

## ВВЕДЕНИЕ

Страховое дело – один из важнейших экономических институтов, который существовал в разных экономических формациях, но наиболее полно реализуется в условиях рынка. Страхование призвано удовлетворить насущную, фундаментальную потребность человека – потребность в безопасности, однако в рыночной экономике все в большей степени возрастает роль страхования как одного из путей концентрации накоплений физических и юридических лиц, эффективного использования этих накоплений. Страхование повышает инвестиционный потенциал страны, способствует росту благосостояния нации, позволяет решать проблемы социального и пенсионного обеспечения.

Важность страховой деятельности для российской экономики трудно переоценить. Поэтому государство берет на себя функции регламентации и контроля, а также создает институты обязательного и добровольного страхования, правовой основой для которых служит Конституция РФ и российское законодательство. Кроме того, страховая деятельность регулируется рядом межгосударственных соглашений, участником которых является Россия.

Вопросы страхования затрагивают интересы как частных (физических) лиц, так и юридических. Широта потребностей определяет и широкий спектр страховых услуг, которые вместе с совокупностью государственных и частных страховых институтов составляют сущность страхового рынка.

Страховой рынок обладает своей спецификой и подвержен действию особых законов, закономерностей и тенденций, которые определяют сущность методов организации, планирования и управления страхованием.

«Страховое дело» как дисциплина охватывает вопросы экономики страхового дела, формирования и использования страховых фондов, методов страховой деятельности на рынке страховых услуг. Предметом страхового дела является целесообразная совместная деятельность людей, направленная на выявление и управление рисками, защиту от возможного ущерба при наступлении неблагоприятных ситуаций, вызванных деятельностью человека или сил природы. Предметом страхования как области экономических знаний являются отношения, которые складываются в процессе страховой деятельности, определяются ее характером и содержанием. Страхование – это социально-экономический институт. Поэтому в страховой деятельности столь важны интересы и поведение людей, социальные закономерности и процессы, в большой степени определяющие успех страховых компаний. Объектом страхо-

го дела как науки и учебной дисциплины служат особые социально-экономические отношения, которые складываются на производстве и в обществе по поводу различных видов страховой деятельности.

В пособии раскрываются теоретические и практические основы страхового дела: экономическая сущность, содержание и классификация страхования; содержание страхового рынка и государственное регулирование страховой деятельности; организация управления страховой компанией и актуарные расчеты; перестрахование и финансовые основы страховой деятельности.

## Тема 1. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ СТРАХОВАНИЯ

Страхование представляет собой систему отношений по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, которые формируются из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий). Главные стороны таких отношений – страховщик и страхователь.

Страхование – это один из способов обеспечения экономической безопасности и устойчивого материального благополучия, это разумная предусмотрительность. Его применяют с глубокой древности.

В эпоху античности существовали учреждения-общества, подобные страховым, которые оказывали материальную поддержку своим членам. Римские солдаты, например, образовывали особые союзы, целью которых была выплата денег в таких случаях, как перевод солдата в другой гарнизон, увольнение его со службы, наконец, смерть – на погребение. Древние греки создавали особые союзы на основах взаимодействия для общего покрытия убытков, могущих произойти при мореплавании.

Современное страховое дело ведет свое происхождение от итальянского мореходства (с середины XIV в.). Договор морского страхования развился из особой страховой (морской) ссуды. Банкир объявлял о заключении договора о ссуде с купцом или судовладельцем и брал на себя ответственность (в размере ссуды) за корабль или товары на протяжении определенного времени в определенном морском рейсе. По окончании морской экспедиции все претензии банкира к купцу погашались. Однако исполнение ссуды обозначалось только для виду, а купец на деле платил банкиру то, чего не было в договоре – некое вознаграждение за риск, прообраз современной страховой премии. Если судно терпело кораблекрушение, банкир терял вполне реальные собственные деньги.

В России первый опыт страхования жизни (Закон о вдовьей казне) относится к 1771 г. При учреждении в 1776 г. Государственного заемного банка ему было предоставлено право страхования каменных домов и фабрик, в том же году при нем была учреждена страховая экспедиция. В 1797 г. при Государственном ассигнационном банке была открыта страховая контора для страхования товаров, в 1798 и 1799 гг. в Москве и Петербурге при Камеральном департаменте были учреждены «Ассекуранц – Конторы» для взаимного страхования от огня.

Страхование в России всегда было связано либо с непосредственным участием государства, либо с его покровительством (предоставлением страховым обществам специально установленной государственной монополии – поддержки в первое время существования). Так, возник-

шее в 1827 г первое частное акционерное общество – Первое российское страховое общество для страхования от огня – получило от государства монополию на страхование в важнейших губерниях России на двадцать лет. Образовавшееся в 1835 г. Второе российское общество страхования от огня получило от государства монополию на двенадцать лет в остальных сорока губерниях России.

В том же 1835 г. начало функционировать первое в России акционерное общество страхования жизни – Российское общество страхования капиталов и доходов. В 1847 г. открылась компания «Надежда», занимавшаяся транспортным страхованием (первоначально на Черном море). В 1894 г. был установлен правительственный надзор над страховыми предприятиями и установлены общие правила отчетности. В 1906 г. в России было начато государственное страхование жизни.

Рискованный характер общественного производства – главная причина необходимости страхования как экономической категории.

Страхование – необходимый элемент производственных отношений. Оно связано с возмещением материальных потерь в процессе общественного производства. Важным условием нормального процесса воспроизводства является его непрерывность и бесперебойность.

Смысл страхования состоит в минимизации ущерба при наступлении неблагоприятных обстоятельств, сопряженных с убытками. Страхование однако не может приходить на помощь во всех случаях, когда имеет место имущественный или ущерб, напротив, необходимо наличие некоторых дополнительных условий, делающих возможной страховую помощь.

Событие, при котором страхование может иметь место, должно быть либо случайным, либо закономерным, но происходящим в неопределенный момент времени. Случайность события означает, что неизвестно, произойдет ли это событие вообще (например, не каждое застрахованное здание сгорит). Неопределенность предполагаемого события означает, что событие обязательно произойдет, но вот когда именно – неизвестно (каждый человек должен умереть, но неизвестными остаются продолжительность его жизни и момент его смерти).

Случайность, которая имеется в виду при страховании, не должна быть абсолютной, т.е. совершенно не учитываемой. Страхование поэтому имеет дело с событиями, которые в принципе не зависят от воли человека (буря, наводнение и т.д.), либо с событиями, в отношении которых были предприняты все попытки предотвратить их наступление. Например, страхование от огня возможно только при условии полного соблюдения правил противопожарной безопасности, а также при условии, что поджог как попытка «посодействовать» наступлению вредоносного события карается в соответствии с нормами уголовного законодательства.

Попытки предотвратить наступление неблагоприятных событий объясняются незаинтересованностью определенного лица в их наступлении, стремлением их избежать. Отсутствие такого интереса превращает страхование в своего рода мошенничество (например, умышленное затопление судна с целью получения страховки, самоубийство или убийство для получения страховки родственниками и т.д.).

Опасность и определенная вероятность наступления событий, которые могут иметь неблагоприятные материальные и иные последствия, должны осознаваться не одним лицом, а множеством лиц. Такое событие может угрожать всем, но на самом деле наступит не для каждого. Заинтересованные в его предотвращении или уменьшении неблагоприятных последствий лица готовы вносить в общую кассу определенные денежные суммы, чтобы в случае наступления таких событий обеспечить возмещение убытков.

В страховании очень четко действует принцип «Один за всех, все за одного», хотя это зачастую и не осознается участниками страховых отношений. Некоторые лица получают из «общей кассы» больше, чем внесли, другие – меньше, а некоторые вообще ничего не получают, если событие их не касается. Однако вряд ли эти последние будут рассматривать страхование как убыточное предприятие, если не получат никакого возмещения в силу отсутствия основания для подобного возмещения. Например, если застрахованное здание предприятия не сгорит, то предприниматель не получит и возмещения ущерба, вызываемого пожаром. Тем не менее, он осуществляет страхование от огня, поскольку знает, что при наличии соответствующих оснований его требования по выплате возмещения будут удовлетворены. Страхование, следовательно, призвано удовлетворять случайно возникающие имущественные потребности, вызванные наступлением особых вредоносных событий, посредством финансового участия многих лиц.

## **1.1. Экономическая категория страхования защиты общественного производства**

Как экономическая категория страхование представляет собой систему экономических отношений, включающую совокупность форм и методов формирования целевых фондов денежных средств и их использование для возмещения ущерба при различных непредвиденных неблагоприятных явлениях, а также для оказания помощи гражданам при наступлении определенных событий в их жизни.

*Экономическую категорию страхования* характеризуют следующие признаки.

1. При страховании возникают денежные перераспределительные отношения, обусловленные наличием страхового риска как вероятности

и возможности наступления страхового случая, способного нанести материальный или иной ущерб. Этим признаком страхование связано с категорией страховой защиты общественного производства.

2. Для страхования характерны замкнутые перераспределительные отношения между его участниками, связанные с солидарной раскладкой суммы ущерба в одном или нескольких субъектах на все субъекты, вовлеченные в страхование. Подобная замкнутая раскладка ущерба основана на вероятности того, что число пострадавших субъектов, как правило, меньше числа участников страхования, особенно если число участников достаточно велико.

3. Для организации замкнутой раскладки ущерба создан денежный страховой фонд целевого назначения, формируемый за счет фиксированных взносов участников страхования. Поскольку средства этого фонда используются лишь участниками его создания, размер страхового взноса представляет собой долю каждого из них в раскладке ущерба. Поэтому, чем шире круг участников страхования, тем меньше размер страхового взноса и тем доступнее и эффективнее становится страхование. Если в страховании участвуют миллионы страхователей и застрахованы сотни миллионов объектов, то появляется возможность за счет минимальных взносов возмещать максимальный ущерб.

Признаком замкнутой раскладки ущерба категория страхования отличается от других финансовых категорий. Например, доходы государственного бюджета формируются за счет платежей предприятий и граждан, но использование мобилизованных денежных средств распространяется не только на плательщиков взносов.

4. Страхование предусматривает перераспределение ущерба, как между разными территориальными единицами, так и во времени. При этом для эффективного территориального перераспределения страхового фонда в течение года между застрахованными хозяйствами требуется достаточно большая территория и значительное число подлежащих страхованию объектов. Только при соблюдении этого условия возможна раскладка ущерба от стихийных бедствий, охватывающих большие территории.

Раскладка ущерба во времени в связи со случайным характером возникновения чрезвычайных событий выходит за рамки одного хозяйственного года. Чрезвычайных событий может не быть несколько лет подряд, и точное время их наступления неизвестно. Это обстоятельство порождает необходимость резервирования в благоприятные годы части поступивших страховых платежей для создания запасного фонда, чтобы он служил источником возмещения чрезвычайного ущерба в неблагоприятном году.

5. Характерной чертой страхования является возвратность мобилизованных в страховой фонд платежей. Страховые платежи определяют

ся на основе страховых тарифов, состоящих из двух частей: а) нетто-платежей, предназначенных для возмещения вероятного ущерба, и б) накладных расходов на содержание страховой организации, проводящей страхование. Размер нетто-платежей устанавливается на основе вероятного ущерба за расчетный период (обычно 5 или 10 лет) в масштабе определенной территории (области, края, республики). Поэтому вся сумма нетто-платежей возвращается в форме возмещения ущерба в течение принятого в расчет временного периода в том же территориальном масштабе.

## 1.2. Функции страхования

Страхование выполняет четыре функции: рисковую, предупредительную, сберегательную, контрольную.

1. Содержание рисковой функции страхования выражает возмещение риска. В рамках действий этой функции происходит перераспределение денежных ресурсов между участниками страхования в связи с последствиями случайных страховых событий. Рисковая функция страхования является главной, так как страховой риск как вероятность ущерба непосредственно связан с основным назначением страхования возмещению материального ущерба пострадавших.

2. Назначением предупредительной функции страхования является финансирование за счет средств страхового мероприятия по уменьшению страхового риска. В жизни категория страхования в наибольшей мере сближается с категорией кредита при накоплении по договорам страхования на дожитие обусловленных сумм.

3. Содержание сберегательной функции страхования заключается в том, что при помощи сберегаются суммы на дожитие. Это сбережение вызвано потребностью в страховой защите достигнутого семейного достатка.

4. Содержание контрольной функции страхования выражается в контроле за строго целевым формированием и использованием средств страхового фонда.

Однако страхованию присущи свои особенности, потому что страховая деятельность базируется:

- на экономике страхования, связанной с оценкой страхового риска, определением оптимального баланса между доходами и расходами страховщиков, регулированием инвестиций страховой компании достичь оптимальных результатов;

- на страховой и финансовой математике, позволяющей предоставить страховщику и страхователю статистические данные, необходимые для расчета страхового тарифа и страховых взносов, оценки достаточности средств у страховщика для возмещения убытков страхователей и

выплаты им страхового возмещения и страховых сумм, и другую информацию;

– на страховом праве как специфической области права, которая регламентирует как договор страхования, так и отношения между страховщиком и государством, а также между остальными субъектами рынка.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое страхование?
2. В чем заключается экономическая сущность страхования?
3. Перечислите функции страхования.
4. Назовите общие черты и различия экономических категорий страхования, кредита и финансов.
5. Какие отрасли страхования вы знаете?

## **Тема 2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ СТРАХОВАНИЯ**

### **2.1. Страховая терминология, выражающая наиболее общие условия страхования**

В связи с проведением страхования возникает совокупность сложных специфических отношений, связанных с проявлением различных страховых интересов участников страхования, разнообразием подлежащих страхованию объектов, наличием широкого круга страховых случаев, охватываемых страхованием, и с другими факторами.

Поэтому каждый страховой термин выделяет характерные черты и содержание определенной группы страховых отношений.

Можно выделить три группы страховых отношений, выражаемых специфической страховой терминологией:

1) страховые отношения, связанные с проявлением специфических страховых интересов участников страхования, с определением наиболее общих условий страхования;

2) страховые отношения, связанные с формированием страхового фонда;

3) страховые отношения, связанные с расходованием средств страхового фонда.

Кроме того, самостоятельную группу страховых отношений составляют международные термины. Здесь приведены лишь наиболее распространенные из них. Наиболее общие условия страхования выражают следующие страховые понятия и термины:

1) страховая защита – понятие, имеющее широкое и узкое смысловое значение:

– при широкой трактовке – это экономическая категория, отражающая совокупность специфических распределительных и перераспределительных отношений, связанных с преодолением или возмещением потерь, наносимых материальному производству и жизненному уровню населения, стихийными бедствиями и другими чрезвычайными событиями;

– при узкой трактовке – это совокупность перераспределительных отношений по поводу преодоления и возмещения ущерба, наносимого конкретным объектам общественного производства;

2) страховой интерес – понятие, которое также может иметь два смысловых значения:

– во-первых (широкий подход), это экономическая потребность, заинтересованность участвовать в страховании;

– во-вторых (узкий подход), это страховая сумма, которой оценивается ущерб в связи с возможной гибелью или уничтожением имущества;

3) страховщик – это специализированная организация, проводящая страхование, принимающая на себя за определенную плату материальные последствия риска страхователя и возмещающая ущерб страхователю в случае наступления страхового случая;

4) страхователь – физическое или юридическое лицо, уплачивающее страховые взносы и вступающее в конкретные страховые отношения с передачей риска страховщику; по практике международного страхования его называют «полисодержатель»;

5) застрахованный – это физическое лицо, жизнь, здоровье, трудоспособность которого являются объектами страховой защиты по личному страхованию;

6) объекты и предметы страхования – подлежащие страхованию материальные ценности, гражданская ответственность, доход, а в личном страховании – жизнь, здоровье и трудоспособность граждан;

7) страховая ответственность (страховое покрытие) – это обязанность страховщика выплатить страховое возмещение или страховую сумму при оговоренных последствиях произошедших страховых случаев

(В зависимости от числа страховых случаев, включаемых в объем страховой ответственности, различают широкий и ограниченный объем страховой ответственности. В практике международного страхования термину «страховая ответственность» соответствует термин «страховое покрытие»);

8) выгодоприобретатель (получатель) страхового возмещения или страховой суммы – это физическое или юридическое лицо, которому по условиям страхования предоставлено право на получение соответствующих денежных средств;

9) страховое свидетельство (страховой полис) – это документ, удостоверяющий факт страхования имущества или личного страхования. За рубежом страховой полис может быть ценной бумагой. Законодательство РФ не относит страховой полис к ценным бумагам.

Рассмотрим термины, связанные с процессом формирования страхового фонда.

Страховая оценка (страховая стоимость) – термин имущественного страхования, когда в качестве объекта страхования выступают материальные ценности, имеющие стоимость. Под страховой оценкой понимается определение стоимости объекта для целей страхования. В зависимости от условий страхования имущества страховая оценка может быть ниже действительной стоимости, но не должна быть выше первоначальной, восстановленной стоимости.

Страховое обеспечение – это уровень страховой оценки по отношению к стоимости имущества, принятой для страхования. Выражается в

процентах от указанной стоимости или нормируется в рублях на один объект страхования.

Страховая сумма – это сумма денежных средств, на которую фактически застраховано имущество, жизнь, здоровье. По имущественному страхованию она является денежным выражением страхового обеспечения, причем в добровольном страховании по желанию страхователя ее можно устанавливать ниже страховой оценки. По добровольному личному страхованию эта сумма определяется только по желанию страхователя при заключении договора. Её размер зависит, как правило, от материальных возможностей страхователя, поскольку тарифные ставки устанавливаются с каждых 100 рублей страховой суммы.

Страховой тариф – это выраженная в рублях плата со 100 рублей страховой суммы или процентная ставка от совокупной страховой суммы. В специальной литературе тариф называется также тарифной брутто-ставкой, состоящей из нетто-ставки, предназначенной для выплат страхового возмещения и страховых сумм, и нагрузки к нетто-ставке, включающей расходы на ведение дела, предупредительные мероприятия, прибыль.

Страховая премия (страховой взнос, страховой платеж) – это плата в рублях с совокупной страховой суммы. Страховая премия исчисляется как произведение страхового тарифа на число сотен страховой суммы. Если тарифом является процентная ставка, то страховой взнос определяется как произведение этой ставки на совокупную страховую сумму, деленную на 100. В зависимости от условий страхования страховой взнос может быть разовым или уплачиваться периодически, в рассрочку.

Срок страхования – это период времени, в течение которого застрахованы объекты страхования. Обязательное имущественное страхование является бессрочным и действует, пока эксплуатируется застрахованное имущество. По добровольному имущественному и личному страхованию срок страхования строго обусловлен договором. От срока страхования следует отличать срок действия страхования, который начитается с момента вступления договора страхования в силу. После уплаты разового или первого взноса и заканчивается одновременно с окончанием срока страхования.

Страховое поле – это максимальное количество объектов, которое можно застраховать. В имущественном страховании за страховое поле принимается либо число владельцев имущества, либо количество подлежащих страхованию объектов в данной местности. Страховое поле в личном страховании включает число физических лиц, с которыми могут быть заключены договоры, либо общую численность населения района, города, области, республики, либо число работающих на данном предприятии, в организации.

Страховой портфель – это фактическое количество застрахованных объектов или действующих договоров страхования на данной территории или на предприятии. Под страховым портфелем может пониматься также сумма месячного страхового взноса по действующим договорам долгосрочного страхования жизни на определенную дату в данном регионе.

Охват страхового поля – это показатель уровня развития страхования, вычисляемый как отношение страхового портфеля к страховому полю, выраженное в процентах.

Страховой возраст – это возрастные группы, в пределах которых на страхование принимаются граждане или подлежит страхованию поголовье сельскохозяйственных животных. Например, договоры смешанного страхования жизни у нас заключаются с гражданами от 16 до 77 лет.

## **2.2. Термины, связанные с процессом формирования и расходованием средств страхового фонда**

С расходованием средств страхового фонда связаны следующие страховые термины:

Страховой риск – это термин, имеющий четыре смысловых значения:

- 1) вероятность нанесения ущерба от страхового случая;
- 2) конкретный страховой случай, т.е. определенная опасность, от которой проводится страхование;
- 3) часть стоимости имущества, не охваченная страхованием и оставаемая тем самым на риске страхователя;
- 4) конкретные объекты страхования по их страховой оценке и степени вероятности нанесения ущерба. В этом понимании в зависимости от их страховой оценки различают крупные, средние и мелкие страховые риски, а также более опасные и менее опасные риски по степени вероятности их гибели или повреждения.

Страховой случай – это фактически произошедшее событие, в связи с негативными или иными, заранее оговоренными последствиями, которому может быть выплачено страховое возмещение или страховая сумма. Страховой случай в имущественном страховании – это стихийные бедствия, пожары, аварии, взрывы и т.д. Страховой случай в личном страховании – дожитие до обусловленного срока или события, наступление несчастного случая, смерти и др.

Несчастный случай – частная форма проявления страхового случая – внезапное событие, наносящее вред здоровью застрахованного и, как правило, связанное с получением им травматического повреждения. Если по условиям личного страхования за последствия несчастного слу-

чая подлежит выплата страховой суммы, то он называется страховым несчастным случаем.

Страховой акт – это документ, оформленный в установленном порядке, подтверждающий факт и причину происшедшего страхового случая. В имущественном страховании он является основанием для расчета суммы ущерба и определения права страхователя на получение страхового возмещения. В личном страховании акт необходим для подтверждения факта и обстоятельств несчастного случая, связанного с работой или нахождением в пути, при страховании работников за счет организаций, по обязательному страхованию пассажиров. В других видах личного страхования для подтверждения несчастного случая страхового акта не требуется. Для этого используются медицинские документы.

Страховой ущерб – это стоимость полностью погибшего имущества или обесцененной части поврежденного имущества в страховой оценке.

Страховое возмещение (в личном страховании – страховая сумма) – это причитающаяся к выплате страхователю часть или полная сумма ущерба.

Выкупная сумма представляет собой часть страховой суммы по дожитию, накопившуюся к моменту прекращения договора страхования жизни и выплачиваемую в связи с досрочным прекращением уплаты очередных взносов.

Страховое сторно – это число досрочно прекращенных договоров страхования жизни в связи с неуплатой очередных взносов.

Процент сторно: процентное отношение страхового сторно к расчетному страховому портфелю дает показатель, который используется для оценки состояния работы по развитию страхования жизни. Под расчетным страховым портфелем понимается число действующих договоров страхования жизни на отчетную дату, увеличенное на количество договоров, прекращенных за отчетный период в связи с дожитием, смертью и досрочным прекращением.

Страховая рента – это регулярный доход страхователя (ежемесячный, ежегодный), связанный с получением пожизненной или временной пенсии (страховой ренты) за счет расходования внесенного в страховой фонд единовременного страхового взноса или накопления определенной суммы денежных средств регулярными взносами по добровольному или обязательному страхованию пенсии.

Убыточность страховой суммы – это выраженное в рублях отношение величины страхового возмещения или выплаченных страховых сумм в масштабе области, республики или страны в целом к числу сотен соответствующей страховой суммы всех застрахованных объектов.

Перестрахование – это страхование страховщика.

Дальнейшая либерализация внешнеэкономической деятельности, интеграция экономики РФ в мировую увеличивают потребность в знании международных терминов и понятий. Кроме того, становление внутреннего рынка в условиях перехода к рыночной экономике делает необходимым изучение опыта зарубежных стран в области страхования.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие понятия и термины выражают наиболее общие условия страхования?
2. Какие понятия и термины связаны с процессом формирования страхового фонда?
3. Какие термины связаны с расходованием средств страхового фонда?

## Тема 3. КЛАССИФИКАЦИЯ В СТРАХОВАНИИ

### 3.1. Основы классификации страхования

Страхование охватывает различные объекты и субъекты страховых отношений, формы организации деятельности в силу определений правовых норм и сложившейся практики. Для упорядочения разнообразных объектов и явлений, в отношении которых организуется страховая защита, и создания единой и взаимосвязанной системы становится необходимой классификация страхования.

Страховая деятельность разделяется на отдельные направления, формирующиеся по принципу однородности рисков или по объектам страхования, которыми могут быть не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные:

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

– с владением, пользованием и распоряжением имуществом (страхование имущества) и/или обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности) и/или с осуществлением предпринимательской деятельности (страхование предпринимательских рисков) – имущественное страхование.

В табл. 1 приведена классификация страховой деятельности, применяемая для целей лицензирования в РФ.

Мировая практика, законодательство зарубежных стран, а также часть отечественных законодательных актов подразделяют страхование на две отрасли: страхование жизни и страхование иных видов, чем страхование жизни (life и non life). Такая классификация учитывает различия и особенности организации и проведения страхования, связанные, например, с объектами страхования, с методиками расчета страховых тарифов, определением страховых сумм и страховых выплат и т.п.

Таблица 1

#### Классификация лицензирования субъектов страхового дела в Российской Федерации

Личное страхование	Имущественное страхование			
	1	2	3	4
Страхование жизни	Страхование имущества	Страхование гражданской ответственности	Страхование владельцев автотранспортных средств	Страхование предпринимательских рисков
Страхование от несчастных случаев и болезней	Страхование средств наземного транспорта			Страхование финансовых рисков

1	2	3	4
Медицинское страхование	Страхование средств железнодорожного транспорта	владельцев средств воздушного (водного, железнодорожного) транспорта	Страхование предпринимательских рисков
Пенсионное страхование	Страхование средств воздушного транспорта		
Страхование жизни с условием периодических страховых выплат (пенс)	Страхование средств водного транспорта	организаций, эксплуатирующих опасные объекты	
	Страхование грузов		
	Сельскохозяйственное страхование (страхование урожая, сельскохозяйственных культур, многолетних насаждений, животных)		
		за причинение вреда третьим лицам	<b>Перестрахование</b>
	Страхование имущества юридических лиц	за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору	<b>Взаимное страхование</b>
	Страхование имущества граждан		

Для конкретизации страховых интересов предприятий, организаций и граждан внутри отдельного направления далее различаются более узкие виды страхования. В связи с тем, что все изменения в условиях страхования находят свое отражение в страховом тарифе, в мировой

практике вид страхования называют также тарифом, имея в виду страхование на одготипных условиях.

Так, в личном страховании можно выделить страхование жизни, включающее следующие виды: страхование на случай смерти и утраты трудоспособности, страхование на дожитие и т.п.

При объединении нескольких отраслей страхования для предоставления комплексной страховой защиты возникает комбинированное страхование, при котором в одном договоре предусматривается покрытие нескольких рисков. Типичными примерами комбинированного страхования являются:

комбинированное страхование средств наземного транспорта (включает страхование: средств наземного транспорта, грузов, ответственности владельцев автотранспортных средств, водителя и пассажиров от несчастного случая);

комбинированное страхование строительно-монтажных работ (включает страхование: строительно-монтажных работ, ответственности при их проведении перед третьими лицами).

В зависимости от стоимости страхования различают договоры страхования с фиксированной суммой и договоры страхования от убытков. В первом случае нет связи со страховой стоимостью и не существует предельной суммы страховых выплат: страхование жизни, страхование от несчастных случаев, медицинское страхование.

В классификации по форме страхования различают:

– обязательное, осуществляемое на основе требований законодательства страны в рамках установленного перечня и условий страхования. Государство устанавливает обязательную форму страхования, когда страховая защита тех или иных объектов связана с интересами не только отдельных страхователей, но и всего общества;

– добровольное, осуществляемое по взаимной договоренности страховщика и страхователя, виды и условия которого определяются самими страховщиками, исходя из возможностей, спроса на виды страхования и т.п. при соблюдении действующего в стране законодательства.

Относительно цели получения прибыли страхование подразделяется на коммерческое и некоммерческое, одной из форм которого является взаимное страхование.

По форме организации страхование делится на групповое (коллективное) или индивидуальное.

Расширение ассортимента и сферы страховых услуг создает предпосылки новых видов страховой защиты, что, в свою очередь, изменяет и дополняет классификацию страхования.

## 3.2. Обязательное и добровольное страхование

Обязательную форму страхования отличают следующие принципы:

1. Обязательное страхование устанавливается законом, согласно которому страховщик обязан застраховать соответствующие объекты, а страхователь – вносить причитающиеся страховые платежи. Закон обычно предусматривает:

- перечень подлежащих обязательному страхованию объектов;
- объем страховой ответственности;
- уровень или нормы страхового обеспечения;
- порядок установления тарифных ставок или средние размеры этих ставок с предоставлением права их дифференциации на местах;
- периодичность внесения страховых платежей;
- основные права и обязанности страховщика и страхователей.

Закон, как правило, возлагает проведение обязательного страхования на государственные страховые органы.

2. Сплошной охват обязательным страхованием указанных в законе объектов. Для этого страховые органы ежегодно проводят по всей стране регистрацию застрахованных объектов, начисление страховых платежей и их взимание в установленные сроки.

3. Автоматичность распространения обязательного страхования на объекты, указанные в законе.

4. Действие обязательного страхования не зависит от внесения страховых платежей. В случаях, когда страхователь не уплатил причитающиеся страховые взносы, они взимаются в судебном порядке. На не внесённые в срок страховые платежи начисляются пени. В случае гибели или повреждения застрахованного имущества, не оплаченного страховыми взносами, страховое возмещение подлежит выплате с удержанием задолженности по страховым платежам.

5. Нормирование страхового обеспечения по обязательному страхованию. В целях упрощения страховой оценки и порядка выплаты страхового возмещения устанавливаются нормы страхового обеспечения в процентах от страховой оценки или в рублях на один объект.

Добровольная форма страхования построена на соблюдении следующих принципов:

1. Добровольное страхование действует и в силу закона, и на добровольных началах. Закон определяет подлежащие добровольному страхованию объекты и наиболее общие условия страхования. Конкретные условия регулируются правилами страхования, которые разрабатываются страховщиком и утверждаются Росстрахнадзором.

2. Добровольное участие в страховании в полной мере характерно только для страхователей. Страховщик не имеет права отказаться от страхования объекта, если волеизъявление страхователя не противоре-

чит условиям страхования. Данный принцип гарантирует заключение договора страхования по первому, даже устному, требованию страхователя.

3. Выборочный охват добровольным страхованием, связанный с тем, что не все страхователи изъявляют желание в нем участвовать. Кроме того, по условиям страхования действуют ограничения для заключения договоров.

4. Добровольное страхование всегда ограничено сроком страхования. При этом начало и окончание срока особо оговариваются в договоре, поскольку страховое возмещение или страховая сумма подлежит выплате, если страховой случай произошел в период страхования. Непрерывность добровольного страхования можно обеспечить только путем повторного перезаключения договоров на новый срок.

5. Добровольное страхование действует только при уплате разового или периодических страховых взносов. Вступление в силу договора добровольного страхования обусловлено уплатой разового или первого страхового взноса. Неуплата очередного взноса по долгосрочному страхованию влечет за собой прекращение действия договора.

6. Страховое обеспечение по добровольному страхованию зависит от желания страхователя. По имущественному страхованию страхователь может определять размер страховой суммы в пределах страховой оценки имущества. В личном страховании страховая сумма по договору устанавливается соглашением сторон.

В соответствии с этими принципами в структуре страховых услуг выделяются две основные группы:

- обязательное государственное некоммерческое страхование,
- добровольное страхование.

К первой группе относятся социальное страхование, отчисления в Государственный пенсионный фонд и в Фонд занятости, обязательное медицинское страхование. Социальное страхование является обязательным и регулируется особым законодательством.

Работодатели (администрация предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов), лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, уплачивают обязательные страховые взносы в фонды социального страхования в соответствии с законодательно закреплённым тарифом. Страховые взносы начисляются на все виды оплаты труда, установленные соответствующими нормативными актами. Таким же образом уплачиваются страховые взносы в Пенсионный фонд и Фонд занятости.

Медицинское страхование может быть добровольным и обязательным. Обязательное медицинское страхование обеспечивается специальными взносами в фонды обязательного медицинского страхования. Деятельность организаций, осуществляющих обязательное медицинское

страхование, регулируется специальными законодательными актами. Такие компании не имеют права заниматься другими видами страховой деятельности.

К обязательным видам страхования в настоящее время относят также:

- страхование военнослужащих;
- страхование пассажиров в пути (осуществляется на железнодорожном, водном, воздушном, автомобильном транспорте общего пользования; соответствующий страховой взнос взимается при продаже билетов, проездных и иных документов);
- страхование работников налоговых служб;
- страхование граждан, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС.

Добровольное страхование осуществляется не по предписанию закона, а по инициативе страхователя на основе договора между страхователем и страховщиком в соответствии с правилами добровольного страхования. Добровольное страхование не отменяет, а дополняет обязательное страхование.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие вы знаете организационные формы страхования?
2. Какие вы знаете основные отрасли страхования?
3. Что такое смешанное страхование?
4. Что такое комбинированное страхование?
5. В чем состоят различия обязательного и добровольного страхования?

## **Тема 4. ОРГАНИЗАЦИЯ СТРАХОВОГО ДЕЛА**

### **4.1. Общая характеристика страхового рынка**

Страховой рынок – это особая социально-экономическая среда, определённая сфера экономических отношений, где объектом купли-продажи выступает страховая защита, формируется спрос и предложение на неё. Объективная основа развития страхового рынка – необходимость обеспечения бесперебойности воспроизводимого процесса путём оказания денежной помощи пострадавшим в случае непредвиденных неблагоприятных обстоятельств. Страховой рынок можно рассматривать также как форму организации денежных отношений по формированию и распределению страхового фонда для обеспечения страховой защиты общества, как совокупность страховых организаций (страховщиков), которые принимают участие в оказании соответствующих услуг. Обязательным условием существования страхового рынка является наличие общественной потребности на страховые услуги и наличие страховщиков, способных удовлетворить эти потребности. Переход отечественной экономики к рынку существенно меняет роль и место страховщика в системе экономических отношений. Страховые компании превращаются в полноправных субъектов хозяйственной жизни.

Функционирующий страховой рынок представляет собой сложную интегрированную систему, включающую различные структурные звенья (рис. 1).

Первое звено страхового рынка – страховое общество или страховая компания. Именно здесь осуществляется процесс формирования и использования страхового фонда, формируются одни и появляются другие экономические отношения, переплетаются личные, групповые, коллективные интересы.

Страховая компания – исторически определённая общественная форма функционирования страхового фонда, представляет собой обособленную структуру, осуществляющую заключение договоров страхования и их обслуживание. Страховой компании свойственны технико-организационное единство и обособленность. Экономическая обособленность страховой компании заключается в полной обособленности её ресурсов, их самостоятельном полном обороте. Страховая компания функционирует в экономической системе в качестве самостоятельного хозяйственного субъекта и «встроена» в определённую систему производственных отношений.



Рис. 1. Общая структура страхового рынка

Экономически обособленные страховые компании строят свои отношения с другими страховщиками на основе перестрахования и страхования.

Рыночная экономика основывается на свободе выбора граждан. В принципе каждый может решить сам, как ему поступить. Человек может свободно тратить свои доходы и самостоятельно решать, какую их часть направить на потребление, а какую – на накопление. Кроме того, человеку предоставляется свобода заключения соглашений с другими людьми. Всё это учитывает страховой рынок, предлагая широкий набор страховых услуг.

Страховой рынок выполняет регулирующую функцию при условии существования экономической конкуренции. Сама по себе конкуренция не обеспечивает успехов на страховом рынке. Эти успехи в значительной степени зависят от страховщика, который побуждает сотрудников страхового общества к постоянному поиску новых потенциальных клиентов, совершенствованию форм и методов страхового обслуживания.

Решения, которые принимает андеррайтер, подписывая страховой полис, основаны на ожиданиях, подтверждаемых общественной практикой.

В условиях рыночной экономики страховщик остро ощущает свою зависимость от того, как он использует имеющиеся в его распоряжении

ресурсы страхового фонда. Страховщик вступает в ранг предпринимателя, является заинтересованным лицом, поскольку несёт ответственность перед совладельцами предприятия за состояние дел, что закреплено в соответствующих законодательных актах.

В широком смысле страховой рынок представляет собой всю совокупность экономических отношений по поводу купли-продажи страхового продукта. Рынок обеспечивает органическую связь между страховщиком и страхователем. Здесь осуществляется общественное признание страховой услуги. Первостепенными экономическими законами функционирования страхового рынка является закон стоимости и закон спроса и предложения.

Элементом государственного регулирования страховой деятельности является предотвращение сговора, соглашения, а также действий страховых компаний по разделу рынка с целью ограничения конкуренции, исключения или ограничения доступа на рынок других участников. Считается недопустимым использование средств и методов недобросовестной конкуренции: искусственного повышения или понижения тарифов, попытки ввести страхователя в заблуждение в результате необъективного информирования об условиях данного вида страхования или своих конкурентов.

Структура страхового рынка может быть охарактеризована в институциональном и территориальном аспектах.

В институциональном аспекте она представлена акционерами, корпоративными, взаимными и государственными страховыми компаниями. В территориальном аспекте можно выделить местный (региональный) страховой рынок, национальный (внутренний) и мировой (внешний) страховые рынки. Развитие рыночных отношений уничтожает территориальные преграды на пути общественно-экономического прогресса, усиливает интеграционные процессы, ведет к включению национальных страховых рынков в мировой. Примером такой интеграции служит создание общеевропейского страхового рынка стран-членов ЕС.

В зависимости от масштабов спроса и предложения на страховые услуги можно выделить внутренний, внешний и международный страховые рынки.

Внутренний страховой рынок – местный рынок, в котором имеется непосредственный спрос на страховые услуги, тяготеющий к удовлетворению конкретными страховщиками. Внешним страховым рынком называют рынок, находящийся за пределами внутреннего рынка и тяготеющий к смежным страховым компаниям, как в данном регионе, так и за его пределами.

Под мировым страховым рынком следует принимать предложение и спрос на страховые услуги в масштабах мирового рынка: личного страхования, имущественного страхования. страхование ответственно-

сти и страхование экономических рисков. В свою очередь, каждый из них можно разделить на обособленные сегменты, например, рынок страхования от несчастных случаев, рынок страхования домашнего имущества и т.д.

Специфический товар, предлагаемый на страховом рынке, страховая услуга. Она может быть представлена физическому или юридическому лицу на основе договора (в добровольном страховании) или закона в (обязательном страховании). Акт купли-продажи формируется заключением договора страхования, в подтверждении чего страхователю выдается страховое свидетельство (полис). Перечень видов страхования, которыми может воспользоваться страхователь, представляет собой ассортимент страхового рынка.

## **4.2. Внутренняя система и внешнее окружение страхового рынка**

Страховой рынок представляет собой сложную многофакторную динамичную систему. Под системой понимают группу регулярно взаимодействующих и взаимозависящих отдельных составных частей, образующих единое целое. Группой составных частей, взаимодействующих в рыночной системе страхования услуг, являются: страховые продукты, система тарифов, инфраструктура страховщиков по взаимодействию с клиентурой и др. Эта система взаимодействует со средой, ее окружающей, посредством внешних связей, которые характеризуют как влияние окружения на систему, так и взаимодействие системы на среду.

Таким образом, страховой рынок представляет собой диалектическое единство двух систем – внутренней системы и внешнего окружения.

К внутренней системе относятся управляемые переменные, составляющие ядро рыночной системы страховой компании. Основные из этих управляемых страховой компанией переменные: страховые продукты (условие конкретных договоров страхования данного вида), система организации продаж страховых полисов и формирование спроса, гибкая система тарифов, собственная инфраструктура страхования. К внутренней системе относятся также управляемые страховщиком переменные, не входящие в ядро рыночной системы, направленные на достижение цели по овладению рынком: материальные, финансовые и людские ресурсы страховой компании, которые определяют положение данного страховщика на рынке.

Страховые продукты, с которыми страховщик выходит на рынок, являются одним из основных управляемых факторов. Это условие конкретных видов личного и имущественного страхования. В зависимости от условий рынка руководство страховой компании должно решать, вводить новый вид страхования, изменить его условия и т.д.

Гибкая система тарифов также является одной из основных составляющих внутренней рыночной системы, управляемых страховщиком. Руководство страховой компании должно выработать целенаправленную тарифную политику и применить ее в соответствии с условиями рынка, т.е. определить, какие цены предлагать на рынке, какие скидки и льготы предоставлять и т.д. Должны быть также отработаны система льготных тарифов, система комиссионных, сверхкомиссионных, поощрительная бонусная система вознаграждений.

Внешнее окружение рынка – это система взаимодействующих сил, которые окружают внутреннюю систему рынка и оказывают на нее воздействие. Страховщик планирует и приводит свою рыночную коммерческую работу в условиях внешнего окружения; последние, в свою очередь, состоит из управляемых переменных, на которые страховщик может оказывать определенное воздействие, и неуправляемых составляющих, на которые страховщик влиять не может. К основным элементам внешнего окружения, на которые страховая компания может оказывать частично управляющее воздействие, относятся: рыночный спрос, конкуренция, ноу-хау страховых услуг, инфраструктура страховщика.

Рыночный спрос на страховых услуги – один из главных элементов внешней среды: на него направлены основные усилия рыночной коммерческой деятельности страховщика.

Важной составляющей внешнего окружения, на которую направлено управляющее воздействие страховой компании, является конкуренция. Страховые компании испытывают жесткую конкуренцию в борьбе за страховой рынок со стороны как других страховщиков, так и финансово-банковских институтов, осуществляющих страхование в качестве дополнительной услуги своим клиентам.

К неуправляемым со стороны страховой компании составляющим внешней среды, которые окружают рыночную систему и действуют на нее ограничивающе, относятся: государственно-политическое окружение, социально-этическое окружение, конъюнктура мирового страхового рынка.

### **4.3. Содержание и функции государственного и страхового надзора**

Высокая доля ответственности страховщика за социальные последствия его деятельности требует организации государственного страхового надзора. В общей форме этот надзор выражается в изучении финансового положения страховщика и его платежеспособности по принятым договорным обязательствам перед страхователями. Основная проблема государственного страхового надзора – величина резервов, гарантирующих платежеспособности страховщика. Повсеместно страховое

дело выделяется в специальную область хозяйственного законодательства и административного надзора; государственное регулирование страхового рынка осуществляется посредством специальной налоговой политики, принятие по отдельным видам предпринимательской деятельности законов, отражающих порядок заключения договоров страхования и решение возникающих споров. Государство также устанавливает с учётом интересов всего общества обязательные виды страхования.

Регулирующая роль государственного органа по страховому надзору должна предусматривать выполнение трёх функций, с помощью которых обеспечивается надёжная защита страхователей:

1. Регистрация тех, кто осуществляет действия, связанные с заключением договоров страхования. В ходе регистрации выясняются профессиональная пригодность страховщика, его финансовое положение.

2. Обеспечение гласности. Каждый, кто профессионально занимается страховой деятельностью, обязан опубликовать проект, содержащий полную правдивую и чёткую информацию о финансовом положении страховщика. Принцип гласности проводится через положение законодательных актов о страховой деятельности (публичная отчётность).

3. Поддержание правопорядка. Орган государственного страхового надзора может начать расследование нарушений закона, принять административные меры в отношении тех, кто действует вопреки интересам страхователей, или передать дело в суд.

#### **4.4. Страховые компании как часть экономической системы**

Деятельность любой страховой компании как исторически определенной организационной формы страхового фонда находится в тесной зависимости от экономической среды, в рамках которой осуществляют свою деятельность страховщики. Совокупность страховых компаний, функционирующих в данной экономической среде, образует страховую систему. Основной задачей страховой системы является предоставление гарантии компаниям и фирмам в бесперебойности производственного или торгового цикла; индивидуальным клиентам – повседневное и надежное страховое обслуживание. Достижение долгосрочных индивидуальных целей.

Среди проблем, с которыми сталкиваются страховые компании, можно отметить следующее:

- интернационализация страхового бизнеса;
- появление крупных страховых групп;
- инвестиции в ценные бумаги;
- рост запросов со стороны клиентуры;
- финансовые мошенничества;

- резкие изменения политических ситуаций во многих странах;
- несбалансированные возрастные структуры персонала;
- появление новых информационных технологий;
- обеспечение личной безопасности страховых работников.

Современный уровень развития страхового рынка характеризуется усилением тенденций к монополизации в страховом деле и концентрации капитала. Можно выделить четыре организационные формы появления – это сосредоточение в руках небольшого числа крупных страховых компаний все большего объема страховой премии страховых услуг.

Вертикальная интеграция – проникновение страховых компаний в другие сферы, тесно связанные со страховым делом (банковская, биржевая деятельность).

Создание межнациональных страховых компаний пока еще не получило значительного распространения в страховом деле, однако как общая тенденция это явление имеет место. Диверсификация – расширение сферы деятельности страховщика в различных предприятиях других отраслей, не находящихся в прямой связи со страховым делом. В этом выражается стремление средних и мелких страховых обществ выжить в условиях обострившейся конкурентной борьбы.

Страховые компании составляют основу институциональной структуры страхового рынка.

С финансовой точки зрения они являются формой выражения страхового фонда, а сосредоточенные в страховом фонде ресурсы – источником долгосрочных кредитов.

Страховые компании подразделяют:

- по принадлежности: на частные и публично-правовые, акционерные (корпоративные), взаимные, государственные и правительственные;
- по характеру выполняемых операций: на специализированные (личное или имущественное страхование), универсальные и перестраховочные;
- по зоне обслуживания: на местные, региональные, национальные и международные (транснациональные);
- по величине уставного капитала и объёму поступления страховых платежей, а также другим технико-экономическим показателям, определяющим их место на страховом рынке: на крупные, средние и мелкие.

Акционерное страховое общество – форма организации страхового фонда на основе централизации денежных средств посредством продажи акций. «Первое Российское от огня страховое общество» в акционерной форме было создано в России в 1827 году.

Существуют закрытые акционерные страховые общества, акции которых распространяются среди их учредителей, и открытые акционерные страховые общества, акции которых свободно продаются и покупаются. Акционерное страховое общество – юридическое лицо,

имеющее свой устав, в котором определены цели общества, размер капитала, порядок управления делами. Высшим органом управления акционерного страхового общества является общее собрание акционеров. Собрание созывается, как правило, один раз в год, а текущими делами руководит правление или совет директоров.

Проверку оперативно-финансовой деятельности акционерного общества осуществляет избранная ревизионная комиссия. Результаты работы ревизионной комиссии докладываются общему собранию акционеров. Исполнительным органом страховой комиссии является дирекция, осуществляющая руководство деятельностью и представляющая фирму при заключении договоров и соглашений с другими юридическими и физическими лицами. Компетенция дирекции определяется общим собранием и закрепляется в уставе страхового общества. Уставный капитал акционерного страхового общества формируется с помощью акций.

Представительство страховой компании занимается, как правило, сбором информации, рекламой, репрезентативными функциями, поиском клиентов в интересах страховщика в данном районе или другой страны, но не ведёт коммерческую деятельность.

Агентству страховой компании разрешено выполнять все функции представительства и определённые страховые операции: заключение и обслуживание договоров страхования.

Филиал (отделение) страховой компании является обособленным подразделением страховщика без права юридического лица.

Аффилированные страховые компании – это акционерные страховые общества, в которых имеется пакет акций меньше контрольного (обычно 5–50%). Аффилированной является также одна из двух компаний, выступающая в качестве дочерней компании.

Общество взаимного страхования (ОВС) – форма организации страхового фонда на основе централизации средств посредством паявого участия его членов. Участник общества взаимного страхования одновременно выступает в качестве страховщика и страхователя. Создание обществ взаимного страхования характерно для союзов средних и крупных собственников (домовладельцев, собственников гостиниц и т.д.). Страхователям – членам ОВС принадлежат все активы компании. Высшим органом ОВС является общее собрание его членов. Общее собрание избирает правление для оперативного руководства страховым делом и ревизионную комиссию, которая проверяет работу правления и докладывает результаты проверки общему собранию пайщиков ОВС. В современных условиях в индивидуально развитых странах сфера деятельности ОВС концентрируется преимущественно в области личного страхования.

Правительственные страховые организации (ПСО) – некоммерческие компании, деятельность которых основана на субсидировании. Специализируются на страховании от безработицы, страховании компенсации рабочим и служащим, а также страховании непрофессиональной трудоспособности. В большинстве своём ПСО освобождены от уплаты государственных, федеральных и местных налогов.

Государственная страховая компания – публично-правовая форма организации страхового фонда, основанная государством. Организация государственных страховых компаний осуществляется путём их учреждения со стороны государства или национализации акционерных страховых компаний и обращение их имущества в государственную собственность.

Частные страховые компании принадлежат одному владельцу и его семье. Каждый страховщик, именуемый в практике андеррайтером, принимает страхование на «свой риск» исходя из собственных финансовых возможностей.

Кэптив – акционерная страховая компания, обуславливающая целиком или преимущественно корпоративные страховые интересы учредителей, а также самостоятельно хозяйствующих субъектов, входящих в структуру многопрофильных концернов или крупных финансово-промышленных групп. Преимущества организации кэптива, непосредственным образом, связана с коммерческими банками, пенсионными и инвестиционными фондами, другими финансово-кредитными институтами.

Негосударственный пенсионный фонд – особая форма организации личного страхования, гарантирующая рентные выплаты страхователям по достижении ими определённого (обычно пенсионного) возраста.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем заключается экономическое содержание страхового рынка?
2. Каковы основные условия функционирования страхового рынка?
3. Чем вызвана необходимость государственного регулирования страхового рынка?

## Тема 5. МАРКЕТИНГ В СТРАХОВАНИИ

### 5.1. Маркетинг страховщика

Маркетинг как метод управления коммерческой деятельностью страховых компаний и метод исследования рынка страховых услуг стал применяться сравнительно недавно. Западные страховые компании стали широко применять его в начале 60-х годов, однако понятие «маркетинг» на рынке страховых услуг стало более широким. До сих пор нет четких границ определения этого понятия.

Более раннее определение маркетинга – одна из основных функций деятельности страховой компании – ее сбытовая деятельность, направленная на продвижение страховых услуг от страховщика к страхователю. Второе, более современное, определение рассматривает маркетинг как комплексный, подход к вопросам организации и управления всей деятельностью страховой компании, направленной на оказание таких, страховых услуг и в таких количествах, которые соответствуют потенциальному спросу. При этом спрос создается усилиями самой страховой компании и удовлетворяется ею.

Маркетинг может быть определен и как ряд функций страховой компании, включающий в себя планирование, ценообразование, рекламирование, организацию сети продвижения страховых полисов на основе реального и потенциального спроса на страховые услуги. В концептуальном плане деловой стратегии страховщика должен находиться страховой интерес. Концепция признает залог успеха в том, что страхователь должен быть удовлетворен данной компанией, чтобы он продолжал взаимоотношения с ней в дальнейшем. Удовлетворение страховых интересов клиентов является экономическим и социальным обоснованием существования страхового общества.

Служба маркетинга страховой компании рассматривается как мозговой центр, как источник обоснованной информации и рекомендаций по многим вопросам текущей и перспективной деятельности страховщика. Центральной фигурой страхового рынка становится страхователь, интересами и потребностями которого в страховой защите определяется деятельность страховщика и его службы маркетинга. Анализ рыночной деятельности крупнейших страховых компаний за рубежом показывает, что целый ряд направлений и функций маркетинга является общим в деятельности различных страховщиков. К ним относятся ориентация страховых компаний на конъюнктуру рынка, максимальное приспособление разрабатываемых условий отдельных видов страхования к неудовлетворенным и потенциальным страховым интересам.

Общепризнанной в западной практике страхового менеджмента является модель «4 Р» (4 МИКС), которая состоит из четырех уровней управления:

*страхователи* – увеличение их числа является целью усилий маркетинга страховщика. Любая страховая компания в условиях рынка существует только тогда, когда имеется спрос на страховые услуги, которые она предлагает;

*страховые услуги* перечень видов договоров страхования, по которым работает данный страховщик;

*цена страхового обслуживания* – тарифная ставка, применяемая при заключении конкретного вида договора страхования. Соизмеряется величиной страхового риска, расходами страховщика на ведение дела и другими факторами;

*рынок* – физическая и юридическая возможность приобретения страховой услуги конкретным страхователем. Обусловлена наличием развитой инфраструктуры страхового сервиса, информационным обслуживанием, гибкостью деловой стратегии страховщика и другими факторами.

Опыт зарубежных страховых компаний показывает, что процесс маркетинга включает в себя целый ряд действий, которые могут быть сведены к двум основным функциям: формирование спроса на страховые услуги и удовлетворение страховых интересов клиентуры.

С точки зрения экономической теории, формирование спроса – это целенаправленное воздействие на потенциальных покупателей в целях повышения существующего уровня спроса до желаемого уровня, приближающегося к уровню предложения данной компании.

Сточки зрения маркетинга, применительно к страховому рынку эта функция в первую очередь включает в себя целый ряд мероприятий по привлечению клиентуры как потенциальных страхователей к услугам данного страхового общества. Данная функция находит реализацию в использовании ряда методов и средств влияния на потенциальных страхователей: влияние и убеждение с помощью целенаправленной рекламы, широкий комплекс организационных мероприятий по заключению договоров страхования, дифференциация тарифов на страховые услуги, сочетание страховых услуг с различными формами торгового и юридического обслуживания. Задача планирования стратегии и тактики маркетинга состоит не только в том, чтобы завладеть страховым рынком, но и в осуществлении постоянного контроля за формированием спроса, чтобы в нужный момент перестроить стратегические программы и тактику конкурентной борьбы в соответствующем направлении.

Вторая основная функция маркетинга заключается в удовлетворении страховых интересов. Реализация этой функции с помощью высокой культуры страхового обслуживания – залог нового спроса на стра-

ховые услуги. Страховые компании расходуют большие средства на совершенствование организации продаж страховых полисов, улучшение обслуживания клиентов и поддержание своего имиджа.

Несколько подробнее остановимся на качественной характеристике удовлетворения страховых интересов. Оформление заключенного договора страхования является началом формальных отношений между страховщиком и страхователем. Заключение договора страхования означает совершение акта купли-продажи страхового полиса. Этому формальному акту купли-продажи предшествует большая подготовительная работа страховщика с целью продажи данного страхового полиса, так как потенциальный страхователь еще не является клиентом данного страхового общества. От того, как его встретят в представительстве или агентстве страховщика, какое впечатление произведет на него оформление интерьеров и деловая обстановка в офисе, каким будет поведение и отношение к нему персонала страховщика, часто зависит, станет ли данный посетитель клиентом этой страховой компании или уйдет к страховщику-конкуренту и воспользуется его страховыми услугами. Поэтому квалифицированные и опытные страховщики учитывают психологический фактор при работе с определенными социальными группами клиентуры в проявлении знаков внимания к посетителям, художественном дизайне бланков страховых полисов и других документов (квитанций, сертификатов), которые вручаются страхователю при заключении договора. Страховые компании следуют принципу: любой посетитель страхового агента – потенциальный клиент. Ему дадут исчерпывающую информацию, окажут квалифицированные консультации, помогут быстро оформить, необходимые документы.

Страховое обслуживание клиентуры – одно из основных слагаемых функции удовлетворения страховых интересов. Уровень страхового обслуживания прямо влияет на спрос. Чем выше уровень сервиса, оказываемого данным страховщиком, тем больше спрос на его страховые услуги. Однако повышение уровня сервиса и его мотивация требуют увеличения затрат. Поэтому руководство страхового общества должно найти оптимальное соотношение между уровнем обслуживания и экономическими факторами, связанными с обслуживанием. Задача службы маркетинга страховщика состоит в определении закономерности соотношения экономических факторов обслуживания и спроса на страховые услуги. Критерием качества обслуживания страхователей принято считать отсутствие жалоб с их стороны.

Если спрос на страховые услуги начинает падать, руководство службы маркетинга страховщика должно выявить причины падения и принять соответствующие меры, направленные на их устранение. Такими конкретными мерами могут быть улучшение имиджа компании, повышение качества обслуживания, пересмотр тарифов и т.д.

Маркетинг страховщика включает в себя следующие основные элементы:

- изучение потенциальных страхователей;
- изучение мотивов потенциального клиента при заключении договора страхования;
- анализ собственно рынка страховой компании;
- исследование продукта (вида страховых услуг);
- анализ форм и каналов продвижения страховых услуг от страховщика к потенциальному клиенту;
- изучение конкурентов, определение форм и уровня конкуренции;
- исследование рекламной деятельности;
- определение наиболее эффективных способов продвижения страховых услуг от страховщика к потенциальному клиенту.

*Изучение страхователей.* В рамках этого анализа определяется структура потребительских предпочтений, т.е. вкусы и привычки людей, их реакции на те или иные виды страховых услуг. Руководство страховой компании должно знать, кто те люди, которые предпочитают страховаться.

*Изучение мотивов потенциального клиента при заключении договора страхования.* Главный вопрос, на который предстоит найти ответ, – почему страхователи отдадут предпочтение данному виду страхования. В рамках анализа мотивов поведения страхователей изучаются не только их вкусы и привычки, но и обычаи и наклонности поведения (стереотип мышления), что позволяет прогнозировать особенности поведения определенных социальных групп страхователей на будущее и проводить адекватную страховую политику.

К. настоящему времени зарубежный опыт показывает достаточный арсенал средств изучения мотива поведения страхователей, их сознательных и подсознательных реакций на конкретный страховой продукт. Зарубежная практика маркетинга в страховании применяет систему специальных тестов, анкет, опросных листов, позволяющих судить о мотивации страхователей в различных социальных группах и на этой основе поддерживать обратную связь по типу «страхователь – страховщик». Правильное использование данных, полученных при изучении мотивов поведения страхователей, позволяет руководству страховой компании адекватно реагировать на ситуацию, складывающуюся на страховом рынке.

*Анализ рынка страховой компании.* Обычно такой анализ проводится по одному или нескольким однотипным видам страхования для определения потенциальной емкости рынка на те или иные страховые услуги. В рамках анализа рынка дается распределение по отдельным регионам. В результате проведенного анализа рынка руководство страховой компании должно выяснить, где (в каких регионах) наиболее вы-

годно проводить те или иные виды страхования. Результаты анализа тесно связываются с уровнем платежеспособного спроса населения. Невнимание к этим вопросам может оставить страховщика без рынка, что в условиях свободного экономического пространства равнозначно его банкротству.

*Исследование страхового продукта.* Данное исследование, с одной стороны, показывает руководству страховой компании, что хочет иметь страхователь применительно к конкретным условиям договора страхования, а с другой – каким образом предоставить, потенциальным клиентам новые страховые продукты, на кого ориентировать рекламу, разъясняя содержание условий договора страхования. Западная практика рекомендует придерживаться следующего правила: во всех случаях договор страхования должен попасть туда, где потенциальный страхователь его более всего ждет и поэтому скорее всего заключит.

Самой распространенной ошибкой страховщиков является их уверенность (а точнее самоуверенность), что страхователи только и ждут, чтобы их осчастливили новыми видами страхования. Во многих случаях это далеко не так. Очень часто страховщик должен доказывать (иногда не один раз и не один год) потенциальному страхователю преимущество вновь разработанного вида страхования. Когда данное обстоятельство будет самым тщательным образом принято во внимание и страховщик начнет вносить соответствующие коррективы в организацию рекламы и информирование страхователей о достоинствах предлагаемых видов страховых услуг, появляется основание рассчитывать на крупный финансовый успех предпринимаемой акции.

*Анализ форм и каналов продвижения страховых услуг от страховщика к потенциальному клиенту* включает изучение функций и особенностей деятельности посредников страховщика, характера сложившихся взаимоотношений со страхователями.

*Изучение конкурентов, определение форм и уровня конкуренции.* Здесь прежде всего предстоит установить главных конкурентов данной страховой компании на рынке, выявить их сильные и слабые стороны. Собирается и систематизируется информация о различных аспектах деятельности конкурирующих страховщиков: финансовое положение, страховые тарифы на конкретном рынке, особенности управления страховым делом. Как правило, результаты исследования заносятся в специальные информационные досье.

В практической работе по анализу деятельности страховых компаний-конкурентов находит применение также составление специальных аналитических таблиц, характеризующих предложение конкретного страхового продукта теми или иными страховщиками.

С учетом изложенных элементов маркетинга разрабатывается общая стратегия маркетинга страховой компании.

## 5.2. Конкуренция и конкурентоспособность страховой компании

Конкуренция – неотъемлемая составная часть развитого страхового рынка. Реальная рыночная экономика немыслима без конкуренции. В этой связи возникает настоятельная необходимость в изучении конкуренции, ее уровня интенсивности, в знании сил и рыночных возможностей наиболее сильных конкурентов, перспектив конкуренции на выбранных страховых рынках. Наличие конкурентов заставляет каждого страховщика быть предельно внимательным к запросам их клиентов.

Схема сбора данных о деятельности страховых компаний-конкурентов и ее анализа показана на рис. 2.

Первый этап анализа конкуренции на страховом рынке – оценка степени его подверженности процессам конкуренции на базе анализа основных факторов, обуславливающих интенсивность конкуренции. К таким факторам относятся:

- численность и сравнимая емкость конкурирующих страховых компаний;
- изменение объема спроса на страховые услуги и его структурная и стоимостная динамика;
- барьеры проникновения на страховой рынок (особенности лицензирования страховой деятельности);
- ситуация на смежном кредитном рынке;
- различия в стратегии страховщиков-конкурентов;
- особые мотивы для конкуренции на данном страховом рынке.

Численность конкурирующих страховых компаний и их сравнительная емкость в наибольшей мере определяют уровень конкуренции. При прочих равных условиях интенсивность конкуренции наибольшая, когда на страховом рынке борется значительное число страховых компаний приблизительно равной силы. Для сбора этой информации прибегают к составлению специальных досье. На основе полученных результатов делаются выводы относительно уровня конкуренции.

На втором этапе анализа уровня конкуренции выделяются основные страховые компании-конкуренты и рассматривается их роль в совокупной реализации страховых услуг. Данные по этой категории конкурентов сводят в единую таблицу по определенной форме. Принято различать ценовую и неценовую конкуренцию страховщиков. В основе ценовой конкуренции лежит тарифная ставка, по которой предлагается заключить договор страхования данного вида. Снижение тарифной ставки всегда было той основой, с помощью которой страховщик, выделяя свои страховые услуги из общего перечня, привлекал к ним внимание потенциального страхователя. В современном мире, когда страховые рынки индустриально развитых стран в основном разделены между рядом крупных страховых компаний, использование ценовой конкуренции в борьбе за страхователя выглядит проблематично. Ценовая конкуренция

применяется главным образом, страховщиками-аутсайдерами в их борьбе с гигантами страхового бизнеса, для соперничества с которыми у аутсайдеров нет сил и возможностей в сфере неценовой конкуренции.



Рис. 2. Схема сбора и обработки информации о страховых компаниях-конкурентах

Неценовая конкуренция выдвигает на первый план дополнительные сервисные услуги страховщиков своим клиентам (преимущественное право приобретения акций страховой компании, содействие в приобретении недвижимости, бесплатные консультации юридического характера и т.д.). Сильнейшим орудием неценовой конкуренции всегда была реклама, сегодня же роль ее возросла многократно. С помощью рекламы страховые компании индустриально развитых стран стремятся создать престижный имидж своей фирмы в глазах страхователей. Традиционными в этой политике является проведение «Дней развития бизнеса». В этот день проводится завтрак (ланч или обед), во время которого президент страховой компании общается со 100–200 клиентами. Внимание оказывается прежде всего правительственной, институциональной и корпоративной клиентуре. Клиентам рассказывают о новых видах услуг, предлагаемых страховой компанией, о планах дальнейшего развития и участия страховой компании в общественной жизни данного региона. У клиентов выясняют их мнение об имидже страховой компании, отношение к ассортименту и качеству предлагаемых страховых услуг. Этим же целям служат и периодически проводимые конференции, в которых участвуют ведущие менеджеры страховщика, а также определенные группы страхователей. Конференции отличаются от «Дней развития бизнеса» тем, что проводятся по определенной теме. В конце таких мероприятий вручается сувенирная реклама с фирменной символикой страховой компании. Благодаря такому подходу страховые компании активно разрабатывают новые методы продвижения страховых услуг на рынке.

К незаконным методам неценовой конкуренции относятся шпионаж ноу-хау, переманивание специалистов, владеющих профессиональными секретами организации страхового дела, подлог страховых свидетельств.

Любые страховые услуги проходят проверку на степень удовлетворения общественных потребностей, которые выражаются в коллективных, групповых и индивидуальных страховых интересах. Эта проверка осуществляется на страховом рынке, где каждый страхователь приобретает именно тот страховой полис, который наиболее полно удовлетворяет его страховые интересы. В этой связи конкурентоспособность страховщика представляет собой возможности сбыта страховых продуктов на данном рынке с учетом имеющихся страховых интересов. Выделяют экономические и организационные параметры, характеризующие конкурентоспособность страховщика. К числу экономических параметров относятся расходы на обучение персонала, комиссионное вознаграждение страховых агентов, налогообложение доходов от страховой деятельности и др. Организационные параметры составляет система скидок и льгот страхователям по срокам и условиям заключаемых

договоров страхования. В идеале экономические и организационные параметры конкурентоспособности страховщика должны быть ориентированы на учет потребностей всех потенциальных клиентов страховщика.

Конкуренция – антипод монополии. Вместе с тем монопольное положение страховщика в экономической среде может вызвать ряд многообразных и взаимосвязанных негативных явлений. Не имеющий серьезных конкурентов страховщик стремится реализовать свои экономические интересы, а не зависимых от него страхователей. Он диктует им свои условия при заключении договоров страхования, может завысить тарифную ставку и т.д. Базирующаяся на использовании закона стоимости и конкуренции рыночная экономика по своей природе должна отторгать монополизм.

В нашей стране уделяется большое внимание пресечению монополистической деятельности и недобросовестной конкуренции на страховом рынке. Предупреждение, ограничение и пресечение монополистической деятельности и недобросовестной конкуренции на страховом рынке обеспечивается Государственным комитетом Российской Федерации по антимонопольной политике и поддержке новых экономических структур в соответствии с антимонопольным законодательством Российской Федерации. Эти вопросы также относятся к ведению Федеральной службы страхового надзора.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем состоят функции маркетинга?
2. Дайте понятие маркетинга?
3. Как можно повлиять на спрос на страховые услуги?
4. Назовите составные элементы маркетинга.
5. Что лежит в основе ценовой конкуренции?
6. Что такое неценовая конкуренция?

## **Тема 6. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ**

### **6.1. Структура страхового тарифа: нетто-премия, нагрузка. Формирование страхового продукта**

Актuarные расчеты являются основой определения финансовых взаимоотношений между страховщиком и страхователем путем расчета страховых тарифов.

Понятие «актуарные расчеты» в узком смысле слова обозначает расчет страховых тарифов по видам страхования, относящимся к страхованию жизни.

Актuarные расчеты представляют собой систему математических и статистических методов, с помощью которых определяются размеры страховых тарифов и доля участия каждого страхователя в создании страхового фонда, его величина (размер) и достаточность для страховых выплат, финансовая устойчивость и рентабельность страховых операций, эффективная страховая защита интересов страхователей.

Страховой платеж как основной источник доходов страховщика определяется на основе страхового тарифа (тарифной ставки). Тарифная ставка – это цена страхового риска и других расходов, адекватное денежное выражение обязательств страховщика по заключенному договору. Совокупность тарифных ставок по конкретному виду страхования носит название страхового тарифа. Целенаправленная деятельность страховщика по установлению, уточнению и упорядочению страховых тарифов в интересах успешного и безубыточного развития страхования определяет тарифную политику страховой компании. Выделяют следующие основные принципы расчета тарифных ставок:

- эквивалентность взаимоотношений страховщика и страхователя: совокупный размер тарифной ставки должен быть достаточен для формирования страховых фондов и последующих страховых выплат из них;
- доступность страховых тарифов;
- стабильность размеров страховых тарифов;
- обеспечение самокупаемости и рентабельности страховых операций.

Тарифная ставка, по которой заключается договор страхования, носит название брутто-ставки и состоит из двух частей: нетто-ставки и нагрузки.

Нетто-ставка – основная часть тарифной страховой ставки, предназначенная для формирования страховых фондов и выплат страхового возмещения в имущественном страховании и страховых сумм в личном страховании – выражает цену страхового риска: пожара, наводнения, несчастного случая, дожития и т.п.

Нагрузка покрывает расходы страховщика по организации и проведению страхового дела, проведению превентивных мероприятий, содержит процент прибыли.

В мировой практике расходы на ведение дела подразделяются на организационные, аквизиционные, инкассационные, ликвидационные, управленческие и др. В актуарных расчетах уточняется размер расходов по отдельным видам страхования; в рамках каждого вида страхования – по отдельным группам с учетом их характера.

Величина тарифной ставки (нетто-ставки) отражает ту меру риска, которую представляет собой данный застрахованный объект для страховщика. Количественной оценкой этого риска является вероятная стоимость (математическое ожидание) выплаты по данному договору.

В качестве объекта купли-продажи на страховом рынке между страховщиком и страхователем в настоящее время употребляется понятие «страховая услуга». Являясь, по сути, внешней формой внутренней аквизиционной работы страховщика, страховая услуга в своей основе выступает подготовленным к продаже на страховом рынке комплексным страховым продуктом.

Особенности формирования продукта в страховании связаны с рисковым, вероятностным характером страховой деятельности. При расчете стоимости страхового продукта страховщик только приблизительно может ориентироваться на закладываемую в тариф цену страховой защиты, так как в случае наступления страхового события реальная стоимость тарифа может достичь размера полной страховой суммы.

В связи с этим первоосновой формирования страхового продукта выступает математический принцип, предполагающий расчет стоимости риска, принимаемого страховщиком на свою ответственность. Количественная оценка этой стоимости происходит в актуарных расчетах, оперирующих, в свою очередь, основным свойством риска – функцией распределения вероятности наступления случайной величины. Таким образом, единица страхового продукта опирается на законы теории вероятностей.

Следующим принципом его формирования является экономический, в котором единица страхового продукта корректируется законами стоимости, рентабельности, спроса и предложения и др. С экономической точки зрения страховой продукт отражает рыночную стоимость страховой защиты, предоставляемой страховой компанией своим клиентам и складывающейся из необходимой стоимости (количественной оценки риска) и дополнительной (прибавочной) стоимости. Первая составляющая обеспечивает самокупаемость страховой деятельности путем формирования страховых резервов для обеспечения выплат страхователям при наступлении страховых случаев, вторая – рентабельность и прибыльность деятельности страховщика как необходимое условие деятельности коммерческого предприятия в условиях рынка.

Формирование страхового продукта с учетом математического и экономического принципов определяет его количественные характеристики, выраженные в стоимости страховой защиты – страховом тарифе. При этом математический принцип служит основой для определения размера нетто-ставки, экономический – для определения нагрузки и совокупной брутто-ставки. Экономический принцип позволяет установить размеры будущих расходов страховщика на ведение дела, комиссионное вознаграждение, превентивные мероприятия, а также заложить норму прибыли в страховой тариф.

Далее имеющий базисную количественную оценку страховой продукт дополняется другими характеристиками, например путём установления льгот, скидок, дифференцирования условий страхования, включения данного продукта в комбинированные виды страхования, установления порядка уплаты страховых взносов, что происходит в рамках институционального принципа, характерного для страхования как финансового института. Таким образом, количественно определенный страховой продукт дополняется необходимыми качественными характеристиками инфраструктуры страхования.

Следующий принцип – правовой» – обеспечивает страховому продукту юридическую основу с учетом требований действующего законодательства. Согласно этому принципу оформляются основные документы страхования: правила, договор, полис; определяются основные юридические условия договоров: права и обязанности сторон, порядок выплаты страхового возмещения, процедуры разрешения споров и т.п. На этом этапе результат внутренней аквизиционной работы страховщика по разработке и формированию страхового продукта в виде набора необходимых документов (правил страхования, бизнес-плана страхования по данному виду, плана по перестрахованию, др.) направляется на лицензирование в государственный страховой надзор и, пройдя проверку на соответствие требованиям страхового законодательства, страховая компания получает лицензию на право проведения страхования по данному виду (страховому продукту).

Сформированный таким образом страховой продукт – «полуфабрикат» страховой услуги. С учетом различных факторов: финансового положения, стратегии и опыта работы подданному виду страхования, маркетинговой политики и т.п. он трансформируется в страховую услугу, которая в дальнейшем и будет выступать объектом купли-продажи на страховом рынке.

В целом такой подход к формированию страхового продукта является первичным при разработке и внедрении нового вида страхования, однако понимание основных принципов формирования этого продукта, стадий его комплексного определения позволяет системно рассматривать процесс разработки страховых продуктов, их внедрения и пересмотра.

## 6.2. Методические основы расчёта тарифных ставок по видам страхования иным, чем страхования жизни

Под видами страхования иными, чем страхование жизни, понимаются виды, не предусматривающие обязательства страховщика по выплате страховой суммы при окончании срока действия договора и не связанные с ее накоплением в течение срока действия договора.

При определении тарифов для этих видов может использоваться Методика расчета тарифных ставок по рисковому видам страхования, в соответствии с которой нетто-ставка рассчитывается по формуле

$$\dot{O}_i = \dot{O}_i + \dot{O}_b,$$

где  $\dot{O}_i$  – основная часть нетто-ставки, определяющаяся как  $\dot{O}_i = 100 \cdot S_b / S \cdot q$ ,

где  $S_b$  – среднее возмещение;

$S$  – средняя страховая сумма;

$q$  – вероятность наступления страхового случая, которые рассчитываются по формулам:

$$q = M / N,$$

$$S_b = \sum_{k=1}^m S_{bk} / M,$$

$$S = \sum_{i=1}^n S_i / N,$$

где  $N$  – общее количество договоров, заключенных за некоторый период времени;

$M$  – количество страховых случаев по заключенным договорам;

$S_i$  – страховая сумма при заключении  $i$ -го договора;

$S_{bk}$  – страховое возмещение при  $k$ -м страховом случае;

$T_p$  – рисковая надбавка, которая вводится для учета вероятного превышения количества страховых случаев относительно их среднего значения. Рассчитывается по формуле

$$\dot{O}_b = \dot{O}_i \cdot \alpha(\gamma) \cdot \sqrt{\frac{1 - q + (R_b / S_b)^2}{N \cdot q}},$$

где  $R_b$  – среднеквадратическое отклонение среднего возмещения;

$\alpha(\gamma)$  – коэффициент, который зависит от выбранного значения вероятности (гарантии безопасности  $\gamma$ ), определяющего достаточность сформированных страховых фондов для будущих страховых выплат.

Ниже приведена табл. 2 значений  $\alpha$  для часто используемых значений гарантии безопасности  $\gamma$ .

Таблица 2

**Значения показателей гарантии безопасности**

Заданное значение вероятности $\gamma$ , %	84	90	95	98	99,86
Значение $\alpha$ , при котором $\hat{O}(\alpha) = \gamma$	1,0	1,3	1,645	2,0	3,0

Например, если при расчете тарифной ставки страховщик ориентируется на 84-процентную вероятность неразорения при проведении страховых операций по рассчитываемым тарифам, то рискованная надбавка остается неизменной:  $\hat{O}_0 = \hat{O}_i \cdot 1$ , а если ориентируется почти на стопроцентную вероятность неразорения (99,86%), то размер рискованной надбавки увеличивается в 3 раза:  $\hat{O}_0 = \hat{O}_i \cdot 3$ .

Предлагаемая методика применима с учетом того, что:

- 1) существует статистика либо какая-то другая информация по рассматриваемому виду страхования, что позволяет оценить величины вероятности наступления страхового случая, средние страховую сумму и страховое возмещение по одному Договору;
- 2) предполагается, что не будет опустошительных событий, когда одно событие влечет за собой несколько страховых случаев;
- 3) расчет тарифов проводится при заранее известном (достаточно большом) количестве договоров, которые предполагается заключить со страхователями;
- 4) предполагаемые договоры заключаются на одинаковый срок.

**Контрольные вопросы**

1. В чем заключается сущность актуарных расчетов?
2. Каковы особенности и задачи актуарных расчетов?
3. В чем состоит содержание тарифной политики?
4. Каковы состав и структура тарифной ставки?

## Тема 7. ИМУЩЕСТВЕННОЕ СТРАХОВАНИЕ

### 7.1. Классификация видов имущества, особенности организации страхования

Имущественное страхование – отдельная отрасль, где объект страховой защиты – имущественные интересы, связанные с владением, пользованием и распоряжением имуществом (страхование имущества); обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности); осуществлением предпринимательской деятельности (страхование предпринимательских рисков). Под последним понимается совокупность вещей и материальных ценностей, включая деньги и ценные бумаги, имущественные права; работы и услуги; информацию; результаты интеллектуальной деятельности; нематериальные блага. Застрахованным может быть имущество, представляющее собой как собственность страхователя, так и находящееся в оперативном управлении, хозяйственном ведении, аренде, лизинге, залоге и т.п. Страхователями выступают не только собственники имущества, но и другие юридические и дееспособные физические лица, на которые ответственность за его сохранность возложена законом, иным правовым актом или определена договором. Выгодоприобретателем является лицо, в пользу которого заключен договор страхования или которое является им в силу закона. В случае отсутствия выгодоприобретателя в договоре страхования страхователю выдается страховой полис «на предъявителя».

Имущественное страхование предназначено для покрытия убытков, возникших в результате:

- гибели, повреждения или частичной утраты застрахованного имущества;
- неполучения или недополучения ожидаемых доходов из-за нарушения партнерами своих обязательств или по другим причинам (например, вследствие указанных выше), т.е. финансовых рисков.

Виды имущества юридических и физических лиц, принимаемые на страхование, различаются по своему функциональному назначению, форме собственности, особенностям проявления рисковых обстоятельств, поэтому их страхование проводится по отдельным Правилам страхования, например, страхование домашнего и другого имущества физических лиц, страхование средств автотранспорта, страхование инвестиций и т.п. Однако при страховании разных видов имущества экономические и правовые основы организации страхования во многом одинаковы. Так, стандартные страховые риски, характерные для большинства договоров имущественного страхования, – это:

- пожар;
- стихийные бедствия (наводнения, штормы, цунами, грады, заморозки, землетрясения, обвалы, оползни, ураганы);

- противоправные действия третьих лиц (включая кражи и грабежи);
- падение летательных аппаратов или их обломков;
- аварии водопроводной, отопительной, канализационной систем;
- внутреннее возгорание машин, оборудования, электроаппаратов, электроприборов;
- непредвиденное отключение электроэнергии, водоснабжения, подачи тепла;
- наезд наземного транспортного средства;
- подтопление грунтовыми водами;
- взрыв паровых котлов, топливо-, газохранилищ, топливо-, газопроводов и др.

К типовым случаям, которые не покрываются страхованием, относятся убытки от повреждения, уничтожения (гибели), утраты имущества в результате:

- умысла или грубой неосторожности страхователя (выгодоприобретателя);
- несоблюдения требований нормативных документов, правил и инструкций по эксплуатации и обслуживанию объектов имущества;
- использования объекта не по назначению или в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;
- естественных процессов (коррозии, износа, брожения, гниения, порчи и т.п.), обусловленных внутренними свойствами объектов имущества.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления страхователя и предоставления страховщику описи имущества, подлежащего страхованию, по установленной страховщиком форме. В описи (иногда в заявлении на страхование) указываются основные типовые характеристики объекта: его модель, марка, год постройки (выпуска), форма собственности, количество единиц данного имущества, место нахождения (эксплуатации) и т.п.

До заключения договора страхования страховщик вправе проверить достоверность сведений, предоставленных в описи имущества (заявлении на страхование), и иные данные об объектах, условиях их эксплуатации, а при необходимости назначить экспертизу для оценки их состояния и действительной стоимости.

Страховая сумма в имущественном страховании определяется по соглашению между страховщиком и страхователем, однако не может превышать действительной стоимости страхуемого имущества на момент заключения договора. Такой стоимостью имущества считается действительная стоимость в месте его нахождения в день заключения договора страхования. При определении страховой суммы и оценке стоимости страхуемого имущества могут применяться следующие виды стоимости:

- восстановительная стоимость – сметная стоимость нового объекта, аналогичного подлежащему оценке;

– фактическая стоимость – восстановительная (первоначальная) стоимость за вычетом суммы, соответствующей степени износа;

– остаточная (общая) стоимость – продажная цена объекта страхования, которую может получить страхователь.

Как правило, страховая стоимость – это фактическая стоимость объекта страхования за вычетом износа. Классическая концепция страхования состоит в том, что страховая сумма по договору не должна быть выше страховой стоимости.

Однако нередко используется принцип «новое за старое», когда в качестве страховой принимается восстановительная стоимость объекта страхования.

## **7.2. Методы определения ущерба и страхового возмещения**

При страховании страхователем имущества от разных рисков по нескольким отдельным договорам страхования (в том числе по договорам с разными страховщиками) допускается превышение общей страховой суммы по всем договорам над страховой стоимостью. Однако при страховании одного и того же имущества от одинакового состава рисков у двух или нескольких страховщиков (так называемое двойное страхование) страховая сумма не может превышать действительной стоимости имущества.

При коллективном страховании или состраховании два и более страховщиков участвуют определенными долями в страховании одного и того же риска, выдавая совместный или раздельный полисы, каждый на страховую сумму в своей доле.

В том случае, когда факт двойного страхования стал известен после наступления страхового случая, страховые компании должны разделить между собой ущерб и возместить компании – первоначальному плательщику страховых выплат соответствующую часть переплаты, что осуществляется в рамках контрибуционных расчетов. Размер страховых выплат, причитающийся уплате каждым страховщиком, рассчитывается на основе страховой суммы по каждому договору (полису) страхования по принципу пропорциональности.

В некоторые страховые полисы включается контрибуционная оговорка в форме записи: «Данный полис не покрывает убытка, если есть другой договор страхования, его покрывающий» или «В случае наличия другого полиса, покрывающего ущерб, данный полис действует только на сумму превышения ущерба над оплаченной его частью».

В имущественном страховании страховые платежи уплачиваются, как правило, одновременно и называются страховыми премиями.

Следует различать страховые премии и страховые взносы. Первые уплачиваются единовременно при заключении договора (страховщик при этом как бы «премируется»). Вторые вносятся периодически: ежегодно, поквартально, ежемесячно.

Страховые премии определяются по страховым тарифам, установленным Правилами страхования для каждой группы однородных рисков и объектов страхования. При этом предусматривается дифференциация тарифов, например, в зависимости от марки (модели) автотранспортного средства, условий его хранения в ночное время (на охраняемой стоянке, в гараже) и т.д. При непрерывном заключении договоров имущественного страхования, отсутствии страховых случаев и выплат в течение срока страхования страхователю, как правило, предоставляется скидка на страховую премию по вновь заключаемому договору – обычно в размере 10% за каждый год страхования. Общий размер уменьшения уплачиваемой страховой премии устанавливается в пределах 35-50%. Кроме того, при страховании по полному пакету рисков общий страховой тариф по ним может быть уменьшен на 30-50% в целях стимулирования страхователя к полной и комплексной страховой защите имущества.

Максимальная сумма страховых выплат не должна быть выше страховой стоимости имущества, так как в имущественном страховании действует принцип запрета на обогащение. В связи с этим страхователь должен быть поставлен в такое же финансовое положение, в котором он находился при заключении договора страхования.

Страховые выплаты производятся:

– в размере суммы ущерба, если страховая сумма при заключении договора была определена в размере действительной стоимости объекта страхования – страхование по системе действительной стоимости имущества;

– пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости (в случае установления страховой суммы ниже страховой стоимости). Например, если организация застраховала свое имущество на 70% от его фактической стоимости при заключении договора, то при наступлении страхового случая возмещению подлежит ущерб также в размере 70%. Факт пропорционального страхования указывается в договоре страхования в виде специальной оговорки «эверидж». Страхование по системе пропорциональной ответственности:

– в размере ущерба, но в пределах страховой суммы. При этом весь ущерб в пределах страховой суммы (первый риск в течение срока действия договора страхования) возмещается полностью, а ущерб сверх страховой суммы (второй риск) – не компенсируется – страхование по системе первого риска;

– в размере разницы между заранее обусловленным (нормативным) и фактическим уровнем результата деятельности (дохода, урожайности и т.п.). Например, при страховании урожая сельскохозяйственными предприятиями нормативным уровнем считается средняя урожайность с одного гектара данной культуры. В условиях страхования может быть ограничена сумма возмещаемого ущерба до определенного процента, например до 70% или 80%, – страхование по системе предельной ответственности;

– в размере восстановительной стоимости имущества, его износ при этом не учитывается – страхование по системе восстановительной стоимости;

– в размере ущерба, но в пределах страховой суммы при коллективном страховании или состраховании.

Страховое возмещение выплачивается после заявления страхователя о наступлении страхового случая и на основании составленного страховщиком страхового акта. При необходимости для расследования страхового случая, составления страхового акта и урегулирования убытков могут привлекаться независимые эксперты. Наряду с основной – денежной – формой возмещения убытков применяются и другие: ремонт, замена, восстановление объекта страхования.

С целью выяснения причин наступления страхового события и его действительного соответствия условиям договора страхования, страховая компания проводит страховые расследования с привлечением специалистов по урегулированию убытков и претензий – аварийных комиссаров и сюрвейеров.

Как правило, по договорам имущественного страхования не возмещается ущерб, нанесенный вследствие событий непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств):

– воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

– военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

– гражданской войны, народных волнений, партизанских движений, забастовок;

– конфискации, реквизиции, ареста или изъятия и уничтожения имущества по решению органов государственной власти, если договором страхования не предусмотрено иное.

При заключении договора имущественного страхования, а также в страховании ответственности, страхователь может выступать в роли «сострахователя», т.е. держать на своей ответственности определенную долю риска. Личное участие страхователя в покрытии ущерба выражается через франшизу (фр. franchise – льгота, вольность), предусмотренную условиями договора страхования.

Страховая франшиза – неоплачиваемая часть ущерба, примерно соответствующая затратам страховщика на определение суммы ущерба, может быть установлена в абсолютных (денежном выражении) или относительных (в процентах от страховой суммы) величинах к страховой сумме и оценке объекта страхования. Возможна также франшиза, выраженная в процентах к ущербу. Применение франшизы призвано:

– с одной стороны, освободить страховщика от расходов, связанных с ликвидацией мелких убытков, поскольку во многих случаях такие расходы превышают сумму убытка;

– с другой стороны, заинтересовать страхователя в принятии мер по сохранности объекта страхования, ограничить случаи страхового мошенничества.

Как правило, в случае установления в договоре страхования франшизы страховщик предоставляет страхователю скидку к страховой премии.

Выделяют условную (интегральную или невычитаемую) и безусловную (эксцедентную или вычитаемую) франшизы.

При условной франшизе страховщик освобождается от ответственности за ущерб, не превышающий установленной суммы (процента) франшизы, и должен возместить ущерб полностью, если его размер больше суммы франшизы. Условная франшиза означает наличие специальной оговорки в страховом полисе. В международной практике оговорка делается в форме записи «свободно от  $x$  процентов» (где  $x$  – 1, 2, 3, 4, 5, ... процентов от страховой суммы). При  $\hat{O}_{\text{оне}} > \hat{O} \Rightarrow \hat{A} = 0$ , а при  $\hat{O}_{\text{оне}} \leq \hat{O} \Rightarrow \hat{A}$

Безусловная франшиза – освобождение страховщика от ответственности за ущерб за вычетом установленного размера франшизы в безоговорочном порядке. Специальная оговорка содержит запись «свободно от первых  $x$  процентов» (где  $x$  процентов всегда вычитаются из суммы страхового возмещения независимо от величины ущерба).

Например, если условная франшиза – 100 долл., а сумма ущерба – 90 долл., то страховое возмещение не выплачивается. Если же сумма ущерба равна 110 долл., то она полностью подлежит выплате страхователю. При безусловной франшизе из указанной суммы ущерба в 110 долл. вычитается размер франшизы, например 100 долл., и страхователю возмещается 10 долл.

К основным видам имущественного страхования относятся: страхование средств транспорта (наземного, водного, воздушного, железнодорожного), страхование имущества юридических (физических) лиц, страхование грузов, страхование риска утраты права собственности на имущество, страхование финансовых рисков, связанных с непредвиденными расходами, страхование инвестиций и др.

Расчет размеров страховых тарифов производится по основным группам страхуемых объектов, а полученные таким образом 3 базовые тарифы далее дифференцируются путем скидок (надбавок) в зависимости от уровня факторов риска для более конкретных групп.

Согласно приведенной выше формуле расчета нетто-ставки, ее основная часть рассчитывается как отношение суммы выплат по закончившимся договорам данного вида к совокупной страховой сумме по этим договорам. Такое отношение называется показателем убыточности страховой суммы. При наличии страховой статистики за несколько лет расчет тарифных ставок может осуществляться с учетом прогнозируемого уровня убыточности страховой суммы на следующий год. Такой подход предлагается во второй части Методик расчета тарифных ставок по рисковому видам страхования.

### **Контрольные вопросы**

1. В чем заключается экономическое назначение имущественного страхования?
2. Дайте классификацию имущества по видам хозяйствующих субъектов.
3. Как рассчитываются тарифы в имущественном страховании?

## Тема 8. ЛИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ

### 8.1. Классификация личного страхования

Самостоятельная отрасль отечественной страховой системы – личное страхование, объектом которого выступают имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни) и/или с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование). Виды такого страхования направлены на страховую защиту семейных (личных) доходов граждан и поддержание достигнутого ими уровня благосостояния.

Договор личного страхования может быть заключен как в отношении страховой защиты страхователя, так и третьего лица – застрахованного. Страхователями по такому страхованию могут выступать как физические, так и юридические лица, а застрахованными – только физические лица, которые могут быть дееспособными и недееспособными. Застрахованное лицо, названное в договоре личного страхования, может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого застрахованного лица и страховщика. При заключении договора личного страхования необходимо наличие страхового интереса в отношении застрахованных, которые могут иметь: работодатель – в жизни, трудоспособности и пенсионном обеспечении своих работников; кредитор – в жизни и трудоспособности должника, родственники (супруги, родители и дети), партнеры по бизнесу.

Повсеместное распространение страховых пари на жизнь известных и знатных особ в Англии в XVIII веке повлекло за собой принятие парламентом этой страны акта, известного под названием «Gambling Act», запретившего проведение страхования жизни и другие его виды, в которых страхователь не имеет страхового интереса.

Как правило, условиями договоров личного страхования предусматривается выгодоприобретатель – получатель страховой суммы на случай смерти страхователя (застрахованного лица). Выгодоприобретателем может выступать любое физическое лицо независимо от степени родства по отношению к страхователю, при этом подпись последнего обычно заверяется в нотариальном порядке. При отсутствии выгодоприобретателя договор личного страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, в случае смерти которого выгодоприобретателями признаются его наследники. При этом замена выгодоприобретателя, назначенного с согласия застрахованного, допускается лишь с согласия последнего.

Примерами конструкций договоров, в которых присутствуют и страхователь, и застрахованный, и выгодоприобретатель, могут быть следующие:

	Страхование от несчастного случая работников предприятия	Страхование на случай дожития (к совершеннолетию, для получения образования)
Страхователь	Предприятие – работодатель	Родители
Застрахованное лицо	Работники предприятия	Дети
Выгодоприобретатели (в случае смерти страхователей)	Родственники работников предприятия (либо назначенные ими третьи лица)	Дети

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

Договор личного страхования является публичным договором.

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

Условия личного страхования имеют ряд отличий от имущественного и страхования ответственности. Так, здесь страховые суммы не представляют собой стоимость нанесенных материальных убытков или ущерба, а определяются в соответствии с пожеланиями страхователя исходя из его материальных возможностей. Величины страховых сумм при этом устанавливаются в любом размере, согласованном со страховщиком.

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

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

Классификация личного страхования производится по следующим критериям.

**По форме:**

- обязательное;
- добровольное.

По объему риска – страхование:

- на случай дожития или смерти;
- на случай инвалидности или недееспособности;
- медицинских расходов.

По количеству лиц, указанных в договоре:

- индивидуальное (страхователем выступает отдельно взятое физическое лицо);
- коллективное (страхователями или застрахованными выступает группа физических лиц).

По длительности страхового обеспечения:

- краткосрочное (менее 1 года);
- среднесрочное (1–5 лет);
- долгосрочное (6–15 лет и более).

По форме выплаты страхового обеспечения:

- с единовременной выплатой страховой суммы;
- с выплатой страховой суммы в форме рентных платежей.

По форме уплаты страховых взносов:

- с уплатой единовременных взносов (премий);
- с периодической уплатой страховых взносов (ежегодных, квартальных, месячных).

**По виду:**

*1) страхование жизни:*

- на дожитие;
- на случай смерти;
- смешанное страхование жизни;
- с выплатой аннуитетов;
- пенсионное;

*медицинское страхование:*

- обязательное медицинское;
- добровольное медицинское;

*от несчастных случаев и болезней:*

- на случай смерти;
- на случай потери трудоспособности (инвалидности);
- смертельно опасных заболеваний.

В рамках этой главы далее рассматриваются два наиболее распространенных и перспективных вида: добровольное медицинское страхование и страхование от несчастных случаев.

## 8.2. Добровольное медицинское страхование

Медицинское страхование в нашей стране осуществляется в двух основных формах – обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) проводится на основе соответствующих программ и обеспечивает застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх предусмотренных программами обязательного медицинского страхования (ОМС). Сравнительная характеристика ОМС и ДМС по основным признакам приведена в табл. 3.

Таблица 3

**Сравнительная характеристика ОМС и ДМС**

Признаки сравнения	ОМС	ДМС
1	2	3
Основная цель	Обеспечение населения гарантированными объёмами медицинской помощи	Дополнение медицинской помощи сверх гарантированных объёмов
Задачи страхования	Социальные	Социальные и коммерческие
Вид страхования	Государственное социальное	Коммерческое страхование жизни
Характер охвата	Всеобщее или массовое	Индивидуальное или групповое
Страховые организации	Государственные или контролируемые государством	Различных форм собственности
Принципы возмещения	Солидарности	Эквивалентности
Правила и условия страхования	Государством, территориальной программой ОМС	Страховыми организациями, договором между страховщиком и страхователем
Плательщики страховых взносов	Страхователи-работодатели, государство (органы местной исполнительной власти)	Страхователи – юридические и физические лица

1	2	3
Источник средств	Взносы работодателей, бюджет	Личные доходы граждан, доходы работодателей
Система контроля качества	Определяется государственными органами	Устанавливается договором между субъектами страхования
Использование доходов	Только для основной деятельности – медицинского страхования	Для любой коммерческой и некоммерческой деятельности
Возможность сочетания с другими видами страхования	С ДМС	С ОМС или другими видами страхования жизни
Внешний контроль за медицинскими страховыми организациями	Фонды ОМС, орган страхового надзора	Орган страхового надзора

### Контрольные вопросы

1. Что такое личное страхование?
2. Какие виды личного страхования вы знаете?
3. Как осуществляется классификация личного страхования?
4. Предложите вариант программы добровольного медицинского страхования.

## Тема 9. СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

### 9.1. Понятие страхования ответственности

По действующему законодательству РФ объектом в страховании ответственности являются имущественные интересы страхователя, связанные с возмещением причиненного им (или другим лицом, на которое такая ответственность может быть возложена) вреда личности или имуществу физического лица, а также вреда, причиненного юридическому лицу. Этот вид страхования является частью имущественного страхования, однако присутствие в нем существенных особенностей в организации и проведении страхования обуславливает его отдельное изучение в рамках курса.

Обязанность возмещения вреда – задача гражданской ответственности, которая возникает на основании законодательства (договора) вследствие какой-либо деятельности (хозяйственной, общественной и др.) или бездеятельности страхователя либо в результате нарушения им договорных обязательств. Гражданская ответственность, которая наступает в случаях причинения вреда, не связанного с неисполнением (ненадлежащим исполнением) договорных обязательств, называется внедоговорной (или деликатной) ответственностью и определяется ст. 931 Гражданского кодекса РФ. Внедоговорная ответственность регламентируется только законом либо предписаниями иных правовых актов. По договору страхования ответственности за причинение вреда может быть застрахован риск ответственности самого страхователя или иного лица, на которое она может быть возложена.

В случаях причинения вреда, который одновременно связан и с исполнением договора, и с законодательно установленным обязательством, возникает конкуренция ответственности (конкуренция исков), например, вред причиняется потребителю продукции, что одновременно регулируется и Федеральным законом «О защите прав потребителей», и договором купли-продажи.

Договорная ответственность наступает вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения договорных обязательств и определяется ст. 932 Гражданского кодекса РФ, которая устанавливает, что «страхование риска ответственности за нарушение договора допускается в случаях, предусмотренных законом».

Запрет на страхование договорной ответственности, не предусмотренной законом, ограничивает проведение таких актуальных договоров, как страхование ответственности арендатора за невнесение арендных платежей и т.п. Гражданский кодекс РФ предусматривает страхование договорной ответственности лишь в случае заключения договора аренды.

Договор страхования договорной ответственности, по которому может быть застрахован только риск ответственности самого страхователя, заключается в пользу стороны договора, перед которой страхователь должен нести гражданскую ответственность (даже если договор заключен в пользу другого лица либо в нем не сказано, в чью пользу он заключен).

Страховым риском при страховании ответственности признается факт наступления ответственности страхователя, который может быть как установлен судебными органами, так и в добровольном порядке признан причинителем ущерба.

Если страховщик оспаривает факт наступления ответственности (либо ее размера) при признании его страхователем, то факт наступления страхового случая определяется судом, но так или иначе до принятия страховщиком определенного решения и без его согласия страхователь не имеет права признавать полностью или частично свою ответственность.

В договор страхования ответственности наряду со страхователем может быть включен также и застрахованный, что требует наличия у страхователя страхового интереса в организации защиты такой ответственности.

Страховая сумма в договоре страхования ответственности определяет предельный размер обязательств страховщика по возмещению убытков, причиненных страхователем (застрахованным лицом) третьим лицам или окружающей природной среде.

Размер страховой суммы, которая в договоре страхования ответственности устанавливает предельный размер обязательств страховщика по возмещению убытков, причиненных страхователем (застрахованным лицом) третьим лицам или окружающей природной среде, «определяется сторонами по их усмотрению», т.е. по согласованию между страховщиком и страхователем (как и в личном страховании), так как не имеет ограничений в виде страховой стоимости (как в имущественном страховании). Страховая сумма в договоре страхования ответственности, как правило, определяется в виде лимитов ответственности или предельных размеров страхового возмещения, которое будет выплачивать страховщик при наступлении страхового случая. В договорах страхования могут быть установлены: годовые лимиты ответственности, лимиты ответственности по каждому страховому случаю, сублимиты ответственности по отдельным субвидам страхования, на одного пострадавшего и др.

При страховании ответственности страховщиком осуществляются страховые выплаты в пределах расходов лица, чья ответственность застрахована, возникающих в связи с обязанностью последнего возместить причиненные им (вследствие деликта или нарушения договора) потерпевшему убытки, а также уплатить неустойку (в случае наступле-

ния договорной ответственности). Под убытками в страховании ответственности понимаются:

- расходы потерпевшего лица на восстановление его нарушенного права и стоимостная величина потерь от утраты или повреждения имущества (реальный ущерб);

- неполученные доходы, которые потерпевшее лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

К физическому ущербу относятся: смерть, инвалидность физическая и умственная, временная нетрудоспособность, затраты по уходу, моральный ущерб. Материальным ущербом считаются полное повреждение или частичное уничтожение, порча, незаконное расходование имущества или вещей.

Финансовый ущерб – это лишение будущих доходов, возможной прибыли, права пользования чем-либо и т.п. Моральный вред может заключаться в нарушении деловой репутации, авторских прав, разглашении тайны частной жизни, врачебной тайны, временном ограничении каких-либо прав и т.п.

Потерпевшим (выгодоприобретателем, получателем страховых выплат) признается третье лицо, с которым у страхователя до наступления страхового случая существовали или отсутствовали какие-либо отношения. Так, в страховании ответственности за причинение вреда будущие потерпевшие зачастую являются неизвестными страхователю.

Наряду с основными – прямыми потерпевшими, существуют и дополнительные или косвенные потерпевшие, ущерб которым уже причиняется опосредованно, через ущерб, причиненный прямым потерпевшим. Условия и порядок выдвижения претензий косвенными потерпевшими регулируются законодательством и/или договором.

Дополнительно к стандартным условиям отказа в страховой выплате, в страховании ответственности также установлено, что страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения, если ущерб был причинен страхователем умышленно или вследствие допущения им действий, не соответствующих требованиям профессиональной подготовки, или бездействия (при нарушении правил техники безопасности, финансовых обязательств и т.п.).

К блоку страхования ответственности относятся следующие основные виды страхования:

- гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств;

- гражданской ответственности перевозчика;

- гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам;

- гражданской ответственности за причинение вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг;

- гражданской ответственности предприятий – источников повышенной опасности;
- профессиональной ответственности;
- ответственности за неисполнение обязательств по договору;
- страхование ответственности судовладельцев;
- страхование ответственности перевозчиков железных дорог;
- страхование ответственности при трудовых отношениях;
- страхование ответственности за загрязнение окружающей среды.

Страхование ответственности осуществляется в добровольной и обязательной формах, к последней относятся такие виды, как страхование ответственности предприятий – источников повышенной опасности, страхование профессиональной ответственности нотариусов и др.

Страхование ответственности является самой динамичной отраслью страхования по темпам прироста страховых взносов, что связано с цивилизованностью общественных отношений, упорядочением прав и обязанностей юридических и физических лиц, возрастанием размеров, требующих компенсации убытков. Эта тенденция, очевидно, сохранится и в будущем.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте понятие страхования ответственности.
2. Кто является потерпевшим и получателем страховой выплаты по договору страхования ответственности?
3. Что означает понятие лимит ответственности?

## **Тема 10. СУЩНОСТЬ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРЕСТРАХОВАНИЯ**

Перестрахование является необходимым условием обеспечения финансовой устойчивости страховых операций и нормальной деятельности любого страхового общества. Известно, что страхование базируется на теории вероятностей и законе больших чисел. Согласно этому закону совокупное действие большого числа случайных факторов приводит при некоторых весьма общих условиях к результату, почти не зависящему от случая. Случайность проявляется как закономерность.

В большинстве случаев страховые общества не имеют возможности создать идеально сбалансированный портфель рисков, поскольку количество объектов страхования небольшое или в портфеле содержатся крупные и опасные риски, которые вносят в состав портфеля элементы диспропорции.

Кроме того, практика показывает, что любое страховое общество даже при тщательном отборе рисков при приеме их на страхование не может создать портфель полностью изолированных друг от друга объектов страхования, так как условия страхования обычно покрываются различные опасности, которым застрахованные объекты могут подвергаться одновременно при наступлении катастроф: наводнений, ураганов, землетрясений, опустошительных пожаров и т.д. Однако в связи с тем, что финансовые средства и даже все активы любого страховщика составляют лишь небольшую долю общей суммы его ответственности перед страхователями по всему портфелю застрахованных объектов, указанные катастрофы (страховые случаи) могут только значительно подорвать финансовую базу страхового общества, но и привести его к полному банкротству.

Для выравнивания страховых сумм, принятых на страхование рисков и тем самым сбалансирования страхового портфеля, приведения потенциальной ответственности по совокупной страховой сумме в соответствии с финансовыми возможностями страховщика и, следовательно, для обеспечения финансовой устойчивости страховых операций и их рентабельности, получения взаимного участия в рисках, принятых на страхование другими страховщиками, существует институт перестрахования.

Перестрахование является системой экономических отношений, в процессе которых страховщик, принимая на страхование риски, часть ответственности по ним (с учётом своих финансовых возможностей) передает на согласованных условиях другим страховщикам с целью создания сбалансированного портфеля договоров страхования, обеспечения финансовой устойчивости и рентабельности страховых операций.

Перестрахованием достигается не только защита страхового портфеля от влияния на него серии крупных страховых случаев или даже одного катастрофического случая, но и то, что оплата сумм страхового возмещения по таким случаям не ложится тяжелым бременем на одно страховое общество, а осуществляется коллективно всеми участниками.

Страховщик, принявший на страхование риск и передавший его полностью или частично в перестрахование другому страховщику, именуется перестрахователем или цедентом. Страховщик, принявший в перестрахование риски, именуется перестраховщиком. Содействие в передаче риска в перестрахование часто оказывает перестраховочный брокер. Приняв в перестрахование риск, перестраховщик может частично передать его третьему страховщику. такую операцию принято именовать ретроцессией, а перестраховщика, передающего риск в ретроцессию, – ретроцессионером.

В период научно-технического прогресса происходит колоссальная концентрация материальных ценностей и, следовательно, рост страховых сумм по большому количеству объектов страхования; растёт грузоподъемность морских судов и как результат этого – стоимость самих судов и перевозимых на них грузов, строятся заводы-гиганты, значительно увеличивается стоимость дальнемагистральных самолетов и т.п. Ни одна страховая компания не может принять на страхование подобные крупные риски, не имея твердого перестраховочного обеспечения сверх сумм, которые она будет держать на своей ответственности.

Во многих случаях страховые стоимости подлежащих страхованию рисков настолько велики (или опасны), что емкость отдельных рынков оказывается недостаточной, чтобы обеспечить их страхование в полных суммах.

Под емкостью рынка понимается общая сумма ответственности, которую страховые компании, участвующие в страховании, состраховании и перестраховании определенного риска, могут принять на себя исходя из своих финансовых возможностей. Если емкость одного рынка оказывается недостаточной для обеспечения страхования в полной сумме, риск через каналы перестрахования передается на другие рынки. В результате в страховании, особенно очень крупных или опасных рисков, принимают участие до сотни страховых компаний.

При рассмотрении вопроса о перестраховании каждая страховая компания исходит из того, что оно должно быть экономически эффективным с точки зрения достижения цели, а также учитывать стоимость перестрахования.

Под стоимостью перестрахования следует понимать не только причитающуюся перестраховщику по его доле премию, но и те расходы, которые компания будет нести по ведению дела в связи с передачей

рисков в перестрахование (оформление перестраховочных договоров, ведение карточек, учет и т.д.).

Несмотря на очевидную необходимость перестрахования с точки зрения влияния на финансовые результаты деятельности страховой компании, в нем заключено определенное противоречие. С одной стороны, перестрахование, имея задачей сбалансирование страхового портфеля, защиту его от катастрофических и крупных страховых случаев и т.д., положительно влияет на общие финансовые результаты деятельности передающей компании. С другой – перестрахование связано с передачей перестраховщикам части премии и иногда весьма значительной и, следовательно, в зависимости от результатов прохождения дела по доле перестраховщиков может ощутимо ухудшить или улучшить финансовые показатели передающей компании в определенном году (в различные годы результаты перестрахования могут складываться по-разному).

Исходя из сказанного, следует сделать вывод, что правильное определение размера перестрахования имеет важное значение для каждой страховой компании. В связи с этим определяющим фактором является так называемое собственное удержание цедента, представляющее собой экономически обоснованный уровень суммы, в пределах которой страховая компания оставляет (удерживает) на своей ответственности определенную долю рисков и передавая в перестрахование суммы, превышающие уровень. В данном случае речь идет о наиболее распространенной форме перестраховочного договора так называемой эксцедентной форме.

Наиболее правильным и экономически обоснованным, с точки зрения передающей компании, было бы установление собственного удержания по каждому страхуемому объекту (рisku). Однако при громадном количестве страхуемых рисков практически это невозможно осуществить. Кроме того, подобная практика не только значительно усложнила бы и удорожила механизм перестрахования, но и поставила перестраховщиков в положение, при котором им передавались бы в перестрахование выборочные риски и они имели бы несбалансированный и, следовательно, опасный портфель перестрахований. Поэтому лимиты собственной ответственности или собственного удержания передающая компания-цедент, как правило, устанавливает в определенной сумме, относящейся ко всем страховым рискам по одному виду страхования: суда, грузы, промышленные объекты, жилые строения и др.

Например, собственное удержание передающей компании-цедента составляет 100 млн руб. Все принятые на страхование иски в пределах этой суммы остаются у цедирующего страховщика, а сверх ее передаются в перестрахование.

Установление собственного удержания цедента в размере, который полностью соответствовал бы этим требованиям, теоретически и практи-

чески является весьма сложным делом. Действительно, если лимит собственного удержания установлен на заниженном уровне, страховая компания будет вынуждена передавать в перестрахование излишнюю часть премии, которую она могла бы потенциально сохранить при условии правильного определения лимита собственного удержания. Если, однако, лимит собственного удержания окажется слишком высоким, это может благоприятно сказаться на результатах прохождения дела по собственному удержанию. Как показывает практика, сравнительно оптимальный вариант лимита собственного удержания может быть установлен на базе данных за период 5–10 лет и при определенной стабильности состава страхового портфеля. Существует множество теорий и практических рекомендаций по установлению лимитов собственного удержания. Однако эти теории и рекомендации носят общий характер и, естественно, не могут учитывать специфических условий деятельности конкретных компаний, которые, если и руководствуются ими, то подходят к ним критически.

Рассмотрим ряд факторов, которые при правильном их сочетании должны служить основой определения лимитов собственного удержания.

– Средняя убыточность по страхуемым рискам или видам страхования, по которым устанавливаются лимиты собственного удержания. При этом принимается во внимание не только количество и частота страховых случаев, но и возможный размер ущерба, который может быть причинен застрахованному объекту в результате одного страхового случая, т.е. определяется, может ли при наступлении такого случая объект страхования быть полностью уничтожен или при любых обстоятельствах ущерб не превысит определенного размера, скажем, не более 50 или 75% страховой суммы объекта, что именуется опустошительностью, а в практике иностранного страхования – максимально возможным убытком.

– Объем премии. Чем больше объем премии при незначительном отклонении от общего количества рисков, тем выше может быть лимит собственного удержания.

– Средняя доходность, или прибыльность, операций по соответствующему виду страхования. Чем прибыльнее операции, тем выше устанавливается лимит собственного удержания.

– Территориальное распределение застрахованных объектов. Чем больше застрахованных объектов сосредоточено в одной зоне, тем ниже устанавливается лимит собственного удержания.

– Размер расходов по ведению дела. Если расходы по ведению дела по определенному виду страхования являются слишком высокими, страховая компания стремится к установлению лимитов собственного удержания на таком уровне, чтобы часть этих расходов была переложена на перестраховщиков или покрыта за счет комиссионного вознаграждения, удерживаемого передающей компанией в свою пользу по рискам, переданным в перестрахование сверх собственного удержания.

Одним из важных факторов являются подготовленность и опыт андеррайтеров – специалистов, непосредственно занимающихся приемом рисков в перестрахование. Если андеррайтер имеет опыт при отборе рисков, умеет оценить степень риска, подверженность его страховым опасностям, максимально возможный убыток и установить адекватную ставку премии при определении лимитов собственного удержания, это существенно влияет на их размеры.

Перестрахование может быть только следствием страхований, но начало ответственности страховщика и перестраховщика обязательно должно совпадать по времени.

Начало ответственности перестраховщика совпадает с началом действия договора. Однако ответственность перестраховщика распространяется не только на договоры страхования, заключенные: после начала действия перестраховочного договора, но и на все действующие договоры страхования, заключенные до начала вступления в силу перестраховочного договора, премия по которым уже, получена страховщиком. Сумма премии, причитающаяся в таких случаях перестраховщику, должна быть рассчитана пропорционально времени и сумме принятой им на себя ответственности.

Прежде всего необходимо проследить возможное распределение страхований или рисков во времени. Наиболее простым является случай, когда портфель страхований состоит из рисков, застрахованных на годичный срок и ответственность по ним равномерно распределяется в течение года. Если число страхований достаточно велико и они заключены более или менее равномерно, то и суммы премии, поступающей каждый день, месяц и квартал, будут сравнительно одинаковыми, а даты окончания ответственности по этим страхованиям в следующем году совпадут с датами начала ответственности по ним в текущем году.

Таким образом, если в первом квартале получено премии 200 млн руб. по страхованиям, по которым общая сумма ответственности, или страховая сумма, остается неизменной в течение года, то при пропорциональном распределении суммы премии на каждый квартал будет приходиться 50 млн руб., а с течением времени и пропорционально ему условно сократится вероятность наступления страхового случая или потенциальная ответственность по действующим страхованиям, что схематически в расчете на квартал можно представить следующим образом:

Первый год				Второй год
I кв.	II кв.	III кв.	IV кв.	I кв.
25	50	50	50	25

Таким образом, если финансовый год страховой компании оканчивается 31 декабря и на эту дату закрываются книги учета, то по страхованиям, заключенным в первом квартале текущего года, на следующий год переходят  $1/8$  потенциальной ответственности и соответствующая доля премии. Следовательно, потенциальная ответственность как бы снижается на  $7/8$  и такой же размер премии условно можно рассматривать как не связанный с ответственностью. Такую премию принято называть заработанной премией.

### **Контрольные вопросы**

1. Какова экономическая сущность страхования?
2. Какую роль играет перестрахование в повышении финансовой устойчивости страховых операций?
3. В чем состоит содержание активного и пассивного перестрахования?
4. Каковы различия пропорционального и непропорционального перестрахования?

# Тема 11. ФИНАНСОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ И ФИНАНСОВАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ

## 11.1. Платежеспособность страховой организации

Платежеспособность как способность хозяйствующего субъекта своевременно выполнить принятые на себя обязательства является важной характеристикой финансового состояния организации.

Страховая организация имеет как внешние финансовые обязательства (страховые и нестраховые), так и внутренние (перед собственниками, сотрудниками и т.д.). Главная роль, безусловно, принадлежит страховым обязательствам, поскольку через них реализуется страховая защита полисодержателей и по своему объему они значительно превышают все иные обязательства страховщика.

В основе страховой услуги лежит категория страхового риска, что предполагает неопределенность оценки объема обязательств страховщика в каждый момент времени.

На объем страховых обязательств оказывают влияние величина и структура страхового портфеля компании, система перестраховочной защиты, конъюнктура рынка и т.п.

Для безусловного выполнения страховщиком денежных обязательств, обусловленных законом или договором, страховая организация должна иметь так называемую «маржу платежеспособности», т.е. превышение активов над обязательствами.

По своему экономическому содержанию маржа платежеспособности – это финансовая гарантия выполнения обязательств, которая дополняет гарантии страховые: адекватные обязательствам страховщика страховой тариф и страховые резервы. Финансовой гарантией платежеспособности признан собственный капитал страховой организации.

Согласно принятому в странах ЕС порядку платежеспособность страховой организации оценивается путем сравнения фактического резерва платежеспособности с расчетной величиной, нормативным размером.

Концепция Европейского сообщества о платежеспособности страховых организаций согласно Первой координационной Директиве Совета ЕС по видам страхования иным, чем страхование жизни, от 24 июля 1973 г. обязывает каждую страховую организацию иметь:

1. Технические резервы, соответствующие принятым по договорам обязательствам. Объем этих резервов и правила их размещения определяются страной-участницей самостоятельно.

2. Резерв (маржа) платежеспособности как дополнительную финансовую гарантию. Резерв должен быть свободен от каких бы то ни было

обязательств. В Директиве отмечается, что с целью определения взятых обязательств на основе объективных критериев, ставящих в равные, с точки зрения конкуренции, условия страховые предприятия одинакового размера, необходимо предусмотреть, чтобы этот резерв соответствовал общему объёму сделок предприятия и определялся согласно двум индексам надёжности, основанным в одном случае на поступивших премиях, в другом – на выплаченных страховых суммах.

3. Гарантийный фонд, состоящий из свободного от обязательств имущества в объёме до 1/3 резерва платежеспособности. Этот фонд создаётся для того, чтобы резерв платежеспособности не мог в процессе деятельности опуститься ниже порога, представляющего опасность для финансовой устойчивости страховой организации.

Этот фонд необходим также для того, чтобы с момента создания страховые организации располагали достаточными средствами.

Рассмотрим расчёт резерва платежеспособности по методике, принятой в странах ЕС.

Для этого необходимо вначале рассчитать фактический резерв платежеспособности, затем требуемый (нормативный) уровень. Превышение фактического резерва платежеспособности над нормативным означает наличие у страховой организации определённого «запаса прочности» и свидетельствует о финансовой устойчивости страховщика.

В директиве ЕС резерв платежеспособности определяется как имущество, свободное от любых будущих обязательств, за исключением прав требования его участников (акционеров).

Он включает в себя:

- оплаченный уставный капитал;
- резервы, не связанные обязательствами;
- будущую прибыль;
- по просьбе страховщика и после достаточного обоснования, с согласия органов страхового надзора, – доходы от недооценки отдельных статей пассива.

Нормативный размер резерва платежеспособности равен наибольшему из следующих двух результатов:

– Первый рассчитывается на основе поступивших взносов. Брутто-премия по прямым договорам страхования, увеличенная на сумму премий по рискам, принятым в перестрахование по видам страхования иным, чем страхование жизни, распределяется на две части: 10 млн евро и вся оставшаяся часть. От первой части необходимо взять 18%, от второй – 16%, и полученные величины сложить. В настоящее время рассматривается предложение повысить часть страховых премий, от которой в целях исчисления маржи берётся 16%, до 50 млн евро. Данное решение приведёт к серьёзному повышению нормативного размера

маржи платежеспособности, что может отразиться на мелких и средних страховых компаниях.

Полученный итог умножается на отношение между суммой страховых выплат отчётного года за вычетом полученной доли возмещения от перестраховщиков и брутто величиной страховых выплат. Это отношение не может быть менее 0,5. Если фактический расчёт дал результат меньше, чем 0,5, то для исчисления нормативного размера принимается коэффициент 0,5.

– Второй результат рассчитывается на основе объёма страховых выплат по прямым договорам, а также по рискам, принятым в перестрахование и ретроцессию по видам страхования иным, чем страхование жизни, скорректированные на изменение резервов убытков, складываются за три последних года, и итог делится на три. Выделяется часть этой суммы в размере 7 млн евро и оставшаяся часть. От первой необходимости взять 26%, от второй – 23%, и полученные величины сложить (аналогично показателю, рассчитываемому на базе страховых премий, в расчёт данного показателя также предполагается внести изменения – нижний уровень убытков, от которых берётся 26%, поднять до 35 млн евро).

Полученный итог умножается на отношение между суммой страховых выплат отчётного года за вычетом полученной доли возмещения от перестраховщиков и брутто – величиной страховых выплат. Это отношение не может быть менее 0,5. Если фактический расчёт дал результат меньше, чем 0,5, то для исчисления нормативного размера принимается коэффициент 0,5.

Эта методика легла в основу Положения о порядке расчёта страховщиками нормативного соотношения активов и принятых ими страховых обязательств, утверждённого приказом Министерства финансов Российской Федерации от 2 ноября 2001 г. № 90н.

Под нормативным соотношением между активами страховщика и принятыми им страховыми обязательствами (далее – нормативный размер маржи платежеспособности) понимается величина, в пределах которой страховщик, исходя из специфики заключённых договоров и объёма принятых страховых обязательств, должен обладать собственным капиталом, свободным от любых будущих обязательств, за исключением прав требования учредителей, уменьшенным на величину нематериальных активов и дебиторской задолженности, сроки погашения которой истекли (далее – фактический размер маржи платежеспособности).

Расчёт маржи платежеспособности производится на основании данных бухгалтерского учёта и отчётности страховщика.

Фактический размер маржи платежеспособности страховщика рассчитывается как сумма:

- уставного (складочного) капитала;

- добавочного капитала;
- резервного капитала;
- нераспределённой прибыли отчётного года и прошлых лет; уменьшенная на сумму:
- непокрытых убытков отчётного года и прошлых лет;
- задолженности акционеров (участников) по взносам в уставный (складочный) капитал;
- собственных акций, выкупленных у акционеров;
- нематериальных активов;
- дебиторской задолженности, сроки погашения которой истекли.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика по страхованию жизни равен произведению 5% резерва по страхованию жизни на поправочный коэффициент.

Поправочный коэффициент определяется как отношение резерва по страхованию жизни за минусом доли перестраховщиков в резерве по страхованию жизни к величине указанного резерва.

В случае, если поправочный коэффициент меньше 0,85, в целях расчёта он принимается равным 0,85.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика иному, чем страхование жизни, рассчитывается на основании данных о страховых премиях (взнос) и о страховых выплатах по договорам страхования (основным договорам), сострахования и по договорам, принятым в перестрахование, относящимся к страхованию иному, чем страхование жизни (далее – договоры страхования, сострахования и договоры, принятые в перестрахование).

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика по страхованию иному, чем страхование жизни, равен наибольшему из следующих двух показателей, умноженному на поправочный коэффициент.

Первый показатель – показатель, рассчитываемый на основе страховых премий (взносов). Расчётным периодом для вычисления данного показателя является год (12 месяцев), предшествующий отчётной дате.

Первый показатель равен 16% от суммы страховых премий (взносов), начисленных по договорам страхования, страхования и договорам, принятым в перестрахование, за расчётный период, уменьшенной на сумму:

- страховых премий (взносов), возвращённых страхователям (перестрахователям) в связи с расторжением (изменением условий) договором страхования, сострахования и договором, принятым в перестрахование, за расчётный период;

- отчислений от страховых премий (взносов) по договорам страхования, сострахования в резерв предупредительных мероприятий за расчётный период;

– других отчислений от страховых премий (взносов) по договорам страхования, сострахования в случаях, предусмотренных в случаях, предусмотренных действующим законодательством, за расчётный период.

Второй показатель – показатель, рассчитываемый на основе страховых выплат. Расчётным периодом для вычисления данного показателя являются 3 года (36 месяцев), предшествующих отчётной дате.

Второй показатель равен 23% от одной трети суммы:

– страховых выплат, фактически произведённых по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за минусом сумм поступлений, связанных с реализацией перешедшего к страховщику права требования, которое страхователь (застрахованный, выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещённые в результате страхования, за расчётный период;

– изменения резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за расчётный период.

Расчетным периодом для вычисления поправочного коэффициента является год (12 месяцев), предшествующий отчётной дате.

Поправочный коэффициент определяется как отношение суммы:

– страховых выплат, фактически произведенных по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за минусом начисленной доли перестраховщиков в страховых выплатах за расчетный период;

– изменение резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за минусом изменения доли перестраховщиков в указанных резервах за расчетный период;

к сумме (не исключая перестраховщиков):

– страховых выплат, фактически произведенных по договорам страхования, сострахования и начисленных по договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период;

– изменения резерва заявленных, но не урегулированных убытков, и резерва и произошедших, но не заявленных убытков, по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, за расчетный период.

При отсутствии в расчетном периоде страховых выплат по договорам страхования, сострахования и договорам, принятым в перестрахование, поправочный коэффициент принимается равным 1.

В случае, если поправочный коэффициент меньше 0,5, то в целях расчета он принимается равным 0,5, если больше 1 – равным 1.

Нормативный размер маржи платежеспособности страховщика, осуществляющего страхование жизни и страхование иное, чем страхование жизни, определяется путем сложения нормативного размера маржи платежеспособности по страхованию жизни и нормативного размера маржи платежеспособности по страхованию иному, чем страхование жизни.

Если нормативный размер маржи платежеспособности страховщика меньше минимальной величины уставного (складочного) капитала, установленной законодательством Российской Федерации, то за нормативный размер маржи платежеспособности страховщика принимается законодательно установленная минимальная величина уставного (складочного) капитала.

Расчет соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности производится страховщиком ежеквартально.

Фактический размер маржи платежеспособности страховщика.

В случае, если на конец отчетного года фактический размер маржи платежеспособности страховщика превышает нормативный размер маржи платежеспособности менее чем на 30%, страховщик представляет для согласования в Министерство финансов Российской Федерации в составе годовой бухгалтерской отчетности план оздоровления финансового положения.

План оздоровления финансового положения должен включать мероприятия, обеспечивающие соблюдение соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности на конец каждого финансового года, в течение которых планируется его реализация.

В плане указываются конкретные мероприятия, способствующие стабилизации финансового положения, с указанием срока проведения мероприятия и суммы дохода (экономии), планируемого к получению от данного мероприятия. К плану оздоровления финансового положения прикладывается расчет планируемого на конец каждого финансового года, в течение которых предполагается реализация плана, соотношения между фактическим и нормативным размерами маржи платежеспособности. При составлении плана приоритет должен отдаваться мероприятиям, приводящим к оздоровлению финансового положения страховщика в максимально сжатые сроки.

В плане оздоровления финансового положения может быть предусмотрено изменение размера уставного капитала, расширение перестраховочных операций, изменение тарифной политики, сокращение дебиторской и кредиторской задолженности, изменение структуры активов,

а также применение других способов поддержания платежеспособности, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

Платежеспособность представляет собой важнейший качественный показатель страховой организации: способен страховщик рассчитать по принятым страховым обязательствам или нет. В процессе страховой деятельности возникает ряд факторов, оказывающих влияние на эту способность, которые можно подразделить на технические, инвестиционные и бизнес-риски.

В группу технических рисков включаются риски, связанные с «техникой» страхования, проведением страховых операций. Можно выделить риск недостаточности тарифов, риск отклонения фактической убыточности от расчетного значения, риск неверной оценки (недооценки) страховых резервов, риск перестрахования, риск операционных расходов, кумулятивный и катастрофический риски.

Инвестиционные риски связаны с инвестиционной активностью страховщика. Поскольку основная часть инвестиционных активов – это активы, принимаемые в покрытие страховых резервов, то при формировании инвестиционного портфеля страховщик должен соблюдать принципы возвратности, доходности, ликвидности и диверсификации. Однако и соблюдение вышеназванных принципов не в полной мере гарантирует сохранение стоимости активов. К числу инвестиционных рисков можно отнести риск неверной оценки активов, риск обеспечения активов во время нахождения на балансе страховщика, риск недостаточной ликвидации активов, риск несоответствия активов по доходности и срокам погашения структуре страховых обязательств по тем же характеристикам, риск использования производных финансовых инструментов (деривативов) риск доходности активов, покрывающих резервы по страхованию жизни (получение доходов ниже расчетного уровня, заложенного в страховой тариф).

## **11.2. Состав и назначение страховых резервов**

Понятие страховых резервов определено в Законе Российской Федерации «Об организации страхового дела в РФ». Статья 26 гласит: «Для обеспечения принятых страховых обязательств страховщики в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации, образуют из полученных страховых взносов необходимые для предстоящих страховых выплат страховые резервы по личному страхованию, имущественному страхованию и страхованию ответственности...».

Наличие в составе обязательств страховщика специальных страховых резервов определяется особым характером страховых отношений. Основываясь на теории страхового фонда как объема финансовых ре-

сурсов, необходимых страховщику для исполнения страховых обязательств, можно сказать, что размер страховых резервов соответствует объему необходимого страхового фонда.

Деятельность страховых организаций отличается инверсия «производственного цикла» – продажа страхового полиса является не завершением процесса оказания страховой услуги, а его началом. Этот процесс будет продолжаться в течение всего периода действия договора страхования, и окончательные расходы по договору определятся либо по окончании срока действия договора (при безубыточном прохождении), либо после завершения процедуры урегулирования страховой претензии.

Страховые резервы являются финансовой гарантией выполнения страховщиком своих обязательств перед страхователем, и в этом смысле страховые резервы отражают сумму «отложенных» страховых выплат на конкретную дату.

Учитывая предназначение страховых резервов, отчисления на их формирование исключаются из налогооблагаемой базы страховщика.

В экономическом смысле страховые резервы – это средства не страховщиков, а страхователей (однако не конкретного страхователя, а замкнутой совокупности страхователей, участвовавших своими денежными взносами в формировании страхового фонда), и предназначены для осуществления страховых выплат согласно обязательствам по неисполненным или неоконченным на отчетную дату договорам страхования. Величина страховых резервов должна полностью покрывать суммы предстоящих выплат по договорам страхования и перестрахования (по рискам, принятым в перестрахование). Определение их размеров является результатом тщательного анализа операций страховщика, результаты и надежность которого в значительной степени гарантируют страховщика от возможного банкротства.

Из вышесказанного можно было бы сделать вывод о том, что чем больше размер страховых резервов страховой организации, тем она надежнее и финансово устойчивее. Это не так. Сам размер страховых резервов еще ни о чем не говорит, поскольку резервы по своему характеру прежде всего являются кредиторской задолженностью страховщика. Их увеличение означает рост обязательств. Аналогично снижение объемов страховых резервов или их отсутствие в балансе страховщика (при соблюдении всех необходимых условий и требований к их расчету) означает лишь то, что на отчетную дату он рассчитался по всем имеющимся у него обязательствам.

Таким образом, понятие достаточности страховых резервов означает их соответствие по размеру и структуре принятым страховщиком страховых обязательств на дату расчета.

В обязательном порядке страховые резервы рассчитываются на отчетную дату, перед составлением бухгалтерской отчетности, но в принципе могут быть рассчитаны на любую календарную дату.

Страховые резервы представляют собой оценку неисполненных страховых обязательств на дату расчета. Определение основных принципов формирования страховых резервов – компетенция органа страхового надзора. Страховщик разрабатывает конкретные методы оценки, применяемые им в зависимости от структуры страхового портфеля и характера рисков.

По общему правилу, расчет резервов производится отдельно по каждому договору страхования, однако органом государственного страхового надзора может быть в определенных случаях разрешено применение статистических методов оценки страховых резервов.

Как определено в ст. 56 Директивы ЕС Об отчетности страховых организаций, размер технических резервов должен быть достаточным для исполнения страховой организацией любых обязательств по договорам страхования, насколько их можно реально предвидеть. Указывается, что следует избегать как недостаточного резервирования, так и намеренного формирования резервов с избытком.

Англоязычное обозначение страховых технических резервов – «technical provision», что еще раз подчеркивает их предназначенность для обеспечения страховых выплат.

Принципы оценки страховых резервов по договорам страхования жизни и по договорам страхования иным, чем страхование жизни, существенно различаются в силу принципиальных отличий страховых рисков, методологии расчета тарифных ставок, характера исполнения отличий страховых рисков, методологии расчета тарифных ставок, характера исполнения страховых обязательств.

Страховые резервы по договорам страхования иным, чем страхование жизни, включают в себя:

- резервы премий,
- резервы убытков,
- стабилизационные резервы.

Различные группы резервов имеют разные предпосылки к их формированию.

Необходимость формирования резервов премий вытекает из срочного характера обязательств страховщика по страховым выплатам: договор страхования вступает в силу после оплаты страховой премии или первого его взноса. С этого момента начинается ответственность страховщика по страховым выплатам, которая истекает по окончании срока действия договора или после прекращения договора. Отсюда: уплаченная страховая премия (первый ее взнос) не может быть признана в полном объеме доходом страховщика. Часть премии должна

быть зарезервирована под будущие страховые выплаты в той доле, которая соответствует характеру страхового риска. В составе резервов премий могут быть выделены резерв незаработанной премии («provision for unearned premium») и резерв неистекших рисков («provision for unexpired risks»).

Резерв незаработанной премии представляет собой часть страховой брутто-премии, относящейся к периоду действия договора страхования, выходящему за пределы отчетного периода. В качестве базы расчета резерва незаработанной премии принимается базовая страховая премия, которая определяется вычитанием из страховой брутто-премии начисленного вознаграждения за исключение договора страхования и отчислений, предусмотренных в составе нагрузки в структуре страхового тарифа (например, отчислений в резерв предупредительных мероприятий, в фонд пожарной безопасности и т.п.).

Для расчета резерва незаработанной премии может быть использован как метод «от договора к договору», иначе называемый метод «pro rata temporis», так и статистические методы, как, например, пропорциональный метод, или метод «неизменной ставки». Расчет резерва незаработанной премии отдельно по каждому договору более трудоемок, однако он дает и более точные результаты. При его применении незаработанная премия по каждому договору определяется в размере части базовой премии, приходящейся на неистекший срок действия договора.

Незаработанная премия определяется как произведение принятой для расчета базовой страховой премии на отношение неистекшего срока действия договора страхования (в днях) на отчетную дату ко всему сроку действия договора страхования (в днях):

$$\hat{\Pi}_i = \hat{\alpha}_i \frac{n_i - m_i}{n_i},$$

где  $\hat{\Pi}_i$  – незаработанная премия по  $i$ -му договору,

$\hat{\alpha}_i$  – базовая страховая премия по  $i$ -му договору,

$n_i$  – срок действия  $i$ -го договора в днях,

$m_i$  – число дней с момента вступления  $i$ -го договора в силу до отчетной даты.

Пусть, например, брутто-премия по договору страхования, сроком действия с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2002 г., составляет 1000 ден. ед.; вознаграждение, начисленное страховому посреднику за заключение договора, – 150 ден. ед. Тогда размер незаработанной премии на 30 июня 2002 г. составит:

$$\text{НП} = (1000 - 150) / [(365 - 181)/365] = 428,5 \text{ ден. ед.}$$

В вышеприведенном расчете:

365 – срок действия договора страхования (в днях);

181 – число дней, прошедшее со дня вступления договора страхования в силу до отчетной даты;

$(365 - 181)$  – неистекший срок действия договора страхования.

По методу «неизменной ставки» незаработанная премия определяется умножением базовой премии по виду страхования или группе договоров на определенный процент. Например, при страховании риска убытков от предпринимательской деятельности из-за нарушения своих обязательств контрагентами предпринимателя (предпринимательский риск) страховое событие может наступить только в конце срока действия договора страхования (который, как правило, принимается равным сроку предпринимательского договора), поэтому целесообразно применять для расчета резерва незаработанной премии «неизменную ставку», равную 100%.

При применении пропорциональных методов договоры страхования группируются по срокам действия и месяцу (кварталу) вступления в силу. Незаработанная премия определяется умножением сумм базовой премии по каждой группе договоров на коэффициенты, отражающие неистекший период действия договоров страхования, входящих в данную группу.

К числу пропорциональных методов относится метод «одной двадцать четвертой», «одной двенадцатой», «одной восьмой» и т.п.

Применение пропорционального метода проиллюстрируем на примере метода «одной восьмой». Для этого в одну группу объединяют договоры сроком действия один год (четыре квартала) и условно принимают, что страховая премия, начисленная по этим договорам в отчетном квартале, начислена 15 числа второго месяца квартала. Тогда незаработанная премия на последний день квартала равна  $7/8$  суммы базовой премии по всем договорам, входящим в группу. В следующем квартале незаработанная премия равна  $5/8$  суммы базовой премии, затем  $3/8$  и в последнем квартале –  $1/8$ .

Для краткосрочных договоров страхования (страхование грузов, страхование путешественников и т.п.) срок действия договора принимается равным одному кварталу, и незаработанная премия равна  $1/2$  суммы базовой страховой премии по всем договорам, включенным в группу.

Формирование резерва неистекших рисков российским законодательством не установлено. Однако статьями 26 и 58 Директивы ЕС по отчетности страховых организаций определено, что этот резерв рассчитывается на основе убытков и административных расходов, могущих возникнуть после окончания финансового года по договорам страхования, заключенным до отчетной даты, если их размер может превысить сумму резерва незаработанной премии и дебиторской задолженности

страхователей по этим договорам страхования. Национальным законодательством может быть разрешено добавление резерва неистекших рисков к резерву незаработанной премии.

Если часть риска по договору страхования была передана в перестрахование, страховщик рассчитывает долю перестраховщиков в страховых резервах. В резерве незаработанной премии она может быть рассчитана пропорционально отношению премии, переданной в перестрахование, за вычетом полученного вознаграждения по договору перестрахования к базовой страховой премии по данному договору страхования.

К числу резервов убытков («provision for claims outstanding») относятся резерв заявленных, но не урегулированных убытков и резерв произошедших, но не заявленных убытков. Необходимость формирования резервов убытков определяется тем обстоятельством, что между моментом наступления страхового события и датой фактической оплаты убытков всегда лежит промежуток времени, необходимый для урегулирования страховой претензии (изучения причин наступления события, оценки размера убытков и т.п.). Если начальная и конечная точки этого временного отрезка относятся к разным отчетным периодам, то страховщик для обеспечения исполнения страховых обязательств по произошедшим страховым событиям формирует специальные страховые резервы, резервы убытков. Несмотря на предпосылки принципы, применяемые при оценке названных видов резервов убытков, различны.

Расчет резерва заявленных, но не урегулированных убытков производится по каждой неурегулированной претензии, и его размер определяется в суммарном размере не урегулированных на дату расчета обязательств страховщика, увеличенном на сумму расходов и урегулированную убытков в размере 3% от суммы неурегулированных претензий. Таким образом, основанием для расчета резерва заявленных, но не урегулированных убытков является поступившее в компанию заявление о страховом событии, зафиксированное в Журнале учета убытков.

Доля перестраховщиков в резерве заявленных, но не урегулированных убытков определяется в размере доли ответственности перестраховщика, подлежащей возмещению в соответствии с условиями договора перестрахования. Это означает, что по пропорциональным договорам перестрахования (квотным и договорам эксцедента суммы) доля перестраховщика на резерве заявленных, но не урегулированных убытков определяется пропорционально переданной доле ответственности. Например, если заключен договор квотного перестрахования и в перестрахование передано 40% ответственности, то доля перестраховщика в резерве заявленных, но не урегулированных убытков по каждому из таких договоров составит 40% от брутто-резерва, сформированного прямым страховщиком. В том случае, если риск перестрахован по договору не-

пропорционального перестрахования (эксцедента убытка или эксцедента убыточности), то доля перестраховщика в резерве заявленных убытков формируется только по тем договорам, заявленный размер убытка, по которым превышает приоритет (собственное удержание страховщика, и в том размере, в котором в соответствии с условиями договора перестрахования перестраховщик будет участвовать в страховой выплате. Например, если заключен договор перестрахования на базе эксцедента убытка с приоритетом страховщика 100 000 денежных единиц, то по убыткам, заявленный размер которых меньше 100 000, доля перестраховщика не начисляется; а если заявленный размер убытка выше 100 000 денежных единиц, то доля перестраховщика в резерве заявленных, но не урегулированных убытков формируется в сумме, превышающей 100 000, но не выше лимита ответственности перестраховщика.

Резерв произошедших, но не заявленных убытков («incurred but not reported reserve») формируется для обеспечения исполнения страховых обязательств в связи со страховыми случаями, о факте наступления которых не было заявлено страховщику на отчетную дату. Этот резерв определяется на основе страховой статистики за ряд лет о количестве страховых событий, их разрушительности, продолжительности периода от наступления страхового события до его урегулирования (период развития убытка). Исчисляются относительные показатели, характеризующие долю неоплаченных убытков от заработной премии отчетного периода (заработанная премия представляет собой страховую премию, начисленную в отчетном периоде, скорректированную на изменение резерва незаработанной премии за данный период) по каждой группе договоров или виду страхования. Резерв произошедших, но не заявленных убытков отчетного периода равен произведению заработной премии отчетного периода на полученный показатель. При отсутствии достоверной статистики об оплаченных убытках для расчета резерва произошедших, но не заявленных убытков может использоваться метод «постоянной ставки». Например, в Российской Федерации резерв произошедших, но не заявленных убытков продолжительное время исчислялся в размере 10% от базовой страховой премии отчетного квартала и трех кварталов, предшествующих отчетному. Доля перестраховщиков в резерве произошедших, но не заявленных убытков определяется в порядке, аналогичном для расчета доли перестраховщиков в резерве незаработанной премии.

Стабилизационный резерв («equalization provision») предназначен для выравнивания колебаний убыточности страховой суммы или обеспечения исполнения обязательств по определенным рискам (имеющим низкую частотность, но высокую разрушительность). Накапливаясь в благоприятные для страховщика годы, он становится источником осуществления страховых выплат при превышении фактической убыточно-

сти над расчетной величиной или реализации страхового риска, требующего крупномасштабной страховой выплаты. В российском законодательстве стабилизационные резервы обозначаются как резерв колебаний убыточности и резерв катастроф.

Страхование жизни представляет собой совокупность видов личного страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в случаях дожития застрахованного до установленного срока, возраста или наступлении в его жизни определенного события либо смерти застрахованного. Страховая выплата может быть произведена одновременно либо производиться периодически, в форме аннуитетов. Расчет тарифных ставок производится на основании таблиц смертности, и при расчете учитывается норма доходности по инвестициям временно свободных средств резервов по страхованию жизни. Предполагаемый инвестиционный доход, который получит страховщик в течение длительного срока действия договора страхования жизни, заранее закладывается в цену страховой услуги, и на его размер уменьшается (дисконтируется) страховая премия. Это означает, что страховщик должен формировать страховые резервы по страхованию жизни (как оценку неисполненных страховых обязательств) с учетом инвестиционного дохода, включенного в расчет тарифной ставки. В России в настоящее время отсутствуют общеустановленные правила формирования страховых резервов по договорам страхования жизни, поэтому страховые организации самостоятельно разрабатывают методику оценки страховых резервов, закрепляя ее в Положении о порядке формирования страховых резервов по страхованию жизни. При отсутствии в компании специального положения органом страхового надзора рекомендована следующая формула:

$$\mathcal{D}\mathcal{A} = \mathcal{D}\mathcal{A}_t \frac{100 + 0,25_{xi}}{100} + \mathcal{I} \frac{100 + 0,125_{xi}}{100} - \hat{A},$$

где  $\mathcal{D}\mathcal{A}$  – размер резерва по страхованию жизни на отчетную дату;

$\mathcal{D}\mathcal{A}_t$  – размер резерва по страхованию жизни на начало отчетного периода;

$\mathcal{P}_n$  – страховая нетто-премия по страхованию жизни, поступившая (начисленная) за отчетный период;

$i$  – годовая норма доходности в процентах, учтенная при расчете страхового тарифа;

$B$  – сумма страховых выплат по страхованию жизни и выкупных сумм, выплаченных за отчетный период.

В зарубежной практике резервы по страхованию жизни рассчитываются, как определено Директивой ЕС по отчетности страховых организаций, «признанными актуарными методами». Директива не содержит ясных определений, какие же методы являются признанными, ос-

тавляя это в компетенции органов страхового надзора стран-членов ЕС. Третья координационная Директива Европейского Союза по страхованию жизни «Единая лицензия» (Directive 92/96/EEC) установила основные принципы, которым должны удовлетворять применяемые методы:

- резерв должен быть рассчитан с применением достаточно «благо-разумных» актуарных расчетов, основанных на ожидаемых событиях, в основе которых лежит предполагаемый объем будущих премий и учитывается объем обязательств по каждому существующему договору, включая сумму гарантированных выплат, бонусы, вознаграждения посредникам, иные расходы по договорам страхования;

- ретроспективный подход или подход, основанный на прошедших событиях, может использоваться, только если метод, основанный на будущих событиях, нельзя применить для конкретного договора; недостатком ретроспективного подхода является его базирование на прошлых событиях, без учета информации о будущих премиях и выплатах;

- осторожная оценка предполагает включение определенной надбавки для учета влияния неблагоприятных факторов, т.е. прогноз должен быть не самый оптимистичный;

- применяемый метод оценки должен быть связан с методами, применяемыми для оценки активов, покрывающих резервы;

- резервы по страхованию жизни должны быть рассчитаны на индивидуальной основе, т.е. по каждому договору, но использование приближений и обобщений допускается, когда получаемый результат приблизительно равен показателям индивидуальных расчетов. Установлено, что резерв для покрытия некоторых общих рисков может рассчитываться с использованием приблизительных показателей, т.к. это было бы затруднительно сделать на основе индивидуального полиса;

- резерв по страхованию жизни всегда должен быть не ниже выкупной стоимости, гарантированной при расторжении договора.

Произвольные изменения и дополнения не должны вноситься в расчет резерва в течение года. Расчет должен производиться таким образом, чтобы можно было определить метод распределения прибыли на протяжении действия каждого договора.

В экономике страховой организации важную роль играет инвестиционная деятельность. Аккумулируя денежные средства, страховщики их инвестируют в различного рода активы (ценные бумаги, банковские вклады и депозиты, недвижимость и т.п.), получая при этом инвестиционный доход.

Источниками инвестиций страховой организации являются собственные средства страховщика и привлеченные ресурсы, среди которых особым образом выделяются средства страхователей, материализованные в форме страховых резервов. Поскольку страховые резервы формируются страховщиком для обеспечения выплат страхователям при на-

ступлении страхового события, орган государственного страхового надзора (в целях защиты прав интересов страхователей и застрахованных лиц) регулирует и контролирует состав и структуру активов, покрывающие резервы. Требования государства состоят в том, что в покрытие страховых резервов принимаются не любые активы, а только часть из них, называемые: «разрешенными активами». Общая стоимость активов, принимаемых в покрытие страховых резервов, должна быть не менее суммарной величины страховых резервов.

Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 22 февраля 1999 г.; № 16н были утверждены Правила размещения страховщиками страховых резервов.

Установлено, что активы, принимаемые в покрытие страховых резервов, должны удовлетворять условиям диверсификации, возвратности, прибыльности и ликвидности.

В покрытие страховых резервов принимаются следующие виды активов:

- 1) государственные ценные бумаги Российской Федерации;
- 2) государственные ценные бумаги субъектов Российской Федерации;
- 3) муниципальные ценные бумаги;
- 4) векселя банков;
- 5) акции;
- 6) облигации, кроме относящихся к пунктам 1) – 3);
- 7) жилищные сертификаты, кроме относящихся к пунктам 1) – 3);
- 8) инвестиционные паи паевых инвестиционных фондов;
- 9) банковские вклады (депозиты), в том числе удостоверенные депозитными сертификатами;
- 10) сертификаты долевого участия в общих фондах банковского управления;
- 11) доли в уставном капитале обществ с ограниченной ответственностью и вклады в уставный капитал товариществ на вере;
- 12) недвижимое имущество;
- 13) доля перестраховщиков в страховых резервах;
- 14) депо премий по рискам, принятым в перестрахование;
- 15) дебиторская задолженность страхователей, перестраховщиков, перестрахователей, страховщиков и страховых посредников;
- 16) денежная наличность;
- 17) денежные средства на счетах в банках;
- 18) иностранная валюта на счетах в банках;
- 19) слитки золота и серебра;
- 20) недвижимое имущество, за исключением отдельных квартир, а также подлежащих государственной регистрации воздушных и морских судов, судов внутреннего плавания и космических объектов.

В покрытие страховых резервов не принимаются акции, вклады и доли в уставном капитале страховщиков.

Активы, принимаемые в покрытие страховых резервов, не могут служить предметом залога или источником уплаты кредиторам денежных сумм по обязательствам гаранта (поручителя).

Государство предъявляет жесткие требования к качеству активов, покрывающих страховые резервы. Так, вклады (депозиты) могут производиться в банки, имеющие лицензию на осуществление банковских операций; ценные бумаги должны пройти государственную регистрацию; проспект эмиссии паевых инвестиционных фондов зарегистрирован ФКЦБ. В покрытие страховых резервов принимается дебиторская задолженность, платежи по которой ожидаются в течение трех месяцев; доля в страховых резервах перестраховщиков, являющихся резидентами РФ и имеющих лицензию на проведение страховой деятельности не являющихся резидентами РФ, но имеющих представительство на территории РФ.

Для соблюдения принципа диверсификации установлены определенные структурные соотношения активов и резервов, одна часть которых носит сочетательный характер, например, стоимость государственных ценных бумаг субъектов РФ и муниципальных бумаг не должна превышать 30% суммарной величины страховых резервов, а другая имеет своей целью ограничить вложения страховщика в один объект, например, максимальная стоимость одного объекта недвижимости не должна превышать 10% от суммарной величины страховых резервов.

Такая система регулятивных мер в достаточной степени адекватна европейским требованиям к размещению активов, покрывающих страховые резервы.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте понятие страховым резервам страховщика и объясните порядок их формирования.
2. Назовите разрешенные формы активов, покрывающих страховые резервы страховой компании.
3. Дайте понятие финансовой устойчивости и платежеспособности страховой компании.
4. Назовите основные показатели финансовой устойчивости страховой компании.

# СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

## Нормативная литература

Об организации страхового дела в РФ: Федеральный закон от 27.11.1992. – №4015-1 (ред. 10.12.2003. – № 172-ФЗ).

Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992. – № 4015-1(с изменениями и дополнениями).

Приказ Минфина РФ от 22 марта 1999. – № 16н «Правила размещения страховых резервов».

Положение о порядке расчета страховщиками нормативного соотношения активов и принятых ими страховых обязательств: Приказ Минфина РФ от 02.11.2001. – № 90н.

Приказ Минфина РФ от 2 ноября 2001. – № 90н «Положение о порядке расчета страховщиками нормативного соотношения активов и принятых ими страховых обязательств».

Приказ Минфина РФ от 11 июня 2002. – № 51н «Правила расчета страховых резервов».

## Основная литература

Правила формирования страховых резервов по страхованию, иному чем страхованию жизни: Приказ Минфина РФ от 11.06.2002. – №51н (ред. 23.06.2003. – №54н).

Правила размещения страховщиками страховых резервов: Приказ Минфина РФ от 22.02.1999. – №16н (ред. 18.08.2003. – №76н).

Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учебник. – М.: «Финансы и статистика», 2004. – 352 с.

Гварлиани Т.Е., Балакирева В.Ю. Денежные потоки в страховании: Учебник. – М.: «Финансы и статистика», 2003. – 336 с.

Теория и практика страхования: Учебное пособие. – М.: Анкил, 2003. – 704 с.

Жеребко А.Е. Совершенствование финансового менеджмента рискованных видов страхования. – М.: Анкил, 2003. – 128 с.

Сербиновский Б.Ю., Гарькуша В.Н., Страховое дело: Учебник. – Ростов-н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.

Ахвледиани Ю. Т. Имущественное страхование. – М.: Юнити, 2002. – 286 с.

Балабанов И.Т. Финансовый менеджмент. – М.: Финансы и статистика, 2004. – 137 с.

Гварлиани Т.Е., Балакирева В.Ю. Денежные потоки в страховании. – М.: «Финансы и статистика», 2004. – 202 с.

Сухов В.А. Государственное регулирование финансовой устойчивости страховщиков. – М.: Анкил, 2002. – 112 с.

Теория и практика страхования: Учебное пособие / Под общей ред. Турбиной К.Е. – М.: Анкил, 2003.– С. 224–231.

### **Дополнительная литература**

Материалы сайта [www.dask.com.ru](http://www.dask.com.ru)

Баутов А.Н. Фондовый рынок: контуры 2005 года // Страховое дело 2005. № 1. С. 2–9.

Корнилов И.Г. Опыт формирования бюджетов страховых компаний // Страховое дело. 2004. № 12. С. 25–29.

Вернов В.В. Страхование путешественников. Тематический обзор // Обзор страхового рынка. 2005. № 2. С. 27–29.

Калинин Р.И. Ипотечное страхование. Тематический обзор // Обзор страхового рынка. 2002. № 11. С. 27–30.

Калинин Р.И. Страховщики предлагают страхование ответственности за невозврат кредита. 2004. № 10. С. 54–56.

## СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ

**Аварийный комиссар** – лицо или фирма, занимающиеся установлением причин, обстоятельств и размера убытка по застрахованным грузам.

**Агент страховой** – физическое или юридическое лицо, имеющее договор со страховщиками и ведущее страховую деятельность от его имени и по его поручению.

**Агентское вознаграждение** – оплата услуг агента за выполнение им соответствующих обязанностей (поручений) в интересах и от имени принципала в соответствии с условиями агентского соглашения (договора-поручения), заключенного между ними.

**Аддендум** – 1) дополнение, поправка или приложение к документу, например к договору; 2) в страховании: дополнение к договорам страхования или перестрахования.

**Аквизитор** – сотрудник страховой компании, в обязанности которого входит привлечение (аквизиция) новых и возобновление прекративших свое действие договоров добровольного страхования.

**Акт страховой** – документ с указанием места, времени, причин страхового случая, размеров ущерба и т.п., при необходимости содержащий заключения экспертов и других компетентных органов.

**Андеррайтер** – лицо, уполномоченное страховой компанией анализировать, принимать на страхование (перестрахование) и отклонять все виды рисков, а также классифицировать выбранные риски для получения по ним оптимальной страховой премии.

**Ассистанс** – перечень услуг, помощь (поддержка) в рамках договора страхования.

**Бонус-малус** – 1) система скидок к базисной тарифной ставке, с помощью которой страховщик уменьшает страховую премию (на срок не менее одного года), если в отношении объекта страхования не наблюдалось реализации страхового риска; 2) система надбавок к базисной тарифной ставке, если в отношении объекта страхования обнаружилась реализация страхового риска.

**Бордеро** – в страховании перечень принятых на страхование и подлежащих перестрахованию рисков с указанием страховой суммы, срока и причитающейся премии.

**Брутто-ставка** – полная тарифная ставка страховой премии без каких-либо скидок и вычетов.

**Вероятность страхового случая** – количественная характеристика возможности наступления событий, при которых выплачивается страховое возмещение (обеспечение).

**Взаимное страхование** – форма страхования, при которой страхователь одновременно является страховщиком.

**Возмещение убытка** – полное или частичное возмещение страховщиком страхователю ущерба, который последний понес в результате причин, покрытых страхованием.

**Выгодоприобретатель** –лицо, указанное в договоре страхования, в пользу которого оно заключено.

**Государственный страховой надзор** – федеральный орган исполнительной власти, на который возложена функция контроля за соблюдением требований законодательства и иных правовых актов в сфере страхования.

**Добровольное страхование** – форма страхования, осуществляемая на основе договора.

**Договор перестрахования** – соглашение между страховыми компаниями, согласно которому одна компания (перестрахователь) обязуется передать, а другая (перестраховщик) обязуется принять риск в перестрахование.

**Договор страхования** – соглашение между страхователем и страховщиком, регламентирующее их взаимные обязательства в соответствии с условиями данного вида страхования.

**Застрахованный** –лицо, участвующее в личном страховании.

**Заявление страхователя** – письменный документ о желании заключить договор страхования или информация о наступлении страхового случая.

**Имущественное страхование** – отрасль страхования, в которой его объектом являются имущественные интересы.

**Комиссионные** – вознаграждение, выплачиваемое агенту, брокеру или страховщику-цеденту за заключение договора страхования.

**Коэффициент убыточности** – в страховании отношение размера страхового возмещения, оплаченного или подлежащего оплате, к заработной страховой премии.

**Личное страхование** – отрасль страхования, в которой его объектом являются имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением человека.

**Маркетинг страховой** – одна из главных функций деятельности страховой компании по продвижению ее продуктов к страхователям.

**Нагрузка** – часть страхового тарифа, не связанная с формированием фонда выплат страхового возмещения.

**Накопительное страхование** – вид долгосрочного страхования жизни, по которому страховая сумма выплачивается страхователю при дожитии им до указанного срока или, в случае смерти застрахованного, его наследникам.

**Нетто-ставка** – основная часть брутто-ставки, предназначенная для формирования ресурсов страховщика для выплаты страхового возмещения (страховой суммы).

**Обязательное страхование** – форма страхования, при которой отношения между страхователем и страховщиком возникают в силу действующего законодательства.

**Перестрахование** – система экономических отношений, в соответствии с которой страховщик, принимая на страхование риски, часть ответственности по ним (с учетом своих финансовых возможностей) передает на согласованных условиях другим страховщикам (перестраховщикам) с целью создания по возможности сбалансированного страхового портфеля, обеспечения финансовой устойчивости и рентабельности страховых операций.

**Перестраховщик** – страховщик, принимающий на себя определенную часть обязательств другого страховщика по осуществлению страховой выплаты.

**Полис** – письменный документ установленного образца, выдаваемый страховщиком страхователю в удостоверение заключенного договора и содержащий его условия.

**Пул страховой** – объединение страховых компаний на основе договора (соглашения) для совместного страхования от определенных видов риска.

**Регресс** – право страховщика на предъявление претензий к третьей стороне, виновной в наступлении страхового случая с целью получения возмещения за причиненный ущерб.

**Резервы страховые** – фонды, образуемые страховыми компаниями для обеспечения гарантий выплат страховых возмещений.

**Риск-менеджмент** – процесс управления риском.

**Самострахование** – создание собственных страховых фондов для покрытия страховых случаев в противоположность покупке страхового полиса.

**Страхование** – система отношений, связанная с защитой имущественных интересов физических и юридических лиц специализированными организациями – страховыми компаниями – за счет формируемого из взносов страхователей страхового фонда.

**Страхование жизни** – вид личного страхования.

**Тантьема** – комиссия с прибыли.

**Ущерб** – потери страхователя в материальной форме в результате наступления страхового случая.

**Франшиза** – определенная часть убытков страхователя, не подлежащая возмещению страховщиком в соответствии с условиями страхования.

**Цедент** – страховщик, принявший на страхование риск и передавший его частично в перестрахование.