру знижки страхового внеску або надбавки до нього не враховують витрати Фонду:

- пов'язані з нещасним випадком унаслідок дії сил природного характеру (блискавка, зсув ґрунту, землетрус тощо);
- зумовлені професійним захворюванням працівника, причини якого розслідували у визначеному порядку і яке зареєстроване спеціальним медичним закладом до укладення цим робітником трудового договору (контракту) з роботодавцем.

11.6. Організаційно-економічний механізм функціонування загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття

В економіці виділяють три види безробіття — циклічне, фрикційне та структурне.

Циклічне безробіття спричиняється фазою спаду ділового циклу, яка характеризується недостатністю сукупних видатків.

Фрикційне безробіття пов'язане з постійним рухом населення між регіонами й видами праці, а також із певними стадіями життя людей.

Структурне безробіття виникає тоді, коли пропозиція робочої сили і попит на неї не збігаються.

Найчастіше рівень зайнятості в національній економіці характеризується за допомогою показника рівня безробіття — відношення кількості безробітних до загальної кількості робочої сили. Для обчислення цього показника все населення країни у віці від 16 років поділяють на три групи: зайняті; безробітні; ті, що мають робочі місця, але не працюють через хворобу, страйки або відпустки. *Безробітні* — це особи, що не мають роботи, але активно її шукають; до безробітних належать ті, хто тимчасово звільнений від роботи і чекає виклика на роботу. Зайняті та безробітні становлять робочу силу країни.¹¹

Вважають, що в розвинутій ринковій економіці безробіття зумовлене трьома основними причинами: пошуком роботи; негнучкістю заробітної плати; недостатнім сукупним попитом.

Зростання масштабів безробіття, розвиток вимушеної неповної та неформальної зайнятості, нелегальної трудової міграції є свідченням того, що в умовах перехідної економіки України ще не існують ефективні механізми перерозподілу робочої сили, внаслідок чого формування національного ринку праці відбувається вкрай повільно. Причиною цього є повільність здійснення реальних економічних реформ, передусім, структурної перебудови вітчизняної економіки.¹²

Зміни у сфері зайнятості населення у 1997-1999 рр. були зумовлені продовженням різкого зменшення обсягів валового внутрішнього продукту, кризою неплатежів, зниженням рівня доходів населення. Темпи зміни реального валового внутрішнього продукту становили: у 1997 році — 97%, у 1998 році — 98,1%, у 1999 році — 99,6%. Кожне друге підприємство було збитковим. Кількість працівників, зайнятих в усіх сферах економічної діяльності, зменшилася майже на 800 тис. осіб (з 22,6 млн у 1997 р. до 21,8 млн у 1999 р.). Рівень зайнятості знизився за цей період з 75,8% до 72,8%.

У галузях матеріального виробництва (переважно у промисловості та будівництві) кількість працюючих зменшилася на 655 тис. осіб. Перерозподіл відбувся на користь сфер надання фінансових і торгово-посередницьких послуг.

¹¹ Економічна теорія: макро- і мікроекономіка. // За ред. З. Ватаманюка та С. Панчишина. — Київ: Видавничий Дім «Альтернативи», 2001. — С.142-144.

¹² Економіка України: десять років реформ. // За ред. З. Ватаманюка та С. Панчишина. — Львів: ЛНУ ім. Івана Франка, 2001. — С 243.

Зберігався високий рівень вимушеної неповної зайнятості (у 1999 р. 2,8 млн, або 19,4% від загальної кількості робітників і службовців, зайнятих у галузях економіки, перебували в неоплачуваних відпустках з ініціативи адміністрації; 2,2 млн осіб, або 15,3% працювали на виробництві неповний робочий день). Поширювалися явища, пов'язані з нерегламентованими відносинами у сфері зайнятості, в тому числі нелегальна трудова міграція. Знизилася роль оплати праці у стимулюванні зайнятості населення (частка оплати праці у номінальному валовому внутрішньому продукті становила 41,2%).

Поглиблювалися диспропорції між попитом і пропозицією робочої сили. У 1997-1999 рр. було створено лише 226,8 тис. робочих місць. Навантаження на одне вільне робоче місце (вакантну посаду) незайнятого населення, зареєстрованого в службі зайнятості, збільшилося з 11 до 24 осіб.

Залишалася складною ситуація з надання додаткових гарантій щодо працевлаштування працездатних громадян працездатного віку, які потребують соціального захисту і нездатні конкурувати на ринку праці (частка жінок у числі зареєстрованих безробітних у 1999 р. становила 57,3%, питома вага молоді — 37,5%, кількість працюючих інвалідів — лише 14% від загальної кількості у працездатному віці).

Зростав рівень безробіття, визначений за методологією Міжнародної організації праці (МОП) з урахуванням результатів обстеження економічно активного населення (з 9% у 1997 р. до 11,9% у 1999 р.), та рівень зареєстрованого безробіття працездатного населення працездатного віку (з 2,33% у 1997 р. до 4,3% у 1999 р.). Підвищеними темпами зростав рівень зареєстрованого безробіття працездатного населення працездатного віку в сільській місцевості. За 1997-1999 рр. цей показник збільшився в 2,3 рази, а міського населення — в 1,8 рази. Збільшилася середня тривалість зареєстрованого безробіття працездатного населення працездатного віку (з 8,5 місяця у 1997 р. до 11,4 місяця у 1999 р.).

Збільшувалася кількість безробітних, які є членами однієї сім'ї, особливо в монофункціональних містах. На кінець 2000 р. на обліку в державній службі зайнятості перебувало майже 39 тис. таких сімей.

У 2000 р. ситуація на ринку праці була позначена деякими позитивними тенденціями: за даними щоквартальних вибіркового обстежень населення з питань економічної активності за місцем

їх проживання, тобто в домогосподарствах, кількість працівників, зайнятих економічною діяльністю, збільшилася з 20,05 млн осіб в середньому за 1999 р. до 20,42 млн в середньому за 2000 р.; кількість осіб, які перебували у вимушених неоплачуваних відпустках, зменшилася у 2000 р. на 21,4% порівняно з відповідним періодом 1999 р.; темпи створення нових робочих місць і потреба підприємств у працівниках для заміщення вільних робочих місць, заявлена в державну службу зайнятості, збільшилися більше, ніж на 30%; рівень зареєстрованого безробіття працездатного населення працездатного віку знизився з 4,22% на початок року до 3,68% на кінець 2000 р.

Кількість незайнятого населення, зареєстрованого в державній службі зайнятості, яке було охоплено заходами, пов'язаними з проведенням активної політики зайнятості (2,7 млн осіб), збільшилася протягом 1997-2000 рр. майже вдвічі. За цей період працевлаштовано 1,8 млн осіб. Кількість осіб, які проходили професійну підготовку, становила 422,3 тис. осіб. Активізовано роботу з розширення обсягів громадських та сезонних робіт, в яких взяли участь 550,5 тис. осіб.

За даними органів державної статистики, в січні 2002 р. у центрах державної служби зайнятості на обліку стояло 1184,5 тис. незайнятих громадян України¹³. Потреба підприємств у працівниках тоді становила 104,9 тис. осіб. Тобто, на одну вакансію претендувало десять потенційних працівників. Серед сільських жителів на 1/3 більше безробітних, ніж серед міських. Реальна потреба на фінансове обслуговування вітчизняного безробіття у 2001 р. становила 1391 млн грн. У бюджеті 2001р. окремим рядком було передбачено всього 40 млн грн.

За даними Міністерства праці України в 2001 р. 787 тис. працівників перебували у вимушених відпустках і 1,4 млн працівників були зайняті неповний робочий день.

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття — система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає матеріальне забезпечення на випадок безробіття з незалежних від застрахованих осіб обставин та надання соціальних послуг за рахунок коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття.

¹³ Ваулина О. Рынок труда: условная занятость при безусловной безработице. // Зеркало недели. - 2002. - №9 (384). - С. 8.

- Страхування на випадок безробіття відбувається за принципами:
- надання державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав;
 - обов'язковості страхування на випадок безробіття всіх працюючих на умовах трудового договору (контракту) та на інших підставах, передбачених законодавством про працю, а також добровільності такого страхування особами, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), а також громадянами-суб'єктами підприємницької діяльності;
 - цільового використання коштів страхування на випадок безробіття;
 - солідарності та субсидування;
 - обов'язковості фінансування Фондом загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття витрат, пов'язаних із наданням матеріального забезпечення у випадку безробіття та соціальних послуг в обсягах, передбачених чинним законодавством;
 - паритетності в управлінні страхуванням на випадок безробіття держави, представників застрахованих осіб та роботодавців;
 - диференціації розмірів виплати допомоги по безробіттю залежно від страхового стажу та тривалості безробіття;
 - надання на рівні, не нижчому за прожитковий мінімум, визначений законом, допомоги по безробіттю та матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації;
 - законодавчого визначення умов і порядку проведення страхування на випадок безробіття.

Законодавство про страхування на випадок безробіття складається з Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», Закону України «Про зайнятість населення» та інших нормативно-правових актів, які регулюють відносини у сфері страхування на випадок безробіття, а також міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, визначено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством України

про страхування на випадок безробіття, то застосовують норми міжнародного договору. Нормативно-правові акти щодо загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття розробляють, реєструють і застосовують відповідно до чинного законодавства України.

Страхуванню на випадок безробіття підлягають особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту), враховуючи тих, які проходять альтернативну (невійськову) службу, а також тих, які працюють неповний робочий день або неповний робочий тиждень, та на інших підставах, передбачених законодавством про працю. Особа набуває статусу застрахованої особи з дня укладання трудового договору, з цього ж дня починається сплата страхових внесків. Сплата страхових внесків припиняється з дня розірвання трудового договору. Роботодавець набуває статусу платника страхових внесків до Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття з дня реєстрації. Особам, які підлягають страхуванню на випадок безробіття, видають свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, яке є єдиним для всіх видів соціального страхування. Порядок видачі та зразок свідоцтва про загальнообов'язкове державне соціальне страхування затверджує Кабінет Міністрів України.

Страхуванню на випадок безробіття не підлягають:

- працюючі пенсіонери та особи, в яких відповідно до законодавства України виникло право на пенсію;
- іноземці та особи без громадянства, які тимчасово працюють за наймом в Україні, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Право на матеріальне забезпечення на випадок безробіття та соціальні послуги мають застраховані особи. Право на забезпечення та соціальні послуги мають також незастраховані особи — військовослужбовці Збройних сил України, Прикордонних військ України, внутрішніх військ, військ цивільної оборони, інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, Служби безпеки України, органів внутрішніх справ України, звільнені з військової служби у зв'язку зі скороченням кількості або штату без права на пенсію, та особи, які вперше шукають роботу, інші незастраховані особи у разі їхньої реєстрації у визначеному порядку як безробітних.

Громадяни України, які працюють за межами України та незастраховані в системі соціального страхування на випадок безробіття країни, в якій вони перебувають, мають право на забезпечення за умови сплати страховику страхових внесків, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України.

Особи, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності, особи, які виконують роботи (послуги) згідно з цивільно-правовими угодами, мають право на забезпечення за умови сплати страховикові страхових внесків.

Видами забезпечення є:

- допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності;
- допомога по частковому безробіттю;
- матеріальна допомога у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного;
- матеріальна допомога по безробіттю, одноразова матеріальна допомога безробітному та непрацевдатним особам, які перебувають на його утриманні;
- допомога на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні.

Видами соціальних послуг є:

- професійна підготовка або перепідготовка, підвищення кваліфікації та профорієнтація;
- пошук відповідної роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі надання роботодавцеві дотацій на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних;
- інформаційні та консультаційні послуги, пов'язані з працевлаштуванням.

Управління страхуванням на випадок безробіття виконує Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття.

Джерелами формування коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття є:

- страхові внески страхувальників — роботодавців, застрахованих осіб, які сплачують на умовах і в порядку, передбачених

Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та іншими законодавчими актами;

- асигнування державного бюджету;
- суми фінансових санкцій, застосованих відповідно до вимог Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та Закону України «Про зайнятість населення», інших законів до підприємств, установ, організацій та фізичних осіб за порушення визначеного порядку сплати страхових внесків і використання коштів Фонду, недотримання законодавства про зайнятість населення, а також суми адміністративних штрафів, накладених відповідно до закону на посадових осіб та громадян за такі порушення;
- благодійні внески підприємств, установ, організацій та фізичних осіб;
- інші надходження відповідно до законодавства України.

Кошти Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття використовують на:

- виплату забезпечення (допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності; допомога по частковому безробіттю; матеріальна допомога у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного; матеріальна допомога по безробіттю, одноразова матеріальна допомога безробітному та непрацевдатним особам, які перебувають на його утриманні; допомога на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні) та надання соціальних послуг (професійна підготовка або перепідготовка, підвищення кваліфікації та профорієнтація; пошук відповідної роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі надаючи роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних; інформаційні та консультативні послуги, пов'язані з працевлаштуванням);
- відшкодування Пенсійному фонду України витрат, пов'язаних із достроковим виходом на пенсію осіб у період до досягнення ними пенсійного віку;
- фінансування витрат на утримання та забезпечення діяльності виконавчої дирекції Фонду та її робочих органів,

управління Фондом, розвиток його матеріальної та інформаційної бази;

— створення резерву коштів Фонду.

Видатки бюджету Фонду щодо забезпечення виплати допомоги по безробіттю є захищеними. Фінансування цих видатків проводиться у першу чергу.

З метою забезпечення фінансової стабільності Фонду утворюється резерв коштів Фонду, який не може перевищувати суму, потрібну для виплати допомоги по безробіттю в розрахунку на місяць. Резерв коштів Фонду зберігають на спеціальному рахунку в уповноваженому банку України та використовують за цільовим призначенням за рішенням правління Фонду.

Розміри страхових внесків визначають враховуючи те, що вони повинні забезпечувати:

- 1) виплату застрахованим особам забезпечення (допомога по безробіттю, у тому числі одноразова її виплата для організації безробітним підприємницької діяльності; допомога по частковому безробіттю; матеріальна допомога у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного; матеріальна допомога по безробіттю, одноразова матеріальна допомога безробітному та непрацевлаштуваним особам, які перебувають на його утриманні; допомога на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні) та надання соціальних послуг (професійна підготовка або перепідготовка, підвищення кваліфікації та профорієнтація; пошук відповідної роботи та сприяння у працевлаштуванні, у тому числі шляхом надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних та фінансування організації оплачуваних громадських робіт для безробітних; інформаційні та консультаційні послуги, пов'язані з працевлаштуванням);
- 2) створення резерву коштів Фонду;
- 3) покриття витрат Фонду у зв'язку з:
 - відшкодуванням Пенсійному фонду України витрат, пов'язаних із достроковим виходом на пенсію осіб, у період до досягнення ними пенсійного віку;
 - фінансуванням витрат на утримання та забезпечення діяльності виконавчої дирекції Фонду та її робочих органів, управління Фондом, розвиток його матеріальної та інформаційної бази.

Розмір страхових внесків щорічно за поданням Кабінету Міністрів України визначає Верховна Рада України відповідно для роботодавців та застрахованих осіб одночасно із затвердженням Державного бюджету України на поточний рік. Роботодавці та застраховані особи сплачують страхові внески один раз на місяць у день одержання роботодавцями в установах банків коштів на оплату праці. Страхові внески, сплачені в іноземній валюті, підлягають перерахуванню на рахунок Фонду у валюті України за офіційним курсом Національного банку України на день сплати страхових внесків.

У разі нестачі у роботодавців коштів на виплату заробітної плати та сплату страхових внесків у повному обсязі нарахування їх на заробітну плату і перерахування страхових внесків до Фонду проводиться у пропорційних сумах.

У разі незабезпечення банківськими установами перерахування страхових внесків до Фонду одночасно з видачею коштів на виплату заробітної плати ці банківські установи сплачують за рахунок власних коштів до Фонду суму несплачених страхових внесків.

Якщо роботодавці несвоєчасно чи не в повному обсязі сплачують страхові внески, до них застосовують санкції. Роботодавець відповідає за несвоєчасність реєстрації як платник страхових внесків, несвоєчасність сплати та неповну сплату страхових внесків, у тому числі страхових внесків, що сплачують застраховані особи через рахунки роботодавців. У разі несвоєчасної сплати страхових внесків страхувальниками, у тому числі через ухилення від реєстрації як платника страхових внесків, або неповної їх сплати, страхувальники сплачують суму донарахованих контролюючим органом страхових внесків (недоїмки), штраф і пеню. Штраф накладають у розмірі прихованої суми виплат, на які нараховують страхові внески, а в разі повторного порушення — у трикратному розмірі зазначеної суми. Пеню обчислюють, враховуючи 120% облікової ставки Національного банку України, що діяла на момент сплати, нарахованої на повну суму недоплати (без урахування штрафів) за весь її термін. За порушення терміну реєстрації як платника страхових внесків накладають штраф у розмірі 50% від суми належних до сплати страхових внесків за весь період, який пройшов з дня, коли страхувальник повинен був зареєструватися. Несплачені вчасно страхові внески, пеня і штраф стягуються в дохід Фонду зі страхувальника у безспірному порядку. Строк давності у разі стягнення страхових внесків, пені, та

фінансових санкцій, передбачених цією статтею, не застосовується. Суми коштів, безпідставно стягнені зі страхувальників, підлягають поверненню у триденний строк з дня винесення рішення про безпідставність стягнення цих виплат з відшкодуванням судових витрат. Посадові особи, винні в порушенні терміну реєстрації як платника страхових внесків, несвоєчасній та неповній їхній сплаті, несуть адміністративну відповідальність. Право накладати фінансові санкції та адміністративні штрафи від імені Фонду мають керівник виконавчої дирекції Фонду, його заступники, керівники робочих органів виконавчої дирекції Фонду в Автономній Республіці Крим, областях; містах Києві і Севастополі та їхні заступники.

У разі ліквідації або реорганізації роботодавець зобов'язаний провести повний розрахунок щодо сплати страхових внесків до Фонду на день ліквідації або реорганізації та звернутися за місцем його реєстрації як платника страхових внесків для зняття з обліку.

Від сплати страхових внесків звільняють:

- застрахованих осіб на період відпустки по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку та відпустки по догляду за дитиною до досягнення нею шестирічного віку за медичним висновком;
- застрахованих осіб у частині отриманої допомоги по частковому безробіттю.

Розміри страхових внесків визначають на календарний рік:

- для роботодавця — у відсотках до сум фактичних витрат на оплату праці найманих працівників, які враховують витрати на виплату основної та додаткової заробітної плати, інших заохочувальних і компенсаційних виплат, у тому числі в натуральній формі, що визначаються згідно з нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до вимог Закону України «Про оплату праці», які підлягають обкладенню прибутковим податком з громадян;
- для найманих працівників — у відсотках до сум оплати праці, які охоплюють основну та додаткову заробітну плату, а також інші заохочувальні та компенсаційні виплати (у тому числі в натуральній формі), які підлягають обкладенню прибутковим податком з громадян;
- для громадян України, які працюють за межами України та не застраховані в системі соціального страхування на випадок безробіття в країні, в якій вони перебувають, мають право на забезпечення за умови сплати страховикові

страхових внесків, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України — у відсотках до сум оподаткованого доходу (прибутку).

- для осіб, які забезпечують себе роботою самостійно (члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності, особи, які виконують роботи (послуги) згідно з цивільно-правовими угодами, мають право на забезпечення за умови сплати страховикові страхових внесків — у відсотках до сум оподаткованого доходу (прибутку).

Страхові внески нараховують на суми фактичних виплат (доходи), що не перевищують максимальної величини фактичних витрат страхувальника на оплату праці найманих працівників і доходу фізичних осіб, з якої справляють внески до Фонду, визначеної Кабінетом Міністрів України.

Роботодавці — суб'єкти підприємницької діяльності відносять страхові внески на валові витрати, суми страхових внесків виключаються з доходів працівників, що підлягають обкладанню прибутковим податком з громадян.

Роботодавці, діяльність яких фінансується за рахунок державного та/або місцевих бюджетів, сплачують страхові внески з коштів, передбачених на ці цілі.

Фонд у своїй діяльності співпрацює з іншими страховими фондами, що проводять загальнообов'язкове державне соціальне страхування, у виконанні функцій збору страхових внесків і контролю за їх сплатою, щодо формування та ведення інформаційної системи платників страхових внесків, у проведенні заходів, пов'язаних з виплатою забезпечення та наданням соціальних послуг, і має право в кожному конкретному випадку приймати спільні рішення щодо фінансування цих заходів.

Виплата пенсій особам, які достроково вийшли на пенсію відповідно до Закону України «Про зайнятість населення», у період до досягнення ними пенсійного віку відбувається у визначеному законодавством України порядку Пенсійним фондом України за рахунок коштів, які відшкодовує Фонд.

Страховий стаж обчислюють як суму періодів, протягом яких особа підлягала страхуванню на випадок безробіття та сплачувала страхові внески особисто або через рахунки роботодавця та роботодавцем. Період, протягом якого застрахована особа була

звільнена від сплати страхових внесків або отримувала виплати за окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, крім пенсій усіх видів, враховується до страхового стажу. До страхового стажу прирівнюється трудовий стаж, набутий працівником за час роботи на умовах трудового договору (контракту) до набрання чинності Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття».

Застраховані особи, визнані у визначеному порядку безробітними, які протягом 12 місяців, що передували початку безробіття, працювали на умовах повного або неповного робочого дня (тижня) не менше 26 календарних тижнів та сплачували страхові внески, мають право на допомогу по безробіттю залежно від страхового стажу.

Право на допомогу по безробіттю зберігається у разі настання перерви страхового стажу з поважних причин, якщо особа протягом місяця після закінчення цієї перерви зареєструвалась у визначеному порядку в державній службі зайнятості як безробітна. Поважними причинами є:

- навчання у професійно-технічних та вищих навчальних закладах, клінічній ординатурі, аспірантурі, докторантурі за денною формою навчання;
- строкова військова служба;
- доглядання непрацюючої працездатної особи за інвалідом І групи або дитиною-інвалідом віком до 16 років, а також за пенсіонером, який за експертним медичним висновком потребує постійного стороннього догляду;
- інші поважні причини, передбачені законодавством України.

Особи визнаються у визначеному порядку безробітними, якщо протягом 12 місяців, що передували початку безробіття, вони працювали менше 26 календарних тижнів, а також особи, які бажають відновити трудову діяльність після тривалої (більше 6 місяців) перерви.

Допомогу по безробіттю виплачують з восьмого дня після реєстрації застрахованої особи у визначеному порядку в державній службі зайнятості. Загальна тривалість виплати допомоги по безробіттю не може перевищувати 360 календарних днів протягом двох років. Для осіб передпенсійного віку (за два роки до настання права на пенсію) тривалість виплати допомоги по безробіттю не може перевищувати 720 календарних днів. У разі чергового визнання у визначеному порядку застрахованої особи безробітною

у межах двох років, протягом яких виплачують допомогу по безробіттю, тривалість її виплати враховують сумарно.

У випадку зміни застрахованою особою місця постійного проживання виплата допомоги по безробіттю продовжується після реєстрації її у визначеному порядку як безробітної за новим місцем проживання.

Допомогу по безробіттю можуть виплачувати одноразово для організації підприємницької діяльності безробітними, які не можуть бути працевлаштовані у зв'язку з тим, що на ринку праці немає відповідної роботи. Цю допомогу виплачують особам, яким виповнилося 18 років, за їх бажанням.

Застрахованим особам, визнаним у визначеному порядку безробітними, які протягом 12 місяців, що передували початку безробіття, працювали на умовах повного або неповного робочого дня (тижня) не менше 26 календарних тижнів та сплачували страхові внески, розмір допомоги по безробіттю визначають у відсотках до їхньої середньої заробітної плати (доходу), визначеної відповідно до порядку обчислення середньої заробітної плати (доходу) для розрахунку виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, затвердженого Кабінетом Міністрів України, залежно від страхового стажу:

- до 2 років — 50%;
- від 2 до 6 років — 55%;
- від 6 до 10 років — 60%;
- понад 10 років — 70%.

Допомогу по безробіттю виплачують залежно від тривалості безробіття у відсотках до визначеного розміру:

- перші 90 календарних днів — 100%;
- протягом наступних 90 календарних днів — 80%;
- у подальшому — 70%.

Допомогу по безробіттю особам, визнаним у визначеному порядку безробітними, які протягом 12 місяців, що передували початку безробіття, працювали менше 26 календарних тижнів, а також особи, які бажають відновити трудову діяльність після тривалої (більше 6 місяців) перерви, та застрахованим особам, звільненим з останнього місця роботи на підставі, передбаченій статтею 37, пунктами 3,4, 7,8 статті 40, статтями 41 і 45 Кодексу законів про працю України, призначають у розмірі прожиткового мінімуму, визначеного законом.

У середньомісячну заробітну плату (дохід) для обчислення допомоги по безробіттю враховують всі види виплат, на які

нараховували страхові внески. Допомога по безробіттю не може бути вищою за середню заробітну плату, що склалася в галузях національної економіки відповідної області за минулий місяць, і нижчою за прожитковий мінімум, визначений законом.

Одноразова виплата допомоги по безробіттю для організації безробітним підприємницької діяльності здійснюється у розмірі допомоги по безробіттю, нарахованої відповідно до цієї статті, у розрахунку на рік.

Порядок надання допомоги по безробіттю, у тому числі одноразової її виплати для організації безробітним підприємницької діяльності, визначає спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Допомогу по частковому безробіттю надають застрахованим особам у разі втрати ними частини заробітної плати внаслідок вимушеного тимчасового скорочення нормальної чи визначеної на підприємстві відповідно до законодавства України тривалості робочого часу та (або) перерви в отриманні заробітної плати чи скороченні її розмірів у зв'язку з тимчасовим припиненням виробництва без переривання трудових відносин з причин економічного, технологічного та структурного характеру.

Умови надання допомоги по частковому безробіттю:

- простій на підприємстві або в цеху, дільниці з замкнутим циклом виробництва, що має невідворотний та тимчасовий характер, який триває не менше одного місяця, не перевищує шести місяців і не залежить від працівника та роботодавця;
- простій протягом місяця, що охопив не менш як 30% кількості працівників підприємства або цеху, дільниці, в яких простої становлять 20% і більше робочого часу.

Про можливий простій роботодавець зобов'язаний повідомляти державну службу зайнятості.

Якщо простій має сезонний характер або виникає лише з організаційно-виробничих причин, а також у разі можливості працевлаштування працівників на інших дільницях, у цехах, на підприємствах допомогу по частковому безробіттю не надають.

Перелік причин тимчасового припинення виробництва визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Право на допомогу по частковому безробіттю мають застраховані особи, які протягом 12 місяців, що передували місяцю, коли почався простій, працювали не менше 26 календарних тижнів, сплачували страхові внески та в яких ці простої становлять 20% і більше робочого часу.

Допомогу по частковому безробіттю не надають, якщо працівник:

- відмовився від відповідної роботи на цьому або іншому підприємстві з повним робочим днем (тижнем);
- працює на цьому підприємстві за сумісництвом;
- проходить альтернативну (невійськову) службу.

Допомогу по частковому безробіттю працівнику встановлюють за кожен годину простою з розрахунку двох третин тарифної ставки (окладу) визначеного працівникові розряду і її розмір не може перевищувати прожиткового мінімуму, визначеного законом. Допомога по частковому безробіттю надається з першого дня простою, тривалість її виплати не може перевищувати 180 календарних днів протягом року. Виплачує працівникам допомогу по частковому безробіттю підприємство за рахунок коштів Фонду.

Підприємство не може звернутися за наступним одержанням з Фонду коштів для виплати працівникам допомоги по частковому безробіттю раніше, ніж через рік після закінчення терміну виплати допомоги по частковому безробіттю. Порядок фінансування виплат по частковому безробіттю та надання допомоги по частковому безробіттю визначає спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Виплата матеріальної допомоги відбувається з першого дня навчання. Тривалість виплати матеріальної допомоги зараховується до загальної тривалості виплати допомоги по безробіттю і не може її перевищувати. Порядок надання матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації безробітного визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Безробітним, у яких закінчився термін виплати допомоги по безробіттю, матеріальну допомогу по безробіттю надають за умови, що середньомісячний сукупний дохід на члена сім'ї не перевищує прожиткового мінімуму, визначеного законом. Матеріальну допомогу по безробіттю надають протягом 180 календарних днів у розмірі 75% прожиткового мінімуму, визначеного законом.

Безробітним, у яких закінчився термін виплати матеріальної допомоги по безробіттю, або непрацевдатним особам, які перебувають на їхньому утриманні, може надаватися одноразова матеріальна допомога в розмірі 50% від прожиткового мінімуму, визначеного законом. Порядок надання матеріальної допомоги по безробіттю, одноразової матеріальної допомоги безробітному та непрацевдатним особам, які перебувають на його утриманні, визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Допомогу на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні, виплачують особам, які ховали, у розмірі прожиткового мінімуму.

Фонд може надавати дотацію роботодавцям на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних у розмірі витрат на заробітну плату прийнятих за направленням державної служби зайнятості осіб (але не вище за середній рівень у галузях національної економіки відповідної області) в розрахунок на рік.

Можливості та обсяги надання дотацій визначає правління Фонду, враховуючи фінансовий стан Фонду.

Порядок надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Виплата допомоги по безробіттю та матеріальної допомоги по безробіттю припиняється у разі:

- 1) працевлаштування безробітного;
- 2) поновлення безробітного на роботі за рішенням суду;
- 3) вступу до навчального закладу на навчання з відривом від виробництва;
- 4) проходження професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації за направленням державної служби зайнятості;
- 5) призову на строкову військову або альтернативну (невійськову) службу;
- 6) набрання законної сили вироком суду про позбавлення волі безробітного або направлення його за рішенням суду на примусове лікування;

- 7) отримання права на пенсію відповідно до законодавства України;
- 8) призначення виплати на підставі документів, які містять неправдиві відомості;
- 9) подання письмової заяви про бажання доглядати за дитиною до досягнення нею трирічного віку;
- 10) подання письмової заяви про відмову від послуг державної служби зайнятості;
- 11) переїзду на постійне місце проживання в іншу місцевість;
- 12) закінчення терміну їх виплати;
- 13) зняття з обліку за невідвідування без поважних причин державної служби зайнятості 30 і більше календарних днів;
- 14) смерті безробітного.

Виплата матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації припиняється у разі виключення з навчального закладу за неуспішність та порушення дисципліни.

Виплата допомоги по безробіттю, матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації, матеріальної допомоги по безробіттю припиняється на період призначення безробітній жінці допомоги по вагітності та пологах, допомоги по догляду безробітним за дитиною до досягнення нею трирічного віку.

Виплату допомоги по безробіттю та матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації відкладають на термін до трьох місяців у разі надання застрахованій особі відповідно до законодавства України вихідної допомоги та інших виплат при звільненні з підприємств, установ і організацій, що забезпечують часткову чи тимчасову компенсацію втраченого заробітку, крім державної допомоги сім'ям з дітьми та допомоги, що виплачується з громадських фондів.

Тривалість виплати допомоги по безробіттю, матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації та матеріальної допомоги по безробіттю скорочується на термін до 90 календарних днів у разі:

- 1) звільнення з останнього місця роботи за власним бажанням без поважних причин (на 90 календарних днів);
- 2) звільнення з останнього місця роботи на підставі, передбаченій статтею 37, пунктами 3, 4, 7, 8 статті 40, статтями 41 і 45 Кодексу законів про працю України (на 90 календарних днів);

- 3) відмови безробітного від двох пропозицій відповідної роботи або професійної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації;
- 4) приховування відомостей про працевлаштування на тимчасову роботу в період одержання допомоги по безробіттю;
- 5) порушення умов і терміну реєстрації та перереєстрації як безробітного, а також недотримання рекомендацій щодо сприяння працевлаштуванню;
- 6) перереєстрації безробітного, якого зняли з обліку за невідвідування державної служби зайнятості більше 30 календарних днів без поважних причин, який не сприяв своєму працевлаштуванню;
- 7) відмови від роботи за спеціальністю, професією, набутою після професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації за направленням державної служби зайнятості;
- 8) припинення без поважних причин професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації за направленням державної служби зайнятості.

Забезпечення незастрахованих осіб

Військовослужбовцям, звільненим з військової служби у зв'язку зі скороченням кількості або штату без права на пенсію, виплачують допомогу по безробіттю, в тому числі одноразову її виплату для організації безробітним підприємницької діяльності за умови їх реєстрації у визначеному порядку в державній службі зайнятості протягом місяця з дня взяття на облік у військовому комісаріаті.

Термін проходження військової служби прирівнюють до страхового стажу.

Матеріальну допомогу у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації виплачують у розмірі допомоги по безробіттю і вона не підлягає зменшенню. Тривалість виплати цієї матеріальної допомоги зараховується до загальної тривалості виплати допомоги по безробіттю та не може її перевищувати.

Безробітним, у яких закінчився термін виплати допомоги по безробіттю, матеріальну допомогу по безробіттю надають за умови, що середньомісячний сукупний дохід на члена сім'ї не перевищує прожиткового мінімуму, визначеного законом.

Матеріальну допомогу по безробіттю надають протягом 180 календарних днів у розмірі 75% від прожиткового мінімуму,

визначеного законом. Безробітним, у яких закінчився термін виплати матеріальної допомоги по безробіттю, або непрацездатним особам, які перебувають на їхньому утриманні, може надаватися одноразова матеріальна допомога в розмірі 50% від прожиткового мінімуму, визначеного законом. Порядок надання матеріальної допомоги по безробіттю, одноразової матеріальної допомоги безробітному та непрацездатним особам, які перебувають на його утриманні, визначає спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за погодженням з правлінням Фонду.

Допомогу на поховання у разі смерті безробітного або особи, яка перебувала на його утриманні, виплачують особам, які ховали, у розмірі прожиткового мінімуму.

Виплата допомоги по безробіттю, матеріальної допомоги у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації та матеріальної допомоги по безробіттю припиняється, відкладається або її тривалість скорочується.

Особам, які шукають роботу вперше, та іншим незастрахованим особам, визнаним у визначеному порядку безробітними, допомогу по безробіттю визначають у розмірі прожиткового мінімуму, визначеного законом. Допомогу по безробіттю виплачують з восьмого дня після реєстрації особи у визначеному порядку в державній службі зайнятості. Тривалість виплати допомоги по безробіттю не перевищує 180 календарних днів.

Матеріальну допомогу у період професійної підготовки, перепідготовки або підвищення кваліфікації незастрахованим особам, зареєстрованим у визначеному порядку у державній службі зайнятості, виплачують в розмірі допомоги по безробіттю. Тривалість виплати цієї матеріальної допомоги зараховується до загальної тривалості виплати допомоги по безробіттю і не може її перевищувати.

11.7. Загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням, передбачає матеріальне забезпечення громадян у зв'язку з втратою заробітної плати

(доходу) внаслідок тимчасової втрати працездатності (враховуючи догляд за хворою дитиною, дитиною-інвалідом, хворим членом сім'ї), вагітності та пологів, догляду за малолітньою дитиною, часткову компенсацію витрат, пов'язаних із народженням дитини, смертю застрахованої особи або членів її сім'ї, а також надання соціальних послуг за рахунок бюджету Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, що формується шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом, громадянами, а також за рахунок інших джерел, передбачених Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням».

Законодавство України, що регулює відносини у сфері загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, ґрунтується на Конституції України, складається з Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, Кодексу законів про працю України, Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням»* і прийнятих відповідно до них інших нормативно-правових актів. Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, визначено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, застосовуються норми міжнародного договору.

Завданням законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похован-

Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням», відповідно до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, визначає правові, організаційні та фінансові основи загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян на випадок тимчасової втрати працездатності, у зв'язку з вагітністю та пологами, народженням дитини та необхідністю догляду за нею, у разі смерті, а також надання послуг із санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованим особам та членам їх сімей.

ням, є встановлення гарантій щодо захисту прав громадян на отримання матеріального забезпечення та соціальних послуг у разі тимчасової непрацездатності (враховуючи догляд за хворою дитиною, дитиною-інвалідом, хворим членом сім'ї), вагітності та пологів, народження дитини, необхідності догляду за малолітньою дитиною, смерті громадянина або члена його сім'ї.

Право на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, мають застраховані громадяни України, іноземці, особи без громадянства та члени їхніх сімей, які проживають в Україні, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України. Це право виникає з настанням страхового випадку в період роботи (включаючи і час випробування та день звільнення), якщо інше не передбачено законодавством.

Особи, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, мають право на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

Загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, відбувається за принципами:

- законодавчого визначення умов і порядку проведення загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням;
- обов'язковості страхування осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах, організаціях, незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних та консульських установах, інших представництвах нерезидентів, а також обраних на виборні посади в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та в інших органах;
- обов'язковості страхування членів колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів;

- добровільності страхування громадян України, які працюють за межами території України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають (мають право на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України);
- добровільності страхування осіб, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок);
- державних гарантій реалізації застрахованими особами своїх прав;
- обов'язковості фінансування Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності витрат, пов'язаних із наданням матеріального забезпечення та соціальних послуг, в обсягах, передбачених Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням»;
- формування та використання страхових коштів на засадах солідарності та субсидування;
- цільового використання коштів загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням;
- паритетності в управлінні Фондом соціального страхування з тимчасової втрати працездатності представників держави, застрахованих осіб та роботодавців;
- відповідальності роботодавців та Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності за реалізацію права застрахованої особи на матеріальне забезпечення та соціальні послуги.

Загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, підлягають:

- особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних і консульських установах, інших представництвах нерезидентів, а також обрані на виборні посади в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та в інших органах;
- члени колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів.

Громадяни України, які працюють за межами території України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають, мають право на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Особи, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок), мають право на матеріальне забезпечення та соціальні послуги за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства. Особам, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, видають свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, яке є єдиним для всіх видів страхування.

Керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням, здійснює **Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності**, який проводить збір і акумуляцію страхових внесків та інших коштів, призначених для фінансування матеріального забезпечення, соціальних послуг і забезпечує їх надання, а також контролює використання цих коштів. Фонд належить до цільових позабюджетних страхових фондів, є некомерційною самоврядною організацією.

За загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням, надають такі види матеріального забезпечення та соціальних послуг:

- допомога з тимчасової непрацездатності (враховуючи догляд за хворою дитиною);
- допомога по вагітності та пологах;
- допомога при народженні дитини;
- допомога по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку;
- допомога на поховання (крім поховання пенсіонерів, безробітних та осіб, які померли від нещасного випадку на виробництві);
- забезпечення оздоровчих заходів (оплата путівок на санаторно-курортне лікування застрахованим особам і членам їхніх сімей, до дитячих оздоровчих закладів, утримання санаторіїв-профілакторіїв, надання соціальних послуг у позашкільній роботі з дітьми).

Допомогу з тимчасової непрацездатності надають застрахованій особі у формі матеріального забезпечення, яке повністю або частково компенсує втрату заробітної плати (доходу), у разі настання в неї одного з таких страхових випадків:

- 1) тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві;
- 2) необхідності догляду за хворою дитиною;
- 3) необхідності догляду за хворим членом сім'ї;
- 4) догляду за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 16 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною;
- 5) карантину, накладеного органами санітарно-епідеміологічної служби;
- 6) тимчасового переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу;
- 7) протезування з поміщенням у стаціонар протезно-ортопедичного підприємства;
- 8) санаторно-курортного лікування.

Умови надання допомоги з тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві, визначено у Законі України «Про розмір

внесків на деякі види загальнообов'язкового державного соціального страхування».

Застрахованим особам, які працюють на сезонних і тимчасових роботах, допомогу з тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві, надається не більш як за 75 календарних днів протягом календарного року.

У разі настання тимчасової непрацездатності внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві, під час перебування у щорічній (основній чи додатковій) відпустці допомогу надають у порядку та розмірах, визначених законом.

Допомогу з тимчасової непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 14 років виплачують застрахованій особі з першого дня за період, протягом якого дитина за висновком лікаря потребує догляду, але не більше як за 14 календарних днів.

Допомогу з тимчасової непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 14 років, якщо вона потребує стаціонарного лікування, виплачують застрахованій особі з першого дня за весь час її перебування в стаціонарі разом з хворою дитиною.

Допомогу з тимчасової непрацездатності по догляду за хворим членом сім'ї (крім догляду за хворою дитиною віком до 14 років) надають застрахованій особі з першого дня, але не більш як за три календарних дні, а у виняткових випадках, з урахуванням тяжкості хвороби члена сім'ї та побутових обставин, — не більше як за сім календарних днів.

Допомогу з тимчасової непрацездатності в разі захворювання матері або іншої особи, яка фактично здійснює догляд за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 16 років, надають застрахованій особі, яка доглядає за дитиною, з першого дня та за весь період захворювання.

Допомогу з тимчасової непрацездатності по догляду за хворою дитиною віком до 14 років, по догляду за хворим членом сім'ї та в разі захворювання матері або іншої особи, яка фактично доглядає за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 16 років, не надають, якщо застрахована особа перебувала у цей час у щорічній (основній чи додатковій) відпустці, додатковій відпустці у зв'язку з навчанням або творчій відпустці.

Якщо тимчасова непрацездатність застрахованої особи зумовлена карантинном, накладеним органами санітарно-епідеміологіч-

ної служби, то допомогу з тимчасової непрацездатності надають з першого дня за весь час відсутності на роботі з цієї причини.

У разі тимчасового переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижчеоплачувану роботу, цій особі надають допомогу з тимчасової непрацездатності з першого дня за час такої роботи, але не більше як за два місяці. Цю допомогу обчислюють за загальними правилами, але надають у розмірі, який разом із заробітком за тимчасово виконувану роботу не може перевищувати суми повного заробітку до часу переведення.

Допомогу з тимчасової непрацездатності в разі виконання протезування за медичними показаннями в стаціонарі протезно-ортопедичного заклади надають застрахованій особі з першого дня за весь період перебування в цьому закладі з урахуванням часу на проїзд до протезно-ортопедичного закладу і назад.

Допомогу з тимчасової непрацездатності в разі проведення санаторно-курортного лікування надають застрахованій особі, якщо тривалість щорічної (основної та додаткової) відпустки недостатня для лікування та проїзду до санаторно-курортного закладу і назад. Застрахованій особі, яку направлено на санаторно-курортне лікування після перенесених захворювань і травм безпосередньо зі стаціонару лікувального закладу за рахунок страхових коштів Фонду, допомогу з тимчасової непрацездатності надають лише за час проїзду до санаторно-курортного закладу і назад. Якщо таке лікування здійснювалося за рахунок власних коштів застрахованої особи або інших джерел, допомогу по тимчасовій непрацездатності надають за весь період перебування в санаторії з урахуванням часу на проїзд.

Допомогу з тимчасової непрацездатності застрахованій особі, яка виховує дитину-інваліда віком до 16 років, надають за весь період санаторно-курортного лікування дитини-інваліда (з урахуванням часу на проїзд до санаторно-курортного закладу і назад), якщо є медичний висновок про необхідність стороннього догляду за нею.

У разі настання тимчасової непрацездатності застрахованої особи у період вирішення спору про незаконність її звільнення з роботи, допомогу з тимчасової непрацездатності надають за умови поновлення застрахованої особи на роботі з дня винесення такого рішення відповідним органом.

Допомогу з тимчасової непрацездатності не надають:

- 1) у разі одержання застрахованою особою травм або її захворювання при вчиненні нею злочину;
- 2) у разі навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю з метою ухилення від роботи чи інших обов'язків або симуляції хвороби;
- 3) за час перебування під арештом і за час проведення судово-медичної експертизи;
- 4) за час примусового лікування, призначеного за постановою суду;
- 5) у разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з таким сп'янінням;
- 6) за період перебування застрахованої особи у відпустці без збереження заробітної плати, творчій відпустці, додаткової відпустці у зв'язку з навчанням.

Застраховані особи, які в період отримання допомоги з тимчасової непрацездатності порушують режим, визначений для них лікарем, або не з'являються без поважних причин у призначений термін на медичний огляд, у тому числі на лікарсько-консультативну комісію (ЛКК) чи медико-соціальну експертну комісію (МСЕК), втрачають право на цю допомогу з дня допущення порушення на термін, що визначається рішенням органу, який признає допомогу з тимчасової непрацездатності.

Допомогу з тимчасової непрацездатності виплачують застрахованим особам залежно від страхового стажу в таких розмірах:

- 60% середньої заробітної плати (доходу) — застрахованим особам, які мають страховий стаж до п'яти років;
- 80% середньої заробітної плати (доходу) — застрахованим особам, які мають страховий стаж від п'яти до восьми років;
- 100% середньої заробітної плати (доходу) — застрахованим особам, які мають страховий стаж понад вісім років;
- 100% середньої заробітної плати (доходу) — застрахованим особам, віднесеним до 1-4 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; одному з батьків або особі, що їх замінює та доглядає хвору дитину віком до 14 років, яка постраждала від Чорнобильської катастрофи; ветеранам війни та особам, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Допомогу по вагітності та пологах надають застрахованій особі у формі матеріального забезпечення, яке компенсує втрату заробітної плати (доходу) за період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, і виплачують за весь період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, тривалість якої становить 70 календарних днів до пологів і 56 (у разі ускладнених пологів або народження двох чи більше дітей — 70) календарних днів після пологів. Жінкам, віднесеним до 1-4 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, допомогу по вагітності та пологах виплачують за 180 календарних днів зазначеної відпустки (90 — до пологів та 90 — після пологів). Розмір зазначеної допомоги обчислюють сумарно та надають застрахованій особі в повному обсязі, незалежно від кількості днів відпустки, фактично використаних до пологів.

Допомогу по вагітності та пологах виплачують застрахованій особі, яка усиновила дитину протягом двох місяців з дня її народження, зазначеного у свідоцтві про народження, за період з дня усиновлення і до закінчення 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиновлення двох і більше дітей, 90 календарних днів — для жінок, віднесених до 1-4 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи).

У разі надання застрахованій особі відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами у період її тимчасової непрацездатності, листок непрацездатності з тимчасової непрацездатності закривають і з дня настання цієї відпустки видають інший листок непрацездатності. Кожен із зазначених листків оплачують за відповідними нормами Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням».

У разі надання застрахованій особі відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами у період простою підприємства, установи, організації не з вини застрахованої особи, щорічної (основної чи додаткової) відпустки, відпустки без збереження заробітної плати, додаткової відпустки у зв'язку з навчанням, творчої відпустки, допомогу по вагітності та пологах надають з дня виникнення права на відпустку у зв'язку з вагітністю та пологами.

За період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, що збігається з відпусткою для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку, допомогу по вагітності та пологах виплачують незалежно від допомоги по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку.

Допомогу по вагітності та пологах надають застрахованій особі у розмірі 100% середньої заробітної плати (доходу)*, незалежно від страхового стажу.

Застрахованій особі (одному з батьків дитини, усиновителю чи опікуну) при народженні дитини надають одноразову допомогу.

Застрахованій особі, яка усиновила дитину або взяла її під опіку, допомогу при народженні дитини надають, якщо звернення за її призначенням надійшло не пізніше шести місяців з дня народження дитини.

У разі народження (усиновлення, встановлення опіки) двох і більше дітей допомогу надають на кожну дитину.

У разі народження мертвої дитини допомогу при народженні дитини не надають.

Допомогу при народженні дитини надають застрахованій особі (одному з батьків дитини, усиновителю чи опікуну) у розмірі, що визначається правлінням Фонду, але не менше розміру прожиткового мінімуму, визначеного чинним національним законодавством.

Право на допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку має застрахована особа (один із батьків дитини, усиновитель, баба, дід, інший родич або опікун), яка фактично доглядає за дитиною.

Допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку надають застрахованій особі у розмірі, що визначається правлінням Фонду, але не менше розміру прожиткового мінімуму.

Допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку надають застрахованій особі, яка фактично доглядає за дитиною, щомісяця з дня надання відпустки для догляду за дитиною до дня її закінчення, але не більше як до дня досягнення дитиною трирічного віку включно.

Усиновителям і опікунам допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку надають не раніше дня прийняття рішення про всиновлення або встановлення опіки.

Обчислюючи середню заробітну плату (доход) для забезпечення допомогою по тимчасовій непрацездатності, по вагітності та пологах враховують усі види заробітної плати (доходу) в межах граничної суми місячної заробітної плати (доходу), на яку нараховують страхові внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням. Порядок обчислення середньої заробітної плати для надання допомоги по тимчасовій непрацездатності, по вагітності та пологах визначає Кабінет Міністрів України.

Допомогу на поховання надають у разі смерті застрахованої особи, а також членів сім'ї, які перебували на її утриманні:

- 1) дружини (чоловіка);
- 2) дітей, братів, сестер та онуків, які не досягли 18 років або старших за цей вік, якщо вони стали інвалідами до 18 років (братів, сестер та онуків — за умови, що вони не мають працездатних батьків), а студентів та учнів середніх професійно-технічних та вищих навчальних закладів з денною формою навчання — до 23 років;
- 3) батька, матері;
- 4) діда та баби за прямою лінією спорідненості.

Не вважають такими, що перебували на утриманні застрахованої особи, членів сім'ї, які мали самостійні джерела засобів до існування (одержували заробітну плату, пенсію тощо).

Допомогу надають застрахованій особі, члену її сім'ї або іншим юридичним чи фізичним особам, які поховали.

Для забезпечення відновлення здоров'я застрахована особа та члени її сім'ї мають право на отримання санаторно-курортного лікування, оздоровлення в спеціалізованих оздоровчих закладах (у тому числі дитячих) у межах асигнувань, визначених бюджетом Фонду на зазначені цілі, та в порядку і на умовах, визначених правлінням Фонду.

Застрахованим особам надають послуги, пов'язані із санаторно-курортним лікуванням, коли є медичні показання.

Матеріальне забезпечення та соціальні послуги за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням, застрахованим особам призначають та надають за основним місцем роботи за рахунок сплачених застрахованими особами страхових внесків.

У разі ліквідації (реорганізації) підприємства, установи, організації, матеріальне забезпечення за страховими випадками, які настали до ліквідації (реорганізації), застрахованим особам виплачують їхні правонаступники, якщо немає правонаступника — виконавча дирекція відділення Фонду за місцем реєстрації ліквідованого підприємства, установи, організації як страхувальника.

Рішення про призначення матеріального забезпечення та надання соціальних послуг приймає комісія (уповноважений) із соціального страхування, яку створюють (обирають) на підприємстві, в установі, організації, до складу якої входять представники

адміністрації підприємства, установи, організації та застрахованих осіб (профспілкових або інших органів, які представляють інтереси застрахованих осіб).

Комісія (уповноважений) із соціального страхування контролює правильне нарахування і своєчасну виплату матеріального забезпечення, приймає рішення про відмову в його призначенні, про припинення виплати матеріального забезпечення (повністю або частково), розглядає підставу і правильність видачі листків непрацездатності та інших документів, які є підставою для надання матеріального забезпечення та соціальних послуг.

Комісія (уповноважений) із соціального страхування виконує свої функції відповідно до положення про комісію (уповноваженого) з загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням, яке затверджує правління Фонду.

Підставою для призначення допомоги з тимчасової непрацездатності, по вагітності та пологах є виданий у визначеному порядку листок непрацездатності. Порядок і умови видачі, продовження та обліку листків непрацездатності, контроль за правильністю їх видачі визначає спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я за погодженням з Фондом.

Допомогу при народженні дитини призначають застрахованій особі на підставі заяви про виплату допомоги та свідоцтва про народження дитини, виданого органом реєстрації актів громадянського стану.

Підставою для призначення допомоги по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку є наказ (розпорядження) роботодавця про надання застрахованій особі, яка фактично доглядає за дитиною, відпустки для догляду за дитиною.

Застрахованій особі, яка фактично доглядає за дитиною (батькові дитини, бабі, дідові, іншому родичу), допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку надають за її заявою та на підставі довідки з місця роботи матері дитини про те, що вона вийшла на роботу до закінчення терміну відпустки по догляду за дитиною та виплату їй допомоги по догляду за дитиною припинено (з зазначенням дати).

Допомогу на поховання застрахованої особи призначають сім'ї померлого або особі, яка поховала, на підставі свідоцтва про смерть, виданого органом реєстрації актів громадянського стану.

Допомогу на поховання члена сім'ї застрахованої особи призначають застрахованій особі на підставі свідцтва про смерть, виданого органом реєстрації актів громадянського стану, та довідки з місця проживання про перебування померлого члена сім'ї на утриманні застрахованої особи.

Документи для призначення допомоги по тимчасовій непрацездатності, по вагітності та пологах, по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку розглядають не пізніше десяти днів з дня їх надходження.

Повідомлення про відмову в призначенні допомоги із зазначенням причин відмови та порядку оскарження видають або надсилають заявникові не пізніше п'яти днів після винесення відповідного рішення.

Допомогу з тимчасової непрацездатності, по вагітності та пологах виплачують:

- застрахованим особам, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних і консульських установах, інших представництвах нерезидентів, а також обраних на виборні посади в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та в інших органах, а також члени колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів — у найближчий після дня призначення допомоги строк, визначений для виплати заробітної плати;
- застрахованим особам, громадянам України, які працюють за межами території України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають, за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України та особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок) — протягом десяти днів після призначення допомоги.

Допомогу по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку виплачують:

- застрахованим особам, які працюють на умовах трудового договору (контракту) на підприємствах, в установах, організаціях незалежно від форм власності та господарювання або у фізичних осіб, у тому числі в іноземних дипломатичних і консульських установах, інших представництвах нерезидентів, а також обраним на виборні посади в органах державної влади, органах місцевого самоврядування та в інших органах, а також члени колективних підприємств, сільськогосподарських та інших виробничих кооперативів) — у термін, визначений для виплати заробітної плати;
- застрахованим особам, громадянам України, які працюють за межами території України і не застраховані в системі соціального страхування країни, в якій вони перебувають за умови сплати страхових внесків до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності відповідно до чинного законодавства, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України та особам, які забезпечують себе роботою самостійно (особи, які займаються підприємницькою, адвокатською, нотаріальною, творчою та іншою діяльністю, пов'язаною з одержанням доходу безпосередньо від цієї діяльності, в тому числі члени творчих спілок, творчі працівники, які не є членами творчих спілок) — у дні, визначені Фондом.

Допомогу при народженні дитини та допомогу на поховання призначають і виплачують не пізніше дня, наступного за днем звернення.

Призначене, але не одержане у зв'язку зі смертю застрахованої особи матеріальне забезпечення виплачують членам сім'ї, які проживали разом з нею, або спадкоємцям.

Призначене, але не одержане застрахованою особою своєчасно матеріальне забезпечення виплачують за минулий час без обмеження будь-яким строком у розмірі, визначеному на час настання страхового випадку.

Суми матеріального забезпечення, не одержані з вини органу, що призначає матеріальне забезпечення, виплачують застрахованій особі за минулий час з дотриманням вимог законодавства про індексацію грошових доходів населення.

Надміру виплачені суми матеріального забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням, унаслідок зловживань з боку застрахованої особи або членів її сім'ї стягують з них у судовому порядку.

Обчислюючи середню заробітну плату (доход) для забезпечення допомогою з тимчасової непрацездатності, по вагітності та пологах враховуються всі види заробітної плати (доходу) в межах граничної суми місячної заробітної плати (доходу), на яку нараховують страхові внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням. Порядок обчислення середньої заробітної плати для надання допомоги з тимчасової непрацездатності, по вагітності та пологах визначає Кабінет Міністрів України.

Контрольні запитання

1. Які основні принципи загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасного випадку?
2. Хто наглядає за сферою загальнообов'язкового державного соціального страхування в Україні?
3. Хто сплачує внески на загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійних захворювань?
4. Які основні принципи страхування від нещасного випадку?
5. Хто підлягає обов'язковому страхуванню від нещасного випадку?
6. Чи потрібна згода або заява працівника для страхування від нещасного випадку на виробництві?
7. Чи нещасний випадок або професійне захворювання, яке сталося внаслідок порушення нормативних актів про охорону праці застрахованим, є страховим випадком?
8. Хто фінансує всі витрати на лікування, якщо внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання потерпілий тимчасово втратив працездатність?
9. Який розмір одноразової допомоги виплачують сім'ї потерпілого внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання у разі його смерті?
10. Чи може Фонд соціального страхування від нещасних випадків відмовити у виплатах і наданні соціальних послуг **застрахованому**, якщо нещасний випадок не визнаний пов'язаним з виробництвом?

11. Які основні права та обов'язки застрахованого та роботодавця як страхувальника?
12. За рахунок яких коштів відбувається фінансування Фонду соціального страхування від нещасних випадків?
13. Чи входять до складу Державного бюджету України кошти на проведення страхування від нещасного випадку?
14. Чи підлягають страхуванню на випадок безробіття працюючі пенсіонери та особи, в яких відповідно до законодавства України виникло право на пенсію?
15. Чи підлягають страхуванню на випадок безробіття іноземці та особи без громадянства, які тимчасово працюють за наймом в Україні?
16. Чи підлягають страхуванню на випадок безробіття особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту)?
17. Чи підлягають страхуванню на випадок безробіття особи, які проходять альтернативну (невійськову) службу?
18. Чи підлягають страхуванню на випадок безробіття особи, які працюють неповний робочий день або неповний робочий тиждень?
19. якого моменту особа набуває статусу застрахованої особи?
20. Чи мають право на матеріальне забезпечення на випадок безробіття та соціальні послуги незастраховані особи – військовослужбовці Збройних сил України, Прикордонних військ України, внутрішніх військ, військ цивільної оборони, інших військових формувань, утворених відповідно до законів України, Служби безпеки України, органів внутрішніх справ України, звільнені з військової служби у зв'язку зі скороченням кількості або штату без права на пенсію, та особи, які вперше шукають роботу, інші незастраховані особи у разі їхньої реєстрації у визначеному порядку як безробітних?
21. Чи мають право на матеріальне забезпечення на випадок безробіття та соціальні послуги незастраховані особи, звільнені з військової служби у зв'язку зі скороченням кількості або штату без права на пенсію?
22. Чи мають право на допомогу по безробіттю залежно від страхового стажу застраховані особи, визнані у визначеному порядку безробітними, які протягом 12 місяців, що передували початку безробіття, працювали на умовах повного або неповного робочого дня (тижня) не менше 26 календарних тижнів та сплачували страхові внески?
23. Чи може допомога по безробіттю бути вищою за середню заробітну плату, що склалася в галузях національної економіки відповідної області за минулий місяць, або нижчою за прожитковий мінімум, визначений законом?

24. У якому розмірі визначено допомогу по безробіттю особам, які шукають роботу вперше, та іншим незастрахованим особам, визнаним у визначеному порядку безробітними?
25. Які принципи покладено в основу загальнообов'язкового державного соціального страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням і похованням?
26. Хто підлягає загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням?
27. Кому призначають допомогу на поховання застрахованої особи?
28. У який термін розглядають документи для призначення допомоги з **тимчасової** непрацездатності, по вагітності та пологах, по догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку?
29. У якій формі надають допомогу по вагітності та пологах, яка компенсує втрату заробітної плати (доходу) за період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами?

Короткий тлумачний словник основних страхових понять і термінів

А

А+. Найвищий рейтинг фінансового стану страхових компаній агентства Беста (Best's rating).

АБАНДОН. У морському страхуванні — відмова страхувальника від своїх прав на застраховане майно на користь страховика з метою отримання від нього повної страхової суми.

АВАРІЙНИЙ БОНД. В іноземній страховій практиці — аварійна підписка.

АВІАЦІЙНЕ СТРАХУВАННЯ. Спеціалізована галузь страхування ризиків, пов'язаних з використанням засобів авіаційної і космічної техніки. Охоплює страхування літаків, гелікоптерів та інших повітряних суден від пошкодження і загибелі, страхування відповідальності власників аеропортів тощо.

АВТОТРАНСПОРТНЕ СТРАХУВАННЯ. Спеціалізована галузь страхування ризиків, пов'язаних з експлуатацією засобів автотранспорту. А. с. передбачає як самостійні види страхування механізованих засобів транспорту (авто-каско), так і страхування засобів транспорту разом з багажем (майном), що знаходиться в ньому, а також водієм і пасажиром (автомобі); страхування цивільної відповідальності власників механізованих засобів транспорту за збитки (шкоду), завдані третім особам, тобто пішоходам, власникам інших засобів транспорту тощо. Види відрізняються один від одного об'єктами страхування, обсягом страхової відповідальності, формою проведення, порядком визначення страхової суми чи розміром страхового відшкодування та деякими іншими ознаками.

АГЕНТСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ. Діяльність суб'єктів підприємницької діяльності, уповноважених діяти від імені та на підставі доручення одного або більше страховиків у справах рекламування, консультування, пропонування страхувальникам страхових послуг та проведення роботи, пов'язаної з укладанням та виконанням договорів страхування (підготовка й укладення договорів страхування, виконання робіт з обслуговування договорів), у тому числі оформлення всіх потрібних документів для своєчасної виплати страхових сум або страхового відшкодування, а також проведення цих виплат.

АДЕНДУМ. Доповнення до договорів страхування або перестраховування, в якому містяться узгоджені між сторонами зміни до раніше прийнятих умов таких договорів.

АКВІЗАЦІЯ. Робота, пов'язана із залученням нових для страхового товариства страхувальників.

АКТУАРІЙ. Офіційно уповноважена особа, фахівець, який за допомогою методів математичної статистики розраховує страхові тарифи.

АКТУАРНІ РОЗРАХУНКИ. Система математичних і статистичних закономірностей, яка регламентує взаємовідносини між страховиком та страхувальником.

АКТУАРНИЙ РИЗИК. Ризик, що покривається страховою компанією в обмін на сплату премії.

АЛІМЕНТ. Переданий перестраховальний інтерес.

АНДЕРРАЙТЕР. Особа, відповідальна за укладання страхових (перестраховальних) контрактів і формування портфеля страхових зобов'язань.

АСИСТАНС. Перелік послуг, які надають у потрібний момент через медичне, технічне та фінансове сприяння.

Б

БІНДЕР. Тимчасова форма попередньої угоди між страховиком і страхувальником з приводу наступного укладання страхового договору.

БОНУС. Знижка (виражена у відсотках або проміле), що її надає страховик із суми страхової премії за оформлення договору страхування на особливо вигідних умовах.

БОРДЕРО. Перелік ризиків, прийнятих на страхування, у частині, що передається цедентом на перестраховування.

БРОКЕРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ. Професійна діяльність суб'єктів підприємницької діяльності на користь страхувальника або перестраховувальника (цедента), спрямована на визначення його потреби в одержанні страхових послуг, консультацій; наданні допомоги у розробці умов договору страхування; пошуку страховиків, які відповідають вимогам страхувальника, веденні переговорів та укладенні договорів страхування за дорученням страхувальника, здійсненні розрахунків за договорами страхування; підготовці документів для врегулювання питання про збитки у разі настання страхового випадку.

В

ВАЛОРНЕ СТРАХУВАННЯ. Страхування особливо цінних предметів.

ВЗАЄМНЕ СТРАХУВАННЯ. Форма страхового захисту, за якої страхувальники, які мають споріднені майнові інтереси та ризики, одночасно є членами страхового товариства. В. — довготермінова

домовленість між групою осіб (юридичних, фізичних) про відшкодування в певних частках збитків один одному в разі настання страхових випадків.

ВЗАЄМОВІДНОСИНИ СТРАХОВИКА І ДЕРЖАВИ. Страховик не відповідає за зобов'язаннями держави, а держава — за зобов'язаннями страховика, за винятком обов'язкового державного страхування, згідно з яким держава гарантує виконання зобов'язань перед страхувальниками в разі неплатоспроможності страховика з цього виду страхування.

Не допускається, за винятком обов'язкового страхування, а також страхування життя, майна громадян, перестраховування та діяльності страхових посередників, будь-яке централізоване регулювання (уніфікація, обмеження, обов'язковість тощо) розмірів страхових платежів (тарифів) і страхових сум (страхового відшкодування), умов укладання страхових договорів, взаємовідносин страховика і страхувальника, якщо вони не суперечать законодавству України.

Г

ГАРАНТІЇ ПРАВ ТА ЗАКОННИХ ІНТЕРЕСІВ СТРАХОВИКІВ. Держава гарантує дотримання і захист майнових та інших прав і законних інтересів страховиків, умов вільної конкуренції у провадженні страхової діяльності.

Втручання в діяльність страховиків з боку державних та інших органів забороняється, якщо воно не пов'язане з повноваженнями органів, які проводять державний нагляд і контроль за діяльністю страховиків.

Д

ДЖАСТЕР. Див. *диспашер*.

ДИВЕРСИФІКАЦІЯ. Розширення активності великих страхових товариств за рамки основного бізнесу.

ДИСКЛОУЗ. Норма страхового права, згідно з якою страхувальник зобов'язаний негайно сповістити страховика про будь-які чинники, які можуть мати суттєве значення стосовно ризику, прийнятого на страхування.

ДИСПАША. Розрахунок витрат, пов'язаних із загальною аварією, який складає диспашер. Диспаша містить детальний виклад причин загальної аварії.

ДИСПАШЕР. Фахівець у галузі морського права, який виконує розрахунки з розподілу витрат за загальною аварією між зацікавленими особами.

ДОГОВІР ПЕРЕСТРАХОВУВАННЯ. Юридичний документ, який визначає взаємовідносини сторін (перестраховувальник та перестраховик) і визначає їхні права й обов'язки. Договори перестраховування поділяють на дві основні групи: пропорційні і непропорційні. До пропорційних договорів належать квотні й ексцедентні, до непропорційних — договори збитковості.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ. Письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якої укладено договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору.

Є

ЄДИНИЙ ДЕРЖАВНИЙ РЕЄСТР СТРАХОВИКІВ (ПЕРЕСТРАХОВИКІВ) УКРАЇНИ. Система обліку, збору, нагромадження та вилучення з Реєстру даних, що стосуються ліцензування страхової діяльності та нагляду за страховою діяльністю страховиків.

З

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ НА ВИРОБНИЦТВІ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ВТРАТУ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ». Визначає правову основу, економічний механізм та організаційну структуру загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які призвели до втрати працездатності або загибелі застрахованих на виробництві. Є самостійним видом загальнообов'язкового державного соціального страхування, за допомогою якого проводять соціальний захист, охорону життя та здоров'я громадян у процесі їхньої трудової діяльності.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК БЕЗРОБІТТЯ». Визначає правові, фінансові та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття.

ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО СТРАХУВАННЯ». Регулює відносини у сфері страхування і спрямований на утворення ринку страхових послуг, посилення страхового захисту майнових інтересів підприємств, установ, організацій та громадян. Дія цього Закону не поширюється на державне соціальне страхування.

ЗАЯВНИК. Особа, яка в письмовій або усній формі висловлює намір придбати страховий поліс.

ЗБИТКОВІСТЬ СТРАХОВОЇ СУМИ. Показник діяльності страховика, що характеризує відношення страхового відшкодування до страхової суми всіх застрахованих об'єктів у розрізі ризикових видів страхування. Його визначають у відсотках, він показує ймовірність збитку і зіставлення фактичного і тарифного рівнів, використовується для оцінювання ризиків.

«ЗЕЛЕНА КАРТКА» (GREEN CARD). Система міжнародних договорів і однойменних страхових свідоцтв про страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів. Заснована в 1949 р.

I

ІРРЕЙТА. Надпис на страховому документі, що засвідчує виправлення незначної помилки (описки), допущеної під час його оформлення.

K

КВОТА У СТРАХУВАННІ. 1. Частка участі страховика в загальній страховій сумі у разі страхування об'єкта на умовах співстрахування. 2. Частка кожного з учасників у договорі перестрахування.

КЛАУЗУЛА. Застереження, які вносять у договір страхування.

КОМУТАЦІЙНІ ЧИСЛА. Показники, застосовувані в актуарних розрахунках для спрощення обрахунків розміру тарифних ставок і резерву внесків зі страхування життя.

КОНВЕРСІЯ. Переведення поліса з одного виду страхування життя в інший.

Л

ЛІГА СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ УКРАЇНИ. Некомерційне об'єднання страховиків з метою обстоювання їхніх інтересів у владних структурах, сприяння розвитку страхового законодавства, підвищення кваліфікації персоналу та інформаційного забезпечення страхових компаній, налагодження контактів з відповідними об'єднаннями (асоціаціями) інших держав.

M

МАЙНОВЕ СТРАХУВАННЯ. Галузь страхування, в якій об'єктом страхування є майно, яке належить юридичним або фізичним особам.

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ. Вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я від хвороби або внаслідок нещасного випадку. Застосовується з метою мобілізації та ефективного використання коштів на покриття витрат на медичне обслуговування страховальників.

МІЖНАРОДНІ ДОГОВОРИ. Якщо міжнародним договором України визначено інші правила, ніж ті, що передбачено Законом України «Про страхування», то на території України застосовують правила міжнародного договору.

Н

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ. Стихійні лиха, аварії і катаклізми, що спричиняють великомасштабні збитки, загибель людей. Характеризуються непередбачуваністю.

НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ-ГРОМАДЯНИНОМ ДІЄЗДАТНОСТІ. У випадку визнання судом страхувальника-громадянина недієздатним його права й обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна, а дія договору страхування цивільної відповідальності припиняється з часу втрати ним дієздатності. У разі визнання судом страхувальника-громадянина обмежено дієздатним, він здійснює свої права й обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ. Якщо в період дії договору страхування страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права й обов'язки, що випливають з договору страхування, переходять до правонаступника страхувальника за згодою страховика.

НАТУРАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ. Форма страхування, при якій страхові платежі і виплати проводять у натурі.

НОТИС. Стаття договору перестрахування, яка передбачає у випадках, коли один з учасників договору (перестраховик або цедент) матиме намір змінити умови договору або припинити його на наступний рік, надіслати своєму партнерові повідомлення про це не пізніше як за три місяці до закінчення терміну дії договору.

О

ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ. В особистому страхуванні - життя, здоров'я та працездатність. У майновому страхуванні — матеріальні цінності, які можна застрахувати. У страхуванні відповідальності — відповідальність за майнові інтереси третіх осіб, які може порушувати страхувальник.

ОБ'ЄКТИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО ДЕРЖАВНОГО СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ. Об'єктом загальнообов'язкового державного соціального страхування є страховий випадок, із настанням якого у застрахованої особи (члена її сім'ї, іншої особи) виникає право на отримання матеріального забезпечення та соціальних послуг.

ОБ'ЄКТИ ТА ВИДИ СТРАХУВАННЯ. Об'єктами страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані:

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

Конкретні види страхування, на які видається відповідна ліцензія, визначаються на підставі визначених страховиком умов (умов) страхування (страхових продуктів).

Страховики мають право займатися тільки тими видами страхування, які визначені в ліцензії.

«ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВЕ ДЕРЖАВНЕ СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ». Визначають принципи та загальні правові, фінансові та організаційні засади загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян в Україні.

П

ПЕРЕСТРАХОВИК. Страхове товариство, яке приймає ризики у перестраховування.

ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНИК. Страховик, що прийняв на страхування ризик і передав його частково у перестраховування іншій страховій компанії.

ПЕРЕСТРАХУВАННЯ. Страхування одним страховиком (цедентом, перестраховальником) на визначених договором умовах ризику виконання всіх або частини своїх обов'язків перед страхувальником в іншого страховика (перестраховика).

ПОРТФЕЛЬ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. Сукупна відповідальність страховика або перестраховика за всіма чинними полісами.

ПРИНЦИПИ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ Основними принципами страхування від нещасного випадку є:

- паритетність держави, представників застрахованих осіб та роботодавців в управлінні страхуванням від нещасного випадку;
- своєчасне та повне відшкодування шкоди страховиком;
- обов'язковість страхування від нещасного випадку осіб, які працюють на умовах трудового договору (контракту) та

- інших підставах, передбачених законодавством про працю, а також добровільність такого страхування для осіб, які забезпечують себе роботою самостійно, та громадян-суб'єктів підприємницької діяльності;
- надання державних гарантій реалізації застрахованими громадянами своїх прав;
 - обов'язковість сплати страхувальником страхових внесків;
 - формування та витрачання страхових коштів на солідарній основі;
 - диференціювання страхового тарифу з урахуванням умов і стану безпеки праці, виробничого травматизму та професійної захворюваності на кожному підприємстві;
 - економічна зацікавленість суб'єктів страхування в поліпшенні умов і безпеки праці;
 - цільове використання коштів страхування від нещасного випадку.

ПУЛ. Організація страховиків або перестраховиків, яка приймає особливі види ризиків.

Р

РЕГРЕС. Право страховика на висунення в межах фактично сплаченої страхувальникові суми відшкодування збитку/претензії до третьої сторони, яка винна у страховому випадку з метою отримання від неї компенсації за нанесену шкоду.

РЕЗЕРВИ СТРАХОВІ. Система фондів страховика, утворюваних залежно від видів страхування з метою забезпечення гарантії майбутніх страхових відшкодувань і виплат страхових сум.

РЕТРОЦЕСІЯ. Процес подальшої передачі раніше прийнятих у перестраховання ризиків іншим перестраховикам.

РІТОРНО. Частина страхової премії, відрхована (утримана) страховиком у разі розірвання договору страхування.

РОЗГЛЯД СПОРІВ. Спори, пов'язані зі страхуванням, вирішують у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

С

СИНДИКАТ ЛЛОЙДА. Група андеррайтерів Ллойда, які об'єдналися в синдикат, щоб збільшити свої фінансові можливості щодо прийому ризиків на страхування.

СЛІП. Страховий документ, який використовують для попереднього розміщення ризику.

СПІВСТРАХУВАННЯ. Об'єкт страхування може бути застрахований за одним договором страхування та за згодою страхувальника

кількома страховиками (співстрахування). У договорі повинні міститись умови, що визначають права й обов'язки кожного страховика.

Якщо є відповідна угода між співстраховиками і страхувальником, то один із співстраховиків може представляти всіх інших у взаємовідносинах зі страхувальником, залишаючись відповідальним перед ним лише у розмірі своєї частки.

СТРАХОВА КОМПАНІЯ. Історично визначена суспільна форма функціонування страхового фонду, є відособленою економічною структурою, яка укладає договори страхування та здійснює їхнє обслуговування. Економічна відособленість страхової компанії виявляється у повному відособленні її ресурсів, їх повному самостійному обороті. Економічно відособлені страхові компанії будують свої відносини з іншими страховиками на основі перестраховування і співстрахування.

СТРАХОВА МЕДИЦИНА. Форма медичного обслуговування, яка передбачає фінансування витрат на лікування, профілактику і догляд зі спеціальних страхових фондів, які формуються за рахунок бюджетних асигнувань, внесків підприємств і громадян.

СТРАХОВА ПРЕТЕНЗІЯ. Вимога, яку висуває страхувальник страховику у зв'язку з настанням страхового випадку, який трапився внаслідок випадковостей і небезпек, закладених в умовах страхування.

СТРАХОВА СУМА. Грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку, а також сума, яку виплачують за особистим страхуванням.

Виплачують страхові суми за договорами особистого страхування незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

При страхуванні майна страхову суму визначають у межах вартості майна за цінами і тарифами, які діють на момент укладання договору, якщо інше не обумовлено договором страхування або умовами обов'язкового страхування.

СТРАХОВИЙ АКТ. Документ, що складається при настанні страхового випадку, який є основою для виплати страхового відшкодування.

СТРАХУВАННЯ. Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів громадян та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, які

формується шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій).

СТРАХОВИЙ РИЗИК. Певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. Подія, передбачувана договором страхування або законодавством, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок страховика виплатити страхову суму (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ. Грошова сума, яку виплачує страховик за умовами майнового страхування і страхування відповідальності у разі настання страхового випадку.

Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими, якщо це передбачено договором страхування. У разі, коли страхова сума становить певну частку вартості застрахованого об'єкта, страхове відшкодування виплачується у такій же частці від визначених по страховій події збитків, якщо інше не передбачено умовами страхування.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (*страховий внесок, страхова премія*). Плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховикові згідно з договором страхування.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ. Ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страхові тарифи при добровільній формі страхування страховик обчислює актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Конкретний розмір страхового тарифу визначають у договорі страхування за згодою сторін.

Актуарними розрахунками можуть займатися особи, які мають відповідну кваліфікацію згідно з вимогами, визначеними органом нагляду за страховою діяльністю, яка підтверджується відповідним свідоцтвом.

Проводячи обов'язкове страхування, Кабінет Міністрів України визначає максимальні розміри страхових тарифів або методику їх розрахунків та мінімальні розміри страхових сум.

СТРАХОВІ ПОСЕРЕДНИКИ. Страховики можуть проводити страхову діяльність через страхових посередників (страхових агентів і страхових брокерів), діяльність страхових брокерів на користь іноземних страховиків на території України не допускається, якщо інше не передбачено міжнародними договорами України.

СТРАХОВІ АГЕНТИ. Громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності (укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт, пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування). Страхові агенти є представниками страховика і діють у його інтересах за комісійну винагороду на підставі договору зі страховиком.

СТРАХОВІ БРОКЕРИ. Громадяни або юридичні особи, які зареєстровані у визначеному порядку як суб'єкти підприємницької діяльності та провадять посередницьку діяльність на страховому ринку від свого імені на підставі доручень страхувальника або страховика.

СТРАХОВІ РЕЗЕРВИ. Страхові резерви утворюються страховиками з метою забезпечення майбутніх виплат страхових сум і страхового відшкодування залежно від видів страхування (перестраховування). Страхові резерви в обсягах, що не перевищують технічних резервів, утворюються у тих валютах, в яких страховики несуть відповідальність за своїми страховими зобов'язаннями.

Т

ТАЄМНИЦЯ СТРАХУВАННЯ. Сукупність даних про страхувальника, застраховану особу і вигодонабувача; про стан їхнього здоров'я, а також про майновий стан цих осіб, які отримав страховик у результаті своєї професійної діяльності і які не підлягають розголошенню.

ТАРИФНА СТАВКА. Ціна страхового ризику.

Ф

ФОРМИ СТРАХУВАННЯ. Страхування може бути добровільним або обов'язковим.

Добровільне страхування проводять на підставі договору між страхувальником і страховиком. Загальні умови і порядок проведення добровільного страхування визначаються правилами страхування, які визначає страховик самостійно відповідно до вимог Закону України «Про страхування». Конкретні умови страхування обумовлюють під час укладення договору страхування.

Добровільне страхування у конкретного страховика не може бути обов'язковою передумовою під час реалізації інших правовідносин.

Обов'язкове страхування визначають закони України шляхом внесення змін до Закону України «Про страхування».

Форми типового договору, порядок проведення й особливі умови ліцензування обов'язкового страхування визначає Кабінет Міністрів України.

ФРАНШИЗА. Частина збитків, які страховик не відшкодовує згідно з договором страхування. Власну участь страхувальника у покритті збитку виражають через франшизу, передбачену умовами договору страхування. Франшизу можна визначити в абсолютних або відносних величинах до страхової суми. Можлива також франшиза, виражена у відсотках до збитку. Виділяють умовну (інтегральну) і безумовну (ексцедентну) франшизу.

Х

ХЕДЖУВАННЯ. Страхування ціни та прибутку у ф'ючерсних угодах.

Ц

ЦЕДЕНТ (ПЕРЕСТРАХУВАЛЬНИК). Страховик, що передає за плату частину прийнятого за договором зі страхувальником ризику на перестраховання іншому страховикові або професійному перестраховикові.

ЦЕСІЯ. Процес передання застрахованого ризику в перестраховання.

ЦЕСІОНЕР. Особа, якій передають право власності. У страхуванні цесіонер — страхова компанія, яка приймає ризик у перестраховання.

Ш

ШЕДУЛА. Розділ полісу страхування повітряних суден, який містить інформацію про учасників договору страхування, вигодонабувачів, експлуатантів, повітряні судна й екіпажі, які приймають на страхування, страхові суми, франшизи, терміни страхування тощо.

ШОМАЖ. Страхування втрати прибутку та інших фінансових втрат, зумовлених призупиненням виробництва внаслідок настання страхового випадку.

7. Оцінка платоспроможності та ризиків страхової компанії на кінець кожного календарного року і підходи до перестраховання (з розрахунком нормативного запасу платоспроможності і коефіцієнта платоспроможності, коефіцієнта ризику і коефіцієнта ступеня ймовірності дефіциту коштів страхової компанії).
8. Фінансовий план не менше, ніж на 3 роки, де поквартально на першій рік і далі на кожний рік вказано:
- розмір власних грошових коштів;
 - кількість договорів (за особистим страхуванням — кількість застрахованих);
 - сума страхових внесків;
 - сума страхових виплат;
 - розмір створюваних технічних (математичних) резервів (технічні резерви приймаються рівними обсягами незароблених страхових премій);
 - витрати на проведення страхової діяльності, у тому числі комісійна винагорода агентам (брокерам) і за перестраховання;
 - розмір прибутку, що очікується, у тому числі розмір вільних резервів та чистий прибуток.

Базовими даними для складання фінансового плану є дані з таблиці 2. Фінансовий план зводиться до табл. 2.

Таблиця 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Види страхування	Розмір власних коштів (нетто-активи), млн грн	Кількість договорів страхування (з особистого страхування — кількість застрахованих)	Сукупна сума надходжень страхових платежів, млн грн	Сума страхових виплат, млн. грн.	Розмір технічних (математичних) резервів, млн грн	Витрати на провадження страхової діяльності, млн грн	Розмір прибутку, що очікується, млн грн	Розмір вільних резервів, млн грн	Прибуток, млн грн

9. Баланс доходів і витрат страхової компанії (не менше, ніж 3 роки), за формою табл. 3:

Таблиця 3

	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	За рік	За рік
Доходи (надходження)						
Сукупна сума страхових платежів						
Новий капітал						
Кредити						
Доходи від розміщення активів						
Продаж активів						
Інші доходи						
Усього доходів						
Витрати (платежі)						
Страхові виплати						
Страхові резерви, в т.ч. технічні резерви						
Комісійна винагорода за розміщення страхових полісів						
Оренда чи утримання будівель						
Транспорт і зв'язок						
Сервіс (послуги)						
Розрахунки з банками						
Реклама						
Зарплата						
Нарахування на зарплату						
Податки						
Дивіденди						
Придбання чи оренда обладнання						
Усього витрат						
Баланс (+\(-)						

10. Стратегія залучення фінансових ресурсів (нового капіталу і кредитів).

ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАПЛАНОВАНОЇ ПОСЕРЕДНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТРАХОВОГО (ПЕРЕСТРАХОВОГО) БРОКЕРА

1. Загальна характеристика страхового (перестрахового) брокера

Для юридичної особи:

повна та скорочена назва, коли і де проведена державна реєстрація та перереєстрація, номер та дата видачі свідоцтва (сертифіката), що підтверджує наявність знань та кваліфікації керівників юридичних осіб, місцезнаходження, інформація про забезпечення приміщеннями, оргтехнікою, зв'язком та персоналом.

Для фізичної особи — підприємця:

прізвище, ім'я та по-батькові, коли і де проведена державна реєстрація та перереєстрація, номер та дата видачі свідоцтва (сертифіката), що підтверджує наявність знань та кваліфікації фізичної особи — підприємця, місце проживання, інформація про забезпечення приміщеннями оргтехнікою та засобами зв'язку.

2. Огляд стану посередницьких послуг у регіонах і сферах діяльності страхового (перестрахового) брокера (оцінка загальної кількості об'єктів страхування, конкурентності страхового середовища, сегментів ринку, які планує охопити страховий (перестраховий) брокер, інші характеристики стану і перспектив діяльності страхового та перестрахового брокера).
3. Стратегія маркетингу.
4. Організаційна структура страхового (перестрахового) брокера та перспективи її розвитку. Юридичне та аудиторське забезпечення діяльності страхового (перестрахового) брокера, що передбачає наявність відповідних структур у його складі або укладених відповідних угод на юридичне та аудиторське обслуговування.

Підпис заявника _____

«__» _____ р.

М.П.

КЛАСИФІКАЦІЯ СТРАХОВИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

*Ознаки класифікації**Види страхових організацій*

ТИПОВИЙ ДОГОВІР

обов'язкового страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру

«__» _____ 200__р.

(місце укладення договору)

Страховик _____

(повна назва, прізвище, ім'я, по батькові

керівника, його повноваження, серія, номер і термін дії ліцензії)

з одного боку, та страхувальник _____

(повна назва, прізвище,

ім'я, по батькові керівника, його повноваження)

з другого боку, уклали цей договір про нижченаведене:

1. Предмет договору

Страховик, відповідно до Порядку і правил проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності суб'єктів господарювання за шкоду, яка може бути заподіяна пожежами та аваріями на об'єктах підвищеної небезпеки, включаючи пожежовибухонебезпечні об'єкти та об'єкти, господарська діяльність на яких може призвести до аварій екологічного і санітарно-епідеміологічного характеру, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 16 листопада 2002 р. №1788 (далі — Порядок і правила), проводить страхування цивільної відповідальності страхувальника за шкоду, заподіяну третім особам, в межах, у терміни і на умовах цього договору.

2. Об'єкти страхування

2.1. Об'єктами страхування, згідно з Порядком і правилами, є майнові інтереси страхувальника, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником заподіяної

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

2.2. Назва об'єкта підвищеної небезпеки _____, який має категорію небезпеки _____, встановлену відповідно до Порядку і правил.

2.3. Найменування та хімічна назва небезпечної речовини _____

2.4. Клас, підклас небезпечної речовини _____
(порядковий номер виробу

або речовини згідно з прийнятою ООН системою)

2.5. Кількість небезпечної речовини на об'єкті підвищеної небезпеки _____ тонн.

3. Страхова сума, страховий тариф і страховий платіж

3.1. Страхова сума _____ гривень, у тому числі:

а) за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю третіх осіб, _____ гривень;

б) за шкоду, заподіяну природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду, _____ гривень;

в) за шкоду, заподіяну майну третіх осіб, _____ гривень.

3.2. Страховий тариф _____

3.3. Страховий платіж _____

Термін внесення страхового платежу:

перший/ чи одноразовий/ платіж у розмірі _____ гривень підлягає внесенню до « ____ » _____ 200 ____ року;
другий платіж у розмірі _____ гривень підлягає внесенню до « ____ » _____ 200 ____ року.

3.4. Франшиза _____

(обчислюється зі страхової суми під час відшкодування шкоди, заподіяної третім особам, але не більш як 1% від страхової суми, і не може поширюватися на страхову виплату за шкоду, заподіяну життю і здоров'ю третіх осіб).

4. Права та обов'язки сторін

4.1. Страхувальник зобов'язується:

— вживати всіх необхідних заходів для запобігання випадкам заподіяння шкоди життю, здоров'ю фізичних осіб і майну фізичних та юридичних осіб, у тому числі природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду;

— у разі настання пожежі та/або аварії на об'єкті підвищеної небезпеки під час дії договору обов'язкового страхування

негайно повідомити про це територіальні органи МНС і Державного департаменту пожежної безпеки та виконувати всі їх розпорядження щодо складення акта або іншого документа для реєстрації події;

- у разі настання страхового випадку протягом двох робочих днів з дати його настання письмово повідомити про це страховика та сприяти йому в розслідуванні цього випадку, а також повідомити про всі події, які можуть стати підставою для пред'явлення претензій чи подання позову до суду щодо відшкодування шкоди, заподіяної фізичній та юридичній особі, природним ресурсам, територіям та об'єктам природно-заповідного фонду;
- перераховувати на розрахунковий рахунок страховика страховий платіж у розмірі, передбаченому пунктом 3.3 цього договору.

4.2. Страховик зобов'язується після одержання документів, які підтверджують настання цивільної відповідальності страхувальника перед третьою особою, виплатити страхувальнику (потерпілій особі) страхове відшкодування протягом трьох робочих днів з дати оформлення страхового акта.

4.3. Страхувальник має право:

- отримати страхове відшкодування у разі настання страхового випадку згідно з умовами цього договору;
- оскаржити відмову страховика у виплаті страхового відшкодування в судовому порядку.

4.4. Страховик має право брати участь у розгляді справи в суді про стягнення зі страхувальника шкоди, заподіяної третім особам.

5. Порядок здійснення страхового відшкодування

5.1. Для отримання страхового відшкодування страхувальник зобов'язаний надати страховику оригінали або нотаріально засвідчені копії таких документів:

- заяву про виплату страхового відшкодування;
- висновок відповідної експертизи про характер пожежі та/або аварії і розмір заподіяної шкоди;
- рішення суду про стягнення зі страхувальника на користь третьої особи або підтверджувальні документи страхувальника та третьої особи про врегулювання питання за участю страховика про розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку без звернення до суду.

За вимогою страховика страховальник повинен надати йому оригінали або нотаріально засвідчені копії:

- документів, що підтверджують ступінь виконання вимог експертного висновку про стан об'єкта до моменту пожежі та/або аварії;
- акта або інших документів про пожежу та/або аварію на об'єкті підвищеної небезпеки, складені органами (комісією), що здійснюють державний нагляд і контроль у відповідній сфері діяльності пов'язаної з об'єктами підвищеної небезпеки;
- договору обов'язкового страхування;
- платіжного документа, що підтверджує сплату страхових внесків.

5.2. Страховик не пізніше, ніж протягом 14 робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів приймає рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у його виплаті. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття письмово повідомляє страховальника та/або третю особу про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови. У разі прийняття рішення про виплату страхового відшкодування страховик не пізніше, ніж протягом 14 робочих днів з дати отримання документів, зазначених у пункті 5.1. цього договору, складає страховий акт і не пізніше, ніж протягом трьох робочих днів з дати його складення виплачує страхове відшкодування.

5.3. У разі виплати страхового відшкодування договір діє до кінця терміну, визначеного пунктом 8.2 цього договору. При цьому страхова сума становить різницю між страховою сумою, визначеною цим договором, та виплаченим страховим відшкодуванням.

5.4. Сума страхового відшкодування за один або кілька страхових випадків не може перевищувати страхової суми, визначеної цим договором. Якщо страхове відшкодування виплачено в повному розмірі страхової суми, дія цього договору припиняється і страховальник повинен поновити договір.

5.5. Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, передбачених статтею 26 Закону України «Про страхування», а також у разі:

- коли шкоду, заподіяну внаслідок стихійного лиха, неможливо було передбачити;
- коли страховий випадок стався внаслідок воєнних дій, масових заворушень, порушень громадського порядку, терористичного акту.

6. Відповідальність сторін та порядок розв'язання спорів

- 6.1. У разі невиконання або неналежного виконання зобов'язань за цим договором сторони несуть відповідальність згідно із законодавством.
- 6.2. За несвоєчасне здійснення страхового відшкодування в терміни, передбачені пунктом 5.2. цього договору, страховик сплачує пеню в розмірі _____ за кожний день прострочення, але не більше, ніж подвійна облікова ставка Національного банку, що діяла на день укладення договору.
- 6.3. Спори, що виникають під час виконання зобов'язань за цим договором, розв'язуються у порядку, передбаченому законодавством.

7. Інші умови договору

8. Термін дії договору і порядок внесення змін до нього

- 8.1. Договір набирає чинності з дня, що настає за днем внесення страховику страхового платежу.
- 8.2. Термін дії договору страхування з «__» _____ 200 _____ р. до «__» _____ 200 _____ року
- 8.3. Зміни і доповнення до цього договору можуть бути внесені в письмовій формі за взаємною згодою сторін. Дія цього договору припиняється за згодою сторін, а також в інших випадках, передбачених статтею 28 Закону України «Про страхування».

9. Адреси та реквізити сторін

СТРАХОВИК

СТРАХУВАЛЬНИК

(підпис керівника)
М.П.

(підпис керівника)
М.П.

Додаток 5

**ТИПОВИЙ ДОГОВІР ОBOB'ЯЗKOBOTO СТРАХУВАННЯ
цивільної відповідальності громадян України, що мають у
власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка
може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок
володіння, зберігання чи використання цієї зброї**

«__» _____ 200__ р.

(місце і дата укладення договору)

Страховик _____

(повна назва, прізвище, ім'я, по батькові

керівника, його повноваження, серія і номер ліцензії

та термін її дії)

з однієї сторони, та страховальник _____

(прізвище, ім'я, по батькові,

адреса проживання, дата народження, паспортні дані — для
фізичної особи;

повна назва, прізвище, ім'я, по батькові керівника,

його повноваження — для юридичної особи)

з другої сторони, уклали цей договір про таке:

1. Предмет договору

- 1.1. Страховик страхує цивільну відповідальність страховальника з метою забезпечення відшкодування ним шкоди, заподіяної третім особам внаслідок володіння, зберігання чи використання зброї, згідно з Порядком і правилами проведення обов'язкового страхування цивільної відповідальності громадян України, що мають у власності чи іншому законному володінні зброю, за шкоду, яка може бути заподіяна третій особі або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання цієї зброї, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 р. №402 (далі — Порядок).
- 1.2. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страховальником заподіяної ним шкоди життю, здоров'ю та/або майну фізичних

і юридичних осіб, унаслідок володіння, зберігання чи використання зброї.

- 1.3. Страховим випадком є подія, в результаті якої настає цивільно-правова відповідальність страхувальника щодо відшкодування ним шкоди, заподіяної третій особі та/або її майну внаслідок володіння, зберігання чи використання зброї. Сукупність усіх претензій та позовів, пред'явлених третіми особами щодо відшкодування шкоди, спричиненої однією подією, вважаються одним страховим випадком.
- 1.4. Страхова сума відшкодування шкоди, заподіяної життю та здоров'ю третіх осіб, становить 11000 (одинадцять тисяч) гривень.
Страхова сума відшкодування шкоди, заподіяної майну третіх осіб, становить 30000 (тридцять тисяч) гривень.
- 1.5. Страховий тариф за цим договором визначається, виходячи з розміру одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян і становить 17 (сімнадцять) гривень.
- 1.6. Страховий платіж у розмірі _____ повинен бути перерахований на розрахунковий рахунок страховика (або внесений готівкою в його касу) протягом _____ днів з дати укладення договору.

2. Права та обов'язки сторін

- 2.1. Страхувальник зобов'язується:
 - а) приймати всі необхідні запобіжні заходи для уникнення випадків заподіяння шкоди життю, здоров'ю та майну третіх осіб;
 - б) перерахувати на розрахунковий рахунок страховика страховий платіж у термін, передбачений пунктом 1.6, цього договору;
 - в) у триденний термін повідомити страховика про настання страхового випадку, а також про всі події, які можуть стати причиною пред'явлення претензій чи подання позову щодо відшкодування шкоди, заподіяної третім особам;
 - г) повідомити про настання страхового випадку (страхову подію) правоохоронні органи.
- 2.2. Страховик зобов'язується:
 - а) ознайомити страхувальника з Порядком;
 - б) після одержання документів, які підтверджують настання відповідальності страхувальника перед третьою особою,

виплатити страхувальнику (потерпілій особі) страхове відшкодування у термін, який не перевищує десяти банківських днів з дати оформлення акта про страховий випадок, або відшкодувати страхувальнику збитки в іншій погодженій з ним формі.

2.3. Страхувальник має право:

- а) отримати страхове відшкодування згідно з цим договором і Порядком;
- б) оскаржити відмову страховика у виплаті страхового відшкодування в судовому порядку.

2.4. Страховик має право:

- а) відмовити у виплаті страхового відшкодування в разі невиконання страхувальником умов цього Договору і Порядку та повідомити про це рішення страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови;
- б) брати участь у розгляді справи в суді про відшкодування страхувальником заподіяної ним шкоди, цивільна відповідальність за яку застрахована цим договором як третя особа на боці відповідача.

3. Порядок здійснення страхових виплат

3.1. Для отримання страхової виплати страховику надаються такі документи:

- заява про виплату страхового відшкодування у зв'язку з настанням страхового випадку;
- договір страхування;
- акт про розслідування страхового випадку (у разі розслідування);
- виписка з рішення суду про стягнення зі страхувальника збитків у розмірі заподіяної шкоди (у разі розгляду матеріалів у суді);
- документи, які засвідчують задоволення претензії третьої особи;
- листок непрацездатності про тимчасову втрату потерпілою особою працездатності (або нотаріально засвідчену копію);
- копія рішення медико-соціальної експертної комісії про встановлення потерпілій особі інвалідності;
- свідоцтво про смерть потерпілої особи (або нотаріально засвідчену копію).

- 3.2. На підставі отриманих документів страховик складає страховий акт, який є підставою для виплати страхового відшкодування.
- 3.3. Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страховик повинен прийняти протягом 15 днів від дати отримання всіх необхідних документів. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття повідомляє заявника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 3.4. Страховик має право відмовитися від виплати страхового відшкодування страхувальнику в разі невиконання ним взятих на себе зобов'язань відповідно до цього договору.
- 3.5. Страхове відшкодування не виплачується у разі:
 - навмисних дій страхувальника або особи, на користь якої укладено цей договір, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадянського чи службового обов'язку, в разі оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір, встановлюється відповідно до законодавства;
 - вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено цей договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або факт настання страхового випадку;
 - отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;
 - несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - застосування зброї в рамках виправданої самооборони страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, якщо напад на них був здійснений третьою особою.

4. Відповідальність сторін та порядок розв'язання спорів

- 4.1. У разі невиконання або неналежного виконання зобов'язань, узятих відповідно до цього договору, сторони несуть відповідальність згідно із законодавством.
- 4.2. За несвоєчасну виплату страхового відшкодування в терміни, передбачені пунктом 3.3. цього договору, страховик сплачує пеню в розмірі _____ простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше, ніж подвійна облікова ставка Національного банку, яка діяла в період, за який нарахована пеня.
- 4.3. Спори, що можуть виникнути в ході виконання зобов'язань, взятих відповідно до цього договору, вирішуються в порядку, передбаченому законодавством.

5. Інші умови договору

6. Термін дії договору, порядок його зміни та припинення

- 6.1. Договір набирає чинності з дня надходження страхового платежу на рахунок страховика.
- 6.2. Договір може бути укладений на термін від одного до десяти років.
- 6.3. Дія договору припиняється за згодою сторін, а також в інших випадках, передбачених статтею 28 Закону України «Про страхування».

7. Адреси та реквізити сторін

СТРАХОВИК

СТРАХУВАЛЬНИК

(підпис керівника)

(підпис фізичної особи або керівника юридичної особи, засвідчений печаткою)

М.П.

Додаток 6

**Типовий договір обов'язкового страхування відповідальності
власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім
особам**

Місце і дата укладення договору «__»_____200__р.
Страховик_____

(повна назва, прізвище, ім'я, по батькові

керівника, його повноваження,

серія і номер ліцензії та термін її дії)

з однієї сторони, та страхувальник_____

(прізвище, ім'я, по батькові,

адреса, дата народження, паспортні дані — для фізичної особи;

повна назва, прізвище, ім'я, по батькові керівника,

його повноваження — для юридичної особи)

з другої сторони, уклали цей договір про таке:

1. Предмет договору

- 1.1. Страховик страхує цивільну відповідальність страхувальника — власника собаки породи_____ за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам, згідно з Порядком і правилами проведення обов'язкового страхування відповідальності власників собак за шкоду, яка може бути заподіяна третім особам, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 9 липня 2002 р. №944 (далі — Порядок і правила).
- 1.2. Об'єктом обов'язкового страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству, пов'язані з відшкодуванням страхувальником шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та/або майну третіх осіб унаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки.
- 1.3. Страховим випадком є подія, в результаті якої настає цивільно-правова відповідальність страхувальника щодо відшкодування ним шкоди, заподіяної третій особі та/або її майну внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки. Сукупність претензій та позовів, пред'явлених третіми особами щодо

відшкодування шкоди, спричиненої однією подією, вважаються одним страховим випадком.

1.4. Страхова сума за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю потерпілої фізичної особи становить 11 000 (одинадцять тисяч) гривень.

Страхова сума за шкоду, заподіяну майну третіх осіб, становить 30 000 (тридцять тисяч) гривень.

Договором страхування передбачається франшиза — частка збитків, яка не відшкодовується страховиком. Розмір франшизи становить три неоподатковуваних мінімуми доходів громадян (___ гривень) на страховий випадок.

1.5. Страховий платіж за цим договором визначається, виходячи з розміру одного неоподатковуваного мінімуму доходів громадян для фізичних осіб та двох неоподатковуваних мінімумів для юридичних осіб.

1.6. Страховий платіж у розмірі _____ гривень повинен бути перерахований на розрахунковий рахунок страховика (або внесений готівкою в його касу) протягом _____ днів з дати укладення цього договору.

2. Права та обов'язки сторін

2.1. Страхувальник зобов'язується:

- сплатити страховий платіж у термін, передбачений пунктом 1.6. цього договору;
- повідомляти страховика про всі інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
- утримувати собак відповідно до зооветеринарних вимог;
- надавати представнику страховика можливість огляду утримання собак до укладення договору страхування, у період його дії та після настання страхового випадку;
- вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку;
- повідомляти у триденний термін страховика про настання страхового випадку;
- подавати письмову заяву на виплату страхового відшкодування протягом трьох робочих днів з дня визначення розміру збитку;
- надавати страховику документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку (довідку органу МВС, травмпункту, служби ветеринарної медицини, органу пожежного нагляду тощо).

2.2. Страховик зобов'язується:

- ознайомити страхувальника з Порядком і правилами;
- вживати заходів до оформлення протягом двох робочих днів після настання страхового випадку необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування;
- здійснити виплату страхового відшкодування у випадках, передбачених Порядком і правилами;
- тримати в таємниці відомості про страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством.

2.3. Страхувальник має право:

- отримувати страхове відшкодування згідно з цим договором та Порядком і правилами;
- отримувати дублікат договору обов'язкового страхування у разі його втрати;
- обирати страховика;
- оскаржувати відмову страховика у виплаті страхового відшкодування в судовому порядку.

2.4. Страховик має право:

- перевіряти достовірність відомостей про об'єкт страхування, поданих страхувальником;
- з'ясовувати самостійно та із залученням експертів причини та обставини страхового випадку, розмір збитків та інші обставини, які впливають на визначення підстав для страхового відшкодування та його розміру;
- збільшувати страховий платіж у 2 рази, якщо за попередній період були зафіксовані страхові випадки;
- відмовляти у виплаті страхового відшкодування у разі невиконання страхувальником умов цього договору та Порядку і правил, повідомляти про це рішення страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причин ідмови.

3. Порядок виплати страхового відшкодування

3.1. Для отримання страхового відшкодування страхувальник подає страховику документи:

- заяву про виплату страхового відшкодування у зв'язку з настанням страхового випадку;
- договір обов'язкового страхування;
- акт про розслідування страхового випадку (в разі проведення розслідування);

- витяг з рішення суду про стягнення зі страхувальника збитків у розмірі заподіяної шкоди (у разі розгляду матеріалів у суді);
 - документи, які засвідчують задоволення претензії третьої особи;
 - копію листка непрацездатності потерпілої фізичної особи чи довідки з медичного закладу про тимчасовий розлад здоров'я у дитини, засвідчену в установленому порядку;
 - копію рішення медико-соціальної експертної комісії про встановлення інвалідності потерпілій фізичній особі, засвідчену в установленому порядку;
 - копію свідоцтва про смерть потерпілої фізичної особи, засвідчену в установленому порядку.
- 3.2. На підставі отриманих документів страховик або уповноважена ним особа у триденний термін складає страховий акт у формі, що визначається страховиком, який є підставою для виплати страхового відшкодування.
- 3.3. Прямий збиток, що відшкодовується страховиком, визначається у розмірі загального збитку, який зафіксований у страховому акті, що складається страховиком або уповноваженою ним особою.
- 3.4. Розмір страхового відшкодування обчислюється шляхом множення прямого збитку на відсоток страхового покриття і віднімання від цього добутку франшизи.
- 3.5. Рішення про виплату страхового відшкодування або про відмову у виплаті страховик повинен прийняти протягом 10-ти днів з дати отримання всіх необхідних документів. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування страховик у триденний термін з дати його прийняття повідомляє заявника в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 3.6. Виплата страхового відшкодування здійснюється протягом 15-ти робочих днів з моменту прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.
- 3.7. За несвоєчасну виплату страхового відшкодування страховик сплачує страхувальнику пеню в розмірі 0,1% від суми страхового відшкодування за кожний день прострочення.
- 3.8. Страхове відшкодування не виплачується у разі:
- навмисних дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на

- дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства;
- вчинення страхувальником умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
 - несвоечасного повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - коли страховий випадок настав через невідповідність засобів захисту собаки чи недотримання правил його безпеки;
 - коли страховий випадок був спровокований протиправними діями третьої особи, визнаними такими в установленому порядку;
 - пошкодження або знищення антикварних речей, виробів з дорогоцінних металів, дорогоцінного та напівдорогоцінного каміння, предметів релігійного культу, колекцій картин, рукописів, грошових знаків, цінних паперів, документів, що підтверджують право на інтелектуальну власність, унаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки;
 - заподіяння моральної шкоди внаслідок агресивної та/або непередбачуваної дії собаки;
 - коли агресивна та/або непередбачувана дія собаки була пов'язана з ліквідацією масових безпорядків і порушень громадського порядку, військовими конфліктами, стихійним лихом, вибухом боєприпасів;
 - коли собаці заподіяна шкода іншим собакою під час участі у собачих боях.
- 3.9. Відмова страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржена страхувальником у судовому порядку.

4. Термін дії договору

- 4.1. Договір страхування набирає чинності з дня надходження страхового платежу на рахунок страховика відповідно до пункту 1.6. цього договору.

- 4.2. Договір страхування втрачає чинність у разі:
- а) закінчення терміну його дії;
 - б) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;
 - в) загибелі (або примусового вилучення) собаки внаслідок подій, не передбачених умовами страхування;
 - г) ліквідації страхувальника за винятком випадків, передбачених законодавством;
 - г) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством;
 - д) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.
- 4.3. Спори, що виникають між сторонами, вирішуються шляхом переговорів, у разі недосягнення згоди — у порядку, передбаченому законодавством.
- 4.4. Договір складається у двох примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу і зберігається в обох сторін.
- 4.5. Інші правовідносини сторін за договором страхування регламентуються законодавством.

5. Адреси сторін

СТРАХОВИК

СТРАХУВАЛЬНИК

(підпис керівника)

(підпис фізичної особи або керівника юридичної особи, скріплений печаткою)

М.П.

Список літератури

1. Конституція України.
2. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».
3. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття».
4. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням».
5. Закон України «Про зайнятість населення».
6. Закон України «Про розмір внесків на деякі види загальнообов'язкового державного соціального страхування».
7. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».
8. Закон України «Про страхування».
9. Кодекс законів про працю України.
10. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне страхування.
11. Державна програма зайнятості населення на 2001-2004 роки// Голос України. - 2002. - №76 (2827). - С 6-7; 10-11.
12. Порядок видачі свідоцтва про загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2000 р. №1306// Все про бухгалтерський облік. - 2001. - №40 (586). - С 22-23.
13. Порядок визначення страхових тарифів для підприємств, установ та організацій на загальнообов'язкове державне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 13 вересня 2000 р. №1423//Україна-бізнес. - 2000. - С 14.
14. Інструкція про порядок передачі страхувальником виконавчій дирекції фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань документів, що підтверджують право працівника на страхову виплату, інші соціальні послуги внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання. Затверджено постановою правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 8 вересня 2000 р. № 12// Все про бухгалтерський облік. - 2001. - №40 (586). - С 23-24.
15. Базилевич В. Д., Базилевич К. С Страхова справа. — К.: Товариство «Знання», КОО, 2002. - 203 с
16. Ваулина О. Рынок труда: условная занятость при безусловной безработице// Зеркало недели. - 2002. - №9 (384). - С. 8.

17. Воблый К. Е Основы экономии страхования. — М.: Издательский центр «АНКИЛ», 1995. - 232 с.
18. Горбач Л. М. Страхова справа: Навчальний посібник. — 2-ге вид., виправл. - К.: Кондор, 2003. - 252 с.
19. Економіка України: десять років реформ/ За ред. З. Ватаманюка та С. Панчишина. — Львів: ЛНУ ім. Івана Франка, 2001. — 496 с.
20. Економічна теорія: макро- і мікроекономіка/ За ред. З. Ватаманюка та С. Панчишина. — К.: Видавничий Дім «Альтернативи», 2001. — 607 с
21. Зернов А. А., Зубец А. Н. Системные исследования страхового регулирования. — М.: Издательский Дом «Страховое ревю», 1997. — 160с.
22. Клапків М. С. З історії зародження національного страхового ринку// Фінанси України. - 1998. - МІ. - С 81-94.
23. Кузнецова А. Я. Теорія фінансів: Навчальний посібник. — Львів: ЛБІ НБУ, 2001. - 158 с.
24. Кузнецова А. Я. Фінансування інвестиційно-інноваційної діяльності: Монографія/ Інститут економічного прогнозування НАН України. — Л.: Львів, банків, ін-т НБУ, 2005. - 367с.
25. Кульчицький Б. В. Економічні системи суспільства: теорія, методологія, типологізація. Монографія. — Львів: Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2003. - 352 с
26. Мосійчук Т. Стан та розвиток ринків фінансових послуг в Україні // Страховий ринок України. — 2004. — С 34-51.
27. Основы страховой деятельности: Учебник/Отв. ред. проф. Т. А. Федорова. - М.: Издательство БЕК, 2002. - 768 с.
28. Плиса В. Й. Основы страхования: Навч. посібник/За ред. М. І. Крупки. — Львів: Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2001. — 144 с
29. Плиса В. Й. Основні страхові поняття і терміни для студентів економічного факультету. — Львів ЛДУ, 1997. — 16с.
30. Плиса В. Й. Основні страхові поняття і терміни: Довідник. — Львів: Видавничий центр ЛДУ ім. Івана Франка, 1999. — 64 с
31. Плиса В. Особливості становлення, проблеми та перспективи розвитку страхового ринку в Україні// Вісник Львів, ун-ту Сер. екон. — Вип. 30. - 2001. - С 158-167.
32. Плиса В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні// перехідна економіка: проблеми теорії і практики. Науковий збірник/ За ред. З. Г. Ватаманюка. — Львів: Інтереко, 1999. — С 154-158. (Формування ринкової економіки в Україні. Випуск 5).
33. Плиса В. Проблеми розвитку страхової справи в Україні// Вісник Львів, ун-ту. Сер. екон. - Вип. 29. - 1999. - С 131-133.
34. Плиса В. Й. Страхування: Довідник. — Львів: Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2001. — 197 с
35. Плиса В. Й. Страхування: Основи страхування: Текст лекцій: Частина 1. - Львів: ЛДУ; 1997. - 40 с

36. Плиса В. Страховий ринок України в умовах глобалізації страхових відносин// Формування нової парадигми економічної теорії в Україні. Науковий збірник/ За ред. З. Е Ватаманюка. - Львів: Інтереко, 2001. — С. 369-377. (Формування ринкової економіки в Україні. Спец-випуск 8).
37. Плиса В. Організаційно-економічний механізм функціонування загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття // Вісник Львівського університету Серія економічна. - Львів, 2004. - С. 688-704.
38. Плиса В. Модель державного соціального страхування в Україні // Формування ринкової економіки в Україні. Науковий збірник. — Львів, 2005. - С 44-52.
39. Плиса В. Страховий ринок України: проблеми становлення, цільова орієнтація стратегії розвитку та перспективи інтеграції у світовий страховий ринок// Українське державотворення: уроки, проблеми, перспективи: Матеріали науково-практичної конференції — Львів: ЛФУАДУ, 2001. - Ч. 2. - С 82-85.
40. Прутська О. О. Інституціоналізм і проблеми економічної поведінки в перехідній економіці. — К.: Логос, 2003. — 256 с
41. Прутська О. Невраховані фактори українських реформ// Економіка України. - 2002. - №8. - С 51-56.
42. Райхер В. К. Общественно-исторические типы страхования. — М.: Изд-во АН СССР, 1947. - 282 с.
43. Сербиновский Б. Ю., Гаркуша В. Н. Страховое дело: Учебное пособие для вузов. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — 384 с.
44. Словарь страховых терминов/ Под ред. Е. В. Коломина, В. В. Шахова. — М.: Финансы и статистика, 1992. — 336 с.
45. Внукова Н. М., Успенко В. Г., Временко Л. В. та ін. Страхування: теорія та практика/ Навчально-методичний посібник / За заг. ред. проф. Н. М. Внукової — Харків: Бурун Книга, 2004. — 376 с.
46. УСЕ Універсальний словник-енциклопедія/ Гол. ред. ради чл.-кор. НАНУ М. Попович. - Київ: Ірина, 1999. - 1551 с.
47. Шахов В. В. Введение в страхование: экономический аспект. — М.: Финансы и статистика, 1992. — 192 с.
48. Шиминова М. Я. Страхование: история, действующее законодательство, перспективы. — М.: Наука, 1989.
49. Шихов А. К. Страхование: Учебное пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. - 431 с.
50. Янина С. Ю. Социальное страхование в системе социальной защиты населения: организация и финансовый механизм. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук. Специальность 08.00.10 — Финансы, денежное обращение и кредит. — Санкт-Петербург, 2001.

Серія «Вища освіта в Україні»
Заснована 1999 р.

Навчальне видання

Володимир Йосипович ПЛИСА

СТРАХУВАННЯ

Керівник видавничих проектів Ю. В. Піча
Редактор-коректор Л. В. Левченко
Комп'ютерна верстка А. О. Гуменюк

Здано на складання 15.07.2005 р. Підписано до друку 30.08.2005 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний №1. Гарнітура Excelsior.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 49. Обл.-вид. арк 50,25.
Тираж 2000 (1-й завод 1000). Зам. № 5-355.

Видавництво «Каравела»
просп. Рокосовського, 8-А, м. Київ-1, 04201, Україна.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи: ДК №56 від 19.05.2000 р.

Віддруковано з готових діапозитивів
на ВАТ "Білоцерківська книжкова фабрика"
вул. Леся Курбаса, 4, м. Біла Церква, 09117, Україна.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи: ДК №567, від 14.08.2001 р.