**План**

Теоретическая часть

1. Добровольное медицинское страхование
2. Страхование ренты и пенсий
3. Организационная структура страховой компании (конкретный пример)

Дайте определение понятиям:

1. Авто-комби
2. Биндер
3. Выкупная сумма
4. Дисконт
5. Двойное страхование

Задача: Региональной страховой компанией разрабатываются условия проведения индивидуального добровольного страхования спортсменов от несчастных случаев. Используя данные статистики, приведенные в таблице, рассчитать тарифную нетто-ставку по данному виду страхования.

Таблица 1. – Условия задачи

|  |  |
| --- | --- |
| Количество спортсменов в регионе, ед. | 200 |
| Количество спортсменов, которые травмируются ежегодно, ед. | 45,5 |
| Прогнозная средняя страховая сумма на один договор страхования, тыс. грн. | 13 |
| Прогнозная (ожидаемая) средняя выплата на один договор страхования, тыс. грн. | 4,5 |
| Прогнозное охватывание страхового поля, % | 30 |
| Коэффициент отставания | 0,85 |

1. **Добровольное медицинское страхование**

Ограниченность базовой программы обязательного медицинского страхования, отсутствие мотивации у медицинских работников, недоступность современной клинической и лабораторной базы в условиях ухудшения финансирования здравоохранения привели к обострению проблем, связанных с получением квалифицированной медицинской помощи.

В связи с этим единственно возможной системой предоставления медицинских услуг на качественном уровне остается система добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Правила добровольного медицинского страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с положениями Закона Украины «О страховании». Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования.

В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. При признании судом страхователя в период действия договора ДМС недееспособным полностью или частично его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием.

Медицинскими учреждениями в системе добровольного медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страхователь имеет право на:

* участие во всех видах медицинского страхования;
* свободный выбор страховой организации;
* осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;
* возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных выше, имеет право на:

* уменьшение размера страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости работников предприятия или его снижении в течение трех лет;
* привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

* вносить страховые взносы в порядке, установленном договором добровольного медицинского страхования;
* в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;
* предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Фонды добровольного медицинского страхования формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемых от страховых взносов. Они предназначены для финансирования страховой организацией медицинских и иных услуг, оказываемых по данному виду страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. Страховым взносом является плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. Страховой тариф представляет собой ставку страхового взноса с единицы страховой суммы или объекта страхования. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи.

Основными признаками обязательного страхования являются:

* обязанность страхования вытекает из закона,
* объектами страхования является личное и имущественное страхование, страхование гражданской ответственности,
* обязанность страховать может быть возложена на указанных в законе лиц в случае возникновения страхового риска, то есть в случае причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других определенных в законе лиц, или нарушения договоров с другими лицами.

Медицинское страхование не соответствует этим признакам, кроме первого, который относится к ОМС.

Рассмотрим особенности, свойственные именно добровольному медицинскому страхованию, то есть основные отличия его от обязательного медицинского страхования.

Отличия обязательного и добровольного медицинского страхования состоят в следующем:

1. Обязанность страхования при ОМС вытекает из закона, а при ДМС - основана только на договорных отношениях, что, однако, не исключает необходимости осуществления ОМС путем заключения договора страхования страхователем со страховщиком.

2. Главное различие между ОМС и ДМС лежит в сфере отношений, возникающих между их субъектами при предоставлении медицинской помощи за счет страховых средств. Если ОМС осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, то ДМС реализуется лишь в целях обеспечения социальных интересов граждан (индивидуальных или коллективных) и работодателей.

3. Из предыдущего отличия вытекает, в частности, и различие в том, кто является страхователями при ОМС и ДМС: при ОМС - это органы исполнительной власти и работодатели, при ДМС - граждане и работодатели.

4. Отношения по ДМС также, как и ОМС, относятся к социальному страхованию, преследующему цель организации и финансирования предоставления застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества, но по программам ДМС.

Однако ДМС, в отличие от ОМС, не относится к государственному социальному страхованию. Во-первых, вследствие различия в реализуемых ими социальных интересах. Во-вторых, вследствие различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование. При этом имеется в виду, что социальное страхование может быть не только государственным, но и муниципальным, а учитывая различия в его внутренней организации - также профессиональным (по отраслевому-профессиональному признаку) и международным.

Однако классификация социального страхования по признаку форм собственности и различий в его внутренней организации (государственное, муниципальное, профессиональное, международное) не совпадает с классификацией по формам социального страхования - обязательное и добровольное.

Таким образом, ОМС и ДМС отличаются друг от друга по вышеназванным видам классификации.

5. Вследствие вышесказанного, преследуя общие цели и имея общий объект страхования - ОМС и ДМС существенно различаются по субъектам страхования - у них различные не только страхователи, но и страховщики. У ДМС - это негосударственные организации, имеющие любую организационно-правовую форму, у ОМС - государственные организации.

6. ОМС и ДМС также отличаются по источникам поступления средств. У ДМС - личные доходы граждан или доходы организаций, у ОМС - налогоподобные сборы и налоги.

Добровольное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами ДМС.

Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

Договор добровольного медицинского страхования должен содержать:

* наименование сторон;
* сроки действия договора;
* численность застрахованных;
* размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
* перечень медицинских услуг, соответствующих программам добровольного медицинского страхования;
* права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Украины условия.

Договор ДМС считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В период действия договора ДМС при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор добровольного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис.

Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Добровольное медицинское страхование сотрудников является коллективным добровольным медицинским страхованием.

Основная цель ДМС состоит в том, чтобы сотрудники компании имели возможность пройти нормальную диагностику, обеспечивающую выявление заболеваний на ранней стадии, а также иметь возможность лечиться в нормальных условиях у квалифицированных врачей.

Начинать надо с выбора страховой компании. Она должна обязательно иметь лицензию именно на право осуществления ДМС. Далее вместе со специалистами страховой компании организация определяет медицинские учреждения, где будут обслуживаться сотрудники и перечень дополнительных услуг, которые там будут оказываться. После этого организация совместно с медиками составляет программу добровольного медицинского страхования и утверждает ее как у своего руководства, так и у руководства страховой компании.

После согласования программы организация вместе с сотрудниками страховой компании подготавливает договор ДМС на то количество сотрудников, которое сочтет необходимым. Многие организации постепенно включают в ДМС сначала руководящий состав, затем - наиболее ценных сотрудников, а потом, по мере финансовых возможностей, всех остальных.

Если высшее руководство организации серьезно заинтересовано в поддержании надлежащего здоровья руководящего состава организации, то кроме вышеуказанной программы, можно, например, ежегодно проводить комплексный медицинский осмотр.

Как правило, на проведение таких обследований со страховой компанией заключается дополнительный договор, либо дополнительное соглашение к договору добровольного медицинского страхования.

1. **Страхование ренты и пенсий**

Страхование жизни подразделяется на страхование капиталов и страхование рент. Различие между ними состоит в том, что при страховании капиталов целью является создание новых капиталов, а при страховании рент речь идет об использовании уже существующих капиталов обращением их в годовые ренты.

При страховании рент (аннуитетов) страховая компания связывает, как правило, выполнение своих обязанностей по дожитию страхователя (застрахованного) до определенного возраста или срока, определенного в договоре страхования.

Страхование ренты предусматривает, что страхователь вносит в страховую компанию единоразово или рассроченными платежами определенную сумму, которую она использует для целей инвестирования. После определенного в договоре страхования времени (возраста) страхователь получает определенные выплаты сам (если жив) или их получает лицо, в пользу которого был заключен договор страхования (или наследники).

Договор страхования ренты может быть заключен как физическим, так и юридическим лицом. Физические лица могут заключить договоры страхования в отношении себя или другого лица. Основное требование к физическим лицам - это их дееспособность. Состояние здоровья не оговаривается, и медицинское освидетельствование при заключении договора страхования не проводится.

Юридические лица (предприятия, организации, учреждения) могут заключать договоры страхования в отношении своих работников.

Страхование ренты имеет целью обеспечить страхователю привычное для него материальное положение независимо от изменений, которые связаны с состоянием здоровья, уменьшением или потерей трудоспособности, старостью. С помощью разнообразных услуг, которые могут быть предложены страховщиком в области страхования ренты, страхователь (физическое лицо) может обеспечить привычное материальное состояние для родных и близких на случай своей смерти.

Договоры страхования ренты отличаются от других договоров страхования тем, что страховая сумма представляет собой ту сумму, которую будет выплачивать страховщик страхователю (застрахованному) частями и периодически после наступления определенного времени (возраста). Кроме этого, страховщик должен выполнять свои обязанности перед страхователем (застрахованным) лишь тогда, когда последний в соответствии с договором страхования выплатит всю сумму взносов и не ранее чем, например, в случае смешанного страхования жизни. При этом обязанность начать выплату определенных сумм может быть связана с моментом окончания выплаты всех оговоренных вкладов. Но может быть установлен и какой-то период между окончанием выплаты взносов и началом выплаты ренты.

Заключая договоры страхования, стороны согласовывают вопросы о периодичности уплаты страховых взносов. Страхователю может быть предоставлено право уплатить взносы за один раз или долями. При уплате долями (периодическими платежами) - ежемесячно, ежеквартально или ежегодно. Размер страховых взносов зависит от многих факторов, и это усложняет работу страховой компании с их определением. К факторам, которые при этом необходимо учесть, относятся возраст страхователя (застрахованного), пол, периодичность уплаты взносов и т.д.

Во время действия договора страхования страхователю предоставляется право изменить размеры (увеличить или уменьшить) выплат и их периодичность. Кроме того, при желании, с учетом условий страхования, он может расторгнуть договор и получить выкупную сумму.

Как показывает зарубежная практика, существуют различные виды аннуитетов. Например, в Великобритании аннуитеты делятся на срочные, с отсрочкой выплат, временные, гарантированные, аннуитеты страхования совместной жизни, индексированные аннуитеты, аннуитеты защиты капитала.

К простейшим формам аннуитета относится срочный аннуитет. Он предусматривает, что страховой взнос будет оплачен за один раз и за это страхователю (застрахованному) в течение всей его жизни страховая компания будет осуществлять ежегодные выплаты. Этот вид аннуитета пользуется популярностью у пенсионеров, которые намерены обеспечить себе регулярные доходы.

Аннуитет с отсрочкой выплат характерен тем, что выплаты страховщик осуществляет с определенной даты в будущем, то есть предусматривается период отсрочки между заключением договора страхования и выплатами. При этом страхователю предоставляется возможность платить платежи одним вкладом или регулярно в течение обусловленного периода отсрочки.

Временный аннуитет предполагает, что в договоре между сторонами оговаривается конкретная дата, после которой договор прекращает свое действие (если до этого момента смерть не наступила).

Гарантированный аннуитет представляет собой срочный аннуитет, который не связывается со смертью клиента и гарантируется для минимального периода времени.

Аннуитет совместной жизни имеет целью обеспечить выплаты одному из супругов в пенсионном возрасте (тому, кто остался жив). После смерти страхователя выплаты могут продолжаться в полном или в уменьшенном объеме.

Индексированный аннуитет позволяет уменьшить влияние инфляции и повысить ценность аннуитета. При этом размер первоначальных взносов ниже по сравнению с аннуитетом с фиксированным уровнем выплат.

Аннуитет защиты капитала дороже, чем срочный, и предусматривает обеспечение гарантии клиенту страховой компании или его наследникам получить сумму выплаченных взносов полностью.

К наиболее распространенным видам страхования рент принадлежит страхование дополнительной пенсии, предназначенное для защиты материальных интересов граждан, в частности, для стабилизации уровня их жизни.

Пенсионное обеспечение в большинстве стран мира осуществляется за счет государственных пенсионных систем (в пределах социального страхования), пенсионными фондами и страховыми компаниями и другими финансовыми организациями.

Во многих странах пенсионное обеспечение граждан осуществляется частными пенсионными фондами (например, пенсионные фонды предприятий). Заинтересованность предприятий в развитии частного страхования объясняется тем, что продуманная пенсионная программа может способствовать уменьшению текучести наиболее квалифицированных кадров. Кроме того, предприятие, которое делает взносы на страхование пенсии своих работников, имеет льготы по уплате налогов.

Частные пенсионные фонды наиболее развиты именно в тех странах, где недостаточное развитие получили государственные пенсионные системы. Выплаты из частных пенсионных фондов могут значительно преувеличивать размеры государственных пенсий.

Пенсионные фонды имеют значительные средства, которые они инвестируют в акции, облигации, недвижимость.

Пенсионные фонды можно разделить на фонды с установленными размерами взносов и фонды с установленными размерами выплат. Фонды с установленными размерами взносов могут быть накопительными, с выплатой прибыли и сберегательные. Накопительные фонды создаются с участием работодателей, которые платят взносы, установленные в процентах к заработной плате работников. Второй тип предусматривает, что часть прибыли, на которую имеет право работник, передается ему, а другая часть - в пенсионный фонд. Сберегательные фонды создаются за счет средств работников, которые сами делают отчисления в пенсионный фонд, и работодателей. Фонды с установленными размерами выплат могут быть с установленными твердыми размерами выплат в течение того времени, когда осуществляются взносы в пенсионный фонд (год, квартал, месяц); ставить размеры выплат в зависимости от количества лет и среднего заработка за весь период работы; ставить размеры выплат в зависимости от числа лет и среднего заработка за несколько лет.

Работодатель, который намерен разработать пенсионную схему, может пойти несколькими путями. Во-первых, он может исходить из того, что это будет самостоятельно управляемая схема с привлечением консультантов-профессионалов. Во-вторых, полностью или частично передать пенсионную схему страховой компании, которая, кстати, имеет определенные преимущества, поскольку именно страховая компания может обеспечить фундаментальную защиту, имеет больше административного опыта и больше возможностей для инвестирования.

Пенсионное обеспечение может быть осуществлено и путем покупки индивидуальных страховых полисов у страховых компаний. На западе, например, услугами частных страховых компаний пользуется значительная часть населения, несмотря на то, что страхование пенсий является одним из самых дорогих видов долгосрочного личного страхования.

Договоры страхования пенсий заключаются как индивидуально, так и с группой лиц.

Пенсионное страхование предусматривает, что страховая компания осуществляет застрахованному лицу выплаты, которые связаны с выходом на пенсию (страхование дополнительной пенсии) или возрастом, установленным договором страхования. Ответственность страховой компании по договорам страхования дополнительной пенсии может быть расширена по договоренности сторон. Так, дополнительно к условиям договора страхования дополнительной пенсии страховая компания может взять на себя ответственность осуществить выплаты при наступлении несчастного случая или смерти страхователя (застрахованного). Страховая компания может предоставить страхователю возможность заключить договор страхования в пользу другого лица.

Индивидуальные договоры страхования дополнительной пенсии заключаются с дееспособными гражданами с учетом их возраста и пола и независимо от состояния здоровья. Время начала выплаты дополнительной пенсии может быть связано как с наступлением пенсионного возраста, так и определено по договоренности сторон. Страховая сумма обуславливается при заключении договора страхования. При ее определении учитывается размер текущих выплат, которые должна осуществить страховая компания. Кроме этих основных выплат, в договоре страхования могут быть предусмотрены и дополнительные выплаты, которые представляют собой следствие участия страхователя в прибыли страховой компании. Страхователю предоставляется право уплатить страховые платежи за один раз или периодическими взносами. Размер страховых взносов зависит от страховой суммы, от возраста и пола страхователя (застрахованного лица).

Дополнительная пенсия в зависимости от содержания договора страхования может быть выплачена страховщиком в течение жизни застрахованного или в течение определенного периода. Но возможны случаи, когда застрахованный не дожил до момента выплаты пенсии или получал ее лишь в течение очень малого периода. В этих случаях в соответствии с условиями страхования страховая компания или выплачивает выгодоприобретателю (наследникам) определенное количество пенсий (определяется при заключении договора страхования), или разность между обусловленным количеством пенсий и суммой, которая уже была выплачена застрахованному при его жизни.

При заключении договора страхования устанавливается порядок выплаты пенсий (ежемесячно, за каждый год и прочее).

Условиями договора страхования может быть предусмотрено, что при жизни застрахованного он лично получает дополнительную пенсию, а в случае его смерти - выгодоприобретатель, который определен застрахованным, в полном объеме дополнительной пенсии, предусмотренной для застрахованного, или в ее части пожизненно.

Условия проведения страхования дополнительной пенсии могут предусматривать предоставление льгот страхователям. Так, после определеннго срока страховщик может предоставить страхователю возможность получить заем под залог накопленного ко времени обращения за ссудой резерва.

Страховые компании, которые предлагают пенсионное страхование, как показывает зарубежный опыт, имеют очень большие страховые резервы.

Существующая в Украине система пенсионного обеспечения граждан требует коренных изменений, поскольку не отвечает современным требованиям. Учитывая это высокий уровень пенсионного обеспечения в экономически развитых странах может стать основой для глубокого исследования и использования накопленного опыта при усовершенствовании пенсионной системы в Украине.

1. **Организационная структура страховой компании (конкретный пример)**

Стратегия любой компании опирается на ее организацию. В то время как стратегическое планирование страховой компании определяет, что именно компания будет делать, каковы ее цели, задачи, организационная структура определяет, каким образом распределяются задачи и ресурсы компании.

Организационная структура страховой организации - это формальные правила, разработанные ее менеджерами для разделения труда и распределения должностных обязанностей между работниками, определения нормы управления и линий соподчинения, а также для координации задач организации.

Организационная структура важна потому, что позволяет работникам осознать свое место в организации, благодаря чему они могут работать вместе для достижения целей компании и получать удовлетворение от своего вклада в ее деятельность.

Кроме того, структура - это единственный способ перейти от стратегических планов к действию. Без структуры невозможна координация действий сотрудников и самые лучшие планы никогда не смогут быть выполнены.

Общие принципы формирования организационной системы (структуры) управления страховой организацией предусматривают создание центров управления по двум основным признакам - иерархическому и функциональному.

Иерархическое построение центров управления страховой организацией (вертикальная структура) предусматривает выделение различных уровней управления. В настоящее время наиболее распространены двух- или трехуровневые структуры управления, где первый уровень представлен аппаратом управления страховой организацией в целом, а последующие - службами управления отдельными ее структурными единицами и подразделениями.

Функциональное построение центров управления страховой компанией (горизонтальная структура) основано на разделении их по функциям управления или видам деятельности. В рамках этой системы носитель функций, т.е. сотрудник, получает указания не от одного, а от ряда вышестоящих сотрудников, одновременно о своей деятельности он информирует не одного человека, а определенное число сотрудников, которые работают в той же области. Но в рамках дисциплинарной ответственности он подчиняется лишь одному начальнику.

Каждая вертикальная структура имеет определенные каналы реализации властных полномочий и обмена информацией. Распределяя задания, полномочия и обязанности, вертикальная структура формирует систему соподчиненности - направления, по которым распределяются властные полномочия между различными уровнями организационной структуры.

Наиболее простая и распространенная система соподчиненности называется линейной организационной структурой. В ней четко определены направления реализации полномочий от высшего уровня управления к низшим. Здесь право давать указания предоставляется по отношению ко всем нижестоящим сотрудникам и применительно ко всем функциям, которые они осуществляют.

Более сложная система, известная под названием линейно-штабной организационной структуры, возникла в силу необходимости сочетать специализацию с управленческим контролем. В организации этой формы четко выражена соподчиненность сверху донизу, но она также включает в себя функциональные группы работников (штабные органы), находящихся под началом административного аппарата. Они дополняют линейную организационную структуру, предоставляя консультации и специализированные услуги, но не входят в структуру соподчиненности линейной организации. Иначе говоря, они не могут давать указания другим подразделениям организации.

Такие "штабы" существуют в основном для:

* установления связей с общественностью;
* осуществления контроля за деятельностью предприятий, принадлежащих данной страховой компании, но не входящих в ее структуру (дочерние фирмы);
* осуществления работ по планированию;
* предоставления правовых и налоговых консультаций.

Потребностям сегодняшнего дня в наибольшей мере соответствует функциональная структура, поскольку организации нуждаются в системах координации и делового общения между работниками различных отделов на различных уровнях. Функциональная структура координирует деятельность страховой организации, облегчая общение и обмен информацией между отделами.

Без такой структуры каждая проблема, каждое решение и каждая единица информации должны были бы путешествовать по ступеням вертикальной иерархии, почти полностью изолируя отделы друг от друга и парализуя деятельность компании. Из перечисленных структур функциональная структура более гибкая, и большинство страховых компаний отдает предпочтение именно ей.

На выбор организационной структуры управления оказывают влияние такие факторы, как:

* масштабы деятельности страховой компании;
* объем и степень сложности решаемых задач;
* степень диверсификации страхового бизнеса;
* организационно-правовая форма деятельности страховой организации и др.

Так, акционерная страховая компания включает, по меньшей мере, следующие уровни организационной структуры: общее собрание акционеров, совет директоров, исполнительные органы (правление, дирекция), функциональные управления по основным видам страховой деятельности, включающие основные и вспомогательные отделы.

Организация работы центрального офиса страховой компании строится чаще всего по функциональному признаку. При этом выделяется ряд структурных подразделений, отвечающих за решение определенных задач, стоящих перед страховой компанией.

Секретариат - постоянный орган при совете директоров, президенте и вице-президенте страховой компании для контроля исполнения их решений. При секретариате работает группа по связям с общественностью, в функциональные обязанности которой входит информирование средств массовой информации, общественных организаций о деятельности страховщика, его благотворительных мероприятиях, организация пресс-конференций, презентаций и т.п.

Группа советников-консультантов - постоянно действующий совещательный орган при руководстве страховой компании, состоящий из постоянно работающих и привлеченных специалистов для решения наиболее важных вопросов деятельности страховой компании.

Исполнительные дирекции - функциональные управления по основным видам страховой деятельности. Обычно выделяют исполнительные дирекции (управления отделы) личного, имущественного страхования, перестрахования, сервисного обслуживания (маркетинга), управления региональной сетью; управление (отдел) кадров, юридический отдел, бухгалтерия и др.

Управление (отдел) личного страхования осуществляет работу, связанную с разработкой, ценообразованием и продвижением на рынок всех видов личного страхования.

Управление (отдел) имущественного страхования осуществляет аналогичную деятельность в отношении покрытия имущественных рисков и рисков гражданской ответственности.

В составе названных управлений могут существовать операционные отделы, отделы андеррайтинга, экспертные группы, занимающиеся вопросами подготовки страховой документации, учета договоров страхования, оценки рисков и расчета страховых резервов, оценки ущерба и организации выплат страховых сумм и возмещений и т.п.

Управление (отдел) перестрахования и международных отношений проводит работу, связанную с передачей части ответственности страховой компании по объектам страхования другим страховщикам, в том числе и иностранным компаниям, с организацией взаимодействия с последними.

Финансово-аналитическое управление (отдел) проводит работу по организации ведения бухгалтерского учета хозяйственных операций страховщика, ведения его финансовой и статистической отчетности, по организации взаимодействия со службой внешнего аудита, внебюджетными фондами, государственной налоговой инспекцией; занимается вопросами текущего и перспективного планирования деятельности страховой компании, вопросами инвестиционной деятельности и т.п.

Управление (отдел) маркетинга занимается вопросами, связанными с исследованием рынка, разработкой новых страховых продуктов, ценовой политикой страховой компании, организацией продвижения страховых продуктов компании на рынок, а также с организацией, координацией и рационализацией деятельности региональной сети страховой компании и т.п.

Управление (отдел) кадров осуществляет работу по подбору, аттестации, повышению квалификации кадров страховой компании, рационализации их численности.

Юридический отдел обеспечивает юридическое обеспечение деятельности страховщика, связанное с выставлением претензий, представлением интересов страховщика в суде и арбитраже, разработкой внутренних нормативных документов страховой компании и др.

Отдел андеррайтинга и выплат занимается разработкой страховых программ, стандартных страховых продуктов, правил страхования, оценкой страхового риска при принятии на страхование, определением размера ущерба при страховом случае, урегулированием ущерба и осуществлением страховых выплат.

Операционный отдел осуществляет подготовку страховой документации, прием и выдачу стандартных полисов, учет договоров страхования.

Отдел продаж занимается продвижением страхового продукта компании (реклама, стимулирование сбыта, личные продажи, связи с общественностью), подготовкой коммерческих предложений, заключением договоров страхования и т.п.

Финансово-экономический отдел проводит работу по организации ведения бухгалтерского учета хозяйственных операций компании, его финансовой и статистической отчетности, взаимодействия со службой внешнего аудита, внебюджетными фондами, государственной налоговой инспекцией, и др.; занимается вопросами текущего и перспективного планирования деятельности страховой компании, вопросами инвестиционной деятельности страховщика.

Хозяйственная служба организует ведение хозяйственной деятельности страховщика.

Сегодня общая структура страховой компании «ТАС» поделена на четыре блока:

• Front Office:

* Агентская сеть
* Департамент по работе со страховыми посредниками
* Департамент альтернативных продаж
* Управление маркетинга

• Middle Office:

* Департамент информационных технологий
* Департамент клиентского сервиса
* Управление поддержки клиентов

• Back Office:

* Финансовый отдел
* Бухгалтерия
* Отдел актуарных расчетов

• Сопровождение деятельности:

* Юридическое управление
* Управление персонала
* Департамент безопасности и организационного обеспечения

# *Авто-Комби* – (англ. auto-combe) вид страхования средств транспорта, включает комбинацию объектов страхования:водителя и пассажиров на случай смерти и инвалидности, транспортное средство, багаж, находящийся в нем. Страхование производится на период эксплуатации транспортного средства. Проводится либо с использованием франшизы или без нее.

1. ***Биндер*** – (англ. binder) предварительное соглашение о намерениях между страхователем и страховщиком, фиксирующее желание сторон заключить в последующем полномасштабный договор страхования, после чего биндер заменяется на страховой полис. Биндер заключается в специфических случаях, когда урегулирование финансовой части договора требует особых условий.
2. ***Выкупная сумма*** - выплачиваемая страхователю часть суммы из резерва взносов по договору долгосрочного страхования жизни на день прекращения уплаты месячных страховых взносов. Если страхователь в период действия договора прекратил уплату месячных взносов, договор теряет силу, но он имеет право на получение части накопившегося резерва взносов по договору за истекший период страхования.
3. ***Дисконт –*** скидка при повторном страховании, которую могут получить страхователи, которые в течение определенного периода времени не допускали возникновения страховых случаев.
4. ***Двойное страхование*** - страхование одного и того же объекта от одних и тех же рисков у нескольких страховщиков. При двойном страховании возможны случаи превышения обшей страховой суммы над реальной стоимостью застрахованного имущества, и, соответственно, неосновательного обогащения страхователя. Поэтому при двойном страховании. страховщики всегда несут ответственность в пределах страховой стоимости объекта. Законодательства ряда стран содержат специальные ограничительные нормы в отношении двойного страхования.
5. ***Задача***

Нетто-ставка Tn состоит из двух частей - основной части Тo и рисковой надбавки Тp:

Тn = Тo + Тp

Основная часть нетто-ставки Тo соответствует средним выплатам страховщика, зависящим от вероятности наступления страхового случая q, средней страховой суммы S и среднего возмещения Sв. Основная часть нетто-ставки страховой суммы рассчитывается по формуле:

В нашем случае q – вероятность наступления страхового случая равна отношению количества спортсменов, которые травмируются ежегодно к количеству спортсменов в регионе, т.е:

Рассчитаем основную часть нетто-ставки:

 грн.

Рассчитаем рисковую надбавку. Т.к. гарантия безопасности каждой страховой компанией определяется произвольно, то пусть y = 0,95, тогда из таблицы а = 1,645. В нашем случае страховая компания планирует охватить 30 % страхового поля, значит n = 200 \* 30 % = 60. Рассчитаем рисковую надбавку по формуле:

 грн.

Нетто ставка со 100 грн. страховой суммы с учетом коэффициента отставания составит:

Тn = (Тo + Тp) \* 0,85 = (7,96 + 3,7) \* 0,85 = 9,91 грн.

**Список использованной литературы**

1. Архипов А.П., Гомеля В.Б. Основы страхового дела: Учебное пособие.-М.: Маркет ДС, 2002
2. Ахмедов С.А., Рахманов Ф.П. Оценка качества услуг учреждений здравоохранения в условиях страховой медицины //М.:ИСЭПН РАН, 1997.
3. Введение в страхование. Учебник/ Под ред. В. В. Шахова.- М.: Финансы и статистика,2005. – 304 с.
4. Гвозденко А.А. Страхование: учеб.- М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006.- 464с.
5. Гомелля В.Б.“Основы страхового дела” методическое пособие; Москва, МЭСИ, 2000г.
6. Клоченко А.П., Пылов К.И. Основы страхового права: Учебное пособие. – Ярославль: Норд, 2002
7. Основы страховой деятельности: Учебник для ВУЗов/ Под ред. Т. А. Федоровой.- М.: Изд-во БЕК, 2002.-346 с.;
8. Шахов В.В. Страхование: Учебник для ВУЗов. –М.: ЮНИТИ,2000