

**Федеральное государственное образовательное бюджетное
учреждение высшего образования
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»
Ярославский филиал**

**Кладова А.А.
Ермоленко М.О.
Сироткин С.А.**

СТРАХОВОЙ РЫНОК В СТРУКТУРЕ ФИНАНСОВОЙ СИСТЕМЫ РФ

Учебное пособие

Ярославль 2019

УДК 368.01
ББК 65.271
К 48

Рецензент:

Д.С. Вахрушев, доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры «Финансов и кредита» федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова».

К48 Кладова А.А. Страховой рынок в структуре финансовой системы РФ: учебное пособие [Текст] / канд. экон. наук Кладова А.А., Ермоленко М.О., канд. экон. наук, доцент Сироткин С.А. – Ярославль: Канцлер, 2019. – 127 с.

ISBN 978-5-6043284-5-3

В учебном пособии раскрываются теоретические основы страхового рынка, рассматриваются экономические и правовые основы регулирования страховой деятельности в РФ, освещаются специфические черты бизнес-процессов в сфере страхования, дается характеристика основным аспектам создания и продвижения страховых продуктов на современном российском финансовом рынке, а также общая характеристика страхования банковских рисков.

Учебное пособие предназначено для студентов, изучающих дисциплины «Финансы», «Страхование», «Финансовые рынки», обучающихся по направлению подготовки бакалавриата 38.03.01 «Экономика».

УДК 368.01
ББК 65.271

© А.А. Кладова, 2019
© М.О. Ермоленко, 2019
© С.А. Сироткин, 2019
© Ярославский филиал
Финуниверситета, 2019

Оглавление

1. Экономическое содержание, функции и виды страхования	4
1.1. Сущность, принципы и функции страхования	4
1.2. Классификации страхования.....	14
Проверочные задания к главе 1	19
2. Базовые термины в сфере страхования.....	24
2.1. Участники страховых отношений	24
2.2. Термины, связанные с объектами и процедурой страхования.....	31
2.3. Термины, связанные с методами страхования.....	37
Проверочные задания к главе 2	39
3. Государственное регулирование страхового рынка как элемента финансовой системы РФ	44
3.1. Цели и правовые основы регулирования страховой деятельности	44
3.2. Надзор за деятельностью субъектов страхового дела.....	47
3.3. Лицензирование деятельности субъектов страхового дела в РФ	50
3.4. Государственное регулирование финансовой устойчивости и платежеспособности страховщиков	56
3.5. Перестрахование	61
3.6. Инициативы субъектов страховой деятельности по совершенствованию государственного регулирования российского страхового рынка	72
Проверочные задания к главе 3	75
4. Государственное регулирование договора страхования в РФ	78
4.1. Форма и существенные условия договора страхования	78
4.2. Порядок заключения и исполнения договора страхования.....	80
Проверочные задания к главе 4	85
5. Основы статистики страховых тарифов	87
5.1. Классификации страховых тарифов и актуарных расчетов	87
5.2. Основные показатели страховой статистики	90
5.3. Основы построения страховых тарифов по рисковому видам страхования.....	91
Проверочные задания к главе 5	93
6. Бизнес-процессы в страховании	95
6.1. Общая характеристика бизнес-процессов в страховании	95
6.2. Андеррайтинг в страховании	98
6.3. Страховой маркетинг	102
7. Основы страхования банковских рисков.....	111
7.1. Общая характеристика банковских рисков как объектов страхования	111
7.2. Понятие и система банковского страхования	115
7.3. Комплексное страхование рисков банка (ВВВ).....	117
Проверочные задания к главе 7	122
Ответы к проверочным заданиям	124

1. Экономическое содержание, функции и виды страхования

1.1. Сущность, принципы и функции страхования

Финансовая система государства представляет собой совокупность трех взаимосвязанных и взаимозависимых компонентов: финансовых рынков, финансовых институтов (финансовых посредников) и финансовых регуляторов (регуляторов финансовых рынков). Финансовая система играет ключевую роль в экономике, стимулируя экономический рост, влияя на экономический результат основных субъектов рынка и, тем самым, определяя общий уровень благосостояния. Это становится возможным благодаря наличию инфраструктуры, посредством которой субъекты, располагающие финансовыми ресурсами (как правило, в фондовой форме), распределяют эти ресурсы между другими субъектами.

Одним из ключевых инфраструктурных элементов финансовой системы является страховой рынок. Страхование – это одна из наиболее устойчивых форм финансово-хозяйственной жизни. Первоначальные формы страхования появились еще в рабовладельческом обществе. В то время заключались определенные соглашения, содержащие элементы договора страхования. Эти соглашения касались недвижимости, торговли, ссудных сделок и морского судоходства. Суть их состояла в попытке распределить риск возможной утраты или ущерба, например, груза между теми, кто был заинтересован в соответствующей сделке или в сохранности имущества.

В эпоху Великих географических открытий происходил бурный рост судоходства и международной торговли. Возникали новые рынки, и это увеличивало опасность ущерба (убытка). В связи с этим начали появляться подобию страховых организаций, которые строились на базе взаимного страхования имущества отдельными группами купцов или судовладельцев. Отправляя сухопутный торговый караван, при морской перевозке, совместном строительстве или производстве люди договаривались о том, что в случае гибели или повреждения имущества одного из участников этого совместного предприятия ущерб распределяется между всеми пропорционально. Здесь речь шла о принципе взаимного страхования (взаимной солидарности).

Помимо страхования имущества как объекта предпринимательской деятельности развивается страхование от огня. Простейшей его формой был специальный сбор средств для помощи тем, чье имущество сгорело или пострадало. Так было после лондонского пожара в 1666 г., который

уничтожил почти весь центр города. После него по всей Европе в течение нескольких лет стали появляться первые страховые компании.

Важно, что при взаимном страховании участники таких содружеств не ставили целью получение прибыли от этой деятельности: их волновало только уменьшение возможного ущерба. Но со временем (по мере развития денежного обращения) эти организации стали преобразовываться в профессиональные коммерческие страховые компании, действующие на основе принципов предпринимательства. Их прибыль складывалась из специально предусмотренной части страхового платежа и возможности получения дохода в случае безубыточного прохождения дела.

По мере развития экономики росло как число страховых компаний, так и число видов страхования. К началу 60-х гг. XVIII в. на Западе насчитывалось уже около 100 видов имущественного и личного страхования.

В нашей стране первым появилось морское страхование. Екатерина II в целях развития русской морской торговли издала в 1781 г. Устав купеческого водохозяйства, который заключал в себе постановление о морском страховании. Страхование от огня началось в России также во времена Екатерины II. В 1786 г. был учрежден Государственный Заемный Банк; причем новому банку разрешалось принимать в залог только ту недвижимость, которая была у него же застрахована.

За короткое время возникли новые страховые общества, причем широко были распространены общества взаимного страхования от огня. В 1864 г. было введено обязательное страхование недвижимости для лиц, проживавших в сельской местности. Личное страхование в России в основном охватывало состоятельное население. Его осуществляли 20 организаций, среди которых были специализированные компании по страхованию жизни. В современной России с 2008 г. страхованием жизни также занимаются отдельные страховые компании. Обычно они входят в состав соответствующего холдинга и в названии имеют приставку «жизнь»: «Росгосстрах-Жизнь», «Ингосстрах-Жизнь» и т.п.

В советское время страхование на законодательном уровне было объявлено государственной монополией. В этот период оно имело во многом формальный характер. В сознании людей страхование не фигурировало как обязательный компонент организации жизни. С 1988 г. в связи с легализацией предпринимательской деятельности в СССР началась постепенная демонополизация страхования. В первую очередь, это проявилось в создании негосударственных страховых обществ.

Началось создание страховых обществ с участием иностранного капитала, стали получать аккредитацию представительства зарубежных страховых, перестраховочных и брокерских фирм. В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано 264 организации - субъекта страхового дела.

Этимологически термин «*страхование*» в русском языке происходит от слова «*страх*». Мы боимся случайностей, несущих реальную угрозу нашему имуществу, жизни, здоровью и так далее. В общем виде такие случайности именуется рисками. Существуют различные способы борьбы с рисками. На практике активно применяется *система управления рисками*, как правило, включающая в себя 5 этапов:

1. *Определение рисков, угрожающих тому или иному субъекту.*

На этом этапе определяют объекты и субъекты, которые могут подвергнуться риску, и сами риски, которые могут повлечь за собой убытки. Риски обычно делят на внутренние (болезни, неисправности в механизме) и внешние (действия третьих лиц, стихийные бедствия).

2. *Оценка рисков.* Она исходит из трех моментов:

- вероятность наступления каждой из выявленных опасностей;
- размер возможных убытков от их наступления;
- к каким последствиям может привести то или иное событие.

В результате оценки на основе этих критериев все опасности делят на разовые мелкие убытки, регулярные малые убытки, разовые крупные убытки, регулярные крупные убытки.

3. *Предупреждение наступления неблагоприятных событий.* Это осуществляется с помощью превентивных мер, направленных на то, чтобы не допустить наступление события или хотя бы снизить его вероятность. Это могут быть организационные, технические, медицинские, финансовые, административные и другие мероприятия. Но в силу ряда обстоятельств эти меры далеко не всегда эффективны. Зачастую расходы на такие меры могут превышать сумму возможного ущерба.

4. *Осуществление мер по сокращению убытков от воздействия события, которое уже произошло или происходит.* Такие меры носят название репрессивных. Например, вызов пожарной службы, эвакуация людей, самостоятельные попытки потушить пламя и т.д.

5. *Поиск средств, за счет которых будут возмещаться убытки, нанесенные происшедшим событием.* Этот этап можно назвать компенсационным, поскольку он связан с компенсацией понесенного ущерба. Существуют различные способы компенсации убытков,

понесенных в результате неблагоприятных событий случайного характера. Источниками средств для такой компенсации могут быть, например: доходы от текущей деятельности; выручка от продажи имущества лица, понесшего ущерб; кредит.

Рассмотренные источники не являются универсальными, применимыми во всех ситуациях, когда наносится ущерб. Поэтому необходимо иметь специальный источник средств, предназначенный для возмещения убытков от различных случайных событий. Таким источником являются страховые (резервные) фонды. **Страховые (резервные) фонды** – это специально формируемые в материальной или денежной форме запасы, которые предназначены для возмещения потерь, возникающих в результате воздействия неблагоприятных событий случайного характера.

Обычно говорят о трех основных методах формирования страхового фонда:

- централизованный – создание государством резервных фондов в денежной или натуральной форме (например, Фонд национального благосостояния России);
- децентрализованный (отраслевой метод; самострахование) – формирование хозяйствующим субъектом собственных резервов на случай непредвиденных событий (например, резервный фонд в акционерных обществах);
- собственно страхование, предполагающее, что страховой фонд создается за счет взносов многочисленных его участников, а собранные средства сосредотачиваются у лица, осуществляющего страховые операции, и расходуются на страховые выплаты.

В рамках научной категории «страхование» могут быть выделены 4 аспекта:

1) **страхование как система общественных отношений** – это совокупность экономических, финансовых, правовых, социальных, информационных и др. отношений, возникающих при образовании страховщиком за счет страховых взносов целевого страхового фонда, который предназначен для компенсации имущественного и иного ущерба, нанесенного субъектам хозяйствования и населению вследствие наступления определенных событий (страховых случаев);

2) **страхование как вид деятельности** представляет собой систему мероприятий страховщика по созданию страхового фонда и возмещению ущерба страхователю в связи с наступлением событий, предусмотренных договором страхования;

3) **страхование как вид бизнеса** основано на формировании специализированной организацией, имеющей лицензию на осуществление страховой деятельности (страховщиком), за счет страховых взносов юридических и физических лиц (страхователей) страхового фонда, предназначенного для возмещения имущественных ущербов при наступлении страховых случаев, а так же на использовании (на определенных условиях) временно свободных ресурсов фонда для получения прибыли;

4) **страхование** может определяться как способ защиты страхователем имущественных интересов от ущерба и вреда путем заключения со страховщиком договора страхования и уплаты соответствующего страхового взноса (премии).

Вся совокупность принципов страхования может быть разделена на 2 основные группы (рисунок 1).



Рисунок 1. Система принципов страхования

1. Принцип наличия имущественного интереса. В страховании действует основополагающий принцип: «без интереса нет страхования». Страхование всегда носит имущественный характер, поскольку в его основе лежит имущественный интерес, связанный с многочисленными объектами страхования (рисунок 2).

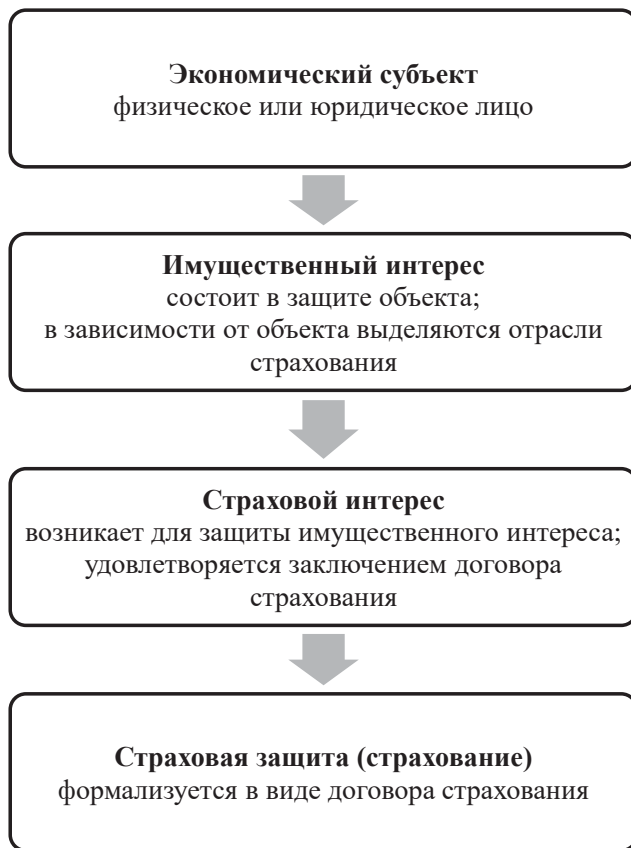


Рисунок 2. Взаимосвязь имущественного интереса и страхования

Для определения того, существует ли страховой интерес в каждом конкретном случае обращения за страховой защитой, необходимо ответить на вопрос: имеются ли обстоятельства, связанные с существом интереса, способные причинить вред заинтересованному лицу? Если ответ на вопрос положительный, то есть существует реальная

возможность причинения вреда, то страховой интерес присутствует и, следовательно, страховая защита в отношении такого интереса может быть предоставлена. В России указанный принцип закреплен законодательно применительно к страхованию имущества. Согласно п. 1 ст. 930 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее - ГК РФ), имущество может быть застраховано по договору страхования в пользу лица, имеющего основанный на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранении этого имущества.

Не всякий имущественный интерес может быть обеспечен страховой защитой. В нашей стране запрещено страхование трех видов интересов (ст. 928 ГК РФ):

1. Противоправные интересы;
2. Убытки от участия в играх, лотереях и пари;
3. Расходы, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников.

Кроме того, объектом страхования не могут выступать:

1. Риск ответственности за нарушение договора, если это не риск самого страхователя (п. 2 ст. 932 ГК РФ);
2. Предпринимательский риск лица, которое не является страхователем, или не в пользу страхователя (ст. 933 ГК РФ)¹;
3. Риск утраты (повреждения, уничтожения, исчезновения) имущества при отсутствии у страхователя интереса в сохранении данного имущества (п.2 ст. 930 ГК РФ).

В отношении договоров страхования жизни принцип наличия имущественного интереса был впервые законодательно введен в Англии во второй половине XVIII в. Тот период характеризовался зарождением основ страхования жизни, и в Англии была распространена практика заключения страховых пари по поводу самых разнообразных событий (от болезни до результатов выборов в парламент). В целях прекращения подобных спекуляций на страховании английским парламентом был принят акт, запретивший страхование жизни лица или страхование на случай наступления какого-либо события, в котором страхователь не имел никакого интереса (*Gambling Act*).

2. Принцип страхуемости риска. Риск, лежащий в основе страхования, обусловлен неопределенностью факторов воздействия внешней среды и случайным характером их проявления. Под неопределенностью факторов воздействия внешней среды понимается тот

¹ За исключением отношений, связанных со страхованием экспортных кредитов и инвестиций от предпринимательских и (или) политических рисков.

факт, что предполагаемые, прогнозируемые результаты от принимаемых субъектом решений и совершения действий не совпадают с реально проявившимися результатами. Случайность проявления этих факторов состоит в том, что все они проявляются независимо от воли самого субъекта. Исходя из этого выделяются *критерии страхуемости рисков* – определенные условия, необходимые для того, чтобы договор страхования был заключен.

1). *Случайный характер события, от которого проводится страхование.*

Случайный характер проявляется в неизвестности самого факта и/или времени возникновения ущерба либо проявления события, влекущего негативный результат. Кроме того, случайность подразумевает и неопределенность в отношении величины возможного ущерба:

$$P(A) < 1$$

2). *Событие, от которого проводится страхование, должно быть возможным:*

$$0 < P(A) < 1$$

3). *Опасность, случайная для данного объекта, должна быть доступна статистическому учету применительно к массе однородных объектов.* Иными словами, данный критерий предполагает возможность объективного измерения последствий реализации риска. При этом, с одной стороны, должна быть возможность определения количественной характеристики вероятностного распределения ущерба, а с другой – возможность оценить максимально вероятный ущерб от реализации риска.

4). *Однородность и множественность рисков.* Для того, чтобы риск поддавался страхованию, важна возможность отнесения этого риска к какой-либо категории однородных рисков, поскольку только тогда можно будет применить теорию и практику вероятностного распределения ущерба. Кроме того, выделенная группа однородных рисков должна обладать признаком множественности, то есть к ней должен быть применим закон больших чисел. Именно благодаря этому признаку можно оценить вероятность наступления события и затем на основе такой оценки определить величину страховой премии.

3. Принцип эквивалентности. В силу данного принципа по итогам определенных отрезков времени или периодов страхования должно быть достигнуто экономическое равенство между общей суммой страховой премии, уплаченной страхователями за период страхования, и совокупной

суммой возмещений, выплаченных страховщиком в связи с наступившими страховыми случаями за указанный период.

4. Принцип наивысшего доверия сторон (предельной честности).

Данный принцип считается ключевым в страховании и касается информации, раскрываемой сторонами договора страхования. Обычно применительно к большинству договоров действует принцип "*caveat emptor*", что в переводе с латыни означает: «пусть покупатель действует на свой страх и риск». Однако в сфере страхования такой принцип неприменим. Все стороны договора страхования обязаны сообщать всю существенную для данного договора информацию остальным сторонам, что иначе именуется «*uberrima fides*». Это требование является особенно важным, поскольку, как правило, имеющая значение информация известна только одной стороне – покупателю страхового полиса.

5. Принцип наличия причинно-следственной связи между убытком и вызвавшим его событием. В страховании особенно важным является разделение фактической и непосредственной причин события, повлекшего за собой ущерб. Ответ на вопрос о том, является ли событие страховым случаем, рассматривается исходя из фактической причины (например, утрата трудоспособности в результате травмы). Однако если в дальнейшем выяснится, что застрахованное лицо умышленно нанесло себе травму с целью получения страхового возмещения, выплата такого возмещения производиться не будет.

6. Принцип выплаты страхового возмещения в размере действительного убытка. В соответствии с данным принципом выплачиваемое страховщиком возмещение должно вернуть страхователя, понесшего ущерб, точно в такое же финансовое положение, в каком он находился до наступления неблагоприятного события случайного характера. Таким образом, страхование не может служить источником дополнительной выгоды.

7. Принцип контрибуции. Данный принцип является естественным развитием предыдущего принципа и призван контролировать распределение суммы возмещения между страховщиками при двойном и многократном страховании таким образом, чтобы страхователь не мог дважды или несколько раз получить возмещение по одному и тому же событию. Российское законодательство закрепляет этот принцип в ст. 951 ГК РФ применительно к случаю, когда страховая сумма по договору страхования имущества или предпринимательского риска превысила страховую стоимость в результате страхования одного и того же объекта у двух или нескольких страховщиков (двойное страхование). Сумма

страхового возмещения, подлежащая выплате в этом случае каждым из страховщиков, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору страхования.

8. Принцип суброгации. Под суброгацией понимается переход к страховщику, выплатившему возмещение, права требования (в пределах выплаченной суммы), которое страхователь имеет к виновному в убытках лицу. Перешедшее к страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между страхователем и лицом, ответственным за убытки.

Таким образом, с экономической точки зрения, **страхование** - это совокупность денежных перераспределительных отношений по поводу формирования за счет денежных взносов страхователей целевого страхового фонда, предназначенного для возмещения материального и иного ущерба, нанесенного непредвиденными, нежелательными событиями (страховыми случаями) субъектам хозяйствования и населению, а также для материального обеспечения граждан при наступлении некоторых событий в их жизни (дожитие до пенсионного возраста, вступление в брак и т.д.).

Экономическая сущность страхования выражается в его распределительной и контрольной функциях. *Распределительная функция страхования* может быть разделена на три подфункции:

- **рисковая подфункция (основная)** – подразумевает перераспределение денежной формы стоимости между участниками страхования в связи с последствиями страхового события;
- **предупредительная подфункция** - состоит в том, что часть средств страховой компании расходуется на проведение мероприятий, позволяющих предупредить наступление или снизить степень тяжести последствий страхового случая. Перечень таких мероприятий разрабатывается страховой компанией самостоятельно, исходя из осуществляемых ею видов страхования;
- **сберегательно-накопительная подфункция** страхования заключается в возможности накопить или сберечь за определенный срок или к определенной дате денежную сумму, которую страхователь может использовать, исходя из своих интересов.

Контрольная функция страхования на практике проявляется в регулярном целевом контроле за расходованием средств страхового фонда. Этот контроль может быть как внешним (Банк России,

аудиторские компании в рамках обязательного аудита), так и внутренним (соответствующие службы в самой компании).

1.2. Классификации страхования

Страхование как совокупность экономических отношений может быть классифицирована по большому количеству признаков. В современной российской экономике одним из ключевых оснований классификации страховых отношений является **форма проведения**. По данному признаку страхование делится на два вида: обязательное и добровольное.

Обязательное страхование – деятельность по страхованию, осуществляемая в силу требований закона. Обязательное страхование должно осуществляться независимо от того, хочет или не хочет этого сам страхователь. Государство является инициатором обязательного страхования, в форме закона обязывая юридических и физических лиц вносить средства для обеспечения общественных интересов.

Добровольное страхование – форма страхования, осуществляемая на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Таким образом, это страхование, осуществляемое в силу свободного волеизъявления сторон.

Выделяемые в рамках данной классификации формы страхования различаются также рядом базовых принципов, на основе которых они осуществляются на практике. Принципы обязательного страхования включают в себя следующие:

- *принцип обязательности* – сводится к тому, что данная форма страхования устанавливается законом, согласно которому страховщик обязан застраховать соответствующие объекты, а страхователи должны вносить соответствующие страховые взносы;

- *принцип сплошного охвата страхованием всех изложенных в законе объектов*;

- *принцип автоматичности приема на страхование*;

- *принцип бессрочности* – обязанность иметь страховую защиту действует до тех пор, пока страхователь владеет, пользуется и распоряжается соответствующим имуществом (объектом);

- *принцип нормирования страхового обеспечения* заключается в том, что для упрощения страховой оценки и порядка страховых выплат, устанавливаются нормы страхового обеспечения в процентах от

страховой суммы или в абсолютной сумме (рублях) на один объект страхования.

Возможные объекты обязательного страхования закреплены в положениях ст. 935 ГК РФ. К ним отнесены:

- жизнь, здоровье и имущество определенных в законе лиц на случай причинения им вреда;

- риск гражданской ответственности, которая может наступить вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц или нарушения договоров с другими лицами;

- имущество, являющееся государственной или муниципальной собственностью и принадлежащее юридическим лицам на праве хозяйственного ведения или оперативного управления.

При этом нормами ст. 935 ГК РФ напрямую закреплен запрет возлагать на гражданина по закону обязанность страховать свою жизнь или здоровье.

Особой разновидностью обязательного страхования, реализуемой в России, является **обязательное государственное страхование** за счет государственного бюджета жизни, здоровья и имущества ряда категорий государственных служащих и приравненных к ним лиц, исполнение которыми служебных обязанностей связано с повышенным риском. Это, например, судьи, судебные приставы, сотрудники правоохранительных органов, военнослужащие, сотрудники и должностные лица таможенных органов, сотрудники органов внешней разведки.

Принципы добровольного страхования, в свою очередь, включают в себя:

- *принцип добровольного участия* – страхование иницируется сторонами страхового договора, причем интерес к страхованию порождается собственной потребностью страхователя. Иначе говоря, что и от чего страховать, решает сам страхователь;

- *принцип выборочного охвата* – данная форма страхования охватывает не всех потенциальных страхователей как в силу отсутствия желания или возможности заключить соответствующий договор у ряда страхователей, так и в силу ограничений, предусмотренных теми или иными правилами страхования;

- *принцип срочности* - начало и окончание срока страхования особо оговариваются в договоре, и страховая компания будет производить выплаты только в том случае, если страховой случай произошел в период страхования;

- *принцип обязательной уплаты страховых взносов* – как правило, без уплаты единовременного или первого (при рассрочке) страхового взноса договор страхования в силу не вступает. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения по договору имущественного страхования или страховой суммы по договору личного страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса (ст. 954 ГК РФ);

- *принцип зависимости страхового обеспечения от желания и платежеспособности страхователя*. При имущественном страховании страховая сумма устанавливается исходя из действительной стоимости объекта на момент заключения договора страхования. В личном страховании страховая сумма устанавливается по соглашению сторон исходя из желания и материальных возможностей страхователя.

Вторая классификация страхования предполагает разграничение *по объектам страхования* и позволяет разделить совокупность страховых отношений в экономике на отрасли, подотрасли² и виды страхования. В основе классификации на отрасли лежат принципиальные различия в объектах страхования.

В соответствии с нормами ГК РФ и Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г. №4015-1, выделяют отрасль личного страхования и отрасль имущественного страхования.

Объектами **личного страхования** могут быть имущественные интересы, связанные:

- 1) с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (подотрасль **страхования жизни**);

- 2) с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни (подотрасль **страхования от несчастных случаев и болезней**);

- 3) с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни

² Не все ученые согласны с выделением в структуре страхования подотраслей. Многие авторы придерживаются мнения о том, что следует выделять только отрасли и входящие в них виды страхования.

или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (подотрасль **медицинского страхования**).

Объектами **имущественного страхования** могут быть имущественные интересы, связанные с:

1) риском утраты (гибели), недостачи или повреждения имущества (подотрасль **страхования имущества**);

2) риском наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу граждан, имуществу юридических лиц, муниципальных образований, субъектов Российской Федерации или Российской Федерации, а также с риском наступления ответственности за нарушение договора (подотрасль **страхования гражданской ответственности**);

3) риском возникновения убытков от предпринимательской деятельности из-за нарушения своих обязательств контрагентами предпринимателя или изменения условий этой деятельности по независящим от предпринимателя обстоятельствам, в том числе с риском неполучения ожидаемых доходов (подотрасль **страхования предпринимательских рисков**);

4) имущественные интересы страхователя (застрахованного лица), связанные с риском неполучения доходов, возникновения непредвиденных расходов физических лиц, юридических лиц (подотрасль **страхования финансовых рисков**).

При осуществлении страхования законом допускается комбинация объектов, относящихся к разным видам имущественного страхования, с объектами страхования от несчастных случаев и болезней и медицинского страхования, либо только комбинация объектов страхования жизни, страхования от несчастных случаев и болезней и медицинского страхования (комбинированное страхование).

Статья 32.9 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» выделяет 23 вида страхования, осуществление которых лицензируется в России. Этот перечень не является закрытым и предусматривает введение иных видов страхования, предусмотренных федеральными законами об обязательном страховании.

1) страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события;

2) пенсионное страхование;

3) страхование жизни с условием периодических страховых выплат (ренты, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика;

- 4) страхование от несчастных случаев и болезней;
- 5) медицинское страхование;
- 6) страхование средств наземного транспорта (за исключением средств железнодорожного транспорта);
- 7) страхование средств железнодорожного транспорта;
- 8) страхование средств воздушного транспорта;
- 9) страхование средств водного транспорта;
- 10) страхование грузов;
- 11) сельскохозяйственное страхование (страхование урожая, сельскохозяйственных культур, многолетних насаждений, животных);
- 12) страхование имущества юридических лиц, за исключением транспортных средств и сельскохозяйственного страхования;
- 13) страхование имущества граждан, за исключением транспортных средств;
- 14) страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств;
- 15) страхование гражданской ответственности владельцев средств воздушного транспорта;
- 16) страхование гражданской ответственности владельцев средств водного транспорта;
- 17) страхование гражданской ответственности владельцев средств железнодорожного транспорта;
- 18) страхование гражданской ответственности организаций, эксплуатирующих опасные объекты;
- 19) страхование гражданской ответственности за причинение вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг;
- 20) страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам;
- 21) страхование гражданской ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору;
- 22) страхование предпринимательских рисков;
- 23) страхование финансовых рисков;

В западной практике не принято разделять страхование на отрасли, подотрасли и виды. Вместо этого за основу классификации принимается *класс страхования* (форма группировки страховых рисков по однородным признакам). С учетом этого критерия принято выделять такие классы страхования, как: огневое, от несчастных случаев (включая страхование от кражи), транспортное, морское и авиационное, жизни и

пенсий, гражданской ответственности, инженерное (ущерб имуществу и ответственность в этой связи).

По характеру страховых выплат выделяют рисковое и накопительное страхование.

Рисковое страхование предполагает, что страховые выплаты производятся за оговоренные договором страхования последствия страхового случая.

Накопительное страхование - это долгосрочное страхование, при котором страховые выплаты производятся при дожитии страхователя или застрахованного лица до окончания срока страхования, обусловленного возрастом либо событиями.

По формам собственности страхование подразделяют в зависимости от того, кем является страхователь. В рамках данной классификации выделяют **государственное, частное и смешанное** страхование.

Контрольные вопросы к главе 1

1. Перечислите основные этапы, входящие в систему управления рисками.
2. Охарактеризуйте основные методы формирования страхового фонда.
3. Охарактеризуйте систему принципов страхования. Назовите их основные отличия.
4. Перечислите все виды страхования, осуществление которых лицензируется в России. Возможно ли введение новых видов страхования?
5. Перечислите принципы обязательного страхования. Чем обусловлена важность каждого из этих принципов?

Проверочные задания к главе 1

1. Укажите все правильные ответы.

1. Какой из перечисленных *методов* предполагает формирование страхового фонда хозяйствующим субъектом на случай непредвиденных расходов?

- А. Отраслевой метод
- Б. Централизованный метод
- В. Резервный метод

2. Выберите из списка *экономические принципы функционирования системы страхования*:

- А. Принцип страхуемости риска
- Б. Принцип контрибуции
- В. Принцип эквивалентности
- Г. Принцип суброгации

3. В силу какого *принципа страхования* к страховым отношениям не может применяться положение “*saveat emptor*”?

- А. Принцип эквивалентности

- Б. Принцип наличия имущественного интереса
 - В. Принцип предельной честности
 - Г. Принцип контрибуции
4. Каким образом проявляется *контрольная функция* страхования?
- А. Контроль со стороны аудиторских компаний
 - Б. Общественный контроль
 - В. Контроль со стороны службы внутреннего аудита
 - Г. Контроль со стороны мегарегулятора финансового рынка
5. Какая подфункция является *основной* в распределительной функции страхования?
- А. Накопительная
 - Б. Предупредительная
 - В. Рисковая
 - Г. Сберегательная
6. Выберите из списка возможные *объекты обязательного страхования*:
- А. Жизнь, здоровье и имущество других определенных в законе лиц на случай причинения им вреда
 - Б. Оказание гражданам медицинских услуг
 - В. Имущество, являющееся государственной или муниципальной собственностью и принадлежащее юридическим лицам на праве хозяйственного ведения или оперативного управления
 - Г. Дожитие граждан до пенсионного возраста
7. Какие из перечисленных ниже видов страхования относятся к *личному страхованию*?
- А. Страхование гражданской ответственности
 - Б. Аннуитет
 - В. Пенсионное страхование
 - Г. Страхование ответственности за неисполнение обязательств
 - Д. Страхование предпринимательских рисков
8. Выберите из списка *принципы добровольного страхования*:
- А. Принцип обязательной уплаты страховых взносов
 - Б. Принцип бессрочности
 - В. Принцип зависимости страхового обеспечения от желания и платежеспособности страхователя
 - Г. Принцип срочности
9. Выберите из списка виды страхования *по характеру страховых выплат*:
- А. Накопительное
 - Б. Сберегательное
 - В. Личное
 - Г. Рисковое
 - Д. Обязательное

10. Выберите из списка *подотрасль страхования*, объектом которой являются имущественные интересы, связанные с риском недостачи имущества:

- А. Имущественное страхование
- Б. Страхование финансовых рисков
- В. Страхование имущества
- Г. Титульное страхование

11. Согласно какому из ниже приведенных *принципов* страховая выплата по добровольному страхованию производится только тогда, когда страховой случай произошел в период страхования?

- А. Принцип сплошного охвата
- Б. Принцип выборочного охвата
- В. Принцип срочности
- Г. Принцип бессрочности

12. Что относится к *критериям страхуемости рисков*?

А. Самоокупаемость страховой деятельности
Б. Солидарная ответственность всех страхователей за ущерб
В. Доступность статистическому учету случайных неблагоприятных событий

- Г. Замкнутая раскладка ущерба
- Д. Возвратность страховых платежей

13. В рамках какого *принципа* страхования устанавливается запрет на двойное страхование?

А. Принцип выплаты страхового возмещения в размере действительного убытка?

- Б. Принцип виндикации
- В. Принцип контрибуции
- Г. Принцип суброгации

14. Какие из перечисленных ниже *аспектов* включает в себя страхование как *научная категория*?

- А. Формирование резервных фондов
- Б. Вид бизнеса
- В. Система имущественных отношений
- Г. Способ защиты имущественных интересов

15. Содержание какого из *критериев страхуемости* риска отражает имеющуюся неопределенность относительно проявления события, влекущего негативный результат?

А. Солидарная ответственность всех страхователей за ущерб
Б. Доступность статистическому учету случайных неблагоприятных событий

- В. Случайный характер события, от которого проводится страхование

2. Определите, верны (В) или неверны (Н) следующие утверждения.

1. Централизованным методом создания страхового фонда является формирование собственных резервов организацией для непредвиденных ситуаций.

2. Оценка рисков состоит из двух компонентов: вероятности наступления опасности и размера возможного убытка.

3. Резервный фонд Российской Федерации формируется децентрализованным методом.

4. Принцип выплаты страхового возмещения в размере действительного убытка относится к экономическому принципу функционирования системы страхования.

5. Страхование при любых обстоятельствах обладает имущественным характером, так как его основой является имущественный интерес, связанный с многочисленными объектами страхования.

6. Сущность контрольной функции страхования заключается в проведении постоянного целевого контроля за использованием средств страхового фонда.

7. В Российской Федерации существует возможность страхования любого вида интереса, в том числе страхования убытков от участия в играх, лотереях и пари.

3. Каждому из приведенных ниже терминов и понятий необходимо найти соответствующее определение.

№	Термин	Буква	Характеристика
1	Обязательное страхование	А	Форма страхования, осуществляемая на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления
2	Накопительное страхование	Б	Совокупность денежных перераспределительных отношений по поводу формирования за счет денежных взносов страхователей целевого страхового фонда, предназначенного для возмещения материального и иного ущерба, нанесенного непредвиденными, нежелательными событиями субъектам страхования и населению, а также для материального обеспечения граждан при наступлении некоторых событий в их жизни
3	Собственное страхование	В	Определенные условия, необходимые для того, чтобы договор страхования был заключен
4	Страховые (резервные) фонды	Г	Деятельность по страхованию, осуществляемая в силу требований закона
5	Неопределенность воздействия факторов окружающей среды	Д	Долгосрочное страхование, при котором страховые выплаты производятся при дожитии страхователя или застрахованного лица до окончания срока страхования, обусловленного возрастом либо события
6	Добровольное	Е	Страхование, при котором страховые выплаты

	страхование		производятся за оговоренные договором страхования последствия страхового случая
7	Централизованный метод формирования страхового фонда	Ж	Факт, при котором предполагаемые, прогнозируемые результаты от принимаемых субъектом решений и совершения действий не совпадают с реально проявившимися результатами
8	Страхование	З	Вид страхования, при котором образование страхового фонда происходит за счет взносов его участников, а собранные средства сосредотачиваются у лица, осуществляющего страховые операции, и расходуются на страховые выплаты
9	Рисковое страхование	И	Создание государством резервных фондов в денежной или натуральной форме
10	Критерии страхуемости рисков	К	Специально формируемые в материальной или денежной форме запасы, которые предназначены для возмещения потерь, возникающих в результате воздействия неблагоприятных событий случайного характера

2. Базовые термины в сфере страхования

2.1. Участники страховых отношений

Структура страхового рынка большинства государств, с точки зрения ключевых участников страховых отношений, является довольно однородной. Основными субъектами страховых отношений являются страховщики (перестраховочные организации), страхователи (застрахованные лица) и выгодоприобретатели. Элементами инфраструктуры страхового рынка, как правило, являются страховые агенты, страховые брокеры, актуарии и ряд иных лиц. Несмотря на внешнее сходство структуры страховых рынков, национальная специфика страхования проявляется в статусе участников страховых отношений.

В Российской Федерации участников страховых отношений принято делить на две крупные группы: субъекты страхового дела и прочие участники. Согласно ст. 4.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» к **субъектам страхового дела** относятся три типа участников страхового рынка: страховые организации (в том числе перестраховочные организации), общества взаимного страхования и страховые брокеры. Деятельность субъектов страхового дела подлежит лицензированию.

Сведения о субъектах страхового дела вносятся в единый государственный реестр субъектов страхового дела в порядке, установленном Банком России. Единый государственный реестр субъектов страхового дела содержит:

- сведения о субъекте страхового дела, его наименовании, месте нахождения, руководителе, об учредителях (акционерах, участниках);
- основной государственный регистрационный номер юридического лица, основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя;
- сведения о номере и дате выдачи лицензии, виде страховой деятельности, на осуществление которой выдана лицензия, видах страхования, которые осуществляются в рамках соответствующего вида страховой деятельности (для страховых организаций и обществ взаимного страхования);
- сведения о правилах страхования, принятых и утвержденных страховыми организациями и обществами взаимного страхования в рамках соответствующих видов страхования;

- сведения о субъектах Российской Федерации, на территориях которых осуществляется деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

- сведения о доменном имени и (или) сетевом адресе официального сайта субъекта страхового дела в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

- сведения о филиалах и представительствах страховщика, их месте нахождения;

- сведения о принятии решения о приостановлении, возобновлении действия лицензии либо об отзыве лицензии, о назначении временной администрации и прекращении ее деятельности (дата и номер приказа органа страхового надзора и дата вступления его в силу);

- иные относящиеся к деятельности субъектов страхового дела сведения.

Действующим законодательством в числе прочих требований к субъектам страхового дела установлены требования к их наименованию. Так, наименование (фирменное наименование) субъекта страхового дела - юридического лица обязательно должно содержать указание на:

- организационно-правовую форму субъекта страхового дела;

- на вид деятельности субъекта страхового дела с использованием слов либо «страхование» и (или) «перестрахование», либо «взаимное страхование», либо «страховой брокер», а также производных от таких слов и словосочетаний.

В наименовании субъекта страхового дела также обязательно необходимо включать обозначение, индивидуализирующее данный субъект. В зависимости от организационно-правовой формы того или иного субъекта страхового дела - юридического лица применяются специфические требования к его наименованию. Например, в наименовании субъектов - публичных акционерных обществ должно содержаться указание на то, что соответствующее акционерное общество является публичным. Для обществ взаимного страхования в наименование требуется включать слова «потребительское общество взаимного страхования». Кроме того, субъект страхового дела - юридическое лицо не вправе использовать полностью обозначение, индивидуализирующее другой субъект страхового дела. Однако данный запрет не распространяется на дочерние общества и аффилированные лица субъекта страхового дела.

Страховые организации и общества взаимного страхования - это два элемента более общей категории «страховщики». Согласно

действующему законодательству РФ, **страховщики** - это страховые организации и общества взаимного страхования, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившие лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Общество взаимного страхования – это основанная на членстве некоммерческая организация, осуществляющая страхование имущественных интересов членов общества на взаимной основе путем объединения в обществе необходимых для этого средств.

Страховые организации, осуществляющие исключительно деятельность по перестрахованию, являются *перестраховочными организациями*.

Как и для ряда иных финансовых организаций (например, банков), для страховщиков законодательно установлен запрет на осуществление предпринимательской деятельности, не связанной с основной для них деятельностью - страховой (страховым делом). Исключением из этого запрета является закрепленное за страховщиками право:

- инвестировать собственные средства (капитал) и средства страховых резервов;
- осуществлять сделки с имуществом в целях обеспечения своей деятельности, в том числе реализовывать имущество, приобретенное в целях обеспечения своей деятельности, и имущество, приобретенное в результате отказа страхователя (выгодоприобретателя) от прав на застрахованное имущество в пользу страховщика в целях получения от него страховой выплаты в размере полной страховой суммы.

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

Страховыми брокерами являются юридические лица (коммерческие организации) или постоянно проживающие на территории Российской Федерации и зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей физические лица, осуществляющие деятельность на основании договора об оказании услуг страхового брокера по совершению юридических и иных действий по заключению, изменению,

расторжению и исполнению договоров страхования по поручению физических лиц или юридических лиц (страхователей) от своего имени, но за счет этих лиц либо совершению юридических и иных действий по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования (перестрахования) от имени и за счет страхователей (перестрахователей) или страховщиков (перестраховщиков).

Страховщик при заключении со страховым брокером договора об оказании услуг страхового брокера определяет перечень оказываемых страховым брокером услуг, его права, обязанности, порядок исполнения договора, срок его действия, стоимость услуг (размер вознаграждения страхового брокера), порядок взаиморасчетов, включая порядок и сроки перечисления страховщику денежных средств, полученных страховым брокером для оплаты договора страхования (перестрахования) (если такая деятельность осуществляется страховым брокером).

В случае, если страховой брокер осуществляет посредническую деятельность в интересах страховщика, он обязан уведомить об этом страхователя и не вправе получать вознаграждение за оказанную услугу по одному договору страхования и от страховщика, и от страхователя.

Страховые брокеры вправе осуществлять иную связанную с оказанием услуг по страхованию и не запрещенную законом деятельность, за исключением деятельности страховщика, перестраховщика, страхового агента. При этом страховой брокер не вправе оказывать услуги исключительно по обязательному страхованию.

Деятельностью в качестве страхового брокера не вправе заниматься лица, имеющие неснятую или непогашенную судимость либо осуществлявшие руководство страховщиком в течение двух лет до признания его арбитражным судом банкротом, до истечения трех лет со дня признания страховщика банкротом, а также лица, занимающие должности в органах управления страховщика, его дочерних обществах и аффилированных лицах.

К прочим участникам страховых отношений в России относятся: страхователи, застрахованные лица, выгодоприобретатели, страховые агенты, актуарии, Банк России, специализированные депозитарии. Кроме того, в эту группу входят объединения различных категорий участников страховых отношений - объединения субъектов страхового дела, объединения страховых агентов, объединения страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также саморегулируемые организации в сфере финансового рынка, объединяющие страховые организации, страховых брокеров либо общества взаимного страхования.

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

Застрахованное лицо – физическое лицо, чья жизнь, здоровье и трудоспособность являются объектом страховой защиты. Этот термин применяется в отрасли личного страхования. Застрахованным лицом может быть как сам страхователь, так и третье лицо.

Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, которому в соответствии с договором страхования будет предоставлено право на получение страховых выплат при наступлении определенных событий.

Страховыми агентами являются физические лица, в том числе физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей, или юридические лица, осуществляющие деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными им полномочиями.

Контроль за деятельностью страховых агентов осуществляет страховщик, в том числе путем проведения проверок их деятельности и предоставляемой ими отчетности об обеспечении сохранности и использовании бланков страховых полисов, сертификатов, об обеспечении сохранности денежных средств, полученных от страхователей, и исполнения иных полномочий.

Страховые агенты должны обладать информацией о деятельности страховщика, содержащейся в реестре субъектов страхового дела, предоставлять ее страхователям, застрахованным лицам, выгодоприобретателям, лицам, имеющим намерение заключить договор страхования, по их требованиям, а также раскрывать указанным лицам информацию о своих наименовании, полномочиях и деятельности, включая контактные телефоны, режим работы, место нахождения (для страховых агентов - юридических лиц), перечень оказываемых услуг и их стоимость, в том числе размер своего вознаграждения.

Страховые агенты и страховые брокеры обязаны разъяснять страхователям, застрахованным лицам, выгодоприобретателям, а также лицам, имеющим намерение заключить договор страхования, по их запросам положения, содержащиеся в правилах страхования, договоре страхования.

Актуарий - относительно новая категория участников страховых отношений в нашей стране. До 1 января 2015 г. на российском страховом рынке существовала категория «страховой актуарий». Страховые актуарии входили в число субъектов страхового рынка. К этой категории относились физические лица, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, имеющие квалификационный аттестат и осуществляющие на основании трудового договора или гражданско-правового договора со страховщиком деятельность по расчетам страховых тарифов, страховых резервов страховщика, оценке его инвестиционных проектов с использованием актуарных расчетов. В 2013 году в страховое законодательство были внесены изменения в части регулирования актуарной деятельности в страховании, вступившие в силу с января 2015 г. На смену фигуре страхового актуария пришла фигура актуария, статус которой в настоящее время регламентирован нормами Федерального закона от 02.11.2013 № 293-ФЗ «Об актуарной деятельности в Российской Федерации».

Согласно ст. 2 данного закона, *актуарий* - это физическое лицо, осуществляющее на профессиональной основе в соответствии с трудовым договором или гражданско-правовым договором актуарную деятельность и являющееся членом саморегулируемой организации актуариев. В свою очередь, *актуарная деятельность* - это деятельность по анализу и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, а также разработке и оценке эффективности методов управления финансовыми рисками.

Актуарное оценивание представляет собой вид актуарной деятельности по анализу и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, результатом которой является актуарное заключение. В рамках актуарного оценивания выделяется отдельная подкатегория - *обязательное актуарное оценивание*. В рамках страхового рынка его объектами является деятельность:

- Банка России при разработке страховых тарифов по обязательному страхованию;
- страховых организаций, за исключением страховых медицинских организаций, осуществляющих исключительно обязательное медицинское страхование;
- обществ взаимного страхования.

Банк России выполняет функции органа страхового надзора на российском страховом рынке, а именно - функции по регулированию,

контролю и надзору в сфере страховой деятельности. Надзор за деятельностью субъектов страхового дела (страховой надзор) осуществляется в целях соблюдения ими страхового законодательства, предупреждения и пресечения нарушений участниками страховых отношений страхового законодательства, обеспечения защиты прав и законных интересов страхователей, иных заинтересованных лиц и государства, эффективного развития страхового дела, а также в целях предупреждения неустойчивого финансового положения страховой организации.

Специализированным депозитарием страховщика является юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление депозитарной деятельности и лицензию на осуществление деятельности специализированного депозитария инвестиционных фондов, паевых инвестиционных фондов и негосударственных пенсионных фондов. Специализированный депозитарий должен осуществлять обособленный учет ценных бумаг, принимаемых для покрытия страховых резервов и собственных средств (капитала) страховщика, путем открытия и ведения отдельных счетов депо. В каждый момент времени услуги специализированного депозитария могут оказываться страховщику только одним юридическим лицом, имеющим соответствующие лицензии.

Субъекты страхового дела, страховые агенты в целях координации своей деятельности, представления и защиты общих интересов, в том числе интересов своих членов, связанных с осуществлением страховой деятельности, и для достижения иных не противоречащих закону и имеющих некоммерческий характер целей могут образовывать ассоциации (союзы). Участие в таких объединениях осуществляется в добровольном порядке, а в ряде предусмотренных законом случаев - в обязательном. Сведения об объединениях субъектов страхового дела подлежат внесению в реестр объединений субъектов страхового дела.

В целях представления и защиты общих интересов, связанных со страхованием, гражданами, в том числе являющимися страхователями, застрахованными лицами, выгодоприобретателями, могут создаваться общественные организации, ассоциации (союзы) в соответствии с ГК РФ, Федеральным законом от 19 мая 1995 года № 82-ФЗ «Об общественных объединениях», Федеральным законом от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».

Особой разновидностью объединений страховщиков являются *страховые (перестраховочные) пулы* - объединения страховщиков,

совместно осуществляющих страховую деятельность по отдельным видам страхования или страховым рискам на основании договора простого товарищества (договора о совместной деятельности). Основная цель созданий подобных объединений - обеспечение финансовой устойчивости их участников.

2.2. Термины, связанные с объектами и процедурой страхования

Вне зависимости от того, о каком объекте страхования идет речь, для его характеристики используются ряд специальных терминов. Эти термины призваны охарактеризовать предметную область страхования, дать некую количественную оценку этой области, в том числе и количественную оценку страхового риска, выраженного через оценку объекта страхования. Основными терминами, связанными с объектами страхования, являются следующие.

Страховое поле – максимальное количество объектов, которое может быть охвачено страхованием в определенном регионе или сфере деятельности. По имущественному страхованию за страховое поле принимается число владельцев имущества или количество имущественных объектов, подлежащих страхованию в данной местности.

Страховой портфель:

- 1) фактическое количество заключенных договоров страхования либо застрахованных объектов;
- 2) совокупность страховых рисков, принятых страховщиком за определенный период времени.

Охват страхового поля – процентное отношение страхового портфеля к страховому полю:

$$\text{Охват}_{СП} = \frac{\text{Страховой портфель}}{\text{Страховое поле}} * 100\%.$$

Охват страхового поля рассчитывается отдельно по каждому виду страхования. Свидетельствует об уровне развития конкретного вида страхования в данной страховой компании.

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. При страховании имущества или предпринимательского риска, как правило, страховая сумма не должна превышать их действительную стоимость (*страховую стоимость*). Такой стоимостью считается:

- для имущества – его действительная стоимость в месте его нахождения в день заключения договора страхования;

- для предпринимательского риска – убытки от предпринимательской деятельности, которые страхователь, как можно ожидать, понес бы при наступлении страхового случая.

Если в договоре указана страховая сумма, превышающая страховую стоимость, то договор ничтожен в этой части.

Синонимом термина «страховая стоимость» является термин «страховая оценка».

При осуществлении личного страхования страховая сумма или способ ее определения устанавливается страховщиком по соглашению со страхователем в договоре страхования.

К терминам, связанным с процедурой страхования, принято относить следующие.

Страховой риск – категория, которая рассматривается с нескольких позиций:

1) риск как вероятность наступления страхового случая. Этот показатель лежит в основе расчета тарифных ставок по договорам страхования:

$$P(A) = \frac{\text{Число страховых случаев}}{\text{Число застрахованных объектов}}$$

Событие должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления: $0 < P(A) < 1$;

2) риск как конкретный страховой случай, то есть опасность, обладающая вредоносными последствиями. Совокупность таких случаев, указанная в договоре страхования, составляет объем страховой ответственности;

3) риск как конкретные объекты страхования, соотнесенные по их страховой оценке со степенью вероятности нанесения ущерба. В этом значении термина выделяют: крупные (значительные), средние (усредненные), мелкие (незначительные) страховые риски. Страховщики, как правило, заинтересованы в принятии на страхование усредненных рисков.

Рассматривая риск в узком смысле как распределение вероятностей неблагоприятных результатов, необходимо комплексно оценивать два фактора: частоту наступления рисков и тяжесть последствий. Анализ большого объема статистических данных в сфере страхования указывает на наличие двух принципиальных форм зависимости между данными факторами:

1) регрессивная зависимость – предполагает высокую частоту наступления неблагоприятных событий и малую степень тяжести последствий (рисунок 3).

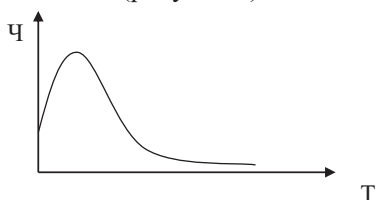


Рисунок 3. Графическое изображение регрессивной зависимости между частотой наступления рисков и тяжестью их последствий

Многие рискованные ситуации соответствуют регрессивной форме зависимости: противопожарное страхование, страхование от аварий на производстве и т.д.

Регрессивная зависимость в западной литературе иллюстрируется с помощью диаграммы под названием треугольник Хайнриха (пирамида происшествий, пирамида травматизма). Диаграмма составлена на основе обобщенных результатов исследований происшествий на производстве, проводившихся систематически в течение многих лет (рисунок 4).

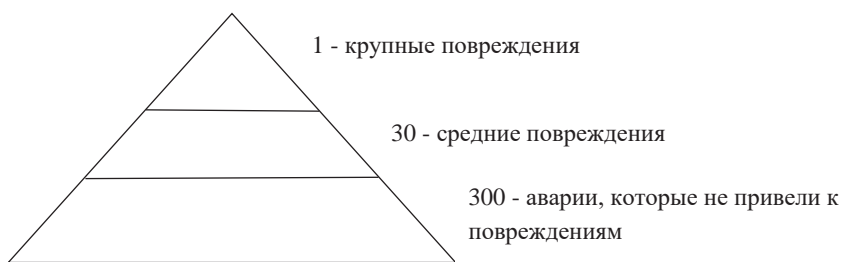


Рисунок 4. Треугольник Хайнриха

Треугольник показывает, что на каждое тяжелое последствие страхового случая приходится тридцать средних последствий и около трехсот незначительных, практически не причинивших убытка.

2) прогрессивная зависимость – предполагает малую частоту наступления неблагоприятных событий и большую степень тяжести последствий. Общее количество таких событий не так велико, как при

регрессивной зависимости, но если они наступают, то влекут за собой очень большие потери (рисунок 5).

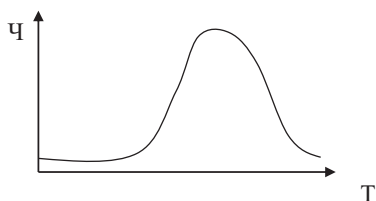


Рисунок 5. Графическое изображение прогрессивной зависимости между частотой наступления рисков и тяжестью их последствий

Классическим примером такого рода зависимости могут служить теракты 11 сентября 2001 г. в Нью-Йорке. Общие потери от данных событий оцениваются в 40-50 млрд долларов США. Больше всего пострадали лондонская компания Ллойдс, немецкая Munich Re и американская Berkshire Hathaway.

Страховой договор (договор страхования) – соглашение между страхователем и страховщиком, согласно которому в обмен на получение от страхователя денежной суммы в виде страховой премии или взноса страховщик обязуется возместить страхователю убытки, возникшие в результате наступления страхового случая, оговоренного при заключении договора страхования.

Договор страхования – это юридическое основание для возникновения любых страховых правоотношений. Он должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение этого условия влечет за собой недействительность договора, за исключением договора обязательного государственного страхования. Договор может быть заключен путем составления одного документа или путем вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного страховщиком.

Страховой полис – документ установленного образца, вручаемый страховщиком страхователю, удостоверяющий факт заключения договора страхования и содержащий все его условия. Систематическое страхование разных партий однородного имущества (товаров, грузов и т.п.) на сходных условиях в течение определенного срока может осуществляться на основании одного договора страхования – *генерального полиса*. При необходимости страховщик может выдавать страхователю отдельные страховые полисы на каждую из таких партий

имущества (в зарубежной практике такие полисы именуются «страховыми сертификатами»). В случае несоответствия генерального и страхового полисов предпочтение отдается страховому полису.

Страховой акт – документ или группа документов, удостоверяющих факт, обстоятельства и причину страхового случая. Составляется страховщиком и служит основанием для производства выплаты страхового возмещения.

Страховой ущерб – оцененная в денежной форме потеря страхователя от страхового случая.

Страховой убыток – часть страхового ущерба, которая возмещается страховщиком страхователю.

Убыточность страховой суммы – показатель деятельности страховщика, характеризующий соотношение между произведенными выплатами страхового возмещения и страховой суммой. Этот показатель исчисляется как в процентах, так и в денежной форме на 100, 1000, 10000 и т.д. единиц страховой суммы. Убыточность страховой суммы позволяет сопоставить расходы на выплаты с объемом ответственности страховщика. Показатель рассчитывается по каждому виду страхования.

Страховая премия– плата за страхование, которую страхователь (выгодоприобретатель) обязан уплатить страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии, вносимая страхователем в установленные договором сроки, если оплата по договору производится в рассрочку.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется соглашением сторон в добровольном страховании и согласно соответствующим федеральным законам - при обязательном страховании.

По своему экономическому содержанию страховой тариф – это цена страхового риска. Страховой тариф рассчитывается или с единицы страховой суммы, или в процентах от страховой суммы. Например:

Страховой тариф = 5 рублей / 100 рублей страховой суммы.

Страховая сумма = 100 000 рублей.

*Страховая премия = 5*1000 = 5000 рублей.*

Страховой тариф = 2% от страховой суммы.

Страховая сумма = 100 000 рублей.

$\text{Страховая премия} = 0,02 * 100\ 000 = 2000 \text{ рублей.}$

Страховой тариф иначе именуется *брутто-ставка* и включает в себя два элемента - *нетто-ставку* и *нагрузку* (рисунок 6).



Рисунок 6. Структура брутто-ставки

Страховщики обязаны применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии со стандартами актуарной деятельности. Страховые тарифы (базовые тарифные ставки и коэффициенты к ним или предельные значения указанных коэффициентов) по добровольному страхованию рассчитываются страховщиками по видам страхования на основании статистических данных (в том числе статистических данных, собираемых, обрабатываемых и анализируемых объединениями страховщиков), содержащих сведения о страховых случаях, страховых выплатах, об уровне убыточности страховых операций не менее чем за три отчетных года, непосредственно предшествующих дате расчета страховых тарифов

по видам страхования, не относящимся к страхованию жизни, и не менее чем за пять отчетных лет, непосредственно предшествующих дате расчета страховых тарифов по страхованию жизни.

Страховая выплата (страховое возмещение) - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования, и выплачивается страховщиком страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю при наступлении страхового случая. В случае страхования имущества страховая выплата не может превышать размера прямого ущерба застрахованному имуществу. Если в отношении имущества имеется несколько договоров страхования, то страховая выплата производится в сумме, равной отношению страховой суммы по данному договору страхования к совокупной страховой сумме по всем договорам.

Условиями страхования имущества и (или) гражданской ответственности в пределах страховой суммы может предусматриваться замена страховой выплаты предоставлением имущества, аналогичного утраченному имуществу, а в случае повреждения имущества, не повлекшего его утраты, - организацией и (или) оплатой страховщиком в счет страхового возмещения ремонта поврежденного имущества.

В случае утраты, гибели застрахованного имущества страхователь, выгодоприобретатель вправе отказаться от своих прав на него в пользу страховщика в целях получения от него страховой выплаты в размере полной страховой суммы.

Выкупная сумма – денежная сумма, которая может быть получена держателем полиса страхования жизни или лицом, заключившим аннуитетный договор, при досрочном расторжении договора страхования.

2.3. Термины, связанные с методами страхования

В эту группу понятий входят методы (системы) расчета суммы страхового возмещения, применяемые страховыми компаниями в настоящее время.

1. Страхование по действительной стоимости имущества – предполагает страхование полного интереса и предусматривает выплату страхового возмещения в сумме, равной величине причиненного ущерба. Например:

Страховая оценка = 2000000 рублей.

Страховой ущерб = 2000000 рублей.

Страховое возмещение = 2000000 рублей.

2. Система пропорциональной ответственности – предусматривает выплату страхового возмещения в заранее фиксированной доле (пропорции). Страховое возмещение выплачивается в размере той части ущерба, в какой страховая сумма составляет пропорцию по отношению к оценке объекта страхования:

$$\frac{\text{Страховое возмещение}}{\text{Страховой ущерб}} = \frac{\text{Страховая сумма}}{\text{Страховая оценка (стоимость)}}$$

Например, при страховой стоимости автомобиля, равной 2000000 рублей, и страховой сумме, равной 1600000 рублей, в результате ДТП автомобилю причинен ущерб на 1800000 рублей. Величина страхового возмещения в таком случае составит 1440000 рублей. Оставшаяся часть ущерба остается на риске страхователя.

3. Система первого риска – предусматривает выплату страхового возмещения в размере фактического ущерба, но не больше, чем заранее установленная сторонами страховая сумма. При этом весь ущерб в пределах страховой суммы (то есть «первый риск») компенсируется полностью, а ущерб сверх страховой суммы («второй риск») не возмещается вообще. Например:

Страховая оценка = 1000000 рублей.

Страховая сумма = 500000 рублей.

Страховой ущерб = 800000 рублей.

Первый риск = 500000 рублей.

Второй риск = 300000 рублей.

4. Система предельной ответственности – предусматривает наличие определенного предела суммы страхового возмещения. При этом величина возмещаемого ущерба определяется как разница между заранее установленным пределом и достигнутым уровнем дохода. Если в результате страхового случая уровень дохода страхователя будет меньше установленного предела, то возмещению подлежит разница между пределом и фактически полученным доходом. Эта система страхования чаще всего используется при страховании крупных рисков и при страховании доходов.

В договорах страхования зачастую используется **франшиза** - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В страховой практике

франшизу понимают как собственное удержание страхователя или как риск, который несет сам страхователь.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть:

- *условной* - в этом случае страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы;

- *безусловной* - в этом случае размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

Условная франшиза, как правило, фиксируется в договоре страхования с помощью записи «свободно от x процентов». Безусловная франшиза фиксируется в договоре страхования записью: «свободно от первых x процентов». Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Применение франшизы позволяет, во-первых, освободить страховщика от производства расчетов по незначительным страховым эпизодам, не имеющим существенного значения, и, во-вторых, понуждает страхователя бережливее относиться к застрахованному имуществу.

Контрольные вопросы к главе 2

1. Перечислите основные задачи страховщиков при осуществлении страховой деятельности?

2. Существует ли запрет для страховщиков на осуществление предпринимательской деятельности, не связанной со страховой деятельностью? Существуют ли исключения?

3. Кто может относиться к прочим участникам страховых отношений на территории Российской Федерации?

4. Что такое актуарная деятельность? Перечислите основные объекты обязательного актуарного оценивания?

5. Что подразумевает под собой франшиза? Каких видов она бывает? Для чего она нужна?

Проверочные задания к главе 2

1. Укажите все правильные ответы.

1. Какие субъекты из указанных в списке относятся к категории прочих участников страховых отношений?

- А. Застрахованные лица
- Б. Страхователи
- В. Саморегулируемые организации страховых брокеров
- Г. Страховые брокеры
- Д. Орган страхового надзора
- Е. Страховщики

2. В качестве какого из указанных участников страховых отношений может выступать физическое лицо?

- А. Страховщик
- Б. Страховой агент
- В. Специализированный депозитарий
- Г. Актуарий
- Д. Страховой брокер

3. Синонимом каких терминов является термин «страховая оценка»?

- А. Страховое возмещение
- Б. Страховое обеспечение
- В. Страховая стоимость
- Г. Страховая сумма
- Д. Страховой убыток

4. Что представляет собой страховой портфель?

А. Совокупность страховых рисков, принятых страховщиком за определенный период времени

Б. Конкретные объекты страхования, соотнесенные по их страховой оценке со степенью вероятности нанесения ущерба

В. Совокупность конкретных страховых случаев

Г. Фактическое количество заключенных договоров страхования либо застрахованных объектов

5. Выберите из списка определение термина «страховой полис»:

А. Соглашение между страхователем и страховщиком, согласно которому в обмен на получение от страхователя денежной суммы в виде страховой премии или взноса страховщик обязуется возместить страхователю убытки, возникшие в результате наступления страхового случая, оговоренного при заключении договора страхования

Б. Единое соглашение, обеспечивающее систематическое страхование однородных объектов на сходных условиях в течение определенного срока

В. Документ или группа документов, удостоверяющих факт, обстоятельства и причину страхового случая

Г. Документ установленного образца, вручаемый страховщиком страхователю, удостоверяющий факт заключения договора страхования и содержащий все его условия

6. Рассчитайте значение показателя убыточности страховой суммы на 100 рублей страховой суммы, если объем ответственности страховщика составил 50000000 рублей, а страховщик произвел выплаты страхового возмещения в размере 7500000 рублей.

7. Какие элементы входят в состав страхового тарифа?

- А. Брутто-ставка
- Б. Норма прибыли (рентабельности)
- В. Нагрузка

- Г. Расходы на ведение дела
- Д. Расходы на предупредительные мероприятия
- Е. Нетто-ставка

8. Какая из указанных ниже систем расчета суммы страхового возмещения является наиболее выгодной для страхователя?

- А. Система предельной ответственности
- Б. Система страхования по действительной стоимости имущества
- В. Система первого риска
- Г. Система пропорциональной ответственности

9. На каких условиях страхователю выгоднее застраховать свое имущество стоимостью 8000000 рублей?

- А. При страховом тарифе 8% от страховой суммы
- Б. При страховом тарифе 8 рублей на 1000 рублей страховой суммы

10. Рассчитайте величину страхового возмещения по системе пропорциональной ответственности, если страховая оценка имущества составила 20000 рублей, имущество застраховано на 10000 рублей, а в результате страхового случая имуществу был нанесен ущерб в размере 15000 рублей.

2. Каждому из приведенных ниже терминов и понятий необходимо найти соответствующее определение.

№	Термин	Буква	Характеристика
1	Общество взаимного страхования	А	Страховые организации, осуществляющие исключительно деятельность по перестрахованию
2	Страховые агенты	Б	Страховые организации и общества взаимного страхования, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившие лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке
3	Перестраховочные организации	В	Физическое лицо, осуществляющее на профессиональной основе в соответствии с трудовым договором или гражданско-правовым договором актуарную деятельность и являющееся членом саморегулируемой организации актуариев
4	Застрахованное лицо	Г	Физическое или юридическое лицо, которому в соответствии с договором страхования будет предоставлено право на получение страховых выплат при наступлении определенных событий
5	Страхователи	Д	Основанная на членстве некоммерческая организация, осуществляющая страхование имущественных интересов членов общества на взаимной основе путем объединения в обществе необходимых для этого средств

6	Специализированный депозитарий страховщика	Е	Физическое лицо, чьи жизнь, здоровье и трудоспособность являются объектом страховой защиты
7	Актуарная деятельность	Ж	Юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление депозитарной деятельности и лицензию на осуществление деятельности специализированного депозитария инвестиционных фондов, паевых инвестиционных фондов и негосударственных пенсионных фондов
8	Актуарий	З	Юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона
9	Страховщики	И	Физические лица, в том числе физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством РФ порядке в качестве индивидуальных предпринимателей, или юридические лица, осуществляющие деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными им полномочиями
10	Выгодоприобретатель	К	Деятельность по анализу и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, а также разработке и оценке эффективности методов управления финансовыми рисками
11	Страховая сумма	Л	Объединения страховщиков, совместно осуществляющих страховую деятельность по отдельным видам страхования или страховым рискам на основании договора простого товарищества (договора о совместной деятельности)
12	Страховой акт	М	Соглашение между страхователем и страховщиком, согласно которому в обмен на получение от страхователя денежной суммы в виде страховой премии или взноса страховщик обязуется возместить страхователю убытки, возникшие в результате наступления страхового случая, оговоренного при заключении договора страхования
13	Страховой договор	Н	Денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая

14	Страховые перестраховочные пулы	О	Максимальное количество объектов, которое может быть охвачено страхованием в определенном регионе или сфере деятельности
15	Страховой взнос	П	Денежная сумма, которая может быть получена держателем полиса страхования жизни или лицом, заключившим аннуитетный договор, при досрочном расторжении договора страхования
16	Охват страхового поля	Р	Документ или группа документов, удостоверяющих факт, обстоятельства и причину страхового случая
17	Страховой полис	С	Плата за страхование, которую страхователь (выгодоприобретатель) обязан уплатить страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования
18	Страховое поле	Т	Документ установленного образца, вручаемый страховщиком страхователю, удостоверяющий факт заключения договора страхования и содержащий все его условия
19	Страховая премия	У	Процентное отношение страхового портфеля к страховому полю
20	Выкупная сумма	Ф	Часть страховой премии, вносимая страхователем в установленные договором сроки, если оплата по договору производится в рассрочку

3. Решение задач.

1. Квартира гражданина Х застрахована на 2 500 000 рублей. Страховая стоимость квартиры составляет 2 500 000 рублей. В результате страхового случая недвижимому имуществу был причинен ущерб на 745 000 рублей. Какая сумма будет выплачена страхователю при условии страхования по действительной стоимости имущества?

2. Рассчитать сумму страхового возмещения для страхования автомобиля «Ауди» с использованием системы пропорциональной ответственности. Оценка автомобиля (W) составляет 3 800 000 рублей, страховая сумма по договору страхования (S) - 3 000 000 рублей, Страховой ущерб (Т), понесенный вследствие аварии, составляет 3 400 000 рублей.

3. Кукуруза застрахована по системе предельной ответственности исходя из средней урожайности за 5 лет в размере 18 центнеров с 1 га на условиях выплаты страхового возмещения в размере 70% причиненного убытка за недополучение урожая. Площадь посева составляет 300 га. Фактическая урожайность кукурузы составила 15,2 центнера с 1 га. Закупочная цена - 88 тыс. руб. за 1 центнер. Определить ущерб страхователя и величину страхового возмещения по системе предельной ответственности.

3. Государственное регулирование страхового рынка как элемента финансовой системы РФ

3.1. Цели и правовые основы регулирования страховой деятельности

В мировой практике регулирование страхового рынка может быть представлено в качестве системы из двух крупных элементов: саморегулирования и государственного регулирования. Саморегулирование страхового рынка, в свою очередь, осуществляется в двух основных формах:

- институциональное саморегулирование (ассоциации и союзы субъектов в сфере страховой деятельности, саморегулируемые организации субъектов страхового дела и т.д.);
- саморегулирование посредством конкурентного механизма.

Последняя форма саморегулирования включает в себя такие составляющие, как конкурентное регулирование стороны спроса (определяется поведением потребителей страховых продуктов), стороны предложения (определяется конкурентным поведением самих субъектов страхового дела) и условия, создаваемые конкурентной средой страхового рынка.

Государственное регулирование страховой деятельности представляет собой создание государством рамочных условий для функционирования страхового рынка, в пределах которых его субъекты свободны в принятии решений. При этом система государственного регулирования в этой сфере включает в себя регуляторные методы и инструменты, законодательную основу регулирования и институциональный элемент - надзорный орган. Последний может выступать в качестве специализированного органа государственной власти, наделенного полномочиями исключительно по контролю и надзору в сфере страхования, либо может являться мегарегулятором всего финансового рынка в стране.

Целями государственного регулирования являются:

1. Обеспечение надежного и стабильного функционирования страхового рынка в стране;
2. Повышение социальной и экономической стабильности в стране с помощью страхования;
3. Создание конкурентной среды на страховом рынке.

Государство осуществляет регулирование страховой деятельности с помощью следующих методов:

- принятие законов и иных нормативных актов в области страхования;
- контроль уполномоченными государственными органами за соблюдением участниками страхового рынка страхового законодательства;
- регулирование финансовой устойчивости страховщиков и обеспечение выполнения ими обязательств перед потребителями страховых услуг;
- применение мер юридической ответственности к субъектам страхового дела, не выполняющим установленные требования.

Объектами государственного регулирования в сфере страхования являются:

1. Деятельность субъектов страхового дела;
2. Деятельность страховых посредников;
3. Деятельность страхователей, застрахованных и выгодоприобретателей.

Российское законодательство в сфере страхования имеет комплексный характер и сложную структуру. Двумя основными блоками, на которые можно разделить всю совокупность нормативных правовых источников, регулирующих страховой рынок, являются законодательство общего характера и специальные нормативные акты (рисунок 7).

Первый блок нормативных актов формирует общие основы коммерческой деятельности в условиях российской экономики, определяет аспекты содержания и формы гражданско-правовых отношений в сфере страхования, устанавливает правовые рамки налоговых, трудовых, административных отношений участников страхования между собой и с государством в целом. Ключевое значение в рамках данного блока играют нормы главы 48 «Страхование» Гражданского кодекса Российской Федерации, которые регулируют:

- разделение страхования на добровольную и обязательную формы;
- особенности различных отраслей и подотраслей страхования;
- форму и существенные условия договора страхования; вопросы сострахования, перестрахования и т.д.

До вступления в законную силу второй части ГК РФ регулирование указанных вопросов, особенно в части, касающейся договора страхования, осуществлялось нормами Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 № 4015-1.

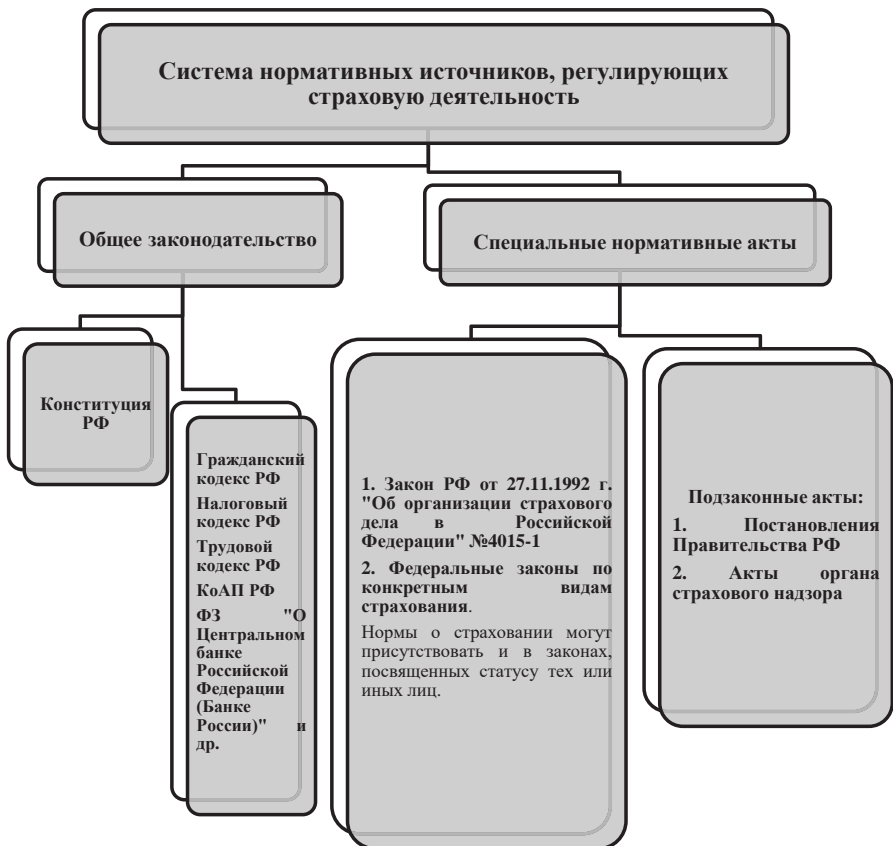


Рисунок 7. Система законодательства в сфере страхования

С вступлением в силу норм второй части ГК РФ этот закон стал применяться к страховым отношениям в части, не противоречащей ГК РФ. Тем не менее, именно нормы данного закона являются основой второго блока нормативных источников регулирования страховой деятельности в России. В частности, им регламентированы:

- общие вопросы организации страхового дела в Российской Федерации;
- основы обеспечения финансовой устойчивости и платежеспособности страховщиков;
- вопросы страхового надзора.

Детализация этих общих положений, с одной стороны, осуществляется в нормативных актах (как правило, федеральных законах) о конкретных видах страхования, а также в блоке подзаконных актов, регулирующих более «технические» вопросы страховой деятельности (например, лицензирование, формирование страховых резервов и их инвестирование и т.п.). Основное значение в группе подзаконных актов в настоящее время имеют нормативные акты Банка России, которые, по большей части, оформляются в виде положений, указаний и базовых стандартов. Процесс формирования данной группы нормативных источников в настоящее время не завершен в связи с необходимостью актуализации ряда актов, изданных субъектами, выполнявшими функции органа страхового надзора до Банка России (Федеральная служба страхового надзора, Федеральная служба по финансовым рынкам, Министерство финансов Российской Федерации).

3.2. Надзор за деятельностью субъектов страхового дела

Несмотря на то, что финансовые рынки в целом отличаются устойчивой тенденцией к либерализации, для страховых рынков в мире до сих пор характерна довольно высокая степень национального и наднационального надзора. Это справедливо даже для исторически более либеральных экономических систем. Причинами необходимости строгого государственного надзора за деятельностью в сфере страхования, согласно мнению ученых - экономистов, являются:

1. *Социальная природа страхования.* Страховые продукты удовлетворяют не только интересы индивидов, но и интересы общества в целом. Кроме того, зачастую государство само обязывает индивидов страховать те или иные интересы, тем самым порождая потребность в государственном регулировании данного сегмента финансовой системы.

2. *Неопределенный характер ценности страхового продукта.* Специфика страховых услуг заключается в невозможности точно определить в момент их продажи степень эффективности издержек, связанных с их приобретением, для страхователя. Кроме того, страхователь имеет слабые возможности контролировать надлежащее исполнение страховщиком своих обязанностей по страховому договору.

3. *Непрозрачное ценообразование.* Государственный надзор в этих вопросах направлен на защиту интересов страхователей, в том числе от некачественных страховых продуктов.

4. *Высокая чувствительность страхового рынка к уровню платежеспособности и финансовой устойчивости субъектов страхового дела.*

Надзор за деятельностью субъектов страхового дела в Российской Федерации осуществляется **в целях:**

- соблюдения ими страхового законодательства,
- предупреждения и пресечения нарушений участниками страховых отношений страхового законодательства,
- обеспечения защиты прав и законных интересов страхователей, иных заинтересованных лиц и государства,
- эффективного развития страхового дела,
- предупреждения неустойчивого финансового положения страховой организации.

Страховой надзор в России осуществляется в соответствии с **принципами:**

- 1) законности;
- 2) гласности;
- 3) организационного единства.

В дореволюционной России деятельность страховых обществ подлежала надзору со стороны Министерства внутренних дел. Задачи страхового надзора были достаточно широкими, однако в полной мере никогда не выполнялись. Необходимость введения государственного страхового надзора в России была обусловлена нестабильностью финансового состояния отдельных страховщиков.

Идея государственной монополии на страхование как единственного способа защиты страхователей была реализована в 1921 г. В советское время сфера государственного страхового надзора ограничивалась контролем за деятельностью Ингосстраха и Госстраха СССР. При переходе к рынку механизмом, обеспечивающим защиту интересов страхователей, стала система лицензирования страховых организаций до начала их деятельности и последующий контроль за исполнением действующего законодательства в области страхования.

Для реализации системы государственного регулирования страховой деятельности в России в феврале 1992 г. была образована Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью (Росстрахнадзор). В 1996 г. функции Службы были переданы Департаменту страхового надзора Министерства финансов РФ. Затем, в 2004 году, страховому надзору был возвращен статус Федеральной службы. В 2011 г. функции контроля и надзора в сфере страхового дела были переданы Федеральной

службе по финансовым рынкам. С 1 сентября 2013 г. ФСФР была упразднена, а ее функции в полном объеме были переданы мегарегулятору финансового рынка в нашей стране – Банку России.

Страховой надзор включает в себя следующие **направления деятельности**:

- лицензирование деятельности субъектов страхового дела и ведение единого государственного реестра субъектов страхового дела, реестра объединений субъектов страхового дела, единого реестра саморегулируемых организаций в сфере финансового рынка;

- контроль за соблюдением страхового законодательства, в том числе путем проведения на местах проверок деятельности субъектов страхового дела, и достоверности представляемой ими отчетности, а также за обеспечением страховщиками их финансовой устойчивости и платежеспособности;

- выдачу в течение 30 дней в предусмотренных законом случаях разрешений на увеличение размеров уставных капиталов страховых организаций за счет средств иностранных инвесторов, на совершение с участием иностранных инвесторов сделок по отчуждению акций (долей в уставных капиталах) страховых организаций, а также на открытие филиалов страховщиков с иностранными инвестициями;

- принятие решения о назначении временной администрации, о приостановлении и об ограничении полномочий исполнительного органа страховой организации в случаях и в порядке, которые установлены Федеральным законом «О несостоятельности (банкротстве)».

В целях соответствия требованиям, предъявляемым Банком России в рамках страхового надзора, **субъекты страхового дела**, в свою очередь, **обязаны**:

- 1) соблюдать требования страхового законодательства;

- 2) представлять установленную отчетность о своей деятельности, информацию о своем финансовом положении, а также документы и информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе законодательством о несостоятельности (банкротстве);

- 3) исполнять предписания органа страхового надзора, предусмотренные законом, и представлять в установленные такими предписаниями сроки информацию и документы, подтверждающие исполнение таких предписаний;

- 4) представлять по запросам органа страхового надзора в установленные в этих запросах сроки информацию и документы,

необходимые для осуществления страхового надзора, в том числе о своем финансовом положении;

5) представлять в орган страхового надзора копии положений о филиалах и представительствах, расположенных вне места нахождения субъекта страхового дела, с указанием их адресов (мест нахождения), а также копии документов, подтверждающих полномочия их руководителей;

6) обеспечить возможность предоставления в орган страхового надзора электронных документов, а также возможность получения от органа страхового надзора электронных документов, в том числе через личный кабинет на официальном сайте органа страхового надзора в информационно-телекоммуникационной сети Интернет в соответствии с Федеральным законом от 10 июля 2002 года № 86-ФЗ «О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)».

Кроме того, для достижения стоящей перед Банком России цели по предупреждению неустойчивого финансового положения страховых организаций и для своевременного выявления рисков неплатежеспособности субъектов страхового дела Банк России в установленном им порядке осуществляет мониторинг деятельности субъектов страхового дела. При осуществлении такого мониторинга применяются финансовые показатели (коэффициенты), характеризующие финансовое положение субъектов страхового дела и их устойчивость к внутренним и внешним факторам риска.

Мониторинг деятельности субъектов страхового дела осуществляется Банком России с соблюдением следующих принципов:

- принцип независимости;
- принцип объективности;
- принцип применения единых правил установления требований к субъектам страхового дела;
- принцип комплексности;
- принцип оперативности;
- принцип обоснованности оценки деятельности субъектов страхового дела.

3.3. Лицензирование деятельности субъектов страхового дела в РФ

Деятельность субъектов страхового дела (страховых, перестраховочных организаций, обществ взаимного страхования, страховых брокеров) в Российской Федерации подлежит обязательному

лицензированию. **Лицензия** представляет собой специальное разрешение на право осуществления страховой деятельности, предоставленное органом страхового надзора субъекту страхового дела. Лицензия выдается:

1) *страховой организации* на осуществление:

- добровольного страхования жизни;
- добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
- добровольного имущественного страхования;
- вида страхования, осуществление которого предусмотрено федеральным законом о конкретном виде обязательного страхования;
- перестрахования в случае принятия по договору перестрахования обязательств по страховой выплате;

2) *перестраховочной организации* на осуществление перестрахования;

3) *обществу взаимного страхования* на осуществление взаимного страхования в форме добровольного страхования, а в случаях, если в соответствии с федеральным законом о конкретном виде обязательного страхования общество имеет право осуществлять обязательное страхование, в форме обязательного страхования;

4) *страховому брокеру* на осуществление посреднической деятельности в качестве страхового брокера.

Перечень документов, которые соискатель лицензии должен представить в Банк России для получения лицензии, установлен положениями ст. 32 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Кроме того, подзаконными актами Банка России закреплены детальные требования к указанным документам. В частности, к таким актам относятся:

- Указание Банка России от 29.11.2018 № 4993-У «О требованиях к сведениям и документам, представляемым для получения лицензии на осуществление деятельности субъектов страхового дела, об их типовых формах и о порядке и способах представления в Банк России документов для получения лицензии на осуществление деятельности субъектов страхового дела»;

- Указание Банка России от 20.12.2018 № 5031-У «О требованиях к бизнес-плану соискателя лицензии на осуществление страхования, перестрахования».

Принятие решения о выдаче лицензии или об отказе в выдаче лицензии осуществляется органом страхового надзора в срок, не

превышающий тридцати рабочих дней со дня представления соискателем лицензии в орган страхового надзора всех документов, предусмотренных настоящей статьей и оформленных надлежащим образом.

Действующим законодательством в сфере страхования предусмотрены следующие **основания для отказа соискателю в выдаче лицензии**:

1) использование соискателем лицензии - юридическим лицом, обратившимся в орган страхового надзора за лицензией, полностью обозначающая, индивидуализирующего другой субъект страхового дела, сведения о котором внесены в единый государственный реестр субъектов страхового дела. Указанное положение не распространяется на дочерние общества и аффилированные лица субъекта страхового дела;

2) наличие решения органа страхового надзора о приостановлении действия ранее выданной соискателю лицензии на момент вынесения решения по новому заявлению;

3) несоответствие документов, представленных соискателем лицензии для получения лицензии, требованиям закона и принятым в соответствии с ним нормативным актам органа страхового надзора;

4) несоответствие устава соискателя требованиям законодательства Российской Федерации;

5) наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной информации;

6) несоответствие руководителей, включая членов совета директоров, главного бухгалтера, заместителя главного бухгалтера, внутреннего аудитора, руководителя службы внутреннего аудита, ревизора, руководителя ревизионной комиссии, актуария соискателя квалификационным и иным требованиям, установленным страховым законодательством и нормативными актами Банка России;

7) наличие неисполненного предписания органа страхового надзора о несоблюдении требований к обеспечению финансовой устойчивости и платежеспособности, а также о непредставлении отчетности, предусмотренной законом, у соискателя лицензии;

8) несостоятельность (банкротство) (в том числе преднамеренное или фиктивное банкротство) субъекта страхового дела - юридического лица по вине учредителя соискателя лицензии;

9) несоответствие лица, имеющего право прямо или косвенно либо совместно с иными лицами, связанными с ним договорами доверительного управления имуществом, и (или) простого товарищества, и (или) поручения, и (или) корпоративным договором, и (или) иным

соглашением, предметом которого является осуществление прав, удостоверенных акциями (долями) соискателя лицензии, распоряжаться более 10 процентами акций (долей), составляющих уставный капитал соискателя лицензии, требованиям к деловой репутации и иным требованиям, установленным законом;

10) неисполнение требований закона в отношении наименования субъекта страхового дела.

Орган страхового надзора уведомляет соискателя лицензии о принятом решении о выдаче лицензии или об отказе в выдаче лицензии в течение пяти рабочих дней со дня принятия соответствующего решения. Решение об отказе в выдаче лицензии должно содержать основания для отказа с обязательной ссылкой на допущенные нарушения.

Лицензия на осуществление страховой деятельности должна содержать следующие **сведения**:

- 1) наименование органа страхового надзора, выдавшего лицензию;
- 2) наименование (фирменное наименование) субъекта страхового дела - юридического лица;
- 3) фамилия, имя, отчество субъекта страхового дела - индивидуального предпринимателя;
- 4) место нахождения и почтовый адрес субъекта страхового дела - юридического лица или место жительства и почтовый адрес субъекта страхового дела - индивидуального предпринимателя;
- 5) основной государственный регистрационный номер юридического лица или индивидуального предпринимателя;
- 6) идентификационный номер налогоплательщика;
- 7) деятельность в сфере страхового дела (страхование, перестрахование, взаимное страхование, посредническая деятельность в качестве страхового брокера);
- 8) вид деятельности, осуществляемый страховой организацией (добровольное страхование жизни, добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни, добровольное имущественное страхование или наименование вида страхования в соответствии с федеральным законом о конкретном виде обязательного страхования);
- 9) формы и виды страхования, осуществляемые обществом взаимного страхования на основании устава;
- 10) номер и дата принятия органом страхового надзора решения о выдаче, переоформлении лицензии, а также замене бланка лицензии;

11) регистрационный номер записи в едином государственном реестре субъектов страхового дела;

12) номер лицензии и дата ее выдачи;

13) иные сведения, предусмотренные органом страхового надзора.

Форма бланка лицензии и порядок направления лицензии субъекту страхового дела установлены в Указании Банка России от 27.11.2018 № 4974-У «О форме бланка лицензии на осуществление страховой деятельности и о порядке направления лицензии на осуществление страховой деятельности субъекту страхового дела».

В случае изменения сведений, указанных в лицензии, она подлежит **переоформлению**. В случае утраты или порчи лицензии субъект страхового дела имеет право на получение дубликата лицензии. Порядок и сроки переоформления лицензии и выдачи ее дубликата закреплены в Указании Банка России от 12.11.2018 № 4963-У «О порядке и сроках переоформления, замены бланка и получения дубликата лицензии на осуществление страхования, перестрахования, взаимного страхования, посреднической деятельности в качестве страхового брокера».

Лицензия на осуществление страховой деятельности выдается **без ограничения срока ее действия** и действует со дня, следующего за днем принятия органом страхового надзора решения о ее выдаче. Лицензия не подлежит передаче другим лицам. Срок действия лицензии может быть ограничен в случаях, установленных федеральными законами.

Действие лицензии прекращается в случае прекращения деятельности субъекта страхового дела - индивидуального предпринимателя, ликвидации или реорганизации субъекта страхового дела - юридического лица, за исключением реорганизации в форме присоединения или выделения. Действие лицензии субъекта страхового дела - юридического лица, к которому присоединяется или из состава которого выделяется другое юридическое лицо, не прекращается.

Действие лицензии субъекта страхового дела - юридического лица, созданного в порядке реорганизации в форме преобразования, не прекращается при условии соответствия вновь возникшего юридического лица требованиям законодательства Российской Федерации. Орган страхового надзора обязан заменить бланк лицензии субъекту страхового дела - юридическому лицу, созданному в порядке реорганизации в форме преобразования. Порядок и сроки такой замены установлены Указанием Банка России от 12.11.2018 № 4963-У.

Банк России наделен правом ограничения и приостановления действия лицензий субъектов страхового дела. **Ограничение действия**

лицензии страховщика означает запрет на заключение договоров страхования по отдельным видам страхования, договоров перестрахования, а также внесение изменений, влекущих за собой увеличение обязательств страховщика, в соответствующие договоры. Такое ограничение устанавливается на срок до одного года.

Приостановление действия лицензии субъекта страхового дела означает запрет на заключение договоров страхования, договоров перестрахования, договоров по оказанию услуг страхового брокера, а также внесение изменений, влекущих за собой увеличение обязательств субъекта страхового дела, в соответствующие договоры. Приостановление действия лицензии также устанавливается на срок до одного года.

В период ограничения или приостановления действия лицензии изменение наименования (фирменного наименования), места нахождения и почтового адреса субъекта страхового дела, открытие им представительств и филиалов, а также реорганизация субъекта страхового дела допускается с предварительного разрешения органа страхового надзора, выдаваемого в порядке, установленном органом страхового надзора. Отказ органа страхового надзора в выдаче предварительного разрешения должен быть мотивированным.

Возобновление действия лицензии после его ограничения или приостановления означает восстановление права субъекта страхового дела на осуществление деятельности, на которую выдана лицензия, в полном объеме. Основанием для возобновления действия лицензии после его ограничения или приостановления является устранение субъектом страхового дела выявленных нарушений в установленный срок и в полном объеме либо прекращение действий, создававших угрозу правам и законным интересам страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей и (или) угрозу стабильности финансового (страхового) рынка, если данные действия явились основанием для ограничения или приостановления действия лицензии.

Основанием для прекращения страховой деятельности субъекта страхового дела является решение суда, а также решение органа страхового надзора об **отзыве лицензии**, в том числе принимаемое по заявлению субъекта страхового дела. Со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии субъект страхового дела не вправе заключать договоры страхования, договоры перестрахования, договоры по оказанию услуг страхового брокера, а также вносить изменения, влекущие за собой увеличение обязательств субъекта

страхового дела в соответствующие договоры. До истечения шести месяцев после вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии субъект страхового дела обязан:

1) принять в соответствии с законодательством Российской Федерации решение о прекращении страховой деятельности;

2) исполнить обязательства, возникающие из договоров страхования (перестрахования), в том числе произвести страховые выплаты по наступившим страховым случаям;

3) осуществить расторжение договоров по оказанию услуг страхового брокера.

Субъекты страхового дела - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель не могут принять решение соответственно о ликвидации, прекращении своей деятельности в качестве индивидуального предпринимателя до отзыва всех выданных органом страхового надзора лицензий и исполнения обязанностей, предусмотренных законом.

3.4. Государственное регулирование финансовой устойчивости и платежеспособности страховщиков

В целях предупреждения неустойчивого финансового положения страховых организаций нормами ст. 25 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» предусмотрены следующие гарантии обеспечения финансовой устойчивости и платежеспособности страховщика:

- экономически обоснованные страховые тарифы;
- сформированные страховые резервы;
- средства страховых резервов, достаточные для исполнения обязательств по страхованию, сострахованию, перестрахованию, взаимному страхованию;
- собственные средства (капитал);
- перестрахование.

Страховщики (за исключением обществ взаимного страхования) должны обладать полностью оплаченным уставным капиталом, размер которого должен быть не ниже установленного законом минимального размера уставного капитала. **Минимальный размер уставного капитала страховой организации** определяется следующим образом:

*Базовый размер уставного капитала * Коэффициент.*

Базовый размер уставного капитала для всех страховых организаций, кроме тех, которые осуществляют обязательное медицинское страхование, составляет 300 миллионов рублей. В зависимости от осуществляемых видов страховой деятельности указанный базовый размер умножается на следующие коэффициенты:

Коэффициент, равный 1 - для осуществления страхования от несчастных случаев и болезней, медицинского страхования (за исключением обязательного), страхования имущества, страхования финансовых рисков, страхования предпринимательских рисков, страхования от рисков наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу граждан, имуществу юридических лиц, муниципальных образований, субъектов Российской Федерации или Российской Федерации, а также наступления ответственности за нарушение договора;

Коэффициент, равный 1,5 - для осуществления страхования жизни;

Коэффициент, равный 2 - для осуществления перестрахования, а также страхования в сочетании с перестрахованием.

Минимальный размер уставного капитала для страховых организаций, которые осуществляют обязательное медицинское страхование, установлен на уровне 120 миллионов рублей.

Внесение в уставный капитал заемных средств и находящегося в залоге имущества не допускается. Изменение минимального размера уставного капитала страховщика допускается только федеральным законом не чаще одного раза в два года при обязательном установлении переходного периода.

Перечень документов, подтверждающих выполнение установленных законом требований к уставному капиталу страховщика, определен в Указании Банка России от 23.11.2017 № 4617-У «О перечне документов, подтверждающих выполнение требований к уставному капиталу страховщика, и перечне документов, подтверждающих источники происхождения денежных средств, вносимых учредителями соискателя лицензии на осуществление страхования и (или) на осуществление перестрахования - физическими лицами в уставный капитал».

Собственные средства страховщика отнесены к одному из видов гарантий обеспечения его финансовой устойчивости. При этом к собственным средствам страховщиков (за исключением общества взаимного страхования) относятся уставный капитал, резервный капитал, добавочный капитал, нераспределенная прибыль. Величина собственных средств (капитала) страховщика (за исключением общества взаимного

страхования) определяется в соответствии с методикой, которая определена нормами Указания Банка России от 03.09.2018 № 4896-У «О методике определения величины собственных средств (капитала) страховщика (за исключением общества взаимного страхования)». Собственные средства (капитал) страховых организаций должны инвестироваться с соблюдением определенных условий. Так, в силу ст. 25 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» к таким условиям отнесены:

- *диверсификация* – наличие широкого круга объектов инвестиций средств с целью уменьшения возможного инвестиционного риска;
- *возвратность* - обязательная возможность возврата инвестированных средств страховых резервов в полном объеме в установленный срок;
- *доходность* - обязательное получение дохода с инвестированных средств;
- *ликвидность* - возможность быстрой реализации инвестированных средств при сохранении их номинальной стоимости в случае необходимости выполнения взятых на себя страховщиком страховых обязательств.

Банком России в Указании от 22.02.2017 № 4298-У «О порядке инвестирования собственных средств (капитала) страховщика и перечне разрешенных для инвестирования активов» установлены перечень разрешенных для инвестирования активов, требования к таким активам, а также порядок инвестирования собственных средств (капитала), предусматривающий в том числе требования к структуре активов, в которые допускается размещение собственных средств (капитала) страховой организации или их части.

Законом запрещена выдача страховыми организациями займов за счет собственных средств (капитала), за исключением случаев, установленных Банком России.

Инвестирование собственных средств (капитала) осуществляется страховой организацией самостоятельно или путем передачи средств в доверительное управление управляющей компании частично или полностью.

Банк России устанавливает минимально допустимое значение нормативного соотношения собственных средств (капитала) и принятых обязательств (в том числе порядок определения показателей, используемых для установления такого значения), за несоблюдение которого направляет страховой организации предписание об устранении

нарушения. Порядок расчета страховой организацией нормативного соотношения собственных средств (капитала) и принятых обязательств закреплен в Указании Банка России от 28.07.2015 № 3743-У. Кроме того, Банком России устанавливаются пороговые значения нормативного соотношения собственных средств (капитала) и принятых обязательств, в случае несоблюдения которых страховая организация обязана представить мегарегулятору план оздоровления финансового положения. Требования к этому плану определены Указанием Банка России от 30.12.2014 № 3522-У «О требованиях к плану оздоровления финансового положения страховой организации».

В случае, если величина собственных средств (капитала) страховой организации по итогам последнего отчетного периода оказывается ниже размера оплаченного уставного капитала, определенного ее уставом, страховая организация обязана привести в соответствие размер уставного капитала и величину собственных средств (капитала). Порядок приведения их в соответствие установлен Указанием Банка России от 12.09.2018 № 4901-У «О порядке приведения страховой организацией размера уставного капитала и величины собственных средств (капитала) в соответствие с требованием пункта 6 статьи 25 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Для обеспечения исполнения обязательств по страхованию, сострахованию, перестрахованию, взаимному страхованию страховщики на основании актуарных расчетов определяют выраженную в денежной форме величину страховых резервов (формируют **страховые резервы**) и обеспечивают их активами (**средствами страховых резервов**). Средств страховых резервов должно быть достаточно для исполнения обязательств страховщиков по осуществлению предстоящих страховых выплат по договорам страхования, сострахования, по перестрахованию, взаимному страхованию и исполнения иных действий по обслуживанию указанных обязательств. Выделяются следующие виды резервов:

1) *резервы по видам страхования иным, чем страхование жизни*. Порядок их формирования регулируется Положением Банка России от 16.11.2016 № 558-П «О правилах формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни»;

2) *резервы по страхованию жизни*. Порядок их формирования регулируется Положением Банка России от 16.11.2016 № 557-П «О правилах формирования страховых резервов по страхованию жизни».

Правилами формирования страховых резервов регламентированы такие вопросы, как:

- 1) виды страховых резервов, обязательность и условия их формирования;
- 2) методы расчета страховых резервов или подходы, их определяющие;
- 3) требования к положению о формировании страховых резервов;
- 4) требования к документам, содержащим сведения, необходимые для расчета страховых резервов, и сроки хранения таких документов;
- 5) методическое обеспечение расчета доли перестраховщиков в страховых резервах;
- 6) порядок согласования с органом страхового надзора методов расчета страховых резервов, которые отличаются от предусмотренных правилами формирования страховых резервов методов (в том числе сроки и условия такого согласования, основания для отказа в таком согласовании).

В целях определения величины сформированных страховых резервов страховщика орган страхового надзора проводит их оценку. При проведении оценки страховых резервов страховщика орган страхового надзора привлекает ответственного актуария за счет средств страховщика.

Средства страховых резервов используются исключительно для исполнения обязательств по страхованию, сострахованию, перестрахованию, взаимному страхованию. Эти средства не подлежат изъятию в бюджеты бюджетной системы Российской Федерации. Так же, как и собственные средства (капитал) страховых организаций, средства страховых резервов должны быть инвестированы с соблюдением требований диверсификации, ликвидности, возвратности и доходности.

Банком России в Указании от 22.02.2017 № 4297-У «О порядке инвестирования средств страховых резервов и перечне разрешенных для инвестирования активов» закреплены перечень активов, разрешенных для инвестирования, требования к таким активам, а также порядок инвестирования средств страховых резервов, предусматривающий в числе прочего требования к структуре активов, в которые допускается размещение средств страховых резервов страховщиков или их части. Инвестирование средств страховых резервов осуществляется страховщиками самостоятельно или путем передачи средств в доверительное управление управляющей компании частично или полностью.

3.5. Перестрахование

Перестрахование - это система экономических отношений, в соответствии с которой страховщик, принимая на страхование риски, часть ответственности по ним, исходя из 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. Таким образом, перестрахование представляет собой вторичное распределение риска, благодаря которому происходит количественное и качественное выравнивание страхового портфеля.

Первый известный договор перестрахования был заключен в 1370 году в Генуе двумя торговцами, действовавшими как перестраховщики, с одной стороны, и, с другой стороны, третьим торговцем, действовавшим как агент страховщика. Этот договор предусматривал страхование товаров, перевозимых на кораблях из Генуи в Брюгге. С развитием торговых отношений и предпринимательской деятельности в городах-государствах Италии, Фландрии и в Ганзейских городах перестрахование приобретало все большее значение.

Рынок перестрахования интернационален по своей природе; практически все крупные российские страховщики перестраховывают свои риски за рубежом, преодолевая, таким образом, ограниченные финансовые возможности внутреннего страхового рынка. Перераспределение риска между страховыми обществами разных стран, в сущности, является не чем иным, как разновидностью внешней торговли. Различают активное и пассивное перестрахование. *Активное перестрахование* заключается в принятии иностранных рисков для покрытия или продаже страховых гарантий. *Пассивное перестрахование* - передача рисков иностранным перестраховщикам или приобретение страховых гарантий.

Историю современного перестрахования в России специалисты отсчитывают от 1990 г., когда крупнейшие международные перестраховочные общества начали принимать в перестрахование риски

от недавно созданных первых страховых кооперативов. С 1992 г. стали создаваться национальные перестраховочные компании, и о перестраховочном рынке России стало возможно говорить как об относительно самостоятельном образовании.

В настоящее время на перестраховочном рынке России представлены три группы операторов, предоставляющих услуги по входящему перестрахованию:

- *российские универсальные страховые компании*, в числе прочего занимающиеся входящим перестрахованием - на рынке перестрахования не заняли четко выраженной ниши и не имеют видовой специализации;

- *российские специализированные перестраховочные организации* - перестраховывают автомобильное страхование, риски заемщиков по кредитам, грузы;

- *иностраннные страховые и перестраховочные организации* - занимаются преимущественно страхованием корпоративного имущества, строительно-монтажных работ, морским страхованием и другими видами, характеризующимися крупными по стоимости рисками, а также принимают в перестрахование отдельные портфели российских cedentov (перестрахователей), в том числе по сложным схемам.

Согласно ст. 13 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» **перестрахование** - деятельность по страхованию одним страховщиком (перестраховщиком) имущественных интересов другого страховщика (перестрахователя), связанных с принятым последним по договору страхования (основному договору) обязательством по страховой выплате. При этом законом запрещено перестрахование обязательств страховщика по выплате страховой суммы по договорам страхования жизни в части страхования риска дожития застрахованного лица до определенных возраста или срока. Кроме того, страховщики, имеющие лицензии на осуществление страхования жизни, не вправе осуществлять перестрахование рисков по имущественному страхованию.

Перестрахование осуществляется на основании договора перестрахования, заключаемого между перестрахователем и перестраховщиком в соответствии с требованиями гражданского законодательства Российской Федерации. Согласно ст. 967 ГК РФ объектом перестрахования является риск выплаты страхового возмещения или страховой суммы. По одному оригинальному договору страхования допускается последовательное заключение двух или нескольких договоров перестрахования. При этом ответственным перед

страхователем по основному договору страхования остается страховщик по этому договору.

Договор перестрахования является разновидностью договора имущественного страхования, а именно - договором страхования предпринимательского риска. 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* или **цессионарием**. 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 общем виде схема перестрахования выглядит следующим образом (рисунок 8).



Рисунок 8. Примерная схема перестрахования на финансовом рынке

Собственное удержание цедента (приоритет) — экономически обоснованный уровень суммы, в пределах которой страховая организация оставляет (удерживает) на своей ответственности определенную долю страхуемых рисков и передает в перестрахование суммы, превышающие этот уровень. К факторам, которые при правильном их сочетании должны служить основой для определения лимитов собственного удержания, относятся:

- *средняя убыточность по страхуемым рискам или видам страхования, по которым устанавливаются лимиты собственного удержания;*
- *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, то страховая организация стремится к установлению лимитов собственного удержания на таком уровне, чтобы часть этих расходов была переложена на перестраховщиков или покрыта за счет комиссионного вознаграждения.

Передавая перестраховщику часть принятых на себя рисков, перестрахователь передает ему и соответствующую часть полученной по этим рискам страховой премии. В тоже время перестраховщик выплачивает перестрахователю **перестраховочную комиссию** - плату перестраховщика страховщику за предоставление ему бизнеса, основной функцией которой является возврат страховщику части понесенных им расходов на ведение дела.

Выделяют два вида перестраховочной комиссии:

1. *Фиксированная комиссия* — перестрахователь получает определенный процент в зависимости от цедента, страны его пребывания, качества передаваемого риска, величины расходов страховщика. Обычно размер такой комиссии находится в пределах 15-30%.

2. *Комиссия по скользящей шкале* — размер такой комиссии колеблется в зависимости от уровня убыточности. Начиная с базисного уровня, она постепенно увеличивается по мере снижения уровня убытков, при этом не принимается во внимание развитие убыточности в предыдущие периоды. Как правило, базисный уровень соответствует ставкам фиксированной комиссии.

Наряду с договором перестрахования в качестве подтверждения достижения между перестрахователем и перестраховщиком соглашения о перестраховании и об условиях его осуществления могут использоваться иные оформленные в соответствии с обычаями делового оборота в сфере перестрахования документы. Перестраховщик получает информацию о перестрахованных им рисках, как правило, раз в квартал на основании бордеро премий-убытков. **Бордеро премий-убытков** представляет собой выписку из страхового портфеля страховщика с перечнем передаваемых в перестрахование рисков и оплаченных по этим рискам убытков.

В бордеро содержится минимальная информация о риске:

- номер договора страхования;
- срок действия договора;
- страховая сумма;
- доля перестраховщика.

В случае выплаты страхового возмещения перестраховщик не располагает полной информацией об урегулировании убытка. В бордеро отражается, как правило, только дата наступления страхового случая, размер выплаченного cedentом страхового возмещения и доля перестраховщика в убытке.

Все расчеты между cedentом и цессионарием осуществляются на основании бордеро путем зачета встречных обязательств.

Согласно действующему российскому законодательству, выделяются формы и виды перестрахования. К **формам перестрахования** относятся факультативная, облигаторная, факультативно-облигаторная и облигаторно-факультативная.

В рамках **факультативного перестрахования** перестрахователь вправе передать перестраховщику в перестрахование обязательство по страховой выплате или часть обязательства по страховой выплате по заключенному перестрахователем основному договору страхования, а перестраховщик вправе перестраховать указанное обязательство или часть указанного обязательства либо отказать в его перестраховании. Основная отличительная черта факультативного перестрахования заключается в том, что договор перестрахования заключается индивидуально для каждого отдельного риска. Перестрахователь по своему усмотрению выбирает перестраховщиков, предлагая им участие в определенной доле.

Это предложение оформляется в виде *перестраховочного слага*. Последний представляет собой приложение к основному договору об общих условиях факультативного перестрахования и содержит наиболее важную информацию о риске: страхователь; объект страхования; срок действия договора; страховые риски; страховая сумма и премия; собственное удержание перестрахователя; доля риска, предлагаемая в перестрахование. Перестраховщик, в свою очередь, может либо отказаться, либо акцептовать данный риск полностью или частично. Риск, переданный в факультативное перестрахование, считается перестрахованным только с момента акцепта перестраховщиком.

К факультативному перестрахованию страховые организации прибегают на начальном этапе развития, когда страховой портфель

невелик, а также при перестраховании рисков, которые являются исключением по облигаторным договорам (например, при защите от землетрясений, наводнений или терроризма). Факультативное перестрахование напрямую связано с оригинальным договором страхования, поэтому все расчеты между страховщиком и перестраховщиком происходят в зависимости от условий платежей, имеющих в договоре страхования.

Факультативная форма перестрахования имеет положительные и отрицательные стороны. К ее плюсам можно отнести то, что данная форма:

1. Дает возможность небольшой страховой организации принять риски, превышающие ее финансовые возможности.

2. Позволяет страховой организации сохранить сбалансированный портфель.

При этом недостатками факультативной формы перестрахования можно назвать следующие характеристики:

1. Возможные конкуренты постепенно узнают о составе портфеля передающей страховой организации.

2. Возникает существенная задержка в размещении риска по времени.

3. Значительные административные расходы, связанные с поиском перестраховщиков перепиской с ними, подготовкой необходимой информации и т.п.

Эта форма перестрахования очень трудоемка для страховщика, так как требует больших временных затрат. Но для перестраховщика она более выгодна, поскольку позволяет тщательно проанализировать каждый принимаемый в перестрахование риск.

В рамках **облигаторного перестрахования** перестрахователь обязан передать перестраховщику в перестрахование на условиях заключенного с ним договора перестрахования обязательства по страховой выплате или часть обязательств по страховой выплате по основным договорам страхования, заключенным перестрахователем и подпадающим под условия указанного договора перестрахования. Такие обязательства считаются перестрахованными перестраховщиком с момента вступления в силу соответствующего основного договора страхования, если договором перестрахования не предусмотрено иное.

Принцип автоматической защиты в противовес факультативной впервые появился в Европе. 15 декабря 1821 года между страховыми компаниями Франции и Бельгии был подписан первый договор облигаторного перестрахования, ознаменовавший начало применения

этой формы перестраховочной защиты. Появление автоматического перестрахования дало огромный толчок развитию перестраховочного рынка, с точки зрения как расширения состава его участников, так и развития теории перестрахования, появления новых форм и методов перестрахования. Появились профессиональные перестраховочные брокеры и перестраховочные компании.

Для перестрахователя эта форма перестрахования наиболее выгодна, так как позволяет ему получить автоматическую перестраховочную защиту по определенному виду страхования или по всему страховому портфелю. Перестраховщик, напротив, лишается возможности отбора рисков. Цедент сам принимает решения относительно выбора рисков и определения страховой премии. Однако во всех своих решениях он обязан соблюдать интересы перестраховщика, как если бы они были его собственными.

При **факультативно-облигаторном перестраховании** перестрахователь вправе передать перестраховщику в перестрахование обязательство по страховой выплате или часть обязательства по страховой выплате по заключенному перестрахователем основному договору страхования, а перестраховщик обязан перестраховать указанное обязательство или часть указанного обязательства. В этом случае перестраховщик несет большой риск того, что в его портфель попадут плохие риски. Поэтому, чтобы защитить себя от нежелательных последствий, перестраховщик должен тщательно отбирать cedents.

При **облигаторно-факультативном перестраховании** перестрахователь обязан передать перестраховщику в перестрахование на условиях заключенного с ним договора перестрахования обязательства по страховой выплате или часть обязательств по страховой выплате по основным договорам страхования, заключенным перестрахователем и подпадающим под условия указанного договора перестрахования, а перестраховщик вправе перестраховать указанные обязательства или часть указанных обязательств либо отказать в их перестраховании. В отличие от предыдущего варианта смешанного перестрахования (факультативно-облигаторного) в рамках данной формы перестраховщик защищен от попадания плохих рисков в его перестраховочный портфель.

Видами перестрахования, согласно российскому законодательству и сложившейся мировой практике, являются пропорциональное и непропорциональное.

Сущность **пропорционального перестрахования** заключается в том, что страховая премия и страховое возмещение распределяются между

страховщиком и перестраховщиком пропорционально их долям ответственности. Пропорциональное перестрахование, в свою очередь, подразделяется на квотное перестрахование и перестрахование эксцедента сумм.

При *квотном перестраховании* цедент и цессионарий участвуют в любом риске вне зависимости от размера страховой суммы в определенном проценте (квоте). Соответственно доля участия перестраховщика в убытке также будет определяться оговоренным в договоре процентом, независимо от того, будет ли это полная гибель объекта страхования или частичное его повреждение.

Квотное перестрахование не предоставляет полноценной защиты, поскольку в данных договорах не учитывается величина риска. Поэтому с его помощью нельзя добиться выравнивания рисков по их абсолютному размеру, что позволило бы страховщику достичь большей финансовой устойчивости и, следовательно, лучших результатов деятельности. Этот вид перестрахования — наиболее простой, с точки зрения технического ведения договора, и подходит для рисков с относительно небольшими колебаниями сумм (таких, как страхование автогражданской ответственности или автокаско).

Перестрахование на базе эксцедента сумм — старейший вид перестрахования. В таком договоре перестраховщик участвует только при тех рисках, которые превышают размер собственного удержания страховщика, в пределах своего лимита ответственности. Часть страховой суммы, превышающая размер собственного удержания страховщика, перестраховывается как *эксцедент*. Объем эксцедента ограничивается количеством линий, например 20 линий, т.е. двадцатикратное увеличение суммы удержания. Этот вид перестрахования используется, как правило, в отраслях страхования, где страхуемые риски сильно отличаются по своим страховым суммам, с целью сбалансирования страхового портфеля цедента.

Самым важным вопросом при выборе эксцедентного покрытия является определение собственного удержания цедента. Последнее может быть установлено на основе размера собственных средств страховщика двумя способами: в соответствии со страховой суммой либо на базе максимально возможного убытка.

Квотно-эксцедентное перестрахование — комбинированный вид пропорционального перестрахования, предполагающий эксцедентное страхование с большим собственным удержанием (брутто-удержанием) и последующее квотное перестрахование части брутто-удержания. Такой

вид пропорционального перестрахования предпочитают начинающие страховые компании, которые еще не могут оставлять на собственном удержании большие суммы, но с самого начала принимают на страхование крупные риски, чтобы составить конкуренцию другим страховщикам.

Помимо перестраховочной комиссии, в договорах пропорционального перестрахования предусматривается **тантьема** - комиссия с прибыли. Она является своего рода вознаграждением страховщика за хорошую андеррайтерскую политику. Тантьема служит для уменьшения расходов cedenta и увеличения его нетто-прибыли. Обычно комиссии бывает недостаточно для полного покрытия расходов страховщика, а тантьема предоставляет ему возможность компенсировать свои расходы полностью.

Тантьема рассчитывается по итогам календарного года путем сопоставления доходов и расходов. Она устанавливается в определенном проценте (как правило, в пределах 10-20% от рассчитанной прибыли перестраховщика).

Концепция **непропорционального перестрахования** была впервые представлена компанией «Ллойдс» в 1890 году. Ее суть заключается в том, что перестраховщики за согласованную премию принимают на себя обязательства по убыткам, превышающим оговоренный уровень. Однако первоначально этот вид перестрахования не имел большого успеха и использовался только несколькими компаниями для предоставления катастрофического покрытия.

После окончания Второй мировой войны непропорциональное перестрахование стало играть чрезвычайно важную роль на рынке перестрахования благодаря существенному увеличению числа договоров страхования от огня, покрывающих катастрофические риски, такие, как землетрясения, ураганы, наводнения, и в настоящий момент является одной из самых популярных форм перестрахования. Идея непропорционального перестрахования заключается в его привязке не к страховой сумме, а к величине убытка. По договору непропорционального перестрахования перестраховщик обязуется возместить часть убытка, превышающую определенную сумму.

Непропорциональное перестрахование, в свою очередь, подразделяется на два основных вида: перестрахование эксцедента убытка и перестрахование эксцедента убыточности.

При *перестраховании эксцедента убытка* страховщик сам оплачивает все убытки, не превышающие размер его собственного

удержания (приоритета), а перестраховщик участвует только в тех убытках, величина которых больше установленного приоритета, в пределах своего лимита ответственности. Лимит ответственности определяется путем умножения приоритета на оговоренное число раз.

Договор эксцедента убытка, в свою очередь, подразделяется по признаку «объект страхования - риск» на следующие разновидности:

- «*по риску*» - договор эксцедента убытка, который покрывает убытки по одному риску. При этом в тексте договора устанавливается, что именно считается одним риском (например: единичный объект, группа зданий, полис и т.д.);

- «*по событию*» - договор кумулятивного убытка, покрывающий все убытки по определенному количеству страховых полисов, являющихся результатом одного события (то есть убыток определяется не риском, а событием). При этом должно быть точно определено, что признается одним страховым событием по договору перестрахования, и приоритет должен быть установлен на таком уровне, чтобы он не мог быть превышен размером убытка, происшедшего по одному полису. Кумулятивное покрытие обычно используется страховой организацией при страховании от стихийных бедствий.

Цель *договора эксцедента убыточности* заключается в том, чтобы предоставить cedentu многостороннее перестраховочное покрытие на случай значительного колебания развития убыточности в определенной сфере страхования или части его страхового портфеля. Ответственность перестраховщика наступает в том случае, если убыточность перестрахованного портфеля по итогам отчетного периода (как правило, года) превысила оговоренный процент (приоритет). При этом не имеет значения, в результате чего был превышен приоритет: вследствие кумуляции мелких убытков или наступления одного катастрофического убытка.

При заключении договора эксцедента убыточности для перестраховщика важно установить приоритет таким образом, чтобы cedent в случае неблагоприятного течения дел не получил гарантированной прибыли. В договорах эксцедента убыточности урегулирование убытков осуществляется, как правило, по окончании срока действия договора, а при перестраховании на базе эксцедента убытка перестраховщик выплачивает свою долю одновременно со страховщиком. При этом в случае возврата по регрессу сначала погашается выплата перестраховщика и только затем — нетто-убыток страховщика.

Цена непропорционального перестрахования напрямую не зависит от оригинальной страховой премии, а рассчитывается как определенная доля от оригинальной страховой премии по всему перестрахованному портфелю. При этом аквизиционные расходы cedenta не принимаются во внимание и, следовательно, перестраховочная комиссия не уплачивается.

В перестраховании могут создаваться пулы. **Перестраховочный пул** представляет собой объединение страховых обществ для перестраховочной защиты. Каждое страховое общество проводит страхование самостоятельно, передавая пулу лишь часть принятой ответственности, исходя из финансовых возможностей возместить вероятный убыток. Перестраховочный пул действует как посредник, распределяя передаваемые в перестрахование риски между своими членами. Обязательства по страховым выплатам, превышающие собственные средства (капитал) членов страхового пула, передаются от имени страхового пула в перестрахование.

Участниками перестраховочного пула могут являться страховщики, имеющие лицензии на осуществление перестрахования, в том числе иностранные перестраховочные организации. Количество участников перестраховочного пула не ограничивается. Федеральными законами о конкретных видах обязательного страхования могут быть установлены особенности создания и деятельности перестраховочных пулов.

Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» предусмотрено также создание национальной перестраховочной компании в организационно-правовой форме акционерного общества в целях дополнительной защиты имущественных интересов страхователей и обеспечения финансовой устойчивости страховщиков. Функции такой компании в настоящее время выполняет учрежденное Банком России АО «Российская Национальная Перестраховочная Компания» - крупнейшая по размеру оплаченного уставного капитала российская перестраховочная компания.

АО «РНПК» осуществляет деятельность по перестрахованию на основании лицензии на осуществление перестрахования, в том числе путем участия в деятельности перестраховочных пулов, предусмотренных федеральными законами о конкретных видах обязательного страхования. Перестрахователи (страховщики) обязаны передать национальной перестраховочной компании в перестрахование обязательства по страховой выплате по заключаемым ими основным договорам страхования (перестрахования), в том числе подпадающим под условия заключенного ими договора облигаторного перестрахования, в

размере десяти процентов от передаваемых ими в перестрахование обязательств по страховой выплате, за исключением ряда обязательств.

3.6. Инициативы субъектов страховой деятельности по совершенствованию государственного регулирования российского страхового рынка

С 2013 г. Банком России реализуется инициатива по инкорпорированию предложений, сформулированных участниками отечественного финансового рынка, в стратегию развития его регулирования. Данная инициатива получила название «Голос рынка». Первоначально список, состоявший из 233 пунктов и известный как «233 KPIs», был сформирован осенью 2013 года по инициативе Банка России Рабочей группой по созданию международного финансового центра в Российской Федерации при Совете при Президенте Российской Федерации по развитию финансового рынка Российской Федерации под руководством А.С. Волошина.

Предложения по развитию российского финансового рынка сгруппированы по следующим направлениям:

- страховой рынок;
- рынок пенсионного обеспечения;
- инвестиционные фонды;
- профессиональные участники рынка ценных бумаг;
- товарный рынок;
- инфраструктура и инструментарий;
- эмиссия и листинг;
- корпоративное управление;
- рынок микрофинансирования;
- актуарная деятельность;
- рейтинговые агентства;
- общие вопросы развития банковского законодательства;
- кредитование;
- платежные системы;
- финтех и информационная безопасность.

Классификация предложений осуществляется по степени их выполнения: концепция; проект; согласование; получение результата.

Для актуализации списка предложений при участии Банка России проводятся ежегодные стратегические сессии. Такой формат стал

площадкой для обсуждения Банком России с профессиональным сообществом приоритетов на предстоящий год, что повышает прозрачность и предсказуемость действий регулятора и способствует эффективному взаимодействию с участниками финансового рынка.

В 2018 году Банк России усовершенствовал формат работы с предложениями (инициативами) профессионального сообщества. Инициативы, рассмотренные в рамках ежегодной стратегической сессии, теперь включаются в основной и резервный портфели. Инициативы из основного портфеля принимаются Банком России к реализации. Инициативы из резервного портфеля принимаются Банком России во внимание, а в дальнейшем предполагается проведение оценки целесообразности их включения в основной портфель. Сводный портфель, содержащий основной и резервный портфели, периодически будет обновляться и размещаться на сайте Банка России.

Так, к настоящему времени проведена работа по реализации предложения Национального союза агростраховщиков и Всероссийский союз страховщиков по совершенствованию законодательства в целях развития сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой. Банком России опубликован Доклад для общественных обсуждений «Предложения по развитию сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой в Российской Федерации», по итогам анализа поступивших комментариев, на который разработаны предложены к реализации следующие направления развития:

1. Совершенствование установленных законом условий сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой:

– расширение базовых параметров страхования (изменение диапазона страховой суммы, изменение диапазона безусловной франшизы, отказ от критерия утраты (гибели) сельскохозяйственных культур и посадок многолетних насаждений);

– разработка Единым общероссийским объединением страховщиков (далее - ЕООС) страховых программ, ориентированных на конкретные виды агрострахования.

2. Формирование дополнительных стимулов к применению сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой:

– сближение условий сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой и страхования предметов залога;

– предоставление дополнительных льгот (преференций) по иным видам государственной поддержки.

3. Развитие инструментов сельскохозяйственного страхования с государственной поддержкой для малых форм хозяйствования: взаимное страхование, индексное страхование, специализированные меры поддержки.

4. Совершенствование процедуры урегулирования убытков:

– разработка ЕООС правил деятельности, определяющих процедуру урегулирования убытков;

– введение стандартов агротехнологий при возделывании сельскохозяйственных культур;

– применение инструментов дистанционного мониторинга посевов.

5. Совершенствование системы субсидирования сельскохозяйственного страхования.

6. Установление информационного взаимодействия между Минсельхозом России, Банком России и ЕООС.

Приказом Банка России от 26.06.2018 № ОД-1581 создана межведомственная рабочая группа по выработке совместной позиции по вопросам, связанным с совершенствованием сельскохозяйственного страхования, осуществляемого с государственной поддержкой с участием представителей Банка России, Национального союза агростраховщиков, Минсельхоза России, Минфина России. В 2018 году принят разработанный при участии Банка России Федеральный закон от 27.12.2018 № 563-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "О государственной поддержке в сфере сельскохозяйственного страхования и о внесении изменений в Федеральный закон «О развитии сельского хозяйства», направленный на повышение заинтересованности сельскохозяйственных товаропроизводителей в страховании путем предоставления сторонам договора возможности выбора наиболее оптимальных условий страхования, включая расширение значений его базовых параметров, а также применения инструментов дистанционного мониторинга.

В апреле - мае 2019 года Рабочей группой при Банке России утверждены «скрипты» (пошаговые инструкции) урегулирования убытков по сельскохозяйственному страхованию с государственной поддержкой.

В число инициатив, включенных в основной портфель, но еще не реализованных к настоящему моменту, входят такие предложения, как:

- снятие ограничений в части электронной дистрибуции страхования (Всероссийский союз страховщиков);

- совершенствование системы обязательного медицинского страхования (с внедрением рискованной составляющей), стимулирование развития добровольного медицинского страхования (Всероссийский союз страховщиков, МСМС);

- снятие обязанности страховых компаний по направлению в Росфинмониторинг уведомлений о сделках с недвижимым имуществом в случае, если страховая компания не является стороной по сделке (Всероссийский союз страховщиков);

- наделение страховых организаций правом на проведение упрощенной идентификации клиентов при заключении договоров страхования со страховой суммой менее 100000 рублей, а также правом передавать функции по идентификации клиентов кредитным организациям (Всероссийский союз страховщиков).

Контрольные вопросы к главе 3

1. Что подразумевается под регулированием страховой деятельности? Перечислите основные цели государственного регулирования.

2. Какие методы использует государство для регулирования страховой деятельности?

3. На какие основные блоки можно разделить совокупность нормативных правовых источников, регулирующих страховой рынок? Назовите их основные законы и подзаконные акты.

4. Перечислите основные цели и принципы страхового надзора в РФ.

5. Какие направления деятельности включает в себя страховой надзор?

6. Назовите суммы минимального размера уставного капитала для страховых организаций.

7. В чем заключается смысл перестрахования? Какие виды перестрахования существуют?

8. В чем заключается смысл перестраховочной комиссии? На какие виды она подразделяется?

9. Раскройте смысл инициативы Банка России «Голос рынка». На достижение каких целей было направлено ее создание?

Проверочные задания к главе 3

1. Укажите все правильные ответы

1. Какой субъект в последовательной цепочке договоров перестрахования несет ответственность перед страхователем?

А. Первый перестраховщик

Б. Последний перестраховщик

В. Первый страховщик

Г. Все субъекты несут солидарную ответственность перед страхователем

2. Какие факторы оказывают влияние на определение величины перестраховочной комиссии по скользящей шкале?

- А. Уровень фиксированной комиссии
- Б. Уровень убыточности
- В. Величина расходов цедента
- Г. Опыт работы цедента

3. При какой форме перестрахования договор перестрахования заключается индивидуально для каждого риска?

- А. Факультативно-облигаторное перестрахование
- Б. Квотно-эксцедентное перестрахование
- В. Лимитное перестрахование
- Г. Факультативное перестрахование

4. Какая форма перестрахования из перечисленных ниже при прочих равных условиях является более выгодной для цессионария?

- А. Обязигаторное перестрахование
- Б. Факультативное перестрахование
- В. Факультативно-облигаторное перестрахование

5. При какой форме перестрахования страховщик имеет право передавать не все, а только определенные виды рисков по своему усмотрению, а перестраховщик обязан их принять?

- А. Эксцедентное перестрахование
- Б. Факультативно-облигаторное перестрахование
- В. Квотно-эксцедентное перестрахование
- Г. Факультативное перестрахование
- Д. Обязигаторно-факультативное перестрахование

6. Какую разновидность перестрахования следует предпочесть применительно к портфелю договоров ОСАГО?

- А. Перестрахование на базе эксцедента сумм
- Б. Квотно-эксцедентное перестрахование
- В. Квотное перестрахование

7. При каких видах перестрахования перестраховочная комиссия НЕ уплачивается?

- А. Перестрахование на базе эксцедента убытка
- Б. Квотно-эксцедентное перестрахование
- В. Перестрахование на базе эксцедента убыточности
- Г. Квотное перестрахование

2. *Определите, верны (В) или неверны (Н) следующие утверждения.*

1. К объектам государственного регулирования в сфере страхования относится только деятельность субъектов страхового дела и деятельность страхователей, застрахованных и выгодоприобретателей;

2. В основе страхового надзора на территории России лежат принципы: законности, гласности и организационного единства;

3. Мониторинг деятельности субъектов страхового дела, основывается на расчете финансовых показателей (коэффициентов), характеризующих положение субъектов страхового дела и их устойчивость к внутренним и внешним факторам риска;

4. Действующее законодательство РФ не предусматривает отказа соискателю в выдаче лицензии;

5. Лицензию на осуществление страховой деятельности возможно передать другим лицам, в порядке предусмотренным законодательством РФ;

6. Базовый размер уставного капитала для всех страховых организаций, за исключением организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, составляет 300 миллионов рублей;

3. Каждому из приведенных ниже терминов и понятий необходимо найти соответствующее определение.

№	Термин	Буква	Характеристика
1	Доходность	А	Наличие широкого круга объектов инвестиций средств с целью уменьшения возможного инвестиционного риска
2	Лицензия	Б	Возможность быстрой реализации инвестированных средств при сохранении их номинальной стоимости в случае необходимости выполнения взятых на себя страховщиком страховых обязательств
3	Активное перестрахование	В	Обязательное получение дохода с инвестированных средств
4	Диверсификация	Г	Обязательная возможность возврата инвестированных средств страховых резервов в полном объеме в установленный срок
5	Ликвидность	Д	Специальное разрешение на право осуществления страховой деятельности, предоставленное органом страхового надзора субъекту страхового дела
6	Перестрахование	Е	Передача рисков иностранным перестраховщикам или приобретение страховых гарантий
7	Возвратность	Ж	Принятие иностранных рисков для покрытия или продажи страховых гарантий
8	Перестрахователь (цедент)	З	Страховщик, принявший в перестрахование риски
9	Перестраховщик (цессионарий)	И	Страховщик, принявший на страхование риск и передавший его полностью или частично в перестрахование другому страховщику
10	Пассивное перестрахование	К	Деятельность по страхованию одним страховщиком (перестраховщиком) имущественных интересов другого страховщика (перестрахователя), связанных с принятым последним по договору страхования (основному договору) обязательством по страховой выплате

4. Государственное регулирование договора страхования в РФ

4.1. Форма и существенные условия договора страхования

Договор страхования – это юридическое основание для возникновения любых страховых правоотношений. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования, за исключением договора обязательного государственного страхования.

Договор страхования может быть заключен двумя способами:

- путем составления одного документа;
- путем вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного страховщиком.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными.

При заключении договора страхования страховщики вправе применять разработанные ими или объединением страховщиков стандартные формы договора (страхового полиса) по отдельным видам страхования.

Систематическое страхование разных партий однородного имущества (товаров, грузов и т.п.) на сходных условиях в течение определенного срока может по соглашению страхователя со страховщиком осуществляться на основании одного договора страхования - **генерального полиса**.

В мировой практике страхование по генеральному полису осуществляется в двух формах:

- с *непрерывным страховым покрытием*. В этом случае под страхование автоматически подпадают все партии имущества, страхование которого предусмотрено условиями генерального полиса;
- с *подтвержденным страховым покрытием*, когда под страхование подпадают только те партии имущества, в отношении которых страхователь заранее, в порядке, в сроки и по форме, установленных договором (т.е. зафиксированное в генеральном полисе), известил страховщика и получил от него подтверждение о принятии этой партии имущества на страхование.

Российским законодательством предусмотрен именно второй вариант страхования по генеральному полису. Так, в силу норм ст. 940 ГК РФ страхователь обязан в отношении каждой партии имущества,

подпадающей под действие генерального полиса, сообщать страховщику обусловленные таким полисом сведения в предусмотренный им срок, а если он не предусмотрен, немедленно по их получении. При этом страхователь не освобождается от этой обязанности, даже если к моменту получения таких сведений возможность убытков, подлежащих возмещению страховщиком, уже миновала.

При необходимости, в том числе по требованию страхователя, страховщик обязан выдавать страхователю отдельные страховые полисы на каждую из таких партий имущества (в зарубежной практике такие полисы именуются «страховыми сертификатами»). В случае несоответствия содержания страхового полиса генеральному полису предпочтение отдается страховому полису.

По общему правилу, договор считается заключенным при достижении сторонами соглашения по всем существенным условиям. Это означает, что, если хотя бы одно из таких условий не определено в договоре, такой договор не является заключенным. К **существенным условиям договора страхования** относятся следующие:

- 1) о предмете страхования (об определенном имуществе либо ином имущественном интересе; о застрахованном лице)
- 2) о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);
- 3) о размере страховой суммы;
- 4) о сроке действия договора.

Условия, на которых заключается договор страхования, могут быть определены в стандартных правилах страхования соответствующего вида, принятых, одобренных или утвержденных страховщиком либо объединением страховщиков (правилах страхования).

Условия, содержащиеся в правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для страхователя (выгодоприобретателя), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены:

- в одном документе с договором (страховым полисом);
- либо на его оборотной стороне;
- либо приложены к нему.

В последнем случае вручение страхователю при заключении договора правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре. При заключении договора страхования страхователь и

страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений правил страхования и о дополнении правил.

4.2. Порядок заключения и исполнения договора страхования

При заключении договора страхования страхователь обязан сообщить страховщику известные страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для:

- определения вероятности наступления страхового случая,
- размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику.

Исходя из этого, обязанности предоставления сведений, относящихся к каким-либо другим элементам и условиям страхования, закон не устанавливает. При этом предоставляемые сведения могут касаться не только периода, относящегося к прошлому, или существующие в момент заключения договора, но и периода, относящегося к будущему. Например, страховщик может запросить у страхователя, как часто он намерен пользоваться автомобилем, который собирается страховать.

В то же время страхователю не может быть вменено в вину несообщение тех сведений, о которых он должен был знать, но не знал в силу тех или иных причин. Иными словами, информированность страхователя имеет в данном случае субъективный, но не объективный характер.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответа страхователя на какие-либо вопросы страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены страхователем.

При заключении договора страхования страховщик имеет право на оценку страхового риска. Так, законом предусмотрено право страховщика при заключении договора страхования имущества произвести осмотр страхуемого имущества, а при необходимости назначить экспертизу в целях установления его действительной стоимости. При заключении договора личного страхования страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

Некоторые виды договоров страхования имеют *публичный характер*. Это означает, что страховщик, имеющий лицензию на какой-либо из данных видов страхования, обязан заключать соответствующий договор с

любим, кто к нему обратится. При этом цена, а также иные условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей, а страховщик не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим в отношении заключения такого договора.

В случае если у страховщика есть возможность заключить соответствующий договор, но он уклоняется от его заключения, потребитель вправе обратиться в суд с требованием о понуждении страховщика к заключению договора. Публичными являются договоры личного страхования, а также договоры ОСАГО.

В процессе **исполнения заключенного договора страхования** у обеих его сторон возникают определенные обязанности.

1. Обязанности страхователя.

1 этап. В период действия договора имущественного страхования страхователь (выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Таким образом, если изменения произошли в тех обстоятельствах, о которых страхователь не сообщал в период заключения договора, он не несет обязанности по информированию страховщика об изменениях в данных обстоятельствах. Изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных страхователю правилах страхования, в любом случае признаются значительными.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При этом под условиями договора, которые могут быть изменены по требованию страховщика, понимаются любые его условия — предмет страхования, страховая сумма, характер страхового случая, период действия страховой защиты и т.д. Страховщик вправе требовать изменения как одного, так и нескольких условий в любом их сочетании. Однако, потребовав изменения одного или нескольких условий договора, страховщик не вправе одновременно требовать доплаты страховой премии. И, напротив, потребовав доплаты премии, он не вправе требовать изменения других условий договора.

Если страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, страховщик вправе потребовать расторжения договора. При нарушении страхователем своей

обязанности сообщить о существенных изменениях, страховщик также вправе требовать расторжения договора и возмещения нанесенных ему убытков. Исключением является тот случай, когда обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

II этап. Данный этап связан с фактическим наступлением страхового случая и подразумевает наличие у страхователя нескольких обязанностей:

1. Страхователь по договору имущественного страхования после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан *незамедлительно уведомить* о его наступлении страховщика или его представителя. Если договором предусмотрен срок и (или) способ уведомления, оно должно быть сделано в условленный срок и указанным в договоре способом. Такая же обязанность лежит на выгодоприобретателе, которому известно о заключении договора страхования в его пользу, если он намерен воспользоваться правом на страховое возмещение.

Указанные правила применяются и при личном страховании, если страховым случаем является смерть застрахованного лица или причинение вреда его здоровью. При этом устанавливаемый договором срок уведомления страховщика не может быть менее 30 дней.

Неисполнение данной обязанности дает страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

2. При наступлении страхового случая, предусмотренного договором имущественного страхования, страхователь обязан принять *разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры*, чтобы уменьшить возможные убытки. Принимая такие меры, страхователь должен следовать указаниям страховщика, если они сообщены страхователю.

Разумными в сложившихся обстоятельствах являются меры, реально способные привести к уменьшению убытков, которые можно было ожидать от страхового случая, если бы никаких мер не принималось вовсе. Во всяком случае затраты, связанные с осуществлением мер по предотвращению убытков, если они разумны, не должны превышать самих убытков от наступления страхового случая.

Доступными в сложившихся обстоятельствах являются меры, которые реально возможны для страхователя (выгодоприобретателя).

Расходы страхователя, направленные на уменьшение убытков от страхового случая, подлежат возмещению страховщиком при условии,

что такие расходы были необходимы или произведены для выполнения указаний страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

Во-первых, подлежат возмещению лишь расходы, связанные со страховым случаем. Если страхового случая нет и страхователь предпринимает превентивные меры, направленные на недопущение убытков, которые предположительно может повлечь за собой этот случай (например, укрепляет конструкции жилого дома на случай возможного землетрясения), то такие расходы возмещению не подлежат.

Во-вторых, произошедший страховой случай либо уже повлек убытки (и задача страхователя состоит в том, чтобы их уменьшить), либо реально должен их повлечь (и задача страхователя состоит в том, чтобы предотвратить убытки), то есть при всех обстоятельствах расходы должны быть связаны с убытками, которые влечет страховой случай.

Необходимыми расходами признаются те, которые были произведены страхователем в процессе осуществления разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах мер, направленных на уменьшение возможных убытков от наступления страхового случая. Бремя доказывания того, что расходы не были необходимыми (т.е. были излишними), лежит на страховщике.

Необходимые расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму. Например: страховая стоимость строения составляет 200 тыс. руб. Строение было застраховано на сумму 100 тыс. руб. (страховая сумма), то есть страховое покрытие равняется 50%. В результате страхового случая строение было уничтожено полностью. Кроме того, страхователь, спасая строение, понес расходы еще на 30 тыс. руб., т.е. общая сумма всех убытков составила 230 тыс. руб. Однако страховщик обязан компенсировать лишь 115 тыс. руб., из них 100 тыс. составит собственно страховая выплата, 15 тыс. руб. — возмещение 50% расходов, произведенных в целях уменьшения убытков от страхового случая.

Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки. Законодатель увязывает возможность освобождения страховщика от возмещения убытков, причиненных страхователю страховым случаем, с тем, что страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер по

уменьшению этих убытков. Доказывание факта умысла лежит на страховщике.

2. Обязанности страховщика.

1. *Обязанность соблюдать тайну страхования.* Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о страхователе, застрахованном лице и выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц. Стороны не вправе договором корректировать, изменять объекты, относящиеся к тайне страхования, а также исключать ответственность за разглашение тайны страхования.

Данная обязанность страховщика является бессрочной и не прекращается после истечения срока действия договора страхования.

Разглашение сведений, составляющих тайну страхования, выражается в передаче страховщиком этих сведений любому другому лицу либо неопределенному кругу лиц в любой доступной для восприятия форме. Не является разглашением сведений, составляющих тайну страхования, и нарушением этой тайны предоставление страховщиком соответствующих сведений уполномоченным на то органам по их требованию в случаях, предусмотренных законом (например, судам, нотариусам и т.д.). Кроме того, не являются объектом тайны страхования сведения, относящиеся к открытой налоговой, статистической и иной государственной отчетности.

2. *Обязанность произвести страховую выплату.* Страховая выплата производится в размере, порядке и в сроки, установленные в договоре страхования. Исполнение страховщиком этой обязанности обусловлено наступлением страхового случая. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страхового случая наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения за убытки, возникшие вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста, уничтожения застрахованного имущества по распоряжению

государственных органов. Кроме того, страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения или страховой суммы, если страховой случай наступил вследствие умысла страхователя, выгодоприобретателя или застрахованного лица. К исключениям из данного правила относятся два случая:

- выплата страхового возмещения по договору страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни или здоровью, если вред причинен по вине ответственного за него лица;
- выплата страховой суммы по договору личного страхования в случае смерти застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет.

В некоторых случаях законом может быть предусмотрено освобождение страховщика от выплаты страхового возмещения по договорам имущественного страхования при наступлении страхового случая вследствие грубой неосторожности страхователя или выгодоприобретателя.

Контрольные вопросы к главе 4

1. В чем заключается смысл страхования на основании генерального полиса? Какие формы страхования по генеральному полису существуют в мировой практике? А в России?
2. В каком случае договор считается заключенным? Перечислите все существенные условия договора страхования?
3. Раскройте смысл публичного характера договора страхования. Назовите основные виды договоров публичного характера.
4. Перечислите главные отличия разумных мер от доступных.
5. Перечислите основные обязанности страхователя при исполнении заключенного договора страхования.
6. Перечислите основные обязанности страховщика при исполнении заключенного договора страхования.

Проверочные задания к главе 4

1. Укажите все правильные ответы.

1. Страхование по генеральному полису с подтвержденным страховым покрытием предполагает:

- А. Обязанность страхователя уведомлять страховщика об особенностях очередной партии имущества;
- Б. Автоматический охват очередной партии имущества страховой защитой;
- В. Необходимость получения уведомления от страховщика о принятии очередной партии имущества на страхование;

Г. Обязанность страхователя соблюдать определенные форму, сроки и порядок извещения страховщика.

2. При заключении договора страхователь обязан сообщить страховщику известные страхователю сведения, имеющие существенное значение для:

- А. Определения характера возможного страхового случая;
- Б. Согласования оптимального срока страхования;
- В. Определения адекватной страховой суммы по заключаемому договору;
- Г. Определения вероятности наступления возможного страхового случая.

3. Каков минимальный срок уведомления страховщика о произошедшем страховом случае по договору личного страхования, если таким договором в качестве страховых случаев предусмотрены смерть застрахованного лица или причинение вреда его здоровью?

- А. 35 рабочих дней
- Б. 20 календарных дней
- В. 91 календарный день
- Г. 6 месяцев
- Д. 30 календарных дней
- Е. 30 рабочих дней

4. Доступные страхователю меры по уменьшению убытков от страхового случая – это:

А. Меры, которые реально возможны для страхователя в сложившихся обстоятельствах;

Б. Меры, реально способные привести к уменьшению убытков, которые можно было ожидать от страхового случая, если бы никаких мер не принималось вовсе;

В. Меры, направленные на недопущение убытков, которые предположительно может повлечь за собой страховой случай.

5. Что включает в себя разглашение тайны страхования?

А. Предоставление сведений о конкретном страхователе по запросу суда;

Б. Опубликование данных о состоянии здоровья конкретных застрахованных лиц на официальном сайте страховой компании;

В. Обсуждение имеющихся в собственности конкретных страхователей предметов искусства на конференции профессионального сообщества страховщиков.

6. Рассчитайте итоговую сумму, которую страховщик выплатит страхователю, если уничтоженное имущество страхователя стоимостью 300 000 руб. было застраховано на сумму 100 000 руб., а необходимые расходы по уменьшению убытков от страхового случая составили 45 000 руб.

2. *Определите, верны (В) или неверны (Н) следующие утверждения.*

1. В мировой практике страхование по генеральному полису можно осуществить в двух формах: с непрерывным страховым покрытием и с подтвержденным страховым покрытием.

2. В Российской Федерации используется страхование по генеральному полису в форме непрерывного страхового покрытия.

3. Любой договор личного страхования, а также договор ОСАГО обладают публичным характером договоров страхования.

4. Разумными мерами в сложившихся обстоятельствах при наступлении страхового случая являются меры, которые реально возможны для страхователя (выгодоприобретателя).

5. Доступными мерами в сложившихся обстоятельствах являются меры, реально способные привести к уменьшению убытков, которые можно было ожидать от страхового случая, если бы никаких мер не принималось вовсе.

5. Основы статистики страховых тарифов

5.1. Классификации страховых тарифов и актуарных расчетов

В страховании применяются три вида страховых тарифов: средние, дифференциальные, индивидуальные.

Средние страховые тарифы применяются, когда страховщика не интересуют индивидуальные особенности объектов, включенные в страховую совокупность. Средний тариф целесообразно применять при устойчивом уровне убыточности страховой суммы, так как, если при нарастающей убыточности в конце периода средний тариф окажется ниже необходимого, то страховщику может не хватить средств для выплаты страхового возмещения. Средний тариф применяется также в обязательном страховании и при заключении генеральных договоров страхования массы однородных объектов, принадлежащих страхователю.

Дифференцированные страховые тарифы представляют собой ставку страхового взноса для конкретных объектов и рисков, объединенных в группы по определенным признакам: например, группировка необходима при страховании аналогичных сооружений в районах с неодинаковыми природными условиями. При коллективном страховании работников за счет предприятия тарифы различаются в зависимости от характера деятельности предприятий и от категории застрахованных работников.

Расчет **индивидуальных тарифов** сложен, предполагает наличие достаточного объема статистических данных и требует предварительного проведения математического и экономического анализа. Индивидуальные тарифы могут быть выражены в виде:

– *точно экономического расчета тарифа* исходя из степени опасности (рискованности) деятельности соответствующего страхователя;

– *тарифной ставки, формируемой путем применения скидок (бонусов) или надбавок (малусов)*. Скидки применяются к дифференцированным тарифам исходя из экспертных или статистических оценок понижения или повышения риска для определенного страхователя. Применение подобных тарифов оправдано при страховании очень крупных объектов с нетиповыми рисками.

Для расчета тарифных ставок применяются **актуарные расчеты**. Актуарные расчеты имеют ряд *особенностей*, связанных с практикой страхового дела. Наиболее важные из них включают в себя следующие:

- исчисление себестоимости услуги, оказываемой страховщиком, производится в отношении всей страховой совокупности;

- необходимость выделения специальных резервов, находящихся в распоряжении страховщика, определение оптимальных размеров этих резервов;

- наличие полного или частичного ущерба, связанного со страховым случаем, что предопределяет потребность измерения величины его распределения во времени и пространстве с помощью специальных таблиц;

- соблюдение принципа эквивалентности, т. е. установление адекватного равновесия между платежами страхователя, выраженными через страховую сумму, и страховым обеспечением, предоставляемым страховым обществом.

Исходя из этого к *задачам актуарных расчетов* относятся:

1. Исследование и группировка рисков в рамках страховой совокупности;

2. Исчисление математической вероятности наступления страхового случая, определение частоты и степени тяжести последствий причинения ущерба как в отдельных рисковых группах, так и в целом по страховой совокупности;

3. Математическое обоснование необходимых расходов на ведение дела страховщиком и прогнозирование тенденций их развития;

4. Математическое обоснование необходимых резервных фондов страховщика, предложение конкретных методов и источников формирования этих фондов.

Задача актуария состоит в том, чтобы на основании реальных данных об исследуемом процессе определить основные закономерности и тенденции развития этого процесса, и по результатам прогноза спланировать некоторую финансовую операцию, которая обеспечивает оптимальные (в определенном смысле) результаты (например, максимальный доход при заданном уровне надежности).

В основе актуарных расчетов лежат теория вероятностей, данные демографической статистики (таблицы рождаемости, смертности), долгосрочные финансовые исчисления.

Актуарные расчеты, осуществляемые страховщиком, можно классифицировать по нескольким признакам.

1. По отраслям, подотраслям и видам страхования.

2. По времени составления:

- *плановые* - составляются в том случае, когда предполагается введение нового вида страхования, по которому отсутствуют какие-либо достоверные наблюдения риска. Обычно используют результаты актуарных расчетов по однотипным или близким по содержанию видам страхования, которые уже проводятся компанией;

- *последующие (отчетные)* – составляются по уже совершенным операциям страховщика и ориентированы на деятельность страховщика в будущем при проведении данного вида страхования.

3. По территориальному признаку:

- *общие* – для всей страны;
- *региональные (зональные)* – для территории субъекта РФ;
- *территориальные* – для отдельного района;
- *индивидуальные* – для конкретной страховой организации.

4. По составу:

- связанные с тарифом-нетто;

- связанные с тарифом-брутто.

5.2. Основные показатели страховой статистики

В основе расчета страховых тарифов лежит страховая статистика. **Страховая статистика** представляет собой изучение и обобщение наиболее часто встречающихся типичных страховых операций на основе методов обработки статистических данных, относящихся к страховому делу. В общем виде страховую статистику можно свести к анализу следующих показателей:

n – число застрахованных объектов;

m – число пострадавших объектов;

e – число страховых событий;

$\sum v$ – сумма поступивших страховых взносов;

$\sum w$ – сумма выплаченного страхового возмещения;

$\sum S_n$ – страховая сумма застрахованных объектов;

$\sum S_m$ – страховая сумма пострадавших объектов.

Эти абсолютные показатели используются для расчета следующих относительных показателей:

1. **Частота страховых событий (частость, вероятность)** – сколько страховых событий приходится на один застрахованный объект ($Чс < 1$):

$$Чс = \frac{e}{n}.$$

2. **Полнота уничтожения пострадавших объектов – коэффициент убыточности (ущербности)** - $Ку \leq 1$:

$$Ку = \frac{\sum w}{\sum S_m}.$$

3. **Опустошительность страхового события – коэффициент кумуляции риска.** Показывает, сколько застрахованных объектов охватывает то или иное событие, то есть сколько страховых случаев может состояться ($Кк \geq 1$):

$$Кк = \frac{m}{e}.$$

4. **Вероятность наступления страхового случая** (доля пострадавших объектов):

$$P = \frac{m}{n}.$$

5. **Коэффициент тяжести ущерба** - отражает тяжесть ущерба, вызванного страховым случаем:

$$K_{ту} = \frac{w \text{ (среднее)}}{Sn \text{ (среднее)}} = \frac{\frac{\sum w}{m}}{\frac{\sum Sn}{n}}$$

6. **Убыточность страховой суммы** (денежное выражение вероятности ущерба):

$$q = \frac{\sum w}{\sum Sn} * 100.$$

С помощью страховой статистики изучаются частота ущерба и убыточность страховой суммы по всем видам имущественного страхования, по каждой рискованной группе.

5.3. Основы построения страховых тарифов по рискованым видам страхования

При определении тарифных ставок по этим видам страхования главная задача сводится к расчету величины нетто-ставки, используемой для формирования денежного фонда, из которого осуществляются выплаты страхователям или другим выгодоприобретателям. Страховой компании необходимо собрать столько взносов, сколько потом предстоит выплатить страхователям (выгодоприобретателям), то есть должно выполняться следующее равенство:

$$\sum \text{страховых платежей} = \sum \text{страхового возмещения}.$$

Данное равенство является отправной точкой для расчета нетто-ставки. Рассчитав предполагаемую сумму страховых выплат, можно определить размер страховой премии, которую необходимо собрать со страхователей, а, следовательно, и нетто-ставку, по которой она будет исчисляться. Но равенство действует только на момент расчета тарифа. Сразу после этого оно нарушается, поскольку и риск, и расходы непрерывно меняются. Как страховой ущерб, так и расходы страховщика — это величины предполагаемые. На практике при расчете нетто-ставки в страховании основываются на показателе убыточности со 100 руб. страховой суммы.

Так же, как и брутто-ставка, нетто-ставка складывается из двух частей: рискованной премии и рискованной надбавки.

Нетто-премия по риску (рискованная премия) — главная часть страховой премии, которая служит для покрытия ущерба при наступлении страхового случая и формирования страховых резервов. Нетто-ставка в общем виде может быть выражена формулой:

$$T_n = P(A) * K * 100,$$

где A – страховой случай;

$P(A)$ – вероятность наступления страхового случая;

K – коэффициент отношения средней выплаты к средней страховой сумме на один договор (то есть коэффициент тяжести ущерба).

Расчет нетто-премии ведется по отдельным рискам, даже если они объединяются в одном страховом договоре. Основанием для расчетов является информация об ущербах за прошедший период, тенденции которого проецируются на период калькуляции. Однако при этом могут возникнуть серьезные технические ошибки двух видов.

Во-первых, в силу недостаточности информации возможна *ошибка диагноза* - неверная оценка случайного распределения общего ущерба.

Во-вторых, возможна ошибка прогноза, вызванная неучтенными или изменившимися обстоятельствами. Чтобы гарантировать клиентам страховую защиту, к нетто-премии делают рисковую надбавку.

Рисковая надбавка является своего рода самострахованием страховщика, придает последнему уверенность в устойчивости финансовых результатов страховой организации. Страховая надбавка предназначена для того, чтобы финансировать чисто случайные отклонения реального ущерба от его ожидаемых значений.

Размеры рисковой надбавки устанавливаются в зависимости от меры риска, пропорционально отдельным моментам распределения калькулируемого ущерба (ожидаемой оценке риска, стандартному отклонению, коэффициенту вариации) либо комбинациям названных показателей. По обязательному страхованию она обычно принимается в минимальном размере, а при добровольном страховании с присущей ему выборочностью объектов рисковую надбавку следует несколько увеличить.

Выбор конкретной методики расчета нетто-ставки определяется объемом имеющихся статистических данных (1-2 года, 3-5 лет), а также тем, является ли данный вид страхования уже действующим или еще разрабатывается.

Контрольные вопросы к главе 5

1. Какие виды страховых тарифов применяются при страховании? Охарактеризуйте каждый вид тарифа.
2. От чего зависит тариф при коллективном страховании работников за счет предприятия?
3. Какие расчеты применяются для расчета тарифных ставок? Раскройте их смысл. Какими особенностями они обладают?
4. По каким признакам можно классифицировать актуарные расчеты?

5. Что такое страховая статистика? Для каких целей она необходима? Какие основные относительные показатели рассчитываются в целях страхования?

Проверочные задания к главе 5

1. Какие виды актуарных расчетов выделяются по признаку состава?

А. Связанные с тарифом-нетто

Б. Индивидуальные

В. Общие

Г. Отчетные

2. Какой вид страхового тарифа следует применять страховщику при коллективном страховании работников предприятия за счет работодателя?

А. Средние тарифы

Б. Общие тарифы

В. Зональные тарифы

Г. Дифференцированные тарифы

Д. Индивидуальные тарифы

3. Рассчитайте коэффициент кумуляции риска для страховой компании при условии, что за отчетный период число застрахованных объектов составило 250000, число пострадавших объектов – 12500, число страховых событий – 10000.

А. 20

Б. 2000 %

В. 1,25

Г. 0,05

Д. 25

Е. 5%

4. Выберите из списка задачи актуарных расчетов:

А. Математическое обоснование необходимых расходов на ведение дела страховщиком и прогнозирование тенденций их развития

Б. Исследование и группировка рисков в рамках страховой совокупности

В. Исчисление себестоимости услуги, оказываемой страховщиком, в отношении всей страховой совокупности

Г. Измерение величины распределения ущерба во времени и пространстве с помощью специальных таблиц

5. Какие тарифные ставки формируются с помощью применения бонусов и малусов?

А. Дифференцированные тарифные ставки

Б. Территориальные тарифные ставки

В. Индивидуальные тарифные ставки

Г. Общие тарифные ставки

6. Из каких элементов состоит нетто-ставка страхового тарифа?

А. Рисковая премия

Б. Нагрузка

В. Брутто ставка

Г. Коэффициент убыточности страховой суммы

7. Рассчитайте коэффициент тяжести ущерба для страховой компании, если число застрахованных объектов составило 100 000, сумма выплаченного страхового возмещения - 1 500 000 рублей, число пострадавших объектов – 75 000, страховая сумма застрахованных объектов – 3 000 000 рублей.

А. 0,38

Б. 0,67

В. 1,5

Г. 2,67

6. Бизнес-процессы в страховании

6.1. Общая характеристика бизнес-процессов в страховании

Вся процедура страхования может быть представлена как совокупность отдельных элементов - бизнес-процессов. Входящие в страхование бизнес-процессы на практике не всегда образуют строгую последовательность, но схематически они могут быть представлены следующим образом (рисунок 9).



Рисунок 9. Общая схема бизнес-процессов в страховании

В современных российских условиях **страховая маркетинговая стратегия** должна включать исследование потребительских ориентиров и финансовых возможностей и выделение потенциальных страхователей, разработку ориентированных на эту группу программ страхования, выбор оптимальных каналов продаж и стимулирование потенциальных клиентов за счет разъяснительной рекламы. Страховые услуги со стандартными наборами условий и дополнительных сервисных услуг для различных клиентских групп получили название **страховых продуктов**. В структуре страхового продукта выделяют ядро и оболочку.

Ядро страхового продукта содержит основные характеристики этого продукта:

- технические – страхуемые риски, уровень гарантий (страховые суммы, франшизы, особые условия и т.п.), условия выплаты страхового возмещения;
- экономические – цена (тариф), индексация страховой суммы, бонус, малус;
- дополнительные услуги.

Оболочка продукта выражает, формализует содержание ядра и включает:

- страховой договор (полис), правила страхования;
- реклама страхового продукта;
- порядок действий и тип продавцов (представителей страховщика) по предложению продукта потенциальным клиентам (каналы продаж), заключению договора, его обслуживанию;
- порядок расследования и урегулирования страхового случая.

Оболочка продукта содержит рекламную и справочную информацию. Именно из нее потенциальный страхователь получает сведения о потребительских свойствах страхового продукта (услуги). Поэтому особое значение при создании оболочки имеют дизайн и имя (торговая марка, бренд) страховщика.

Разработка новых страховых продуктов обычно включает в себя следующие стадии:

1. *Предварительная разработка*: маркетинговое исследование страхового рынка для выявления и определения потребности в новых продуктах; поиск идеи и разработка концепции нового продукта и ее экономический анализ; поиск целевого сегмента для нового продукта; актуарные расчеты для оценки перспективности выбранного сегмента;

2. *Преобразование идеи продукта (услуги) в концепцию*: разработка технического ядра продукта и его рекламной оболочки: корректировка правил страхования (при необходимости); уточнение тарифов, условий, бонусов; составление и реализация плана рекламной компании (выбор технических средств, составление бизнес-плана, отбор рекламных агентов);

3. *Разработка маркетинговой стратегии продвижения на рынке нового продукта* (стратегическая и предпринимательская функции маркетинга): уточнение клиентской группы; выбор каналов продаж; организация продаж (создание инфраструктуры, подбор и обучение персонала и т.д.).

Продажа страховых услуг. Страховые агенты, а в развитых странах - и брокеры, остаются главным каналом доставки страховых услуг до потребителя во всех странах. В развитых странах на их долю приходится до 60–70% всех заключенных договоров, в России – не менее 90%, из них более 80% на страховых агентов. В крупных городах и индустриальных центрах с достаточно высоким уровнем дохода и культурой населения и предпринимателей уже успешно применяются классические методы страхового маркетинга: прямые продажи, комплексное обслуживание клиента по всем рискам, персональные страховые консультанты, продажи on-line и другие.

Андеррайтинг- это бизнес-процесс страхования, заключающийся:

а) в принятии на страхование (перестрахование) или отклонении заявленного объекта страхования на основе оценки присущих этому объекту индивидуальных рисков с целью формирования или корректировки условий договора страхования и определения страхового тарифа;

б) в разработке мероприятий по защите всего или части страхового портфеля;

в) в разработке и исполнении мероприятий по снижению, принятых на страхование (перестрахование) рисков.

Андеррайтинг также можно определить как метод обеспечения финансового результата страхования путем селекции принимаемых рисков. Андеррайтер (в пределах своих полномочий) или страховщик вправе отказать в приеме на страхование наиболее рискованных объектов, когда вероятность страховой выплаты и уровень убытка настолько велики, что уже не могут рассматриваться как случайное событие.

Сопровождение договора страхования обычно включает следующие операции:

- ввод и хранение договора в базе данных;
- отражение операций в бухгалтерском учете;
- контроль над своевременностью и полнотой поступления страховых взносов при уплате их в рассрочку;
- расчет страховых резервов;
- инвестирование страховых резервов;
- контроль над состоянием застрахованного объекта (условия эксплуатации, хранения, наличие или отсутствие модернизации, переделок, ремонта и т.п.) с целью своевременного учета изменения степени застрахованных рисков;

- внесение, при необходимости, изменений в договор страхования;
- отслеживание сроков окончания договора для своевременного предложения страхователю его продления;
- предоставление клиентам дополнительных услуг, предусмотренных договором.

Стандарты учета договоров каждый страховщик определяет самостоятельно.

Урегулирование убытков. Последовательность этапов проведения работы страховщика по определению ущерба и размера страхового возмещения следующая:

- 1) установление факта и обстоятельств повреждения (утраты, гибели) имущества, финансовых потерь, наступления ответственности;
- 2) определение причины возникновения ущерба (вреда);
- 3) определение размера ущерба (вреда) и расчет суммы страхового возмещения;
- 4) проверка отсутствия попытки страхового мошенничества;
- 5) составление страхового акта;
- 6) выплата страхового возмещения.

6.2. Андеррайтинг в страховании

Исходным постулатом при формировании страхового портфеля является теорема Гаусса, согласно которой большое число сходных рисков имеют нормальное распределение. Таким образом, дабы получить прибыль, страховщику необходимо снижать волатильность портфеля, добиваясь максимальной однородности включенных в портфель рисков. Однако на практике страховщики принимают на страхование риски различного уровня, но на разных условиях (например, взимая премию по повышенной ставке, устанавливая разного рода исключения, периоды ожидания и т.п.), тем самым приводя риски к «общему знаменателю».

Основная роль андеррайтера в страховом бизнесе заключается в создании однородных, однородных портфелей путем оценки рисков и принятия их на страхование на таких условиях, которые заставляют данные риски «вести себя одинаково». Например, при страховании автокаско уровень риска может варьировать в зависимости от характеристик автомобиля и допущенных к управлению водителей. Если, согласно статистике прошлых периодов, для конкретного водителя вероятность попадания в ДТП вдвое выше средней, то с него могут потребовать уплаты страховой премии, вдвое превышающей среднюю.

Аналогичным образом управление автомобилем в состоянии опьянения увеличивает риск ДТП, поэтому андеррайтеры отнесут такие случаи к исключениям из страхового покрытия. Лицу, которому предстоит хирургическое вмешательство, предоставят покрытие по страхованию жизни только через определенный период ожидания, необходимый, с точки зрения андеррайтера, для того чтобы классифицировать данный риск как нормальный.

Андеррайтер – это специалист, обладающий способностью определить риски, которые могут угрожать объекту страхования. Подобная способность обычно является не только результатом специального образования, но и многолетнего опыта оценки сходных рисков. В мировой практике, как правило, не существует формальных требований для того, чтобы стать андеррайтером, и очень немногие высшие учебные заведения предлагают образовательные программы соответствующего профиля. Основные навыки андеррайтер получает уже непосредственно при выполнении служебных обязанностей.

Процедура андеррайтинга обычно состоит из следующих этапов.

1. Решение о принятии или об отказе в принятии риска на страхование. При принятии на страхование обычных, стандартных рисков (или, как их еще называют, «риски с высокой частотой и небольшим ущербом») процедура андеррайтинга весьма примитивна. Обычно в страховых компаниях существуют внутренние инструкции и стандартные страховые полисы для таких случаев. Тем не менее, совокупность таких рисков в рамках всей компании и возможные финансовые последствия, связанные с ними, требуют пристального мониторинга.

Напротив, при «рисках с низкой частотой и крупным ущербом» (например, страхование ответственности, риски авиаперевозок, необычные риски, риски с высокой страховой суммой) процедура андеррайтинга усложняется и требует учета таких факторов, как:

- лимиты андеррайтинга, платежеспособность страховщика, лимит собственного удержания;
- организация перестрахования данного риска и затраты, связанные с этим;
- наличие у компании возможности проведения технической экспертизы крупного и сложного риска;
- наличие полномочий по принятию на страхование таких рисков и политика андеррайтинга компании.

При андеррайтинге простых рисков итоговое решение выносится исходя из данных, представленных в анкете (заявлении) потенциального страхователя. В случае крупных и сложных рисков решение выносится на основе проведенной соответствующими узкими специалистами экспертизы. Кроме того, при андеррайтинге учитываются такие факторы, как физический риск и моральный риск.

Физический риск связан с физическими характеристиками объекта страхования, которые могут повысить риск наступления страхового случая. Например, в автостраховании возраст автомобиля может быть существенным фактором применительно к риску его угона. В страховании жизни клиент с онкологией в анамнезе в большей степени подвержен риску умереть раньше, чем лицо того же возраста и пола без такой медицинской истории.

Моральный риск связан с репутацией потенциального страхователя, его финансовым положением и наличием судимости. Применительно к крупным корпоративным страхователям имеет смысл исследовать политику их риск-менеджмента, обеспечение техники безопасности на производстве, а также навыки и опыт сотрудников по предотвращению и минимизации убытков от страхового случая.

2. *Определение цены страхового полиса.* Процесс определения стоимости предоставляемого страхового покрытия предполагает сопоставление потенциального риска с ценой страхового полиса (исходя из опыта андеррайтера, а также с использованием моделирования) и ограничение максимально возможного ущерба, подлежащего возмещению, с помощью какого-либо механизма.

Страхование – нематериальный, неосязаемый продукт, что существенно осложняет процесс определения его цены.

3. *Определение емкости (мощности) андеррайтинга.* Под **емкостью андеррайтинга** понимается максимальная страховая премия, которую страховая компания готова привлечь при определенном уровне капитала, существующих требованиях регулятора страхового рынка и при должной предусмотрительности. Это означает, что, если страховщик желает увеличить емкость андеррайтинга, ему необходимо увеличить объем собственного капитала и страховых резервов. Альтернативным способом будет перестрахование, но поскольку в этом случае страховщик оставит себе не всю привлеченную премию, та ее часть, которая остается в его распоряжении, должна быть способной принести доход.

Спецификой страхового андеррайтинга также является **асимметричная информация о риске**. Потенциальные страхователи в

любом случае обладают более полным знанием о возможных опасностях, грозящих их имуществу, бизнесу или здоровью, что может в итоге привести к замалчиванию или искажению существенной информации об объекте страхования и, как следствие, к неверной оценке риска андеррайтером. Именно поэтому опытные андеррайтеры обращают внимание на «сигналы», указывающие на сокрытие важной информации потенциальным страхователем. Например, таким сигналом при страховании жизни будет отрицательный ответ на вопрос анкеты «Употребляете ли вы алкоголь?» при имеющихся данных о том, что данное лицо привлекалось к ответственности за вождение в состоянии опьянения.

Новейшие научные разработки представляют собой еще одну постоянную проблему для страхового андеррайтинга. Для того чтобы сохранять конкурентоспособность, страховые компании должны обладать самой актуальной информацией о новых методах распознавания рисков. Так, развитие генетического тестирования существенно осложнило работу андеррайтеров в сфере страхования жизни и здоровья. Тот факт, что многие заболевания являются генетически обусловленными, ни для кого не секрет. Положительный результат генетического теста на предрасположенность к соответствующему заболеванию может стать стоп-фактором при получении полиса страхования жизни или здоровья. Однако наличие генетической предрасположенности вовсе не означает, что данное заболевание обязательно будет развиваться у данного лица. В большинстве случаев это свидетельствует лишь о чуть более высокой вероятности для данного лица заболеть, но в то же время и увеличивает его шансы на выздоровление благодаря своевременной профилактике и лечению.

Во многих странах существуют опасения, что страховые компании будут отказывать лицам с положительным результатом такого рода генетических анализов в предоставлении страхового покрытия или будут предоставлять его по значительно более высоким тарифам. Следствием данных опасений стало введение в ряде государств ограничения на доступ страховщиков к информации такого рода. Кроме того, в некоторых государствах введен законодательный запрет на дискриминацию со стороны страховых компаний в отношении потенциальных клиентов по признаку генетической предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Как правило, андеррайтеры являются штатными работниками страховых компаний, при необходимости использующими в своей работе

помощь и консультации узких специалистов в той или иной области (докторов, архитекторов, инженеров и т.д.). Тем не менее, в мировой практике существуют и другие бизнес-модели, в том числе передающие функцию андеррайтинга на аутсорсинг. Подобные услуги обычно оказывают специализированные компании, имеющие в штате несколько андеррайтеров и одновременно обслуживающие целый ряд страховых компаний. Оплата андеррайтинговых услуг на аутсорсинге обычно осуществляется по каждому отдельному объекту. Данная модель наиболее характерна для США, где аутсорсинг способен создать реальные конкурентные преимущества.

Дополнительной трудностью в работе андеррайтеров является взаимодействие с другими службами страховой компании. Так, агентская служба и отдел продаж будут сопротивляться любым ограничениям, налагаемым андеррайтером в целях достижения сбалансированности портфеля, если эти ограничения осложнят продажу полиса. При этом андеррайтеру зачастую довольно непросто в двух словах объяснить потребность в таких ограничениях, поскольку его позиция обычно основывается как на аналитических, так и субъективных параметрах.

Андеррайтинг – в большей степени искусство, чем наука, и субъективное отношение к оцениваемому риску занимает весьма значительное место в итоговой оценке андеррайтера. Именно в этой области и возможна некая коррекция итоговой оценки риска андеррайтером в зависимости от степени давления на него службы продаж и стратегии риск-менеджмента, выбранной руководством компании.

Служба продаж постоянно требует от андеррайтеров сделать исключение в том или ином случае. И если одно исключение вряд ли может нанести серьезный ущерб бизнесу, то по мере увеличения числа таких исключений данная опасность увеличивается. Опытные андеррайтеры решают данную проблему, предлагая службе продаж строго ограниченное количество исключений в год, если они будут достаточным образом обоснованы. Интересно, что на практике по итогам года указанное количество исключений оказывается невостребованным, потому что поставленная в такие рамки служба продаж стремится найти наиболее достойные случаи для того, чтобы сделать исключения.

6.3. Страховой маркетинг

Согласно одному из основополагающих принципов философии страхового маркетинга, сформулированному еще в 1930-е гг. и

сохраняющему свою актуальность до сих пор, страховщику нужно быть осведомленным о настоящих и будущих рынках. В силу этого принципа для создания эффективной маркетинговой стратегии страховой компании необходимо глубокое изучение внешней среды ее функционирования. На современном этапе маркетинг в деятельности страховой организации относят к одному из внутренних факторов ее финансовой устойчивости, приобретающему особое значение в условиях либерализации страхового рынка. При этом маркетинг проявляет себя, как минимум, в трех аспектах:

- содействует эффективному построению системы управления деятельностью страховой компании;
- создает системы приемов и методов по удовлетворению потребностей клиентов;
- способствует эффективному построению системы управления посреднической деятельностью при продаже страховых продуктов.

Специфика маркетинга в страховании обусловлена особенностями самих страховых услуг. Под услугой обычно понимают любое мероприятие или выгоду, которые одна сторона может предложить другой; неосязаемые действия, не приводящие к владению чем-либо. При всем своей разнообразии страховые услуги обладают четырьмя общими характеристиками, определяющими **особенности маркетинговых программ в страховании:**

1. *Неосязаемость услуг, их нематериальный характер.* В отличие от материальных товаров страховая услуга не может быть предоставлена покупателю в осязаемой форме до совершения им покупки. Стремясь уменьшить неопределенность относительно качества приобретаемой страховой услуги, покупатели анализируют внешние признаки, способные ее характеризовать по этому параметру (расположение офиса, интерьер, предоставляемую информацию, персонал и т.д.). Задача маркетолога в этом отношении заключается в «управлении восприятием»: ему необходимо сделать неосязаемое осязаемым.

2. *Услуги предоставляются и потребляются одновременно.* В отличие от материальных товаров услуги нельзя произвести впрок. Оказать услугу можно только тогда, когда поступает заказ или появляется клиент. При этом клиенты являются непосредственными участниками процесса обслуживания и влияют на конечный результат. Включение потребителя в процесс производства услуги означает, что менеджеры страховых компаний должны управлять не только своими служащими, но и, в определенной степени, клиентами.

3. *Изменчивость исполнения услуги.* Вследствие того, что услуга одновременно производится и потребляется, ее качество существенным образом зависит от того, кто ее обеспечивает, а также от того, где и когда она предоставляется (например, один и тот же служащий в течение дня оказывает услуги по-разному).

Для уменьшения изменчивости услуг компании, давно работающие в сфере страхования, разрабатывают комплекс обязательных для исполнения правил обслуживания клиентов, гарантирующий установленный уровень качества всех производимых операций. Стандарт обслуживания устанавливает формальные категории, по которым оцениваются уровень обслуживания клиентов и деятельность любого сотрудника страховой компании.

4. *Сиюминутность*, то есть невозможность сохранения для дальнейшей продажи или предоставления. Поскольку спрос на страховые услуги колеблется, это составляет определенную проблему для страховщика. Для достижения наилучшей взаимосвязки спроса и предложения страховщик может, например, культивировать спрос в периоды его спада, а в пиковое время – привлекать временных служащих; минимизировать перечень необходимых при оказании услуги действий; вводить дополнительные услуги, помогающие клиентам скрасить время ожидания основной услуги; увеличить скорость обслуживания за счет автоматизации.

Одной из первых исторических попыток внедрения маркетинга в сферу страхования стало развитие страхования с помощью рекламы в 20-е годы прошлого века. Принципы ведения страхового бизнеса в этот период из одного мотива – достижения предпринимательского успеха, то есть увеличения продаж и получения высокой прибыли. В этот период страховой рынок был рынком продавца, разработка продукта на котором происходила без существенного учета потребностей клиентуры.

Основоположником концепции «массового маркетинга» в страховом бизнесе в 30-е гг. XX века считается Джадсон Брэнч, исходивший из следующих десяти принципов:

1. Ничего не произойдет, если не осуществлена продажа.
2. Помните, что ваш клиент – это ваш самый важный актив.
3. Координация всех действий в области сбыта происходит через одного маркетингового руководителя.
4. Нужно быть осведомленным о настоящих и будущих рынках.
5. Необходимо разработать и эффективно использовать долгосрочный маркетинговый план.

6. Следует анализировать социальные, политические и экономические тенденции и непрерывно приспосабливать свои продукты и действия к изменяющейся действительности.

7. Нужно использовать рекламу.

8. Необходимо проводить политику стимулирования продаж.

9. Следует обеспечить комбинацию материальных и нематериальных стимулов, которые будут побуждать каждого страховщика повышать свою производительность.

10. Персонал, постоянно работающий с энтузиазмом, определяет ваше будущее.

В этот период в страховой бизнес впервые была внедрена маркетинговая идея, основанная на необходимости большей ориентации на потребителя, окончательно закрепившаяся к 70-м годам.

На конкурентоспособность страховой услуги влияет множество факторов, одним из которых является ее качество, включающее в себя:

1. Техническое качество страховой услуги;

2. Функциональное качество страховой услуги.

Техническое качество обеспечивается тем пакетом услуг, который страховщик предлагает клиенту: чтобы клиент мог потребить услугу, необходимо, чтобы она была технически доступной и обеспечивала ожидаемый результат (пришел – рассчитали тариф – купил – получил возмещение при страховом случае).

Однако для клиента важен не только результат, но и сам процесс потребления услуги, во время которого он вступает в контакт с сотрудниками страховщика. То, что происходит в процессе потребления страховой услуги, определяет ее *функциональное качество*. Например, общее отношение к клиенту и внешний вид персонала компании могут рассматриваться как элементы функционального качества.

Таким образом, **качество страховой услуги** – это мера того, насколько хорошо уровень предоставляемых страховщиком услуг соответствует ожиданиям клиента. В связи с этим маркетинологи выделяют следующие критерии оценки качества страховых услуг потребителями.

1. Критерии оценки технического качества:

- надежность (определяет способность страховщика выполнить соответствующую услугу точно и аккуратно);

- доступность (характеризует возможность получения клиентом услуги без длительного ожидания);

- безопасность (оценивает, не подвергает ли данная услуга клиента опасности или риску, не является ли сомнительной);

- доверие (показывает, насколько можно доверять страховщику, оказывающему услугу);
- понимание клиента (оценивает усилия страховщика, направленные на то, чтобы узнать своих клиентов и понять их потребности).

2. *Критерии оценки функционального качества:*

- ответная реакция (характеризует желание и стремление персонала страховщика помочь клиентам в разрешении их проблем);
- компетентность (определяет, в какой мере персонал страховщика владеет навыками и знаниями, необходимыми для квалифицированного предоставления услуг);
- вежливость (показывает, насколько любезны и учтивы сотрудники страховщика, насколько они внимательны к своим клиентам);
- материальное окружение (оценивает осязаемый компонент услуги: интерьер, освещенность, внешний вид персонала и т.д.);
- коммуникации (характеризует систему информационного обеспечения страховой компании).

Кроме того, неосязаемость страховой услуги предполагает, что страховая компания должна не только предлагать квалифицированно исполняемые услуги, но и производить хорошее впечатление. Если имидж страховщика непривлекателен, данная компания не получит возможности продемонстрировать высокий уровень технического и функционального качества своих услуг, поскольку потенциальный страхователь в эту компанию может даже не зайти.

Процесс страхового маркетинга выполняет две основные **функции**:

1. Формирование спроса на страховые услуги;
2. Удовлетворение страховых интересов клиентов.

Формирование спроса – это целенаправленное воздействие на потенциальных покупателей в целях повышения существующего уровня спроса до желаемого уровня, приближающегося к уровню предложения данной компании. Применительно к страховому рынку эта функция, в первую очередь, включает в себя ряд мероприятий по привлечению клиентуры как потенциальных страхователей путем использования влияния и убеждения с помощью целенаправленной рекламы, дифференциации тарифов на страховые услуги, сочетания страховых услуг с различными формами торгового и юридического обслуживания.

При этом важно не только завладеть рынком, но и осуществлять постоянный контроль за динамикой спроса, чтобы в нужный момент перестроить стратегические программы и тактику конкурентной борьбы в соответствующем направлении.

Удовлетворение страховых интересов клиентов реализуется посредством высокой культуры страхового обслуживания. Эксперты западных страховых компаний утверждают, что потенциальный страхователь – это высший авторитет, к мнению которого следует прислушиваться. Страхователь – это тот, кто приносит в страховую компанию свои желания. Работа страховщика состоит в том, чтобы выполнить это желание с прибылью и для себя, и для клиента.

Однако повышение уровня сервиса требует существенных затрат. Задача службы маркетинга состоит в определении закономерности соотношения экономических факторов обслуживания и спроса на страховые услуги. Критерием качества обслуживания страхователей принято считать отсутствие жалоб с их стороны.

Одной из основных целей маркетинговых служб российских страховых компаний в условиях современного финансового рынка России является стимулирование спроса на добровольное страхование. Возможными способами такого стимулирования являются следующие:

1. *Активный маркетинг в «недозастрахованных» сегментах рынка* (демографических, географических и т.д.). На страховых рынках большинства стран, даже наиболее развитых, обычно есть сегменты, которые слабо охвачены страхованием в силу тех или иных причин. Выявление таких сегментов, создание оптимальных для них страховых продуктов и разработка максимально эффективных стратегий продвижения данных продуктов обеспечат компаниям-первопроходцам в этой области колоссальное конкурентное преимущество.

Так, в США «недозастрахованным» демографическим сектором является латиноамериканское население: при том, что, согласно прогнозам, этот сегмент к 2020 г. составит около 20% от населения страны, его охват страховым бизнесом зачастую в разы меньше, чем охват белого населения и представителей других национальных меньшинств. Виной тому – отсутствие маркетинговых кампаний, учитывающих культурную, языковую и иную специфику этой национальной группы. В частности, в силу популярного среди латиноамериканцев принципа «живи сегодняшним днем» и, как следствие, отсутствия привычки планировать свое будущее, страхование в сознании этой демографической группы не выступает как нечто обязательное. Поэтому использование мейнстримовых маркетинговых стратегий применительно к латиноамериканцам не принесет скольнибудь значимых плодов. Однако в то же время для испаноязычного населения США очень важна забота о семье: 87% опрошенных

представителей этой группы в качестве одной из своих важнейших финансовых целей указали возможность оставить что-то своим детям (среди остальной части населения значение этого показателя не превысило 38%). Будучи преподнесенной как способ защиты финансового будущего семьи, идея страхования покажется латиноамериканцам намного более заманчивой. Таким образом, страховым компаниям следует искать не подходящего покупателя на свой продукт, а подходящий продукт для своего покупателя.

2. *Использование альтернативных каналов распространения.* Продажа большинства страховых продуктов исключительно классическим способом – через страховых агентов – в современных условиях исчерпала себя. Все большую популярность приобретают гибридные способы продвижения страховых услуг: через банкострахование, страховых брокеров, инновационные каналы дистрибуции. Важную роль играют в этом вопросе и социальные СМИ, в частности, социальные сети.

Использование подобных способов стимулирования спроса является весьма актуальным для страхования жизни, поскольку именно эта подотрасль страхования (особенно в нашей стране) подразумевает не только продажу продукта, но и ведение страховой компанией некой «просветительской» деятельности среди населения. Потенциального покупателя полиса страхования жизни необходимо подвести к покупке полиса через цепочку «осведомленность – интерес – желание – действие», а затем еще и обеспечить постпродажным обслуживанием (например, доставкой полиса, напоминанием о необходимости внести очередной взнос и т.п.).

Ключевой экономической проблемой страхования жизни являются высокие издержки по поиску розничных клиентов и продаже им страховых полисов. Тем не менее, до недавнего времени мало кто из участников данного рынка осознавал, что чрезмерная зависимость от одного, сверхдорогого канала сбыта – прямых агентских продаж – является недопустимой. Вследствие этого в Индии, например, в современных условиях прямые продажи продуктов страхования жизни требуют от независимых финансовых консультантов высокого профессионализма и хорошей подготовки. Межотраслевая конкуренция на рынке долгосрочных вложений весьма высока: со страхованием жизни соперничают ПИФы и инвестиции в недвижимость. В связи с этим финансовым советникам необходимо всегда быть в тонусе, учитывая растущие запросы клиентов и предвосхищая любые их пожелания. Один

из крупнейших игроков на индийском рынке страхования жизни в целях повышения эффективности продвижения своих продуктов в последние годы начал привлекать в качестве страховых агентов сертифицированных бухгалтеров, докторов, бизнес-тренеров и преподавателей.

В целом в литературе предлагаются различные стратегии эффективного функционирования страховщиков в современных условиях в зависимости от роли, которую та или иная компания играет на данном рынке. Выделяют четыре основные роли:

1. *Инноваторы* – компании, желающие изменить свое будущее посредством инноваций. Инновации могут касаться как самих страховых продуктов, так и путей их продвижения, например, техник принятия решений.

2. *Экспансионисты* – компании, стремящиеся изменить свое будущее путем расширения масштабов своей деятельности. Экспансия производится путем продвижения уже существующих продуктов на смежные сегменты рынка (географические, демографические).

3. *Догоняющие* – компании, не желающие быть первыми на рынке, но обладающие способностью быстро догонять лидеров, завоевывая и удерживая существенную долю того или иного рынка. У таких компаний, как правило, хорошее чутье на инновации и бизнес-возможности, а также достаточно четко организованная деятельность, что позволяет им играть одну из главных ролей на рынке страховых услуг.

4. *Выживающие* – компании, сосредоточенные на краткосрочных результатах и выживании. Такие страховщики выжидают, пока основная масса игроков на рынке внедрит новые идеи, прежде чем внедрить их самим. Им также свойственна иерархическая структура и замедленная реакция на изменение внешних условий.

Исходя из такой классификации, инноваторам и экспансионистам следует сосредоточиться на деятельности фронт-офиса, уделяя особое внимание стратегиям роста, инновациям, продажам и продвижению товара, новым страховым продуктам и услугам. В то же время более эффективным для догоняющих и выживающих компаний является пристальное внимание к бэк-офису, а именно к риск-менеджменту, к активам и платежеспособности, к урегулированию убытков, к операционной деятельности и информации.

Каждая из описанных стратегий функционирования не лучше и не хуже остальных. В столь консервативной отрасли, как страхование, с большей вероятностью будут оперировать выживающие компании, нежели догоняющие, экспансионисты или инноваторы. Тем не менее,

наличие четкого представления о том, какую из этих ролей страховая компания хочет играть на рынке, имеет ключевое значение для построения ее схемы управления рисками и использования открывающихся перед ней возможностей.

Контрольные вопросы к главе 6

1. Какие элементы входят в структуру страхового продукта? Охарактеризуйте каждый элемент.
2. Назовите основные стадии разработки новых страховых продуктов.
3. Кто обладает правом на продажу страховых продуктов? Опишите схему продажи страховых услуг.
4. Назовите основные этапы проведения работы страховщика по определению ущерба и размера страхового возмещения.
5. Назовите основные цели андеррайтинга. Перечислите основные этапы процедуры андеррайтинга.
6. Дайте определение качеству страховой услуги. Какие критерии оценки качества страховых услуг вы знаете?
7. В чем заключается смысл страхового маркетинга? Какие функции он выполняет?

7. Основы страхования банковских рисков

7.1. Общая характеристика банковских рисков как объектов страхования

Риск присущ любому виду предпринимательской деятельности, поскольку она, как правило, осуществляется в условиях неопределенности. В деятельности кредитных организаций различные виды рисков имеют особое значение.

Проблема рисков в банковской сфере стала актуальной для России относительно недавно, поскольку на протяжении почти шестидесяти лет банковская система, основанная на государственной форме собственности, работала в основном с государственными предприятиями и организациями. Преобладание государственности в народном хозяйстве означало, что по обязательствам заемщиков перед банками, в конечном счете, отвечало государство в лице министерств и ведомств. Эта схема действовала и в случае кредитования колхозов: просроченная и отсроченная их задолженность по ссудам банков неоднократно гасилась по решению правительства за счет средств бюджета.

Безграничные платежеспособность и ликвидность государства в условиях неконвертируемости национальной валюты и закрытой экономики ограждали банки от рисков, делали излишней работу финансово-кредитных институтов по поддержанию своей ликвидности. В результате были утрачены опыт и навыки распознавания, оценки и контролирования банковских рисков во внутрихозяйственной деятельности советских кредитных учреждений. Новый экономический механизм, реформирование банковской системы в целом вызвали существенный рост уязвимости этого сектора к разного рода внешним и внутренним, в том числе системным, рискам.

Банк России в своих нормативных актах³ разделяет банковские риски на финансовые и нефинансовые. К **нефинансовым рискам** отнесены, в частности:

- *правовой риск* - риск возникновения у кредитной организации убытков вследствие нарушения кредитной организацией и (или) ее контрагентами условий заключенных договоров, допускаемых кредитной организацией правовых ошибок при осуществлении деятельности

³ Указание Банка России от 15.04.2015 № 3624-У "О требованиях к системе управления рисками и капиталом кредитной организации и банковской группы"(вместе с "Требованиями к организации процедур управления отдельными видами рисков").

(например, неправильные юридические консультации или неверное составление документов, в том числе при рассмотрении спорных вопросов в судебных органах), несовершенства правовой системы (например, противоречивость законодательства, отсутствие правовых норм по регулированию отдельных вопросов, возникающих в деятельности кредитной организации (банковской группы), нарушения контрагентами нормативных правовых актов, нахождения филиалов кредитной организации, юридических лиц, в отношении которых кредитная организация осуществляет контроль или значительное влияние, а также контрагентов кредитной организации под юрисдикцией различных государств;

- *регуляторный риск*;

- *стратегический риск* - риск неблагоприятного изменения результатов деятельности кредитной организации вследствие принятия ошибочных решений в процессе управления кредитной организацией, в том числе при разработке, утверждении и реализации стратегии развития кредитной организации, ненадлежащем исполнении принятых решений, а также неспособности органов управления кредитной организации учитывать изменения внешних факторов;

- *риск потери деловой репутации* - риск возникновения убытков в результате негативного восприятия кредитной организации со стороны ее участников, контрагентов, надзорных органов и иных заинтересованных сторон, которые могут негативно повлиять на способность кредитной организации поддерживать существующие и (или) устанавливать новые деловые отношения и поддерживать на постоянной основе доступ к источникам финансирования.

Основными рисками, возникающими в деятельности кредитной организации, являются такие, как:

- *кредитный риск* - риск, возникающий в связи с вероятностью невыполнения договорных обязательств заемщиком или контрагентом перед кредитной организацией;

- *рыночный риск* - риск возникновения финансовых потерь (убытков) вследствие изменения текущей (справедливой) стоимости финансовых инструментов, а также курсов иностранных валют и (или) учетных цен на драгоценные металлы;

- *операционный риск* - риск возникновения убытков в результате ненадежности и недостатков внутренних процедур управления кредитной организации, отказа информационных и иных систем либо вследствие

влияния на деятельность кредитной организации внешних событий. Правовой риск является частью операционного риска;

- *процентный риск* - риск ухудшения финансового положения кредитной организации вследствие снижения размера капитала, уровня доходов, стоимости активов в результате изменения процентных ставок на рынке;

- *риск ликвидности* - риск неспособности кредитной организации финансировать свою деятельность, то есть обеспечивать рост активов и выполнять обязательства по мере наступления сроков их исполнения без понесения убытков в размере, угрожающем финансовой устойчивости кредитной организации;

- *риск концентрации* - риск, возникающий в связи с подверженностью кредитной организации крупным рискам, реализация которых может привести к значительным убыткам, способным создать угрозу для платежеспособности кредитной организации и ее способности продолжать свою деятельность.

В мировой практике предлагаются и иные классификации банковских рисков. Например, совокупность рисков кредитной организации можно классифицировать по факторам образования.

1. Объективные риски – риски, связанные с объектом банковской операции (конкретной ссудой, срочной сделкой и т.п.). Эта группа включает в себя следующие виды рисков:

- *инфляционный* - риск инфляционного обесценивания активов и капитала банка;

- *региональный* – риск, связанный с возможными неблагоприятными изменениями в социально-экономической среде кредитной организации на уровне региона;

- *концентрационный* - риск концентрации банковских операций вокруг определенного заемщика или получателя инвестиций, эмитента долговых обязательств, а также вокруг источника кредитных ресурсов;

- *рыночный*;

- *кредитный*.

2. Субъективные риски – риски, связанные с субъектами банковской деятельности, в том числе:

- *риск рентабельности, платежеспособности и ликвидности заемщиков кредитов и получателей инвестиций или эмитентов долговых обязательств*;

- *риск снижения банковской ликвидности и доходности активных операций*.

3. Побочные риски – управленческие риски, косвенно влияющие на финансовую деятельность банка (например, риски злоупотреблений и хищений, репутационные риски и т.д.).

Поскольку деятельность любого банка сопряжена с целым комплексом рисков, в каждой кредитной организации разрабатывается политика управления банковскими рисками – часть общей стратегии банка, состоящая в разработке системы мероприятий по нейтрализации возможных негативных финансовых последствий рисков в различных аспектах банковской деятельности. Основными приемами управления риском в современной экономике являются принятие риска и перенос риска.

Примером первого приема относится *самострахование* как внутренний механизм нейтрализации рисков. При этом суть самострахования заключается в нейтрализации рисков путем резервирования части банковских ресурсов в виде резервных, страховых и иных фондов. Основная задача самострахования – оперативное преодоление временных финансовых затруднений. Недостатком самострахования является «замораживание» довольно ощутимой доли банковских средств, что может привести к снижению эффективности использования собственного капитала банка и к усилению зависимости банка от внешних источников финансирования.

Перенос риска может осуществляться по трем следующим схемам:

- диверсификация;
- хеджирование;
- страхование.

Диверсификация выражается во владении многими рискованными активами вместо концентрации всех капиталовложений только в одном из них. Поэтому диверсификация ограничивает подверженность риску, связанному с одним-единственным активом.

О **хеджировании риска** говорят в тех случаях, когда действие, предпринятое для снижения риска убытков, одновременно приводит и к невозможности получить доход. Между хеджированием от рисков и страхованием от рисков существует фундаментальное различие. В случае хеджирования устраняется риск понести убытки, но одновременно исчезает возможность получить доход от основной деятельности. В случае страхования обязательны издержки (величина страховой премии), относимые к постоянным, но сохраняется возможность получения дохода в случае, если объектом страхования является предпринимательский актив.

7.2. Понятие и система банковского страхования

Страхование банковских рисков (банковское страхование) – это защита имущественных интересов банка при наступлении страхового события (страхового случая) специальными страховыми компаниями (страховщиками) за счет денежных фондов, формируемых ими путем получения от страхователей страховых премий (страховых взносов). В литературе в понятие «банковского страхования» вкладывают разное содержание. Так, зачастую под термином «банковское страхование» (или «банкострахование») понимают не только страхование рисков самих банков, но и реализацию страховых продуктов через банковский канал продаж.

В силу специфики деятельности кредитных организаций ряд банковских рисков являются профессиональными, то есть внутренне присущими банковской деятельности. При этом одной из задач банка является своевременное реагирование на подобные риски, учет их в своей работе, а получаемая банками маржа по тем или иным операциям является в том числе платой и за профессиональные риски. Таким образом, не все риски банковской деятельности подлежат страхованию.

В частности, не могут быть застрахованы риски получения убытков вследствие системного неадекватного (некачественного) администрирования рисков банком. В то же время риски убытков вследствие чрезмерного доверия, непреднамеренных ошибок и/или нелояльности менеджеров и/или персонала могут быть застрахованы.

По признаку приемлемости для страхования типичные банковские риски могут быть разделены на следующие группы в соответствии с действующим страховым законодательством, мировой практикой и обычаями делового оборота:

1. Неприемлемые риски - риски, страхование которых принципиально невозможно или считается нецелесообразным в соответствии с мировой практикой страхования. К ним можно отнести:

- репутационный и стратегический риски;
- операционные риски, связанные с ненадлежащей организацией деятельности, несовершенством организационной структуры банка, его регламентов и процедур;
- части процентного риска, связанного с несовпадением сроков погашения обязательств и требований кредитной организации;

- операционные и правовые риски банка, связанные с нарушением банком законодательства, обычаев делового оборота и договорных обязательств.

Получение убытков по этим рискам в силу их природы может быть обусловлено только системным неадекватным менеджментом банка, но никак не чрезмерным доверием и ошибками.

2. Частично приемлемые риски – риски, страховая защита по которым возможна только частично. Они, в свою очередь, делятся на:

- риски, частично приемлемые, исходя из общих представлений о страховании и/или мировой практики страхования;
- риски, частично приемлемые, исходя из действующей практики страхования в России.

3. Полностью приемлемые риски – риски, страховая защита по которым может быть обеспечена в полном объеме в рамках действующей практики страхования.

Элементы **системы банковского страхования** могут быть разделены на две основные группы:

1) *объекты страхования и страховые риски, являющиеся общими для любых предприятий и организаций.* К таким видам страхования относятся, например, страхование зданий, имущества, находящегося в служебных банковских помещениях, компьютеров, оргтехники и прочего электронного оборудования, автопарка банков, личное страхование сотрудников банков и т.п.;

2) *объекты страхования и страховые риски, обусловленные спецификой банковской деятельности.* Это страхование активных операций банка (кредитных рисков), пассивных операций банка, банковских ценностей, рисков, связанных с использованием пластиковых карт и т.д.

Первый договор банковского страхования был заключен в 1887 г. в США. Вплоть до 1920-х гг. отсутствовали стандартные страховые продукты для банков, и каждый страховой договор носил весьма индивидуальный характер. Как правило, в рамках этих договоров покрывалось весьма ограниченное количество рисков, а зачастую для каждой группы рисков приходилось заключать отдельный договор. Форма страхового полиса с максимальным покрытием банковских рисков – Стандартная форма № 24 - была впервые разработана Американской ассоциацией гарантов для банков США в 1941 г. и в дальнейшем была неоднократно пересмотрена и расширена.

В настоящее время в мировой практике предлагаются следующие основные продукты по страхованию банковских рисков:

1. Комплексное страхование банковских рисков (Bankers Blanket Bond, с 1986 г. – Financial Institution Bond; Standard Form No 24). Предполагает покрытие достаточно широкого комплекса разноплановых рисков, в том числе нелояльность сотрудников банка, противоправные действия третьих лиц и ряд других рисков;

2. Страхование банков от электронных и компьютерных преступлений;

3. Страхование эмитентов пластиковых карт;

4. Страхование банковских хранилищ;

5. Страхование ценностей при их транспортировке;

6. Страхование ответственности финансовых институтов;

7. Страхование ответственности регистраторов и депозитариев;

8. Страхование ответственности директоров и должностных лиц (D&O).

В структуре российского рынка страхования банковских рисков большую часть составляет добровольное медицинское страхование сотрудников банков (56%). Страхование жизни и здоровья сотрудников банка составляет 18%, страхование недвижимости банков – 8%, автопарка – 7%. Страхование ответственности персонала и страхование D&O составляет 2%, страхование BBB – 4%; иные виды страхования банковских рисков – 5%.

7.3. Комплексное страхование рисков банка (BBB)

Комплексное страхование банковских рисков представляет собой добровольное комбинированное страхование, включающее различные виды страхования - имущества, предпринимательского и иногда финансового риска. Это смешанный (сложный) договор, который включает элементы различных договоров страхования, имеющих различный правовой режим.

По комплексному страхованию банков покрывается достаточно широкий комплекс разноплановых рисков, но страховщики все-таки стараются не включать в него риски, которые традиционно страхуются по устоявшимся видам договоров страхования. Это объясняется тем, что при объединении в едином страховом продукте множества рисков их страхование, в конечном счете, стоит дешевле, а кроме того, возникают реальные трудности с правовым регулированием такого рода сделок и их

реализацией на практике. МДМ-Банк одним из первых из российских банков приобрел данный полис еще в 1998 году.

Основными рисками по полису ВВВ являются:

1. *Нелояльность сотрудников банка.* По этому риску покрываются убытки, возникшие напрямую и исключительно в результате незаконных или мошеннических действий сотрудников банка. При этом должно быть доказано наличие у сотрудника умысла на причинение финансовых убытков банку или на собственное неосновательное обогащение. Если такого рода убытки причинены в рамках кредитных операций или операций на фондовом рынке, должно быть доказано, что в их результате произошло неосновательное обогащение сотрудника банка. К сотрудникам банка относятся даже студенты, проходящие практику в помещениях, принадлежащих банку.

Согласно статистике, 70-80% преступлений в банковской сфере совершается либо непосредственно сотрудниками банка, либо при их соучастии.

2. *Утрата или повреждение ценностей, находящихся в помещении банка.* По этому риску покрываются убытки, возникшие в следующих случаях:

- хищение, грабеж, разбой и обман, совершенные лицами при нахождении их в помещении банка;
- загадочное, необъяснимое исчезновение ценностей;
- повреждение, уничтожение или злонамеренное перемещение ценностей в другое место, совершенное какими-либо лицами по злему умыслу.

Объектами страхования по данному риску могут быть денежные знаки, ценные бумаги и купоны от них, драгоценные металлы в слитках и изделиях, драгоценные и полудрагоценные камни, монеты из таких металлов и сплавов, чеки, векселя, коносаменты, страховые полисы, гарантийные письма, депозитные расписки, кассовые ордера, гербовые марки, закладные и другие денежные документы, принадлежащие как самому банку, так и другим лицам и находящиеся в хранилищах, кладовых и кассах банка.

3. *Утрата ценностей при транспортировке.* По данному риску покрываются убытки от утраты ценностей, находящихся в пути, если они вверены сотрудникам банка, иному лицу, выполняющему функции курьера, перевозятся на автотранспорте службы безопасности или ином бронированном средстве транспорта.

Покрытие распространяется на весь период с момента передачи ценностей перевозчику и до момента их доставки в пункт назначения.

4. *Убытки от операций на основании поддельных документов.* По этому риску покрываются убытки, возникшие вследствие:

- подделки или подмены чеков, векселей, акцептов, платежных поручений, депозитных сертификатов, кассовых ордеров и т.д.;
- осуществления платежей в соответствии с поддельными (мошенническими) указаниями;
- платежи по поддельным или подмененным простым векселям или векселям с поддельным индоссаментом.

5. *Убытки от операций с поддельными ценными бумагами.* По этому риску покрываются убытки, возникшие вследствие операций с фальшивыми, подложными, утраченными или украденными акциями и сертификатами на них, облигациями, закладными, простыми векселями, депозитными сертификатами, аккредитивами и т.д.

6. *Убытки от операций с фальшивой валютой.* По данному риску покрываются убытки от принятия банком фальшивых банкнот и монет при условии, что стандартные детекторы подлинности валют, используемые страхователем, не смогли выявить подделку и что банкноты (монеты) не вышли из обращения.

7. *Ущерб имуществу, находящемуся в офисе банка.* По этому риску покрываются убытки от утраты или повреждения офисных помещений банка, мебели, отделке и оборудованию в результате разбоя, грабежа с элементами вандализма (за исключением убытков от пожара).

Базовые исключения из правил, при которых страховое возмещение не выплачивается, включают в себя следующие:

- утрата или повреждение имущества клиентов, хранящегося в банковской ячейке;
- убытки от кредитных операций и операций на фондовом рынке, не являющиеся результатом противоправных действий сотрудников банка;
- убытки от мошенничества с пластиковыми картами, не являющиеся результатом противоправных действий сотрудников банка;
- ошибки и халатность сотрудников банка;
- убытки, не выявленные в течение срока действия страхового договора;
- вымогательство;
- косвенные и вторичные убытки;
- ценности в почтовых отправлениях;
- поддельные туристические чеки.

При данном страховании необходимо учитывать ряд важных аспектов. Так, заключая договор страхования, страхователь должен указать помимо основного офиса все филиалы банка, а также отделения, на которые будет распространяться страхование по этой сделке. Страховая защита, как правило, не распространяется на дочерние предприятия страхователя, юридические лица, находящиеся в его частичной собственности, в том числе осуществляющие банковскую деятельность. Это исключение установлено в связи с тем, что указанные организации являются самостоятельными субъектами гражданского оборота и могут сами заключать аналогичные или схожие договоры страхования своих рисков. Договор страхования по полису ВВВ не предусматривает наличия выгодоприобретателей. Следовательно, правом требования к страховщику о выплате страхового возмещения при наступлении страхового случая обладает только страхователь.

На практике банком может быть приобретен полис с требуемым покрытием, включающим компенсацию части (или одного) из приведенного перечня рисков, а также некоторых других рисков, так как условия, предоставляемые страховщиками, постоянно расширяются.

Обязательным условием страхования ВВВ является проведение предварительного анализа рискозащищенности — *сюрвей*. Сюрвей проводится независимой российской или зарубежной сюрвейерской компанией. Основная цель такой проверки - оценить механизмы управления рисками банка и дать последнему рекомендации по улучшению его систем безопасности. Сюрвей проводится как в интересах страховой компании, так и самого клиента. Страховой компании он позволяет достоверно оценить риск. Клиенту же сюрвей дает возможность выявить и закрыть слабые места в системах защиты.

Обычно сюрвей проводится до заключения договора страхования, однако в исключительных случаях допускается его проведение и сразу после выдачи полиса, т.е. когда риск уже фактически принят на страхование. В обоих случаях страхователь должен выполнить рекомендации, которые содержатся в итоговом отчете сюрвейера, либо предложить альтернативные способы снижения рисков.

Страховая сумма устанавливается в виде лимита ответственности в части рисков, по которым на дату заключения договора страхования невозможно определить стоимость имущества. Если на страхование принимается непосредственно имущество, то страховой суммой является его действительная стоимость на момент заключения договора страхования.

Срок действия договора страхования обычно составляет один год или период от двух до пяти лет. Величина страховой премии в большой степени зависит от результатов сюрвейерского отчета и от выбранных лимитов ответственности и страховых сумм. Страховая премия традиционно уплачивается единовременным взносом при страховании на один год или ежегодно при страховании на несколько лет. При страховании на несколько лет очередные годовые взносы вносятся в течение месяца, предшествующего очередному году страхования, если иное не оговорено в договоре.

Несмотря на свою популярность на западе, данный страховой продукт далеко не так распространен в России. Одной из причин этого факт, что ВВВ перенесен на российский рынок в неизменном «западном» виде. При этом риски трактуются в соответствии с определениями западных перестраховщиков и отличаются от определений соответствующих рисков, сформулированных ГК РФ или Банком России и, соответственно, российскими банками.

Кроме того, в связи с тем, что продукт продается только как комплексный, у банков возникают проблемы с разнесением сумм страховых премий, уплаченных по тем или иным рискам на расходы, уменьшающие или не уменьшающие налогооблагаемую базу. Наконец, страховщики очень часто не могут ответить на вопрос, что же собственно страхуется - предпринимательский риск или риск ответственности, - и употребляют термин «финансовый риск». Результатом такой неопределенности, которая может повлечь за собой вопросы налоговых органов и спорность получения страхового возмещения, является узкий круг банков-страхователей, покупающих ВВВ-продукт в основном в качестве «нагрузки» за выход на зарубежные рынки капитала.

Контрольные вопросы к главе 7

1. На какие виды Банк России разделяет банковские риски? Дайте характеристику каждому виду.
2. Какие риски являются основными, возникающими в деятельности кредитной организации? Дайте характеристику каждому виду риска.
3. По каким признакам в мировой практике классифицируют банковские риски?
4. Какие инструменты используются в настоящее время для управления рисками?
5. Для каких целей применяется страхование банковских рисков? Перечислите основные элементы системы банковского страхования.

6. Какие продукты по страхованию банковских рисков применяются в настоящее время в мировой практике?

7. В чем заключается смысл оформления полиса ВВВ? Перечислите основные риски, возникающие при его оформлении.

Проверочные задания к главе 7

1. Какие банковские риски являются неприемлемыми для страхования в соответствии с мировой практикой?

- А. Рыночные риски
- Б. Репутационные риски
- В. Валютные риски
- Г. Стратегические риски
- Д. Кредитные риски

2. Какие виды страхования банковских рисков относятся к специфическим элементам системы страхования?

А. Страхование зданий и сооружений, находящихся в собственности кредитной организации

- Б. Страхование автопарка кредитной организации
- В. Страхование банковских ценностей
- Г. Страхование эмитентов пластиковых карт
- Д. Страхование кредитных рисков
- Е. Личное страхование сотрудников кредитной организации

3. Какие риски покрываются по полису комплексного страхования банков?

- А. Утрата или повреждение ценностей, находящихся в помещении банка
- Б. Ответственность регистраторов и депозитариев
- В. Ответственность директоров и должностных лиц
- Г. Утрата ценностей при транспортировке
- Д. Убытки от операций с фальшивой валютой
- Е. Нелояльность сотрудников банка

4. Будет ли выплачиваться страховое возмещение в случае причинения банку убытков вследствие мошенничества сотрудников банка с пластиковыми картами?

- А. Страховое возмещение будет выплачено
- Б. Страховое возмещение не будет выплачено

Каждому из приведенных ниже терминов и понятий необходимо найти соответствующее определение.

№	Термин	Буква	Характеристика
1	Процентный риск	А	Риск возникновения финансовых потерь (убытков) вследствие изменения текущей (справедливой) стоимости финансовых инструментов, а также курсов иностранных

			валют и (или) учетных цен на драгоценные металлы
2	Побочные риски	Б	Риски, связанные с объектом банковской операции
3	Кредитный риск	В	Риски, связанные с субъектами банковской деятельности
4	Региональный риск	Г	Риск ухудшения финансового положения кредитной организации вследствие снижения размера капитала, уровня доходов, стоимости активов в результате изменения процентных ставок на рынке
5	Объективные риски	Д	Риск концентрации банковских операций вокруг определенного заемщика или получателя инвестиций, эмитента долговых обязательств, а также вокруг источника кредитных ресурсов
6	Полностью приемлемые риски	Е	Риски, страхование которых принципиально невозможно или считается нецелесообразным в соответствии с мировой практикой страхования
7	Концентрационный риск	Ж	Управленческие риски, косвенно влияющие на финансовую деятельность банка
8	Рыночный риск	З	Риски, страховая защита по которым может быть обеспечена в полном объеме в рамках действующей практики страхования
9	Неприемлемые риски	И	Риск, возникающий в связи с вероятностью невыполнения договорных обязательств заемщиком или контрагентом перед кредитной организацией
10	Субъективные риски	К	Риск, связанный с возможными неблагоприятными изменениями в социально-экономической среде кредитной организации на уровне региона

Ответы к проверочным заданиям
Глава 1

Задание 1

- 1. А
- 2. А, В
- 3. В
- 4. А, В, Г
- 5. В
- 6. А, В
- 7. Б, В
- 8. А, В, Г
- 9. А, Г
- 10. В
- 11. В
- 12. В
- 13. В
- 14. Б, Г
- 15. В

Задание 2

- 1-Н
- 2-Н
- 3-Н
- 4- Н
- 5- В
- 6 - В
- 7 – Н

Задание 3

- 1-Г
- 2 - Д
- 3 - З
- 4-Г
- 5-Ж
- 6 - А
- 7- И
- 8- Б
- 9- Е
- 10 – В

Глава 2

Задание 1

- 1. А, Б, В, Д
- 2. Б, Г
- 3. В

4. А, Г
5. Г
6. 15 рублей на 100 рублей страховой суммы
7. В, Е
8. Б
9. Б
10. 7500 рублей

Задание 2

- 1 - Д
- 2-И
- 3- А
- 4-Е
- 5 - З
- 6- Ж
- 7- К
- 8 - В
- 9-Б
- 10- Г
- 11-Н
- 12-Р
- 13-М
- 14- Л
- 15- Ф
- 16 - У
- 17- Т
- 18 - О
- 19-С
- 20- П

Задание 3

1. 745 000 рублей
2. 2 684 210,5 рублей
3. 57,744 млн. руб.

Глава 3

Задание 1

1. В
2. А, Б
3. Г
4. Б
5. Б
6. В
7. А, В

Задание 2

- 1-Н
- 2 -В
- 3- В
- 4-Н
- 5-Н
- 6-В
- 7-Н

Задание 3

- 1-В
- 2- Д
- 3- Ж
- 4-А
- 5- Б
- 6- К
- 7 - Г
- 8- И
- 9- З
- 10- Е

Глава 4

Задание 1

- 1. А, В, Г
- 2. Г
- 3. Д
- 4. А
- 5. Б, В
- 6. 115 000 рублей

Задание 2

- 1-В
- 2-Н
- 3-В
- 4-Н
- 5-Н

Глава 5

Задание 1

- 1. А
- 2. Г
- 3. В
- 4. А, Б
- 5. В
- 6. А
- 7.Б

Глава 7

Задание 1

1. Б, Г
2. В, Г, Д
3. А, Г, Д, Е
4. А

Задание 2

- 1-Г
- 2-Ж
- 3-И
- 4-К
- 5-Б
- 6-З
- 7- Д
- 8-А
- 9-Е
- 10-В

Федеральное государственное образовательное бюджетное
учреждение высшего образования
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»
Ярославский филиал

Кладова А.А.
Ермоленко М.О.
Сироткин С.А.

СТРАХОВОЙ РЫНОК В СТРУКТУРЕ ФИНАНСОВОЙ СИСТЕМЫ РФ

Учебное пособие

ISBN 978-5-6043284-5-3



Подписано в печать 07.11.2019. Формат 60x90^{1/16}
Усл. печ. л. 8. Тираж 30 экз. Заказ № 6424.

Отпечатано в ООО «ПКФ «СОЮЗ-ПРЕСС»
150062, г. Ярославль, пр-д Доброхотова, д.16, кв.158
Тел.: (4852) 58-76-33,58-76-37