МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Кафедра економіки та фінансів

Факультет № 6

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Страховий менеджмент»
обов'язкових компонент
освітньої програми другого (магістерського) рівня вищої освіти
072 Фінанси, банківська справа та страхування (Фінансова безпека та фінансові розслідування)

за темою – Урегулювання страхових претензій

м. Харків
2018

ЗАТВЕРДЖЕНО
Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 20 вересня № 9

СХВАЛЕНО
Вченою радою факультету № 6
Протокол від 19 вересня № 8

ПОГОДЖЕНО
Секцією науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 20 вересня № 8

Розглянуто на засіданні кафедри економіки та фінансів факультету № 6 ХНУВС, протокол від 10 вересня № 14

Розробники: завідувач кафедри економіки та фінансів, к.е.н., доцент Маковоз О.С. – Харків: кафедра економіки та фінансів факультету № 6 ХНУВС, 2018

Рецензенти:
к.е.н., доцент, доцент кафедри обліку та оподаткування ХННІ ДВНЗ «Університет банківської справи» Бєляєва Л.А.;
д.е.н., доцент, професор кафедри соціальних та економічних дисциплін факультету № 2 Харківського національного університету внутрішніх справ Ларіна Т.Ф.

План лекції

7.1 Процедура та етапи врегулювання страхових претензій. Дії сторін договору в разі настання страхового випадку. Експертиза страхового випадку.

7.2 Порядок та строки урегулювання збитків. Розрахунок і документальне оформлення страхової виплати. Особливості страхових виплат за договорами страхування життя. Особливості врегулювання страхових претензій під час надання послуг асистансу.

7.3 Сутність управління страховими виплатами. Інструменти зменшення витрат на страхові виплати. Відмова у страховій виплаті та її оскарження.

7.4 Оформлення регресних позовів до осіб винних у скоєнні страхових випадків. Контрибуція в сфері страхування. Заходи протидії шахрайству у страхуванні.

7.5 Служба врегулювання претензій: завдання та місце в страховій компанії. Роль служби безпеки у врегулюванні страхових претензій.

Рекомендована література

1. Благун, І.Г. Соціальне страхування: навч. посіб./І.Г. Благун, Ю.М. Кушнірчук.– Львів : Львів ДУВС, 2012.– 260 с.
2. Внукова, Н.М. Соціальне страхування: навч. посіб.: рекомендовано МОН України/Н.М. Внукова, Н.В. Кузьминчук.– Київ: Кондор, 2006.– 348 с.
3. Говорушко, Т.А. Страхові послуги : навч. посібник / Т.А. Говорушко.– К. : Центр учб. літ., 2008.– 344 с.
4. Жабинець, О.Й./Страхування : навч. посібник : Рекомендовано МОН України / О.Й. Жабинець, І.В. Цюпко, Л.М. Томаневич.– Львів: ЛьвДУВС, 2010.– 260 с.
5. Мних, М.В. Страхування в Україні: сучасна теорія і практика: підручник / М.В. Мних.– К. : Знання України, 2007.– 284 с.
6. Роль страхування у забезпеченні економічної безпеки: монографія/О.А. Бурбело, С.В. Єськов, С.М. Андросов, О.М. Заєць.– Луганськ : РВВ ЛДУВС ім. Е.О. Дідоренка, 2011.– 176 с. –
7. Семенова, К.Г.Договір перестрахування: проблеми теорії та практики : монографія / К.Г. Семенова.– Х. : Формат Плюс, 2009.– 240 с.
8. Страхування: підручник: Затверджено МОН України/В.Д. Базилевич, О.Ф. Філонюк, К.С. Базилевич та ін.– К. : Знання, 2008.– 1019 с.
9. Страхування: практикум : навч. посіб. : Рекомендовано МОН України/В.Д. Базилевич, Р.В. Пікус, К.С. Базилевич та ін.– К. : Знання, 2011.– 608 с.
10. Чернявський, С.С. Протидія шахрайству у сфері страхування

автотранспорту: навч. посіб.: рекомендовано МОН України/С.С. Чернявський, В.Г. Гриценко, І.В. Іщук.– Київ: Хай-Тек Прес, 2011.– 184 с.

11. Яворська, Т.В. Страхові послуги: навч. посіб.: Рекомендовано МОН України/Т.В. Яворська.– К.: Знання, 2008.– 350 с.

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

7.1. Процедура та етапи врегулювання страхових претензій. Дії сторін договору в разі настання страхового випадку. Експертиза страхового випадку.

Страхова претензія – вимога страхувальника (вигодонабувача) про відшкодування страховиком збитку, спричиненого випадком,що передбачає перелік страхових подій у договорі страхування. Подання заяви про настання с. випадку входить до обов`язків страхувальника. Страхова компанія посилає спеціаліста на місце події для складання **страхового акту** (це вже обов`язок страховика), в якому зазначається:

– дата страхової події

– зміст страхової події

– обсяг ушкоджень

– вжиті страхувальником заходи щодо запобігання розповсюдження наслідків страхової події

– перелік майна, що знищене або ушкоджене.

На підставі страхового акту страхова компанія вирішує питання щодо сплати страхового відшкодування.

Порядок виплати відшкодування регулюється статтею 24 ЗУ «Про страхування», в ній визначається, що виплата проводиться згідно з договором страхування, або законодавством, на підставі заяви страхувальника (його представника) або 3-х осіб, визначених у договорі страхування, і страхового акту (аварійного сертифікату), який складається страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) у формі, визначеній страховиком.

Розмір страхової виплати практично завжди знаходиться у межах страхової суми за договором страхування. Страхова сума визначає **ліміт відповідальності страховика перед страхувальником**.

Більшість заяв щодо виплати задовольнялася досить швидко, але інколи бувають **суперечки між сторонами стосовно розмірів відшкодування і строків сплати** цих відшкодувань. Зазвичай у договорі (полісі) заздалегідь обумовлюються шляхи вирішення цих суперечок. Останньою інстанцією є суд або арбітраж, і його рішення є остаточним. Страховик має право відмовити у виплаті страхувальнику, підстави відмови перелічені в ст. 25 ЗУ «Про страхування».

Підставами відмови є:

1. Навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку.

2. Вчинення страхувальником навмисного злочину, що призвів до страхового випадку.

3. Подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об`єкт страхування.

4. Отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні.

5. Несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважної причини, або створення перешкод страховику у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у виплаті.

Рішення про відмову у виплаті приймаються страховиком у терміни, передбачені у правилах страхування, і повідомляється страхувальнику в обов`язково письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови. При повному виконанні зобов`язань щодо виплати, тобто у повному обсязі страхової суми, договір страхування вважається вичерпаним, його дія припиняється.

При сплаті відшкодування у розмірі певної частки від с. суми договір страхування вважається чинним у обсязі, який = різниці між страховою сумою і сплаченим відшкодуванням.

У разі настання страхового випадку страхувальник повинен в обумовлений строк оповістити страхову компанію про випадок. Страхувальником складається заява у письмовій формі про страховий випадок.

Страхова організація повинна надіслати свого експерта (аварійного комісара) на місце події. Експерт страховика складає аварійний сертифікат (страховий акт). Крім зазначених документів, страховик має право вимагати від страхувальника медичні довідки, довідки з банку, пожежних органів, міліції.

Виплата проводиться страховиком в обумовлений термін (10 днів після надання всіх документів) і за кожен прострочений день страхова компанія несе майнову відповідальність. Після виплати відшкодування до страховика переходять всі права щодо застрахованого об’єкта (принцип регресу).

Якщо є спірні питання про факт, розмір або строк виплати, то страхувальник має право звернутися до суду.

Дії страховика щодо розслідування характеру і розмірів збитків.

Перед виплатою відшкодування страховик повинен перевірити, що:

- договір страхування був в силі на момент настання страхової події (сплата внесків є обов’язковою),

- особа, яка заявляє про претензії, є страхувальником або його представником,

- саме цей об’єкт був прийнятий на страхування і він був на місці страхування,

- страхувальник вжив всіх необхідних заходів для зменшення своїх витрат,

- до даного страхового випадку не можна застосувати ніяких винятків,

- страхувальник правильно визначив і заявив розмір збитків.

Експертиза страхового випадку проводиться на підставі комплекту документів, що підтверджують факт ушкодження здоров'я застрахованого внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання і представлених у виконавчий орган страховика :

а) повідомлення про страховий випадок, акту розслідування нещасного випадку на виробництві за формою Н- 1 або акту розслідування професійного захворювання, висновки центру професійної патології і інших матеріалів, що характеризують умови праці застрахованого, його посадовий і функціональний обов'язок і так далі;

б) документів, що підтверджують, що потерпілий був застрахованим по цьому виду страхування (наявність трудового договору, цивільно-правового договору при обов'язковій сплаті страхувальником страхових внесків);

в) документів, що підтверджують тимчасову непрацездатність застрахованого з вказівкою діагнозу (шифру);

г) документів, що підтверджують стійку втрату професійної працездатності застрахованого або його смерть, з вказівкою причини смерті;

д) інших документів, необхідних, на думку виконавчого органу страховика, для кваліфікації ушкодження здоров'я як страхового випадку.

Експертиза проводиться в терміни, встановлені виконавчим органом страховика, але не більше ніж в 10-денний термін з моменту отримання повного комплекту необхідних документів для підтвердження або виключення страхового характеру випадку.

При проведенні експертизи страхового випадку фахівцям виконавчого органу страховика необхідно встановити:

- факт реєстрації страхувальника по обов'язковому соціальному страхуванню від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань;

- чи є потерпілий застрахованим по обов'язковому соціальному страхуванню від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань;

- чи виконував застрахований трудові обов'язки у момент отримання їм ушкодження здоров'я;

- причинно-слідчий зв'язок отриманого ушкодження здоров'я застрахованого з умовами його виробничої діяльності, а також шкідливими і небезпечними виробничими чинниками;

- відповідність виду і тяжкості ушкодження здоров'я застрахованого (встановленого медичною установою) термінам тимчасової непрацездатності;

- обґрунтованість напряму застрахованого в органи МСЕ для встановлення втрати стійкої професійної працездатності (на підставі якого документу встановлена втрата професійної працездатності);

- підтвердження права на призначення забезпечення по страхуванню у осіб, що придбали це право у зв'язку із смертю застрахованого.

У разі недостатньої ясності і повноти, а також недостовірності відомостей, що містяться в документах, виконавчі органи страховика мають право перевіряти інформацію по страхових випадках в організаціях будь-якої організаційно-правової форми власності, а також взаємодіяти з державною інспекцією праці, органами виконавчої влади по праці, установами медико-соціальної експертизи, установами охорони здоров'я і іншими органами і організаціями для з'ясування цих питань.

7.2 Порядок та строки урегулювання збитків. Розрахунок і документальне оформлення страхової виплати. Особливості страхових виплат за договорами страхування життя. Особливості врегулювання страхових претензій під час надання послуг асистансу.

У разі настання страхового випадку страхувальник повинен повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з моменту настання страхового випадку, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування; при страхуванні непрацездатності – рік.

Відшкодування підлягає виплаті після того, як цілком будуть встановлені причини та розмір нанесеного збитку. Після виплати страхового відшкодування страхова сума зменшується на розмір сплаченого страхового відшкодування. Зменшення страхової суми настає з дати сплати страхового відшкодування. Розмір страхового відшкодування не повинний в цілому перевищувати страхову суму (ліміту відповідальності) і розмір дійсних збитків, що виникли внаслідок настання страхового випадку. Страхувальник зобов'язаний надати страховику всі необхідні документи, що мають відношення до страхового випадку для визначення розміру збитку. Документами, необхідними для виплати страхового відшкодування є:

1) Заява про настання страхового випадку (страхова претензія);

2) Договір (поліс, страхове свідоцтво);

3) Документи компетентних органів, що мають відношення до страхового випадку (довідка лікувального закладу, довідка МСЕК (медико-соціальної експертизи) про інвалідність, Управління пожежної охорони, Міністерства з питань надзвичайних ситуацій України, метеорологічних служб, органів РАГС про смерть);

4) документи, що завіряють особу (у особистому страхуванні);

5) Виписка з кримінальної справи стосовно факту страхового випадку у разі, якщо доведено причетність до цього сторонніх осіб або якщо відкрита кримінальна справа стосовно факту страхового випадку;

6) перелік знищеного, пошкодженого майна з зазначенням його балансової або ринкової вартості (у разі страхування майна, відповідальності);

7) копія рішення суду, які мають відношення до цього страхового випадку;

8) інші документи, обумовлені Договором страхування. Терміни, в які подаються зазначені документи, варіюються залежно від правил страхування страховика, якщо інше не передбачено договором. Виплата страхового відшкодування здійснюється у термін 15 днів з моменту прийняття рішення щодо виплати страхового відшкодування.

Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування є:

1) навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3) подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

4) отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;

5) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

6) інші випадки, передбачені законодавством України. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови. Відмову страховика у страховій виплаті може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку. Негативний фінансовий стан страховика не є підставою для відмови у виплаті страхових сум (їх частин) або страхового відшкодування страхувальнику.

При отриманні страховиком заяви про випадок від страхувальника, страховик повинен отримати документальні та інші відомості про випадок.

Надання інформації страхувальником про місце, обставини та причини настання страхового випадку, про винних осіб у настанні цієї події, про стан об'єкта страхування після випадку, здійснюється письмово у вигляді заяви (повідомлення про випадок).

Структура «Повідомлення про випадок» містить:

- прізвище заявника, реквізити, адресу, контактні телефони;
- дату та час настання події, що має ознаки страхової;
- характеристики об'єкта страхування;
- опис випадку;
- дані про учасників або свідків події;
- дані про державні компетентні органи, що зафіксували подію або розслідують її.

Розмір збитків визначається на підставі висновку експертів. Алгоритм розміру збитків має специфічні

особливості. Наприклад, у майновому страхуванні розмір збитків визначається у випадку:

—повного знищення або втрати майна - у розмірі його вартості, не враховуючи вартості залишків, придатних до подальшого використання,

—пошкодження майна — у розмірі витрат на його відновлення;

На розмір страхового відшкодування впливають такі фактори:

— страхова сума;
— реальна вартість об'єкта;
— наявність пропорційного відшкодування;
— розмір амортизаційного (фізичного) зносу об'єкта;
— розмір франшизи;
— статус франшизи (умовна / безумовна);
— статус ризику (перший / другий);
— страхування додаткових витрат, пов'язаних з ліквідацією наслідків аварії,стихії, катаклізму;
— курси валют на момент обчислення збитку.

Форми страхових виплат:

1) перерахування належних коштів на рахунок страхувальника (застрахованого) або вигодонабувача;

2) оплата рахунків відповідних підприємств за ремонт пошкодженого страхового об'єкта;

3) відновлення об'єкта;

4) заміна знищеного, пошкодженого або викраденого предмета на новий відповідник.

Страхування життя передбачає відповідальність страхової компанії в разі смерті страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування або дожиття до певного обумовленого в договорі строку. Крім того, в

договорі страхування додатково може бути обумовлена відповідальність страховика і при дожитті застрахованої особи до певної події, наприклад одруження, народження дитини, а також у разі втрати нею здоров'я від нещасного випадку.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Характерною ознакою договорів страхування життя є обов'язкове збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік. **Страхова виплата** - грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку. Страхові виплати за договором страхування життя здійснюються в розмірі страхової суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у договорі страхування сум (ануїтету). Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між страховиком та страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством. **Викупна сума** - грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування та розраховується математично на день припинення дії Договору страхування, залежно від періоду, протягом якого діяв Договір. Договором страхування життя також може бути передбачено збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються страховиком один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь страхувальника у прибутках страховика). Прийняті страховиком додаткові страхові зобов'язання повідомляються страхувальникові письмово і не можуть бути у подальшому збільшені в односторонньому порядку.

У разі несплати страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, передбачені правилами та договором страхування життя, таким договором може бути передбачено право страховика в односторонньому порядку зменшити (редукувати) розмір страхової суми та (або) страхових виплат – **редукована страхова сума.**

Договором страхування життя може бути передбачено індексацією (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру страхової суми та (або) страхових виплат протягом дії договору страхування життя за умови відповідної індексації (зміни) розміру страхового платежу (страхового внеску, страхової премії). Порядок та умови індексації визначаються правилами та договором страхування.

Страхові виплати за договорами особистого страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

Розмір страхової суми визначається договором страхування або чинним законодавством під час укладання договору страхування чи в разі його зміни. Якщо з настанням страхового випадку передбачаються послідовні довічні страхові виплати, у договорі страхування визначається розмір таких послідовних довічних страхових виплат, а страхова сума з цими випадками не встановлюється.

В 50 - 60-х рр. минулого сторіччя виникла ідея організувати для страхувальників (застрахованих) при страхуванні (автомобільному, медичному, туристичному тощо) сервісну частину, де усі видатки за надання відповідної допомоги відшкодовувала б страхова компанія. В першу чергу це стосувалося подорожуючих (у відрядженнях і туристів). Ідея виявилася продуктивною, кількість виїжджаючих у світі постійно зростала і сформувався попит на нову послугу, яка стала називатися «аси станс»- вид

підприємницької діяльності щодо надання технічної, медичної, сервісної, правової та фінансової допомоги фізичним і юридичним особам.

В європейських країнах асистанс виділено в окремий напрямок страхування. В Україні цей вид страхування окремо не виділено, проте здійснюється як комбінований в рамках різних видів (медичного, автомобільного, страхування туристів тощо).

Врегулювання претензій в рамках асистанс-послуги відрізняється від інших видів страхування тим, що надання послуги передує проведенню розслідування та компенсації збитків. Отже, в даному випадку за якість розслідування і правомірність страхової виплати відповідають в першу чергу ті компанії, які надають послуги. Потім страхова претензія врегульовується між ними та страховиками, які виписували страховий поліс. Специфіка послуги обумовила особливості бізнес-процесу.

Бізнес-процес врегулювання збитків за участі асистанс-компанії можна представити так:

1- етап - при настанні страхового випадку страхувальник (застрахований) або уповноважена ним особа телефонує в службу асистанс-компанії, номер якої прописаний в полісі страхування. При цьому повідомляється інформація: номер договору, строк, термін дії, програма, страхова сума, інші дані.

2- етап - одержавши повідомлення, оператор асистанс-центру повинен упевнитися в наявності у заявника страхового захисту, а в окремих випадках одержати додаткове повідомлення від страховика, який видавав поліс. Після підтвердження проводиться подальший комплекс дій.

3- етап - залежно від характеру страхового випадку, на місце події спрямовується допомога.

4- етап - за надані послуги виставляється рахунок, який оброблюється і фіксується асистанс-компанією.

5- етап - оператор асистанс-центру складає страховий акт, в даному випадку документ, що підтверджує проведену роботу, який затверджується

страховиком. У ньому зазначається сума, що підлягає оплаті установам, які надали послуги та асистанс компанії. В цьому документі надається уся інформація про страховий випадок і надану допомогу, а саме: рахунки установ, які надавали послуги; інформація про використані матеріали; експертна оцінка отриманих пошкоджень та/або завданих збитків. При необхідності до страхового акту асистанс-центр може до давати експертний висновок у рамках своєї компетенції на запитання страховика по окремих питаннях врегулювання страхового випадку.

6- етап - представник асистанс-центру підписує акт про надані послуги в страхувальника, а в деяких випадках у постачальника послуг.

7- етап - усі документи передаються страховику.

8- етап - оператором асистанс-центру проводиться архівація документів про страховий випадок і надані послуги.

9- етап - страховик здійснює оплату рахунку за послуги асистанс-центру. Дуже часто страховики вносять заздалегідь певну передоплату (депозит) за послуги асистуючої компанії. Сума такого депозиту може залежати від кількості проданих страховиком полісів або суми отриманих страхових премій. При необхідності страховик може здійснювати контроль за ціною послуг. Якщо за результатами контролю виникають спірні питання, то вона виносяться на розгляд суду.

В перспективі асистанс-послуги можуть набирати поширення - наприклад, зараз і закордоном, і в Україні набирає поширення так званий «домашній аси станс», коли страхова компанія оплачує за договором послуги установ, які здійснюють терміновий ремонт житлових приміщень, які були пошкоджені внаслідок раптових несприятливих подій, обумовлених в договорі страхування.

7.3 Сутність управління страховими виплатами. Інструменти зменшення витрат на страхові виплати. Відмова у страховій виплаті та її оскарження.

Свою основну функцію - виконання зобов'язань по страхових виплатах - страхова організація в першу чергу реалізує за рахунок сформованих на її рівні страхових резервів.

Страховий резерв страхової організації - це фонд, що утворюється нею за рахунок отриманих страхових внесків і призначений для виконання прийнятих страхових зобов'язань в порядку і на умовах, передбачених як існуючим законодавством, гак і укладеним договором страхування.

Від того, наскільки правильно розраховуються страхові резерви, як враховують вони невиконані або виконані неповністю зобов'язання, залежить фінансова стійкість страхової компанії, її платоспроможність, можливість виконати прийняті перед страхувальниками зобов'язання по страхових виплатах.

У світовій практиці виділяють страхові резерви: а) зі страхування життя - резерв внесків (для накопичувальних видів страхування), і б) страхові резерви по страхуванню іншому, ніж страхування життя (для ризикових видів страхування).

Характерною особливістю договорів зі страхування життя є те, що в загальному випадку вони можуть передбачати покриття двох видів ризику - ризику смерті і ризику дожиття. За ризиком смерті страховик виконує свої зобов'язання в тому випадку, якщо протягом обумовленого умовами договору терміну станеться страховий випадок - смерть. За ризику дожиття страховик виконує свої зобов'язання в тому випадку, якщо застрахований доживе до обумовленого умовами договору моментів часу - терміну закінчення договору, певного віку, дати чергової виплати пенсії тощо.

Договори страхування життя покривають тільки два види ризиків - ризик смерті і ризик дожиття.

Так як смерть може настати в будь-який час, то за цим ризиком, точно так само як і за ризиком, покривала будь-яким ризиковим видом страхування, страховику можуть знадобитися кошти на страхову виплату в будь-який момент часу. Розмір же потреби в коштах на страхову виплату за ризиком дожиття за договорами страхування життя цілком прогнозований - про настання виплати в певний момент часу страховик може знати з певною ймовірністю. Це дає йому можливість частину страхового внеску, відповідальну ризику дожиття, розміщувати в активи для отримання інвестиційного доходу. При цьому певну частину отриманого інвестиційного доходу він може обіцяти вигодонабувачу.

Прогнозованість страхових виплат за ризиком дожиття дає можливість страховику частина страхового внеску, відповідальну цьому ризику, розміщувати в активи для отримання інвестиційного доходу, частина якого він "обіцяє" страхувальнику.

Залежно від можливості надання страхувальнику інвестиційного доходу і термінів страхування всі договори умовно діляться на дві групи - договори за накопичувальними і по ризикових видах страхування.

Розрахунок тарифних ставок і резервів за накопичувальними видами страхування проводиться на основі актуарних методів, що використовують таблицю смертності та норму прибутковості по інвестуванню тимчасово вільних коштів. У структуру страхового внеску (у структуру його нетто-премії) для цих видів договорів по ризику дожиття включається накопичувальний (ощадний) внесок, який накопичується, тобто зростає за рахунок його капіталізації.

Накопичувальні види страхування (страхування життя) - види страхування, договори за якими укладаються, як правило, на строк не менше одного року, що передбачають покриття ризику смерті і ризику дожиття, а також забезпечують страхувальнику за ризиком дожиття інвестиційний дохід.

Накопичена за договором страхування життя сума залежить, по-перше, від розміру самого накопичувального внеску, який у свою чергу пов'язаний зі страховою сумою, яка виплачується за ризиком дожиття, по-друге, від норми прибутковості, тобто темпу капіталізації, і, по-третє, від терміну та умов дії договору страхування. Для страхувальника зростання накопичення в резерві внесків йде за правилом складного відсотка, якщо інше в договорі не обмовляється особливо. Зауважимо, що в залежності від прийнятих схем накопичення правила формування резерву внесків (резервів із страхування життя) можуть бути різними.

Договори по ризикових видах страхування охоплюють будь-які ризики, передбачають тільки їх покриття і не включають капіталізацію внеску, тобто »не обіцяють" страхувальникові отримання інвестиційного доходу.

Ризикові види страхування (інші, ніж страхування життя) - це види страхування, договори за якими укладаються, як правило, на строк не більше одного року, що передбачають покриття різних ризиків, крім ризику дожиття, і не забезпечують страхувальнику отримання інвестиційного доходу.

В даний час російське страхове законодавство передбачає склад страхових резервів, представлений на рис. 7.1.

Формування та використання коштів резерву запобіжних (превентивних) заходів спрямоване на поліпшення ризиків страхувальників, що надходять до страховика, або, що те ж саме, на поліпшення технічних ризиків страховика.

Резерв запобіжних заходів - це резерв, що формується страховою організацією за рахунок відповідного структурного елементу страхового внеску з метою здійснення упереджувальних заходів, спрямованих на зниження ймовірності настання страхових випадків або розміру можливого збитку.

Рис. 7.1. **Склад страхових резервів**

Розмір **технічних резервів** страховика за видами страхування іншим, ніж страхування життя, відображає його невиконані зобов'язання за договорами страхування станом на дату складання звіту.

Резерв по страхуванню життя формується страховою організацією за окремим договором страхування для виконання невиконаних або виконаних не до кінця зобов'язань за майбутнім виплат, передбачених умовами даного договору страхування.

Засоби ***резерву запобіжних заходів*** спрямовані ***на фінансування заходів, що знижують ризики.*** Засоби ***технічних резервів та резерву зі страхування життя*** йдуть ***на фінансування*** самих ***ризиків,***тобто на страхові виплати, пов'язані з реалізацією ризиків.

Роздільне розгляд технічних резервів та резерву зі страхування життя обумовлено необхідністю виділення резерву зі страхування життя, що відображає специфіку цього виду договорів, пов'язану з накопиченням коштів по ризику дожиття.

Роздільна **резервів незароблених премій і резервів збитків** обумовлено наступним. Розмір ***резервів незароблених премій*** визначається майбутніми зобов'язаннями страховика за страховими випадками, які можуть бути, а можуть і не бути. Розміри резервів збитків визначаються вже сталися страховими випадками. При цьому, якщо про збиток заявлено в порядку, передбаченому законом (обов'язкове страхування) або договором (добровільне страхування), формується ***резерв заявлених, але неврегульованих збитків.*** В іншому випадку, якщо про збитку не заявлено у встановленому порядку, формується ***резерв відбулися, але незаявлених*** збитків.

Правила розрахунків резерву незароблених премій, резерву заявлених, але неврегульованих збитків, і резерву відбулися, але незаявлених збитків, засновані на можливості кількісної оцінки ризиків. Для того щоб виконати зобов'язання по страхових виплатах для ризиків, які погано кількісно оцінюються і тому по-різному впливають на фінансову стійкість, страховик формує **стабілізаційний** резерв.

Страховик має право відмовити у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування у випадках, визначених Цивільним кодексом України (ст. 991) і Законом України «Про страхування» (ст. 26), а сааме:

«Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування є:

1) навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов’язані з виконанням ними громадянського чи службового обов’язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров’я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

2) вчинення страхувальником — фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3) подання страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

4) отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;

5) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

6) інші випадки, передбачені законом.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

Рішення про відмову у страховій виплаті приймається страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Відмову страховика у страховій виплаті може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.

Негативний фінансовий стан страховика не є підставою для відмови у виплаті страхових сум (їх частин) або страхового відшкодування страхувальнику».

За своєю природою дії страховика з відмови у здійсненні страхових виплат є одностороннім правочином, який не вимагає звернення до суду для невиконання обов'язку щодо здійснення страхової виплати. Перелік цих підстав не є вичерпним, оскільки законом та договором він може бути розширений.

Страховик має право відмовити в здійсненні страхової виплати у разі навмисних дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку.

До таких дій не належать дії, пов'язані із виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, вчинені у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації.

Під дію цього випадку підпадає, наприклад, умисне спричинення дорожньо-транспортної пригоди з метою одержання страхового відшкодування. Це однаково стосується вигодо набувача і застрахованої особи.

Окремою підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку. В цьому випадку страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату.

Подання страхувальником завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку також надає страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати. В даному випадку йдеться про умисне надання неправдивих відомостей, а тому необережне надання зазначеної інформації не є підставою для відмови у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування. При цьому такими навмисними діями визнаються як повідомлення неправдивих відомостей про об'єкт страхування, так і замовчування важливих даних, які дають можливість об'єктивно оцінити страховий ризик.

Страховик відмовляє у здійсненні страхової виплати у разі отримання страхувальником повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні (ч. 4 ст. 991 ЦК). У випадках отримання страхувальником коштів на відшкодування збитків від особи, винної у їх відшкодуванні, або від іншої особи-не страховика, страховик має прийняти це до уваги при розрахунках страхового відшкодування з тим, щоб страхові відшкодування та виплати не приносили страхувальнику прибутків.

Самостійною підставою відмови страховиком у страховій виплаті є несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків (ч. 5 ст. 991 ЦК).

Передбачений ст. 26 Закону України "Про страхування" перелік підстав є відкритим. Тому підставами для відмови страховика у здійсненні страхових виплат можуть бути й інші підстави, що визначені законодавством України, та передбачені умовами договору страхування. Поширеними підставами для відмови у здійсненні страхових виплат, що передбачаються договорами страхування, є: непереборна сила, військові дії або інші військові заходи тощо.

Закон України "Про страхування" у ст. 26 прямо передбачає, що негативний фінансовий стан страховика не є підставою для відмови у виплаті страхових сум (їх частин) або страхового відшкодування страхувальнику.

Рішення про відмову у страховій виплаті приймається страховиком у строк, не більший передбаченого правилами страхування, та повідомляється страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

Відмова страховика у страховій виплаті може бути оскаржена страхувальником у судовому порядку.

7.4 Оформлення регресних позовів до осіб винних у скоєнні страхових випадків. Контрибуція в сфері страхування. Заходи протидії шахрайству у страхуванні.

Регресний позов - право вимоги страхових компаній до особи (фізичної чи юридичної), відповідальної за спричинений збиток. У випадку загибелі майна не з вини страхувальника страхові компанії, що сплатили страхове відшкодування, можуть подавати позов у розмірі сплаченої суми до

особи, яка спричинила збиток або яка несе матеріальну відповідальність за нього.

При настанні страхового випадку, якщо є винуватець події, що спричинила збиток страхувальнику, страхувальник повинен звернутися до такого винуватця з претензією. Після сплати страхового відшкодування страхувальнику, до страховика переходить право вимоги до винуватця (право регресної вимоги). Для цього страхувальник повинен належним чином переоформити документи на страховика, щоб перехід цього права був законним та страховик зміг скористатися цим правом. Як правило, страхувальник робить передавальний запис на зворотній стороні комерційного акту чи інших документів, які є основою для висунення претензій. Статтею 27 Закону України «Про страхування» передбачається, що до страховика, який виплатив страхове відшкодування за договором майнового страхування, в межах фактичних затрат переходить право вимоги, яке страхувальник, або інша особа, що одержала страхове відшкодування, має до особи, відповідальної за заподіяний збиток. Це відображається в договорі страхування пунктами про обов'язки страхувальника, який має: - забезпечити страховику право вимоги до особи, відповідальної за заподіяний збиток. Якщо страхувальник не скористався своїм правом вимоги або здійснення цього права стадо неможливим з його вини, страховик звільняється від сплати страхового відшкодування; - після одержання страхового відшкодування страхувальник зобов'язаний передати страховику всі наявні у нього документи та докази і виконати усі формальності, які необхідні для реалізації права вимоги до особи, відповідальної за заподіяний збиток.

Якщо здійснення права регресу виявилося по вині страхувальника неможливим (пропускання строків на заяву претензій винним у збитках особам та т.п.), то страховик у відповідному розмірі звільняється від виплати страхового відшкодування, а у випадку виплати, що вже відбулась, страхувальник повинен повернути страховику отримане відшкодування з узаконеними процентами з моменту отримання страхового відшкодування.

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

Цей принцип важливий ще й тому, що його застосування стримує нечесних страхувальників від бажання застрахувати одне й те саме майно кілька разів з метою наживи. Проте застосовувати цей принцип потрібно досить обережно. Перш за все, слід переконатися, що існують не менше як два поліси на відшкодування збитків, і стосуються вони однакових ризиків і одних і тих самих предметів страхування. Найпростіший метод розподілу відповідальності між страховиками ґрунтується на пропорційному підході. Наприклад, у трьох страховиків застрахований один і той самий автомобіль

на суми відповідно 6500, 8000 і 8200 грн., що в загальному становить 22700 грн. страхової суми. Частка першого страховика дорівнює 28,6, другого – 35,2 і третього – 36,2%. Якщо доведеться покривати збитки в зв'язку з викраденням автомобіля, що мав реальну вартість 8 200 грн., суми призначені для відшкодування будуть розподілені в таких самих пропорціях: відповідно перший страховик сплатить 2349, другий – 2890, а третій – 2961 грн., із врахуванням особливостей кожного страхового полісу.

Метою страхування є відшкодування збитку. Страхування починається з визначення вартості страхового об'єкта. Наступною стадією страхового процесу є визначення страхової суми, яка обумовлена максимальними межами зобов'язань страховика. Страховик може брати на своє утримання обмежені за розміром ризики. Ці межі визначаються повністю в компанії страхових фондів. Згідно із законом України «Про страхування» страховик може укласти страховий договір на суму, що не перевищує 10% сплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів. Такі обмеження диктуються інтересами додержання достатньої платоспроможності компанії. Неважко уявити нову страхову компанію з мінімальним статутним фондом, еквівалентним 100 тис. екю, вона могла б надавати послуги лише за дрібними об'єктами. Наприклад, вартість нового автомобіля багатьох марок або трикімнатної квартири значно перевищує ліміт можливостей компанії. А це дуже незручно. Така компанія мала б відносно більші витрати на ведення справи і менші перспективи на отримання прибутку, а отже, була б неконкурентоспроможною. Суперечність між величиною запропонованого страхувальником ризику і фінансовими можливостями компанії взяти об'єкт (автомобіль, квартиру і т. п.) на страхування, вирішується за допомогою співстрахування і перестрахування.

Згідно світової статистики, 14% усіх заявлених страхових випадків – це випадки страхового шахрайства. Понад 35% клієнтів із полісом КАСКО свідомо намагаються обманювати свої страхові компанії. Приблизно такий самий рівень страхових шахрайств (за різними оцінками) спостерігається і в Україні, а втрати вітчизняних компаній від страхового шахрайства за підрахунками регулятора перевищують 200 мільйонів гривень на рік. В умовах, коли учасники ринку страхування не можуть виплачувати кредити або відповідати за прийняті зобов'язання, їм вигідніше буде обдурити і отримати позитивний для них економічний ефект. До недавнього часу в Україні страхове шахрайство не вважалося серйозною проблемою страхового ринку, що було викликане:

- відсутністю статистичних даних по збитках внаслідок шахрайства;
- нестачею інформації про ризик шахрайства, з яким зіштовхуються страховики;
- нестачею обміну інформацією про шахрайство між учасниками страхування;
- географічною віддаленістю страхових компаній на ринку;

- відсутністю фахівців із шахрайства;
- нестачею прикладів досвіду боротьби із шахрайством.

Кримінальним Кодексом України страхові злочини не виділено в окрему групу і в Кодексі навіть немає такого терміну як «страхове шахрайство».

Відповідно, відсутні й норми, які ставили би цьому злочину жорсткі правові бар'єри. Кримінальний Кодекс України визначає шахрайство в цілому як «заволодіння чужим майном або придбання права на майно шляхом обману або зловживання довірою».

Можна виділити основні чотири сфери страхування, що найбільш підпадають під злочинні дії з боку клієнтів страхових компаній:

1) страхування життя і здоров'я − 10% шахрайств;
2) майнове страхування − 22%;
3) страхування автомототранспортних засобів − 62%;
4) страхування домашніх тварин − 5%.

Найбільш часто неприємності страховикам доставляють професійні шахраї, які спеціалізуються на інсценуваннях ДТП. Останнім часом особливо загрозливою стала проблема підробок міжнародних сертифікатів автострахування «Зелена картка».

Факт шахрайства складно довести із-за того, що законодавство є недосконалим, в ньому є багато «лазівок». Зазвичай судді приймають рішення на користь страхувальника, мовляв, страхова компанія все одно не збідніє.

Відповідно до вітчизняного законодавства шахрайство тягне мінімум на штраф 850 грн., також можуть застосовуватися громадські роботи терміном до 240 годин, виправні роботи до двох років або навіть обмеження свободи до трьох років. Якщо ж шахрайство вчинене у великих розмірах - більше 4250 грн., зловмисникові може загрожувати ув'язнення терміном від трьох до восьми років. Якщо ж затримано групу аферистів і доведені випадки шахрайства в особливо великих розмірах (більше 10,2 тисяч грн.), то шахраї можуть позбутися свободи на 5-12 років з конфіскацією майна. Як правило, шахрайство виявляють на стадії врегулювання страхової події. Оскільки при цьому аферисти ще не одержали незаконну виплату, то притягти їх за статтею про шахрайство досить важко.

Як відомо, страховий ринок можна розглядати як сукупність, яка складається із: 1) страховиків, що здійснюють процес страхування, 2) страхових посередників, що приймають участь у страхуванні, 3) страхувальників як покупців страхової послуги, 4) професійних оцінювачів ризиків і збитків, 5) органів контролю за страховою діяльністю. Всі названі суб'єкти ринку взаємодіють між собою і потенційно можуть здійснювати шахрайські дії в залежності від наявних намірів, відповідних повноважень і змов.

Способи здійснення злочинів з метою отримання страхової виплати можна класифікувати за видом страхування, характером дій з інсценування страхової події. Найпоширенішими діями шахраїв є:

1. Вбивства, що скоєні з метою отримання страхової виплати.
2. Підпали застрахованого майна.
3. Інсценування смерті застрахованих осіб.
4. Інсценування спричинення шкоди здоров'ю застрахованих осіб.
5. Інсценування крадіжок, розбійних нападів відносно застрахованого майна.
6. Інсценування крадіжок і неправомірного заволодіння застрахованим транспортним засобом.
7. Фальсифікація актів про загибель застрахованих тварин.

Страхове шахрайство має багато форм прояву на мікро- та макрорівнях. На

рівні конкретної страхової компанії можна зафіксувати факти, що дають змогу попереджати та виявляти наміри злочинців. Так, умови окремого договору, наприклад, франшизи, ліміти, диференційовані тарифи, передбачають захист від конкретного потенційно небезпечного суб’єкту. У статистиці на макрорівні фіксуються факти, що дають змогу прогнозувати заходи боротьби зі страховими злочинами на загальнонаціональному рівні.

В більшості випадків страхове шахрайство здійснюється групою осіб, які характеризуються такими основними рисами:

- залученням фахівців із сфери медицини, страхування та юриспруденції;
- забезпеченням високотехнологічного процесу виготовлення документів;
- матеріальною стимуляцією всіх учасників групи;
- конспірацією і використанням методів оперативно-розшукової діяльності;
- розробкою нових сценаріїв шахрайств;
- систематичністю скоєння шахрайств;
- розширенням географії діяльності груп;
- скоєнням шахрайств за різними напрямами страхування.

У зв’язку з таким характером дій шахраїв можна виділити основні індикатори присутності шахрайських схем (таблиця 1). Так, наприклад, за даними страховиків приблизно 15% виплат з автострахування отримують аферисти, які імітують викрадення або купують поліси у кількох компаніях.

Таблиця 7.1 Індикатори вірогідності наявності шахрайських схем

За участю лише страхувальників	**За участю страхових посередників**
страхувальник обмінює застраховане майно на гірше	застрахований і агент/брокер – це одна і та ж особа
застрахований живе в регіоні іншому, ніж той, де розташований	клієнт страхується на крупну суму, хоча брокер/агент до того моменту

відповідний підрозділ страховика	мав в своєму розпорядженні тільки «обмежений портфель страхових договорів»
застрахований навмисно приховує інформацію про стан свого здоров’я	брокер або агент добиваються виплати ним комісійних відразу і авансом
спостерігається навмисне приховування інформації про третю сторону	спостерігається несподіване зростання обсягу бізнесу у посередника без видимої на те причини
застрахований купує поліси у кількох компаніях	застрахований живе в іншому районі, ніж сам агент/брокер
посередник	посередник часто змінює свою адресу або ім'я

Треба відзначити, що вказані індикатори є непрямими і не обов'язково є ознаками шахрайства, проте їм повинні приділятися підвищена увага тих, хто в страхових компаніях відповідає за внутрішній контроль працівників або мережу продажів. При цьому учасники ринку страхування і працівники нагляду по-різному оцінюють значення тих або інших індикаторів і показників.

З погляду безпеки і протидії страховому шахрайству в роботі страхової компанії важливими є показники за довгий період по страховому портфелю в цілому або за окремими його складовими, що дають змогу робити висновки щодо характеру шахрайства, місця їх виникнення, а також законодавчі недоліки щодо умов страхування.

Принцип аналізу страхового портфелю щодо виявлення шахрайства полягає у підрахунку збитків та відповідних показників, що розраховуються для різних структурних одиниць страхової компанії. Такі ж самі показники розраховуються за результатами роботи страхової компанії за різними видами страхової діяльності та договорами. Вони порівнюються із середніми показниками у портфелі та дають змогу говорити про доцільність існування у портфелі тих чи інших договорів. Так, наприклад, занадто великий обсяг виплат компанії або філії у порівнянні із аналогічним показником у середньому по даному регіону можна пояснити тарифною або маркетинговою політикою, що проводить страховик. Якщо ж занадто великим є показник збитковості страхової суми або виплати за одним договором – це вже може слугувати сигналом для перевірки на предмет страхового шахрайства.

Вищезазначене характеризує виплати в цілому, але для виявлення шахрайства необхідно проводити аналіз показників збитковості страхування в різних розрізах: 1) в розрізі підрозділів компанії, що укладають договори;

2) в розрізі територій; 3) в розрізі агентств; 4) в розрізі окремих агентів (продавців)

Зрозуміло, що збитки – величина випадкова, однак якщо перевищення більшості показників спостерігається систематично, то є підстави звернути увагу на діяльність такого продавця. Тому компанії доцільно не чекати, поки збитки увійдуть у систему, а відразу звернутися до відповідних фахівців, щоб почати розслідувати діяльність підозрілого продавця або покупця при виявленні відхилень.

Можна виділити три основні види шахрайських дій: обман усередині самої страхової компанії; обман з боку страхувальника/застрахованого при укладанні договору або отриманні страхової виплати; шахрайські дії з боку посередників і інших учасників страхування. До недавнього часу вважалося, що статистично більш частими є випадки шахрайства покупців страхової послуги, тому основну увагу було приділено саме таким шахраям. В останні роки поступово виявляються злочини, що кояться групами посередників. Причому масштаби економічних наслідків останніх можуть бути набагато більшими, ніж поодиноких шахраїв.

Можливі заходи протидії шахрайству, що здійснюються за участю страхових посередників – це: по-перше, встановлення чітких правил виплати комісійних; по-друге, регулярний аудит діяльності посередника на предмет виконання ним встановлених страховою компанією внутрішніх правил і процедур.

Умовно можна назвати два етапи боротьби з шахраями: передстрахову перевірку і розкриття спроб обману після того, як страховий випадок настав. Враховуючи всіх учасників страхового ринку можна запропонувати різні ієрархічні структури протидії шахрайству. Зрозуміло, що доцільною буде така структура економічної безпеки страхування, яка охоплюватиме весь ринок.

Отже, можна запропонувати такі шляхи вирішення названої проблеми і створити (за умов відсутності):

- *на мікроекономічному рівні* страховика – відділи претензій, страхових випадків і економічної безпеки з персоналом страхових детективів;

- *на регіональних і макроекономічному рівнях* країни – незалежні страхові детективні бюро і агентства;

- *на державному і міжнародному рівнях* – страховий нагляд щодо протидії шахрайству уповноваженими органами і міжнародними асоціаціями страхових наглядів.

На державному і міжнародному рівнях частково відповідний нагляд вже здійснюється Державним комітетом з регулювання ринку фінансових послуг України, Комітетом з питань правового захисту та протидії шахрайству при Лізі страхових організацій України, Міжнародною асоціацією органів страхового нагляду (IAIS). У 2009 році в Україні страховики вирішили створити нове об'єднання, яке захищатиме лише їх

інтереси - Асоціацію служб безпеки страхових компаній. Проте, така ініціатива поки що залишається не реалізованою.

7.5 Служба врегулювання претензій: завдання та місце в страховій компанії. Роль служби безпеки у врегулюванні страхових претензій.

Під виникненням страхової претензії слід розуміти ситуацію, за якої страхова компанія отримала повідомлення від страхувальника про настання страхового випадку, орієнтовну суму збитку та обставини події, що сталися.

Окрім цього обов'язковим с встановлення факту вимоги страхувальника заплатити страхове відшкодування. \

Фіксація страхової претензії має бути здійснена в письмовому вигляді, який початково має містити заяву страхувальника про страховий випадок. В заяві обов'язково вказуються обставини страхового випадку та об'єкт, що постраждав.

Прийняття такої заяви страховиком не означає автоматичного проведення страхової виплати. Це лише початкова стадія врегулювання страхової претензії. Остаточною стадією є або проведення страхової виплати або обґрунтована відмова в такому проведенні.

В великих (а інколи і в середніх) страхових компаніях існують спеціальні служби врегулювання страхових претензій. Метою створення таких служб є проведення якісних розслідувань обставин настання страхових випадків, визначення винних осіб, встановлення величини отриманих збитків. Відповідно завданнями таких служб є:

перевірка заяв страхувальників про настання страхових випадків;

- оцінка причин настання страхового випадку і достовірності поданих фактів;

- вивчення страхових актів (сертифікатів) щодо правильності їх формального заповнення, опитування свідків страхових випадків і фіксація результатів такого опитування у відповідних документах;

- оцінка завданих страховим випадком збитків;

- співпраця з державними органами щодо обставин настання страхового випадку;

- визначення частки майна, яке не постраждало від страхового випадку і оцінка можливостей його реалізації;

- встановвлення винних осіб у настанні страхового випадку і якщо це є можливим оформлення регресних позовів.

До страхової служби ,можуть входити експерти за різними напрямками страхування, особи, які мають право проводити роботу з оцінки збитків, сертифіковані аварійні комісари, юристи.

За результатами проведеної роботи у вказаних напрямках служба врегулювання страхових претензій формує висновок про доцільність (недоцільність) проведення страхової виплати страховиком. Рішення про

відмову у виплаті подається у письмовому вигляді страхувальнику і може бути оскаржено ним у судовому порядку.

Служба врегулювання страхових претензій компанії має підпорядковуватися вищому керівництву і звітувати за результатами своєї роботи. Уся діяльність страхової компанії з врегулювання страхових претензій має документуватися. До складу основних документів з розслідування страхових претензій мають входити:

- заява страхувальника про настання страхового випадку (до заяви має додаватися опис отриманих втрат, обставини настання страхового випадку, можуть додаватися матеріали фото або відео зйомки з місця пригоди);
- договір страхування (важливим є те, щоб договір діяв на момент події, що призвела до виникнення втрат);
- аварійний акт (сертифікат), складений представником страховика або аварійним комісаром, що перебуває у трудових відносинах зі страховою компанією (документ має містити інформацію про обставини страхового випадку і очікувану суму збитку, але вже з погляду не потерпілого, а з погляду представника страхової компанії);
- матеріали з оцінки втрат (до таких матеріалів належать довідки, видані медичними органами про шкоду, нанесену здоров'ю, працездатності третьої особи, оцінка майнових втрат, видана професійними оцінювачами);
- інші допоміжні матеріали (відео- та фотозйомка, проведені представниками страхової компанії, інформація надана свідками пригоди, довідки державних органів у випадку потреби, інші матеріали).

До складу служби з врегулювання страхових претензій мають входити:

- спеціалісти, що фіксують заяви про настання страхового випадку і планують подальшу роботу з врегулювання страхових претензій;
- особи, що виконують функції аварійних комісарів (можуть бути і сертифіковані аварійні комісари), які за отриманням повідомлення про страховий випадок мають провести початкове розслідування його обставин, зібрати необхідну інформацію для подальшого більш глибокого розслідування, орієнтовно визначити суму збитку;
- юристи - в багатьох випадках вже на початковій стадії розслідування страхової претензії виникають спори між страховиком і страхувальником щодо віднесення тієї чи іншої події до страхового випадку, отже, наявність кваліфікованого юриста є обов'язковою;
- спеціалісти з інформаційних технологій - розслідування страхової претензії неможливе без використання сучасних інформаційних технологій. Окрім цього обов'язковим є накопичення масиву інформації з претензійної роботи і формування внутрішніх пошукових систем.

Служба врегулювання страхових претензій повинна співпрацювати зі структурними підрозділами страхової компанії, які займаються управлінням грошима. Так, при отриманні інформації про настання страхового випадку від служби врегулювання страхових претензій фінансові служби повинні

зарезервувати гроші для страхових виплат в обсязі не меншому за страхову суму, вказану в договорі страхування.

Процес врегулювання страхової претензії розпочинається з отримання страховиком заяви про настання страхового випадку, після чого обов'язком страховика є встановлення причини настання страхового випадку, винних осіб, обсяги збитків, тобто постає необхідність у проведенні якісного і усебічного розслідування.

Страхова компанія може проводити розслідування власними силами, а у випадку потреби може залучати осіб зі сторони (аварійних комісарів, професійних оцінювачів, спеціалізованих юристів тощо).

Законодавство зазначає, що в разі необхідності страховик (а також Моторне (транспортне) страхове бюро України (МТСБУ) може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також можуть самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

Підприємства, установи та організації зобов'язані надсилати відповіді страховикам і МТСБУ на запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, у тому числі й дані, що є комерційною таємницею. При цьому страховик і МТСБУ несуть відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Розслідуючи страховий випадок, фахівці страхової компанії передусім мають переконатися в тому, що:

- на момент страхової події договір страхування був чинним; особа, яка подає заяву про виплату, справді є страхувальником або його представником;
- зазначений об'єкт був дійсно застрахований; подія, що трапилася, входить до переліку страхових випадків за договором;
- страхувальник вжив розумних та доцільних заходів, спрямованих на зменшення збитків;
- за цим страховим випадком відсутня можливість застосувати обумовлені договором страхування винятки та обмеження (наприклад, що у складі застрахованого майна немає предметів, які залишилися неушкодженими або є ушкодженими лише частково та таких, на які не поширюється страхове покриття);
- місце перебування застрахованого об'єкта відповідає місцю, зазначеному у договорі страхування;
- страхувальник виконав умову щодо неприпустимості змінювати картину збитків;
- страхувальник своєчасно повідомив про страховий випадок компетентні органи (міліцію, службу пожежного нагляду, органи

метрологічної служби тощо), і вони підтверджують факт настання такого випадку;

- при поводженні із застрахованим об'єктом страхувальник (його персонал; члени родини) дотримувався встановлених заздалегідь правил техніки безпеки;

- не існує осіб, зацікавлених у страхуванні цього об'єкта з метою отримання страхового відшкодування, або осіб, винних у заподіянні збитків, до яких можна застосувати право страховика на суброгацію.

За підсумками цього розслідування страховик вирішує питання щодо здійснення страхової виплати

При проведенні роботи з врегулювання страхових претензій необхідно враховувати, що така робота часто може бути складною, потребує значних витрат коштів і часу. У зв'язку з цим існує практика встановлення лімітів на суми виплат. Встановлення ліміту передбачає не проведення детального розслідування у випадку, якщо заявлена сума відшкодування не перевищує суми ліміту.

Після врегулювання страхової претензії, проведення усіх необхідних дій, здійснюється страхова виплата. Вона може бути здійснена одноразово (в переважній більшості випадків), або в декілька етапів (якщо йдеться про великі страхові суми і в розрахунках приймають участь перестрахові компанії).