**РОЗДІЛ 4**

**ВЗАЄМОДІЯ ТУРИСТСЬКИХ ПІДПРИЄМСТВ З ПОСТАЧАЛЬНИКАМИ ПОСЛУГ**

## СТРАХУВАННЯ В ТУРИЗМІ

### Сутність і поняття страхування

Страхування в основному застосовується в діяльності людей, життя яких супроводжує значний ризик. Сьогодні страхові відносини, на відміну від давніх часів, стосуються не найбільш знедолених, а навпаки, тих, чия діяльність пов'я- зана з успіхом, якого можна досягнути тільки в умовах підвищеного ризику.

Скрізь, де існує ризик, необхідне страхування. Особливо в ринковій еко- номіці: за рахунок страхування підприємець отримує можливість зосередити свою увагу на проблемах ринку і конкурентах, будучи впевненим, що засоби ви- робництва і знаряддя праці матеріально захищені від будь-яких випадковостей.

З економічного погляду **страхування –** це сукупність особливих обмеже- них перерозподільних відносин між його учасниками з приводу формування ці- льових страхових фондів, призначених для відшкодування можливого збитку, нанесеного суб'єктами господарювання, або вирівнювання втрат у сімейних до- ходах у зв'язку з наслідками страхових випадків.

**Основна мета** страхування, з погляду розвитку суспільства, – забезпе- чення безперервності суспільного відтворення шляхом надання його учасникам матеріальної можливості справитися з наслідками несприятливих випадків.

Зміст страхування полягає у передачі ризиків від їх носія – організації або фізичної особи – страховій компанії. Страхування не створює нову вартість. Воно займається тільки розподілом збитку (втрати) одного учасника страху- вання між усіма іншими.

Специфічність страхування як економічної категорії підтверджується йо- го особливостями.

По-перше, перерозподіл засобів страхових фондів відбувається тільки за певних умов, а саме настання страхового випадку, що характеризується імовір- ністю виникнення. Отже перерозподіл засобів також відбувається з певною імовірністю.

По-друге, перерозподіл засобів має обмежений характер, оскільки відбу- вається тільки всередині групи людей, які створюють страховий фонд.

По-третє, страховий фонд має ознаку зворотності, тому що призначений для повернення учасникам страхування (за винятком адміністративних та ін- ших витрат страхових компаній).

**Страхові фонди** в практиці страхування називаються страховими резер- вами. Основна вимога до страхових резервів: вони повинні бути такими, щоб їх вистачило на всі передбачені умовами страхування виплати за укладеними до- говорами страхування.

Акумульовані у страхових фондах страхові внески відчужені від тих, хто їх формує, у зв'язку з чим виникає потреба у професійному керуванні цими фо-

ндами. Його здійснюють страхові компанії. Отже страхову компанію можна ро- зглядати як засіб функціонування страхового фонду.

З розвитком страхового ринку тимчасово вільні засоби страхових фондів використовують як інвестиційний капітал, що сприяє підвищенню суспільної значущості страхування. Економічне значення інвестиційної діяльності страхо- вих компаній обумовлене значними обсягами їхніх інвестиційних ресурсів.

Страхування – не єдиний засіб створення страхових фондів. Існують ще два: централізований і децентралізований.

При централізованому способі із сукупного національного багатства і на- ціонального доходу країни виділяється спеціальний фонд для покриття витрат у надзвичайних ситуаціях. Таким же способом формується державний бюджет, валютні резерви й золотий запас держави.

Перевагою надзвичайних фондів є їх обсяг, що дозволяє надавати дієву допомогу при здійсненні ризиків державного масштабу. Недоліком є недостат- ня оперативна можливість скористатися ними з організаційних причин.

Децентралізовані фонди, або фонди самострахування формуються власне підприємствами, установами і особисто громадянами для покриття можливих непередбачених витрат. Особисті накопичення громадян – це їхні страхові фон- ди. Фонди самострахування можуть формуватися в натуральній чи грошовій формах. Основною перевагою фондів самострахування є можливість негайного їх використання, недоліком – обмежені обсяги, що не дозволяють, як правило, покривати великі ризики.

Розрізняють чотири функції страхування.

**Ризикова** функція. У її рамках здійснюється перерозподіл засобів страхо- вого фонду при настанні страхових випадків, тобто в результаті втілення ризи- ку. Це головна функція страхування, оскільки страховий ризик, як імовірність збитку, безпосередньо пов'язаний з основним призначенням страхування – від- шкодуванням матеріального збитку потерпілим.

**Попереджувальна** (превентивна) функція. Призначення її полягає у фі- нансуванні за рахунок засобів страхового фонду заходів щодо скорочення стра- хового ризику, тобто зменшення імовірності страхового випадку і можливої ве- личини збитку.

**Накопичувальна** (ощадна) функція. Вона полягає в нагромадженні (за- ощадженні) коштів населення у зв'язку з укладанням договорів страхування за ризиком дожиття до певного віку чи закінчення терміну страхування. Нагрома- дження зумовлене потребою у страховому захисті досягнутого сімейного до- статку. У цьому випадку функції страхової компанії й ощадного банку збіга- ються. Однак роль страхової компанії має більш дієвий результат, оскільки ві- дшкодування засобів відбувається залежно від певних обставин у житті людини і має яскраво виражений характер допомоги в скрутних ситуаціях.

**Контрольна** функція. Вона пов'язана з контролем за строго цільовим фо- рмуванням і використанням страхового фонду.

Перші три функції здійснюються страховими компаніями, четверта – державою за допомогою створення діючого законодавства в області страхуван- ня і перевірки його виконання.

Страхування – специфічний вид бізнесу, тому в страховій діяльності сфо- рмувалася особлива система понять, що відбиває відносини між учасниками страхування і їхньої поведінки на ринку страхових послуг. Розглянемо основні з них [88].

Учасники страхування називаються страховиками і страхувальниками.

**Страховик –** це фізична чи юридична особа, яка здійснює страхування. Можна сказати, що це особа, яка бере на себе ризик. За Законом України “Про страхування” [10] діяльність приватних страховиків не передбачена. Тому в Україні страховиками можуть бути тільки страхові компанії.

**Страхувальник –** це фізична чи юридична особа, яка укладає зі страхо- виком договір по одному з видів страхування. Можна сказати, що це особа, яка передає свій ризик страховику.

Угода між страховиком і страхувальником засвідчується **договором страхування.** Документ, який підтверджує факт укладання договору страху- вання і містить основні його положення, називається **полісом.** За деякими ви- дами страхування (особливо особистого) поліс заміняє або ототожнюється з до- говором страхування.

У полісах, особливо особистого страхування крім страховика і страхува- льника можуть вказуватися ще дві особи: застрахований і вигодонабувач.

**Застрахований –** особа, на користь якої страхувальник уклав договір страхування. Якщо тільки на себе, то страхувальник і застрахований виступа- ють в одній особі.

**Вигодонабувач** (бенефіціарій) – особа, призначена для одержання стра- хової суми у разі смерті застрахованого.

**Страховий ринок –** це сукупність відносин з приводу пропозиції і про- дажу страхових послуг. Суб'єктами страхового ринку є страховики і страхува- льники. Страхові ринки класифікують на підставі різних ознак:

* за територіальною ознакою (ринок областей України, регіонів);
* за професійною ознакою страхувальників (ринки страхових послуг серед людей окремих професій: лікарів, автолюбителів, туристів, пенсіонерів і т. ін.);
* за ознакою потреби в страховій послузі (наприклад, ринок майнового страхування, ринок пенсійного страхування і т. ін.).

**Страховий інтерес –** ступінь зацікавленості страхувальника у страхуван- ні. Інтерес страховика – це його відповідальність в умовах страхування.

**Об'єкт страхування –** це предмет у широкому розумінні, на який спря- моване страхування. За законодавством України – майно, відповідальність, життя і здоров'я. Законодавства інших країн можуть передбачати іншу класифі- кацію об'єктів страхування.

**Страхова подія –** подія, на випадок якої здійснюється страхування. Ін- шими словами – це потенційно можливе нанесення збитку страхувальнику у ре- зультаті обумовлених причин: нещасного випадку, хвороби, пожежі, стихійного лиха, втрати роботи і т. ін.

**Страховий випадок –** страхова подія, яка фактично настала.

Страхова сума (ліміт відповідальності страховика) – визначена договором страхування або встановлена законом грошова сума, виходячи з якої встанов- люються розміри страхового внеску і страхової виплати. У рамках цієї суми страховик несе відповідальність за страховими випадками.

Страхова сума визначається виходячи із кваліфікованої оцінки вартості об'єкта страхування, яка називається **страховою вартістю.** Процедура встанов- лення страхової вартості враховує особливості страхування та імовірність на- стання страхових випадків. Як правило, вона не більша за ринкову ціну об'єкта. Страхова сума не може перевищувати вартість об'єкта, встановлену з метою страхування.

Страхова сума призначається відповідно до **страхової оцінки.** Страхова оцінка буває кількох видів. Найчастіше застосовують страхову оцінку за:

* дійсною вартістю;
* заявленою вартістю;
* ринковою вартістю.

Дійсна вартість – це вартість об'єкта страхування, підтверджена докумен- тами. Наприклад, балансова вартість майна підприємства.

Заявлена вартість – це вартість, заявлена страхувальником, з якою згод- ний страховик.

Ринкова вартість – це вартість об'єкта страхування, що склалася на даний момент на ринку подібних об'єктів.

Сукупність умов з відшкодування збитків у результаті настання страхо- вих випадків називається **страховим покриттям.**

**Страхова премія** (страховий внесок, страховий платіж, ціна страхування) – це плата за страхування. Незважаючи на тотожність цих понять, у практичній діяльності їх усе-таки розрізняють. Страхова премія – найбільш загальне понят- тя. Страховий внесок частіше застосовується у страхуванні життя.

Страхові внески бувають одноразові, послідовні (щомісячні, щокварталь- ні), розстрочені, можуть вноситися готівкою і за безготівковим розрахунком.

У майновому страхуванні плата за страхування часто обчислюється на пі- дставі системи коефіцієнтів, що називаються **страховими тарифами.** Страхові тарифі звичайно встановлюють у відсотках від страхової суми. У такому випад- ку плата за страхування розраховується як добуток страхової суми на страховий тариф.

**Збиток** (шкода, втрата, витрата) – це вартість втраченого чи зіпсованого майна в результаті страхового випадку.

**Страхове відшкодування** – це грошова сума, яку виплачує страховик страхувальнику при настанні страхового випадку відповідно до умов договору страхування. В основу розрахунку страхового відшкодування закладене понят- тя збитку, понесеного страхувальником.

У випадку особистого страхування замість поняття страхового відшкоду- вання використовується поняття **страхового забезпечення,** оскільки шкода, за- вдана життю і здоров'ю людини, не піддає обрахуванню.

Фактично здійснене страхове відшкодування називається **виплатою.**

### Ризики у страхуванні

Як визначалося раніше, страхуванню підлягає діяльність, пов’язана з ри- зиками. Розглянемо детально поняття “ризик”.

У загальноприйнятому тлумаченні **ризик** – це можливість несприятливо- го результату, дія навмання в надії на щасливий результат. Найбільш уживана кількісна міра ризику – імовірність несприятливого випадку і збиток, який при цьому виникає. У страхуванні тлумачення ризику конкретизується. Для страху- вання ризик є основним поняттям, оскільки страхується не об'єкт, не подія, а саме ризик. Але при цьому ризик може розглядатися під кутом різних страхо- вих відносин

По-перше, **ризик –** це подія, на випадок якої здійснюється страхування і яке має ознаки імовірності й випадковості (наприклад, пожежа, нещасний випа- док). Таке поняття дається ризику в Законі “Про страхування”.

По-друге, **ризик –** це імовірність страхового випадку.

По-третє, **ризик –** це небезпека, яка загрожує страхувальнику (наприклад, землетрус, що спричинив руйнування будинків, пожежі, погибель людей; епі- демія, яка викликає захворювання і смерть, і т. ін.).

По-четверте, **ризик –** це об'єкт страхування (наприклад, відповідальність, життя і здоров'я, майно).

По-п'яте, **ризик –** це міра відповідальності страховика у грошовому ви- раженні (наприклад, договір страхування з відповідальністю в 100 тис. грн.).

Кожне з перерахованих визначень ризику залежно від ситуації використо- вується у страховій діяльності, але законодавством України закріплене перше.

Але, тут слід зазначити, що в теорії ймовірностей, яка визначає розподіл страхових фондів, розрізняють поняття невизначеності й випадковості. Випад- кова подія – це подія, щодо якої застосовується закон розподілу ймовірностей. Невизначена подія – це подія, для якої імовірність її настання невідома. Тому визначені законом ознаки страхової події (імовірність і випадковість) – по суті, означають одне й те саме. Якщо подія випадкова, то вона має імовірність, а як- що подія має імовірність, то вона випадкова.

Поняття “ризик” тісно пов'язане з поняттям “страховий випадок” і “зби- ток”. Якщо ризиком є імовірність настання страхового випадку, то збиток – це його економічні наслідки.

З погляду можливості страхування ризики поділяються на такі, що стра- хуються, і такі, що не страхуються.

**Ризики, які страхуються –** це такі, які страхова компанія, у принципі, може погодитися застрахувати, **ризики, які не страхуються, –** у протилежно- му разі. Страхування може мати як позитивну, так і негативну сторони. Зрозу- міло, що ніхто не може застрахуватися від катастрофи всесвітнього масштабу, хоча б тому, що відповідати за зобов'язаннями у цьому випадку буде нікому.

Але є ще інші приклади ризиків, що не страхуються. Це ризики, пов'язані з підприємницькою діяльністю, що заснована на ризику, і говорити про їх стра- хування просто безглуздо. Тому в даному випадку факт неможливості страху- вання є позитивним моментом. Він сприяє самоконтролю і усвідомленій відпо-

відальності підприємця за свою діяльність. Однак підприємець у ході реалізації своєї програми може застрахувати окремі її аспекти.

Застрахувати ж можна такі ризики, що підлягають обчисленню стійкої ці- ни страхування, причому вона має бути прийнятною для страхувальників. Ін- акше вся організація страхування є безглуздою.

Ризик, відповідальність за яким у страхуванні передається і приймається, повинен мати кількісну оцінку. У теорії економічного ризику існує ціла система кількісних оцінок ризику. В страхуванні основними видами її є імовірність і очікувана величина збитку. І та й інша повинні бути, по-перше, досить вагоми- ми для того, щоб у потенційного страхувальника виникла потреба в страховому захисті, по-друге, досить обмеженими, щоб страхова компанія взяла на себе ві- дповідальність за такими ризиками.

Загалом для того, щоб ризик як страхова подія був таким, що страхується, він має відповідати таким умовам або **ознакам страхування:**

1. Страхова подія повинна мати об'єктивний характер, тобто не залежати від волі зацікавлених осіб.
2. Страхова подія повинна бути випадковою, тобто такою, для якої ні страховику, ні страхувальнику заздалегідь не відомий ні час виникнення, ні ве- личина збитку.
3. Страхова подія повинна піддаватися статистичному обліку, тобто імо- вірність страхового випадку і величина збитку повинні мати кількісну оцінку.

Страхова подія не повинна охоплювати одночасно всіх або великої кіль- кості застрахованих об'єктів (інакше порушується принцип розподілу страхових фондів).

1. Збиток у результаті страхової події має бути відчутним для страхува- льника, інакше зникне потреба в страховому захисті.
2. Страхова подія не повинна бути вигідною страхувальнику чи застрахованому.

З накопиченням статистичної інформації ризики, які не страхуються, мо- жуть переходити в такі, що страхуються. Прикладів тут багато. Так, у недале- кому минулому не страхувався ризик захворювання на СНІД, але з накопичен- ням статистичної інформації він перейшов у розряд таких, що страхуються. З недавнього часу заявили про себе космічне, авіаційне, екологічне страхування, оскільки накопичилася стійка статистична інформація про ці ризики. Почали навіть страхувати інтелектуальну власність.

З розвитком та удосконаленням туристських послуг недавно почали стра- хувати і відповідальність туристських підприємств, причому деякі її види і пра- вила страхування все ще знаходяться у стадії обговорення страховиками. А життя і розвиток бізнесу постійно доповнюють нові ризики, які раніше навіть не розглядалися з погляду страхування. Можливе і протилежне. Певний ризик може стати таким загрозливим, що жодна страхова компанія не погодиться йо- го застрахувати. Таке явище характерне, скажімо, для епідеміологічне несприя- тливих районів або при виникненні загрози воєнних дій. У таких регіонах бага- то ризиків, які раніше страхувалися, набувають імовірності, яка дорівнює оди- ниці, а збитки від них обчислюються колосальними цифрами. Тут наявні всі

ознаки неможливості страхування об'єктів. У цьому випадку страхові компанії призупиняють або припиняють свою діяльність. Такі явища спостерігалися і тепер спостерігаються в Югославії, Іраку, Чечні, скрізь, де починаються воєнні дії і акти громадської непокори. Після подій 11 вересня 2001 р. в Нью-Йорку багато страхових компаній переглянули тарифи, обмежили або взагалі вилучи- ли із системи страхового покриття ризики тероризму.

Для сукупності ризиків, прийнятих на страхування страховиком, викори- стовується поняття **страхового портфеля.** Термін “страховий портфель” – ба- гатогранне поняття, що застосовується також для позначення сукупності зібра- них страхових премій, кількості застрахованих об'єктів і договорів страхування. Формування страхового портфеля є найважливішим завданням страхови-

ка. До нього висуваються нижче наведені вимоги.

По-перше, відповідно до закону великих чисел він повинен бути досить великим. Закон великих чисел виявляє себе в стійкій частоті (імовірності) на- стання страхових подій. Це дозволяє страховику з великою точністю розраху- вати адекватну своїй відповідальності ціну страхування.

По-друге, страховий портфель має бути досить однорідним, тобто склада- тися з відносно однакових ризиків. Це пов'язано з тим, що такий необхідний страховикам закон великих чисел діє тільки в однорідних сукупностях.

По-третє, страховий портфель не повинен допускати кумуляцію ризиків. У страхуванні під кумуляцією ризику розуміється такий стан страхового порт- феля, при якому вся або велика кількість застрахованих об'єктів зі значними страховими сумами можуть бути порушені тим самим страховим випадком. Причиною кумуляції, як правило, є недостатній територіальний розподіл збит- ку, при якому фінансовій стійкості страхових операцій загрожують не окремі великі ризики, а безліч дрібних на обмеженому страховому полі.

У зв'язку з тим, що сформувати досить великий і в той же час однорідний страховий портфель дуже складно, якщо взагалі можливо, страховики змушені вирівнювати розміри ризиків шляхом їх поділу, використовуючи для цього ме- тоди спільного страхування і перестрахування.

Туристська діяльність пов’язана з певними ризиками. При наданні тури- стських послуг повинен бути забезпечений прийнятний рівень ризику для життя, здоров'я туристів як у звичайних умовах, так і в надзвичайних ситуаці- ях (під час стихійного лиха та ін.). Ризик для життя і здоров'я людини у тури- стському обслуговуванні виникає в умовах існування джерела ризику, прояви даного джерела на небезпечному для людини рівні, схильності людини до сприйняття дії джерел небезпеки.

**Шкідливі чинники (чинники ризику) в туризмі** класифікують таким чином:

* травмонебезпечність, що може виникнути при переміщенні механіз- мів, предметів, тіл, через складний рельєф місцевості, переміщення гірських порід (каменепадів, селів, лавини), несприятливих ергономічних характеристик туристського спорядження і інвентарю, що використовується, небезпечних ат- мосферних явищ;
* дія навколишнього середовища, обумовлена підвищенням або пони- женням температури навколишнього середовища, вогкістю і рухливістю повіт- ря в зоні обслуговування туристів, різким перепадом барометричного тиску;
* пожежонебезпечність, що виникає через недотримання вимог правил пожежної безпеки;
* біологічні чинники, обумовлені дією патогенних мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності, а також отруйних рослин, комах і тварин, що є переносчиками інфекційних захворювань, які викликають опіки, алергічні та інші токсичні реакції;
* психологічні чинники, що включають фізичні й нервово-психічні пе- ревантаження;
* небезпечні випромінювання, викликані підвищеним рівнем ультрафі- олетового і радіологічного випромінювання;
* хімічні чинники, обумовлені дією токсичних, дратівливих та інших речовин;
* небезпеки, пов'язані з відсутністю необхідної інформації про послугу і її номінальні (запроектовані) характеристики;
* специфічні чинники, обумовлені можливістю виникнення природних і технологічних катастроф в зоні розміщення туристського підприємства або ма- ршруту, а також інших надзвичайних ситуацій (у тому числі пов'язаних із ста- ном громадського порядку в регіоні обслуговування туристів), технічним ста- ном об'єктів матеріально-технічної бази (туристських готелів, баз, кемпінгів, канатних доріг, туристських трас та ін.), що використовуються, складним рель- єфом місцевості (льодовими ділянками трас, гірськими схилами і т. ін.), рівнем професійної підготовки обслуговуючого персоналу (екскурсоводів, інструкто- рів та ін.), попередньою підготовкою туристів до пересування по маршруту пе- вного вигляду і категорії складності (інструктаж, екіпіровка і т. ін.), інформа- ційним забезпеченням (прогнози гідрометеорологів, маркування туристських маршрутів).

У своїй практичній діяльності туристське підприємство повинне керува- тися комплексом нормативних документів із забезпечення безпеки туристів. Туристські підприємства зобов'язані ознайомити туристів з елементами ризику кожної конкретної послуги (розміщення, харчування, транспорту і т. ін.) і захо- дами з його запобігання. Інформація, необхідна для туристів з метою охорони їх життя і здоров'я, повинна надаватися завчасно, як до початку відпочинку, так і у процесі обслуговування. У рекламно-інформаційних матеріалах і тексті ін- формаційного листка до туристської путівки також повинна міститися інфор- мація, що характеризує природні складнощі туристської траси, необхідний рі- вень особистої фізичної підготовки туриста, особливості індивідуального екіпі- рування.

### Загальна характеристика систем страхування

Страхове відшкодування лежить в основі страхування. Заради можливого одержання страхового відшкодування укладають договори страхування. Засоби

виплати страхового відшкодування називаються **системами** страхування або **видами страхової відповідальності.** Системи страхування визначають ступінь відшкодування збитку.

На практиці застосовують такі системи страхування:

1. **Система дійсної вартості.** Величина страхового відшкодування дорів- нює фактичній вартості майна на день укладання договору.
2. **Система першого ризику.** Величина страхового відшкодування дорі- внює повній вартості збитку на момент його виникнення, але в межах страхової суми.
3. **Система пропорційної відповідальності.** Величина страхового від- шкодування дорівнює частині збитку, яку складає страхова сума від оцінки вар- тості об'єкта з метою страхування. Страхове відшкодування розраховують за формулою

*СВ*  *СС*  *З*

*ОО*

, (18.1)

де *СВ* – страхове відшкодування,

*СС* – страхова сума,

*З* – збиток,

*ОО* – оцінка об'єкта з метою страхування.

Система пропорційної відповідальності переходить у систему першого ризику у разі страхування на повну вартість, тобто якщо страхова оцінка і стра- хова сума рівні.

1. **Система дробової відповідальності.** Розмір страхового відшкодуван- ня, як і в попередньому випадку, дорівнює заздалегідь обумовленій частині збитку, наприклад, 50 або 90%. У практиці страхування дріб подається шляхом встановлення двох страхових сум – страхової суми як такої, і показної вартості. У цьому випадку дріб, на який помножується збиток, приймається рівним від- ношенню показної вартості до вартісної оцінки об'єкта страхування, а страхове відшкодування розраховують за формулою

*СВ*  *ПС*  *З*

*ОО* , (18.2)

де *ПС* – показна сума.

Система дробової відповідальності переходить у систему першого ризику у разі страхування на повну вартість, тобто коли немає необхідності в показній сумі або вона дорівнює страховій.

1. **Система відновної вартості.** Величина страхового відшкодування до- рівнює ціні нового майна, необхідного для заміни втраченого. Амортизація і знос не враховуються. Страхування за цією системою відповідає принципу по- вноти страхового захисту.
2. **Система граничної відповідальності.** У цьому разі встановлюється певна межа суми страхового відшкодування. Воно визначається як різниця між певною межею і досягнутим рівнем доходу. Ця система застосовується при страхуванні великих ризиків, доходів і врожаю сільськогосподарських культур.

При оформленні договорів страхування менеджеру туристського підпри- ємства в першу чергу слід звернути увагу на те, за якою системою страхування працює страхова компанія. Це необхідно для того, щоб точно уявляти, на яку частину збитку можна розраховувати при настанні страхового випадку і що треба зробити ще на етапі підписання договору, щоб одержати прийнятний страховий захист.

Так як за різними системами страхування можуть сплачуватися частини збитків, то у страхуванні було введено термін “франшиза”, який для даної галу- зі знань має специфічне значення.

**Франшизою** називається особлива умова договору страхування, за якою страховик звільняється від виплати певної частини збитку. Франшизою нази- вають також неоплачувану частину збитку.

Франшиза може бути кількох видів: умовною, безумовною і сукупною. При умовній (інтегральній, що не вираховується) франшизі збитки у ме-

жах розміру франшизи взагалі не оплачуються, а ті, що перевищують її, – опла- чуються повністю.

Розмір умовної франшизи є своєрідним розмежуванням оплачуваних і не- оплачуваних збитків. Задається умовна франшиза конкретною грошовою су- мою або у відсотках від страхової суми.

У договорі страхування умовну франшизу часто вказують за допомогою напису “вільно від х%”, де х – величина відсотків від страхової суми, з якими порівнюється збиток. Застосовується умовна франшиза частіше при страхуван- ні великих ризиків, щоб захистити страховика від виплат по дрібних збитках, оскільки при її застосуванні вони не оплачуються взагалі, а великі оплачуються в повному розмірі.

При безумовній (ексцедентній, що вираховується) франшизі збитки, які дорівнюють розміру франшизи, завжди вираховують із вартості збитку. Пода- ється безумовна франшиза у вигляді конкретної грошової суми або у відсотках від розміру збитку.

Випадок, коли збиток перевищує страхову суму, може трактуватися по- різному. Найчастіше страхові компанії спочатку доводять величину збитку до страхової суми (максимально можливої виплати), а потім вираховують з неї ве- личину франшизи.

У договорі страхування безумовну франшизу часто вказують за допомо- гою запису “вільно від перших *х*%”, де *х* – відсотки від величини збитку, що вираховуються з нього.

Безумовну франшизу застосовують для того, щоб зробити невигідною для страхувальника страхову подію як таку, оскільки при застосуванні франшизи, що вираховується, страхувальник в жодному разі не одержує повну вартість збитку.

Крім того, за допомогою безумовної франшизи домагаються участі стра- хувальника в покритті власного збитку, в якому він найчастіше винен сам, на- приклад через недбалість.

Безумовна франшиза в американській і європейській страховій практиці трактується по-різному. У європейській безумовна франшиза, виражена у від- сотках, – це неоплачувана частина збитку, в американській, навпаки, – оплачу- вана. Тобто 20% європейської франшизи дорівнюють 80% американської.

У практиці страхування застосовується також сукупна франшиза. При су- купній франшизі всі понесені страхувальником збитки за певний період часу складаються (частіше за рік або за період дії договору страхування), і з сумар- ного збитку вираховується франшиза.

### Види страхування в туризмі

Страхові взаємовідносини різнопланові. Тому в страхуванні існують різні види класифікації, які дозволяють виділити й співвіднести ці відносини до різ- них видів.

З погляду законодавчої бази страхування поділяється на обов'язкове і до- бровільне. **Обов'язкове –** це страхування, передбачене законом. **Добровільне –** здійснюється на добровільних засадах.

За формою власності страхових компаній страхування поділяється на державне і комерційне**. Державне** здійснюється державними страховими ком- паніями**, комерційне** – компаніями інших форм власності.

Щодо джерел організації страхового фонду розрізняють ***соціальне*** стра- хування, яке можна прирівняти до ***особистого*** страхування на підставі спільно- сті цілей, та інші види страхування .

**Соціальне** страхування – це страхування, що здійснюється від імені усьо- го суспільства та в його інтересах. Страхові фонди соціального страхування формуються за рахунок цільових податків на заробітну плату або спеціальних відрахувань підприємств і організацій. Страхові фонди усіх інших видів стра- хування формуються за рахунок внесків самих страхувальників. Особисте стра- хування прирівнюється до соціального тому, що і в тому, і в іншому випадку страхуються, по суті, родинні доходи громадян.

У рамках соціального страхування здійснюється виплата пенсій, допоміг, встановлюються пільги певним категоріям громадян (інвалідам, афганцям, чор- нобильцям, дітям-сиротам і т. ін.). Соціальне страхування є складовою части- ною внутрішньої політики держави.

Існуючі класифікації у страхуванні підрозділяються залежно від ознак, покладених в основу виділення окремих його різновидів. Наприклад, існує кла- сифікація за видом небезпеки (вогневе страхування, страхування від нещасного випадку, через хворобу), залежно від об'єктів (страхування майна підприємств, страхування майна громадян і т. ін.), традиційні види, як, наприклад, класифі- кація країн ЄС.

Радянський вчений Рейтман запропонував класифікацію залежно від об'- єктів страхування, відповідно до табл. 18.1 [88, с. 23, 330], яка в практиці стра-

хування використовується і тепер. Відповідно до цієї класифікації вся сукуп- ність страхових відносин поділяється на п'ять галузей, галузі – на підгалузі, під- галузі на види, види – на підвиди.

В Україні згідно із Законом “Про страхування” виділяються три галузі страхування:

* особисте;
* майнове;
* страхування відповідальності.

Це, звичайно, не єдино можливі класифікації. Існує, наприклад, класифі- кація видів страхування відповідно до директиви країн ЄС. Крім того, щодо ро- зрахунку ціни страхування всі види страхування підрозділяються на довгостро- кове **страхування життя** та інші **види страхування.** Це пов'язано з особливос- тями розрахунку страхових тарифів.

Найефективнішим інструментом забезпечення в туризмі гарантій надання медичної та іншої допомоги, а також репатріації є страхування. Страхування в туризмі розглядається як невід'ємна частина туристського продукту, що гаран- тує надання у разі потреби медичного обслуговування, виплати компенсації за потерпіле або пошкоджене майно туристів або репатріації.

**Страхування туристів –** це особливий вид страхування, що забезпечує страховий захист майнових інтересів громадян під час їх туристських поїздок, подорожей, шоп-турів та ін. Воно відноситься до ризикових видів страхування, найхарактернішими рисами якого є їх короткочасність (не більше 6 місяців) і великий ступінь невизначеності часу настання страхового випадку і величини можливого збитку [90].

Страхування в туризмі має на меті покриття збитку, що викликається не- сприятливими, наперед передбаченими подіями, що можливі в практиці тури- стської діяльності, але не обов'язкові. Види страхування, що застосовуються у туризмі, наведено на рис. 18.1.

**Страхування від нещасних випадків** є підгалуззю особистого стра- хування і передбачає виплату страхового забезпечення (повністю або частко- во) у зв'язку з настанням несприятливих явищ – нещасних випадків (або їх наслідків), пов'язаних з життям і здоров'ям застрахованого. До їх числа відно- сяться: травма, інвалідність, смерть, випадкове гостре отруєння, випадкові пе- реломи та ін.

Страхування від нещасних випадків є в основному короткостроковим, здійснюється на період до року з одноразовою сплатою внесків, проводиться в індивідуальній і колективній формах. Джерелом сплати страхових внесків мо- жуть бути особисті доходи громадян або кошти підприємств і організацій.

Страхові відносини між страховиком і страхувальником можуть здійсню- ватися на добровільній і обов'язковій основі.

Таблиця 18.1

Класифікація страхування

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Галузі | Майнове страхування | Страхування сімейнихдоходів | Страхування відповідаль- ності | Страхування підприємни- цьких ризиків |
| соціальнестрахування | особистестрахування |
| Підгалузі | Страхування майна виробничих підприємствСтрахування майна сіль- ськогоспо- дарських підприємствСтрахування майнагромадян | Страхування допомогиСтрахування пенсійСтрахування пільгМедичне страхування | Страхування життяСтрахування від нещасного випадкуМедичне страхування. | Страхування за боргова- ностіСтрахування на випадок відшкодуван- ня | Страхування банківських ресурсівСтрахування біржової діяльностіСтрахування брокерської заборгова- ності. |
| Види | Страхування тваринСтрахування домашнього майнаСтрахування засобів транспортуСтрахування врожаю сільськогос- подарських культур | Страхування пенсій за вікомСтрахування пенсій за інва- лідністюСтрахування пенсій на випа- док втрати годувальникаСтрахування допомоги серед різнихверств насе- лення | Змішане страхування життя.Страхування на випадок смерті і втра- ти працездат- ності.Страхування дітейСтрахування додаткових пенсій | Страхування непогашення кредитуСтрахування будь-якої за- боргованостіСтрахування цивільної від- повідальностіСтрахування професійної відповідаль- ності | Страхування зниження обумовленого рівня доходуСтрахування на випадок не передбачених збитків.Страхування від простою устаткуванняСтрахування провідних співробітників |
|  |  | Страхуваннястипендії |  |  |
|  |  | Весільне страхування |  |  |

Страхове забезпечення підлягає виплаті, якщо внаслідок нещасного випа- дку у страховий період наступить втрата здоров'я або смерть застрахованого. При отриманні застрахованим травми розмір страхового забезпечення, що під- лягає виплаті, визначається страховиком залежно від ступеня її важкості. Усі виплати (за втрату здоров'я і з нагоди смерті) обмежуються розміром однієї страхової суми, на яку укладено договір страхування. При встановленні застра- хованій особі групи інвалідності страховик виплачує одноразову допомогу у встановлених розмірах від страхової суми. Виплата страхового забезпечення проводиться особі, на користь якої укладений договір страхування, на підставі медичних документів, документів слідчих органів і т. ін.

Види страхування, що застосовуються у туризмі

Страхування від нещасних випадків

індивідуальне страхування

дітей

колективне страхування за рахунок кош- тів юридичних осіб та ін.

Медичне страхування

громадян, які виїзжають за кордон

іноземних гро- мадян, які тимчасово перебувають на території країни

Страхування відповідальності

власників транспортних засобів

перевізників

інше

обов’язкове страхування пасажирів

інше

інше

Рис. 18.1 – Класифікація видів страхування, що застосовуються в туризмі Розмір страхової суми визначається за погодженням між страховиком і

страхувальником.

Переважною є добровільна форма страхування від нещасних випадків: індивідуальне страхування, страхування дітей, колективне страхування за раху- нок коштів юридичних осіб і т. ін.

На практиці проводяться і обов'язкові види страхування. До них слід від- нести; особисте страхування військовослужбовців і військовозобов'язаних, осо- бисте страхування осіб рядового і керівного складу органів внутрішніх справ, особисте страхування прокурорських працівників, суддів, працівників держав- ної податкової інспекції, службовців державного апарату, а також обов'язкове страхування пасажирів.

На практиці діє обов'язкове страхування пасажирів від нещасних випад- ків, оскільки пасажирський транспорт є джерелом підвищеної небезпеки.

Обов'язкове страхування не розповсюджується на пасажирів усіх видів транспорту міжнародного, приміського сполучення, внутрішньоміського авто- мобільного і електричного транспорту (у тому числі метро), внутрішнього вод- ного транспорту, на прогулянкових і екскурсійних лініях.

Страховою подією є травма, отримана пасажиром, або його смерть в на- слідок нещасного випадку, що відбувся під час знаходження в дорозі.

Як показує практика, обов'язкова форма в області особистого страхування має обмежене застосування, оскільки виплати страхового забезпечення не в по- вному обсязі відшкодовують понесений страхувальником збиток.

Медичне страхування є формою захисту інтересів населення в охороні здоров'я. Його мета – забезпечення гарантій громадянам при виникненні стра- хового випадку в отриманні медичної допомоги за рахунок накопичених кош- тів, а також фінансування профілактики захворювань.

Медичне страхування відноситься до видів особистого страхування, що надають страховий захист у випадках несприятливої дії страхових ризиків на стан здоров'я застрахованих.

Ризик захворювань може мати для страхувальника два види фінансових наслідків: по-перше, втрату доходів на час хвороби; по-друге, додаткові витра- ти на лікування (можуть бути компенсовані через систему страхування).

Класифікація видів медичного страхування наведена на рис. 18.2.

Медичне страхування може бути спрямоване на страхування витрат на амбулаторне лікування; хірургічних витрат; витрат на перебування в лікарні, на випадок встановлення діагнозу одного або декількох захворювань і т. ін..

Медичне страхування здійснюється у двох формах – обов'язковій і добро- вільній. Обов'язкове медичне страхування є складовою частиною державного соціального страхування і забезпечує всім громадянам країни рівні можливості в отриманні медичної і лікарської допомоги, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі і на умовах відповідних програм медичного страхування. Добровільне медичне страхування здійснюється на ос- нові відповідних програм медичного страхування і забезпечує громадянам отримання додаткових та інших медичних послуг понад встановлені програми обов'язкового медичного страхування. Добровільне медичне страхування може бути груповим і індивідуальним.

У туризмі проводиться добровільне медичне страхування наступних осіб:

* громадян, які виїжджають за кордон;
* іноземних громадян, які тимчасово знаходяться на території країни.

ризикове

За формою організації

За метою страхування

Медичне страхування

довгострокове

(більш 1-го року)

короткострокове

(до 1-го року)

За терміном дії

накопичувальне

добровільне

обов’язкове

з виплатами, розмір яких залежить від розміру збитку

з фіксованими виплатами

За формою виплат

Рис. 18.2 – Класифікація медичного страхування Відправляючись за кордон, турист частіш за все опиняється в екстрема-

льній ситуації: незнайома соціальна обстановка, клімат, інший режим харчу- вання, зміна хімічного складу води, різного роду несподіванки і непередбачені ситуації спричиняють небезпеку для його здоров'я. Програми медичного стра- хування громадян, які виїжджають за кордон, мають на меті попередити подібні ризики і справитися з їх наслідками.

Страхові організації укладають договори страхування на час поїздки за кордон із страхувальниками, якими можуть виступати, фізичні особи (має пра- во укладати договори страхування на свою користь і на користь третіх осіб), так і юридичні, які укладають договори тільки на користь третіх осіб (“застрахова- них”). Слід зазначити, що виїжджаючі за кордон одержують страховий поліс без попереднього медичного огляду застрахованого, що збільшує ризик. У той же час можливі й обмеження. Не укладається договори відносно осіб, які стра- ждають психічними захворюваннями, важкими нервовими захворюваннями, ін- валідів 1-ї і 2-ї групи та осіб старше 70 років.

Договір страхування укладається на підставі письмової заяви юридичної особи або усної заяви фізичної особи. У заяві на страхування наводяться насту- пні дані: найменування, юридична адреса, телефон і банківські реквізити стра- хувальника; кількість застрахованих; термін і дати перебування за межами кра- їни; країна перебування; страхова сума на одного застрахованого; обставини,

що мають істотне значення при укладенні договору страхування і безпосеред- ньо впливаючи на рівень страхового ризику. У разі укладення договору із стра- хувальником юридичною особою при страхуванні групи осіб страховий поліс може видаватися як на кожного члена групи, так і на всю групу з додатком спи- ску застрахованих, оформленому на офіційному бланку страхувальника. Турис- тичні фірми, агентства укладають договори страхування на користь своїх клієн- тів. У списку, підписаному керівником і скріпленому печаткою, вказуються прізвище, ім'я застрахованого, рік народження, номер паспорта, страхова сума. На кожного застрахованого оформляється індивідуальна сервісна картка, що містить дані про серію і номер поліса, термін страхування, контактні телефони страхувальника (його представника).

При страхуванні членів однієї сім'ї, що виїжджають за кордон, може ви- даватися один поліс на сім'ю. У цьому разі в полісі вказуються прізвище, ім'я, рік народження, номер паспорта кожного члена сім'ї, на користь якого уклада- ється договір страхування.

Страхувальник при укладенні договору страхування повинен повідомити страховику всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для визна- чення вірогідності настання страхового випадку. Якщо після укладення догово- ру страхування буде встановлено, що страхувальник повідомив страховику яв- но помилкові відомості про істотні обставини, то останній має право зажадати визнання договору страхування недійсним.

Слід мати на увазі, що у даному виді страхування не передбачається три- вале лікування за межами країни, а домінує прагнення усіх компаній щонай- швидше привести потерпілого (хворого) у транспортабельний стан і відправити його на батьківщину. Отже об'єктом страхування є майновий інтерес застрахо- ваного, пов'язаний з відшкодуванням витрат на надання йому швидкої і невід- кладної медичної допомоги, що виникла при настанні страхового випадку під час перебування даної особи за кордоном.

Як правило, турист після укладання договору страхування одержує стра- ховий поліс (в деяких випадках до поліса додається картка з основними даними поліса), де вказані номер поліса, прізвище і ім'я туриста, контактні телефони для зв'язку з представником компанії-ассистанса. При настанні страхової події турист (керівник групи, лікар служби першої медичної допомоги, співробітник поліції і т. ін.) зв'язується з представником компанії і інформує її про те, що трапилося. З цієї мити усі фінансові питання, пов'язані з наданням медичних послуг, підлягають врегулюванню представником страхової компанії – з ком- панією медичного ассистанса.

Страховою сумою (лімітом відповідальності) є сума грошових коштів, встановлена угодою страхувальника із страховиком, в межах якої останній про- водить оплату витрат при настанні страхового випадку із застрахованим під час його перебування за межами країни під час дії договору страхування. Страхова сума залежить від ряду чинників: переліку пропонованих полісом послуг; краї- ни перебування; маршруту закордонної поїздки і т. ін. Крім того, ряд країн (Ав- стрія, Німеччина, Італія, Франція та ін.) самі встановлюють мінімальні вимоги до ліміту відповідальності для в'їжджаючих, який сягає 30-50 тис. євро і більше.

Страхова премія виступає як плата за страхування, яку страхувальник зо- бов'язаний сплатити страховикові одноразово за весь період страхування при укладенні договору страхування. Її розмір обумовлений вибраною величиною страхової суми і терміном страхування (від 1 дня до 1 року включно), системою коефіцієнтів, що підвищують або знижують (знижки для груп; пільгове страху- вання і т. ін.).

Договір страхування діє тільки в межах країн, вказаних у страховому по- лісі. При цьому страховий захист не надається на території тієї країни, де за- страхований має постійне місце проживання або громадянином якої він є. Від- повідальність страховика починається тільки після перетину застрахованим ко- рдону країни постійного мешкання (наявність штампу прикордонної служби в паспорті) і припиняється при поверненні з поїздки з моменту перетину кордону у зворотному напрямі. За страхові випадки, що відбулися до вступу договору страхування в силу, страховик відповідальності не несе.

Страховими випадками визнаються наступні події, що відбулися в період дії договору страхування:

* розлад здоров'я застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або хвороби під час поїздки за кордон;
* смерть застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або хвороби. При цьому під нещасним випадком розуміють раптову, ненавмисну по-

дію, що відбулася із застрахованим під час його поїздки за кордон в період дії договору страхування і що супроводжується травмами, пораненнями, каліцтва- ми або іншими пошкодженнями, що викликали гострий розлад здоров'я застра- хованого або його смерть. Хворобою вважається погіршення стану здоров'я за- страхованого, що гостро наступило і при якому відсутність термінового медич- ного втручання може привести до серйозного порушення функцій організму, в тому числі стійкої дисфункції якого-небудь органу або до загрози життя за- страхованого.

До страхових випадків не відносяться: випадки, що відбулися з туристом у стані алкогольного сп'яніння; лікування хронічних захворювань (за винятком загострень, що загрожують життю); лікування і протезування зубів (за винят- ком зняття гострого болю); переривання вагітності (за винятком наслідків травм, ударів або поранень, коли може виникнути загроза життя вагітної). У та- ких випадках усі витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги, сплачують- ся самим туристом.

При настанні страхового випадку застрахований зобов'язаний негайно (до звернення до лікаря) звернутися в найближчий сервісний центр міжнародної мережі медичного ассистанса – зарубіжного партнера страховика (адреси і те- лефони вказані у полісі) або інформувати про це страховика і повідомити при- чину звернення і якого роду необхідна допомога. У разі неможливості зробити терміновий дзвінок до сервісного центру перед консультацією з лікарем або ві- дправкою в клініку застрахований повинен при першій же нагоді подзвонити страховику. При зверненні до клініки або до лікаря застрахований у будь- якому випадку повинен пред'явити свій страховий поліс (індивідуальну сервіс- ну картку).

Правилами страхування чітко обмовляються витрати, які при настанні страхового випадку відшкодовуються страховиком. До них відносяться наступ- ні витрати:

* на амбулаторне лікування, включаючи витрати на лікарські послуги, діагностичні й лабораторні дослідження, призначені лікарем за медичними по- казаннями, необхідні й призначені лікарем медикаменти, перев'язувальні мате- ріали і засоби фіксації;
* на стаціонарне лікування: розміщення в лікарні, проведення операцій, включаючи оплату необхідних медикаментів, перев'язувальних матеріалів, до приведення застрахованого у транспортабельний стан і можливості його меди- чної евакуації до країни постійного мешкання;
* на транспортування спеціалізованим медичним транспортом в най- ближчу лікарню або до лікаря;
* на медичну евакуацію застрахованого з-за кордону до місця його по- стійного мешкання або до найближчої до місця мешкання потерпілого медич- ної установи, включаючи витрати на супроводжуючу особу;
* у разі смерті застрахованого відшкодовуються витрати на проведення репатріації останків до місця поховання в країні постійного мешкання, вклю- чаючи підготовчі й транспортні витрати (за винятком витрат на поховання або кремацію).

У той же час страховик не відшкодовує витрати, пов'язані з лікуванням захворювань, відомих на момент укладення договору страхування, що виникли в останні 6 місяців до дати початку страхування, крім випадків, коли медична допомога необхідна для порятунку життя застрахованого. Не підлягають від- шкодуванню також витрати на лікування ряду інших захворювань і наслідків травм, перелік і обставини яких детально викладені у правилах страхування кожної страхової компанії.

Оплата медичних послуг, наданих застрахованому за межами країни, при визнанні страхового випадку, здійснюється страховиком шляхом перерахуван- ня грошових сум зарубіжному партнеру відповідно до договору про співпрацю і тільки при пред'явленні рахунку з прикладеними до нього документами (дані страхового поліса, виписки з амбулаторної карти або з історії хвороби з перелі- ком наданих медичних послуг і їх вартості, рахунок-фактура і т. ін.).

У виняткових випадках, коли застрахований сплатив надані йому по- слуги самостійно, страховик виплачує йому страхове забезпечення після по- вернення з-за кордону. Для отримання останнього застрахований повинен надати страховику в строк не пізніше 30 днів після повернення з-за кордону заяву, оригінал страхового поліса (індивідуальної сервісної картки) або їх ксерокопії з додатком документів, що мають оригінальні штампи про їх оплату (рахунки медичної установи, на медико-транспортні витрати, за теле- фонні розмови, касові чеки і т. ін.). Виплата страхового забезпечення прово- диться на підставі акту про страховий випадок, який складається страхови- ком і підписується застрахованим.

Між сторонами можливе виникнення суперечок, що випливають з дого- ворів страхування, які влагоджуються шляхом переговорів. При недосягненні

угоди суперечки влагоджуються через суд або господарський суд відповідно до його компетенції, встановленої законодавством.

Слід зазначити що поліс медичного страхування тимчасово виїжджаючих за кордон може бути оформлений як індивідуальний, так і груповий. В остан- ньому випадку, тобто при оформленні групового страхового поліса, страхові компанії часто передбачають знижки. Знижки можуть бути також надані по- стійним клієнтам залежно від частоти виїздів за кордон і тривалості дії поліса.

Медичне страхування іноземних громадян, які тимчасово знаходяться на території країни, обумовлено тим, що щорічно нашу країну відвідують сотні тисяч туристів, студентів, бізнесменів. Тимчасово перебуваючи в нашій країні, певна частина з них звертається за медичною допомогою. З метою захисту ін- тересів державних лікувально-профілактичних установ, впорядкування надання медичної допомоги іноземним громадянам існують такі документи, як договір обов'язкового медичного страхування зі страховою організацією країни перебу- вання або договір медичного страхування з іноземною страховою компанією. Підтвердженням даного договору є наявність у громадянина відповідного стра- хового поліса. Якщо страховий поліс, придбаний у іноземної страхової органі- зації, то він повинен поширювати свою дію на територію нашої країни і діяти протягом усього періоду перебування іноземця в нашій країні, а також включа- ти ідентичні страхові випадки і передбачати певний ліміт відповідальності (не менше 5000 дол. США).

Як страхувальники (окрім безпосередньо іноземців) можуть виступати й громадяни країни перебування, а також юридичні особи – її резиденти, що за- прошують зарубіжних громадян і укладають на їх користь договори обов'язко- вого медичного страхування. За відсутності страхового поліса і небажанні його придбати у страховика іноземному громадянину може бути відмовлено на про- пуск до в'їзду через державний кордон. Отже чинне законодавство не обмежує прав і свобод іноземних громадян, які перетинають кордон, а, навпаки, вводить дієві норми їх захисту при настанні випадкових негативних явищ.

Об'єктом обов'язкового медичного страхування є ризик спричинення шкоди життю або здоров'ю застрахованої особи, пов'язаний з витратами медич- них установ з надання йому швидкої і невідкладної медичної допомоги. Зазна- чимо, що тут йдеться тільки про комплект медичних послуг, що надаються при гострих порушеннях фізичного або психічного здоров'я застрахованої особи, які загрожують її життю або здоров'ю оточуючих, а також коли стан застрахо- ваної особи вимагає термінового медичного втручання при нещасних випадках, травмах, отруєннях, інших невідкладних станах і гострих важких захворюван- нях. Різного роду планове, стаціонарне лікування хронічних хвороб, стоматоло- гічне протезування іноземці можуть одержувати тільки за додаткову плату.

Договір обов'язкового медичного страхування укладається у письмовій формі з видачею страхового поліса, який заповнюється на підставі відомостей, повідомлених страхувальником, і відповідно до даних паспорта застрахованої особи або документа, що його замінює. При цьому страхувальник несе відпові- дальність за достовірність наданої інформації.

Якщо іноземні громадяни прибувають до країни у складі делегацій або груп, то договір страхування укладається на користь кожного іноземного гро- мадянина, який прибуває, а страховий поліс видається окремо кожній застрахо- ваній особі.

Термін страхування повинен відповідати періоду перебування іноземного громадянина у відвідуваній країні, вказується у страховому полісі і може зна- ходитися в межах, залежно від обставин, від одного дня до одного року. Сплата страхового внеску проводиться одночасно за весь термін страхування готівкою з одночасним врученням страхового поліса або шляхом безготівкових розраху- нків з видачею поліса в п'ятиденний термін після надходження коштів на раху- нок страхової організації. Договір обов'язкового медичного страхування набу- ває чинності з моменту сплати страхового внеску, але не раніше дати і часу пе- ретину застрахованою особою кордону країни відвідування.

Одночасно законодавством встановлюється перелік категорій інозе- мних громадян, які звільнені від обов'язкового медичного страхування. До них відносяться:

* голови держав і урядів зарубіжних країн, глави і члени парламентсь- ких, урядових та інших офіційних делегацій, а також технічний персонал цих делегацій, члени сімей вказаних запрошених осіб;
* особи, які прибули до країни по паспортах, виданих Організацією Об'єднаних Націй;
* голови і співробітники дипломатичних представництв і консульських установ, співробітники апарату військових, а також торгових представництв іноземних держав, члени їх сімей;
* співробітники представництв міжнародних організацій, які, згідно ві- дповідним міжнародним договорам або іншим законодавчим актам, користу- ються дипломатичними привілеями і імунітетом, а також члени, їх сімей;
* особи, які входять до складу екіпажів повітряних цивільних суден мі- жнародних авіаліній, бригад поїздів міжнародного сполучення;
* члени екіпажів іноземних військових літаків, військовослужбовці іно- земних держав, які прибули в країну для участі в сумісних військових навчан- нях;
* особи, які перебувають в країні з метою здійснення прикордонної представницької діяльності;
* іноземні громадяни, які клопочуть про визнання їх біженцями;
* громадяни держав, з якими підписані угоди про співпрацю в області охорони здоров'я і медичної науки в частині надання швидкої і невідкладної медичної допомоги безкоштовно;
* іноземні громадяни, які прямують транзитом через територію держави на поїздах міжнародного сполучення, повітряних цивільних суднах міжнарод- них авіаліній; .
* іноземні громадяни держав, з якими укладені міжнародні договори про взаємні поїздки громадян, у тому числі безвізових, а також міжнародні договори, які регулюють спрощений порядок перетину державного кордону країни.

Страховим випадком визнається розлад здоров'я застрахованої особи вна- слідок раптового захворювання або нещасного випадку, що наступив під час дії договору, що викликало необхідність надання швидкої і невідкладної медичної допомоги і спричинило за собою витрати медичних установ. При цьому раптове захворювання трактується як різке погіршення стану здоров'я застрахованої особи, а нещасний випадок – раптово непередбачена подія, що відбулася із за- страхованою особою, внаслідок чого мали місце травми, поранення, каліцтва або інші ушкодження здоров'я.

При настанні страхового випадку застрахованому необхідно негайно звернутися до медичної установи або викликати швидку медичну допомогу. Медперсонал зобов'язаний надати швидку і невідкладну медичну допомогу хворому, а також встановити особу іноземного громадянина і повідомити страховика по телефону, вказаному в полісі, про надходження застраховано- го до медичної установи. Страхова організація сплачує медичній установі ва- ртість наданих послуг, включаючи транспортні витрати. Виплата страхового відшкодування проводиться на підставі акту про страховий випадок з вико- ристанням документів, що підтверджують причину страхового випадку, об- ґрунтованість і суму витрат.

У разі смерті застрахованої особи страховик оплачує послуги швидкої не- відкладної медичної допомоги, що надавалися з метою порятунку життя люди- ни, а також необхідні транспортні послуги, пов'язані з доставкою тіла до дер- жавного кордону країни перебування.

У ситуаціях, коли вартість наданої невідкладної медичної допомоги пере- вищує страхову суму (5000 дол. США) або захворювання вимагає продовження лікування після усунення безпосередньої загрози життю, питання про оплату розв'язується застрахованою особою або іншими громадянами і юридичними особами, які представляють інтереси застрахованого.

У ряді випадків страховик має право відмовити у виплаті відшкодування. Витрати медичних установ не відносяться до страхових випадків страховок і не підлягають відшкодуванню страховою організацією в таких випадках:

* лікування і (або) обстеження, не пов'язане з раптовим захворюванням або нещасним випадком;
* захворювання (травма) пов'язане з дією ядерного вибуху, радіації або радіоактивного забруднення, військових дій;
* страховики, медична установа або застрахована особа вчинили умисні дії, що призвели до настання страхового випадку;
* надання медичних послуг або призначення медичних препаратів не є, за висновком медичного експерта, необхідними при постановці даного діагнозу або лікуванні;
* надання послуги, пов'язаної з похованням застрахованої особи або з доставкою тіла;
* надання додаткових зручностей (телевізор, кондиціонер, відеомагні- тофон і т. ін.), а також послуги перукаря або косметолога;
* швидка і невідкладна медична допомога надана у зв'язку з розладом здоров'я, що наступив після закінчення терміну дії договору страхування;
* проведено лікування захворювання (травми), відсутнього в переліку захворювань (травм), стан яких вимагає надання швидкої і невідкладної медич- ної допомоги.

Наступним видом страхування, що застосовують в туризмі, є страхування відповідальності: цивільної відповідальності власників автотранспортних засо- бів і цивільної відповідальності перевізників.

При організації автомобільних турів в європейські держави, особливо з використанням особистих автомобілів, застосовується страхування цивільної відповідальності власників автотранспорту, так звана зелена карта. Призначен- ня і сутність даного виду страхування полягає в тому, що потерпілим забезпе- чено відшкодування збитку, заподіяного власниками транспортних засобів, а власникам – страхового захисту їх матеріальних інтересів, що стосуються цьо- го збитку.

Страховим випадком при даному виді страхування є виникнення обов'яз- ку страхувальника відшкодувати шкоду, заподіяну при експлуатації його тран- спортного засобу, потерпілому.

Страховий тариф встановлюється з урахуванням професіоналізму страху- вальника, стану його здоров'я, стажу водія, марки автотранспортного засобу, його технічних характеристик, режиму і території використання, маршрутів ру- ху і т. ін.

Відшкодування шкоди може здійснюватися і без судових позовів на під- ставі документів, що підтверджують факт страхового випадку і право потерпі- лого на компенсацію збитку, а також на підставі страхового акту і згоди стра- хувальника, страховика і потерпілого з сумою відшкодування.

Страхове відшкодування не виплачується, якщо збиток виник через умисні дії страхувальника або (і) потерпілого, а також прояви непереборної сили, війсь- кових дій, несанкціонованого використовування автотранспортного засобу.

У зарубіжній практиці мінімальні розміри страхового відшкодування такі:

* по конкретному потерпілому – 350 тис. євро;
* за спричинення шкоди здоров'ю третіх осіб за наявності більш ніж од- нієї жертви – 500 тис. євро;
* по майновому збитку – 100 тис. євро.

Системою “зелена карта” для країн, в яких вона прийнята, визначена єди- на мінімальна сума відшкодування – 600 тис. євро по кожній дорожньо- транспортній події. Система була заснована 25 січня 1949 р., коли 13 країн- учасниць підписали договір “Про зелену карту”, але вступила в дію з 1 січня 1953 р. У країнах-учасницях існують Національні бюро, що забезпечують стра- хувальників полісами «зелена карта», контролюють і регулюють усередині кра- їни і за кордоном питання з даного виду страхування і претензії за страховими випадками. Відшкодування збитку за договором про зелену карту проводять уповноважені представники страхових компаній. Слід пям'ятати, що наявність зеленої карти не звільняє її власника від кримінальної відповідальності у разі дорожньо-транспортної пригоди, якщо така наступає, за законодавством країни, де була скоєна дана подія.

Відповідальністю перевізника є дотримання правил або договірних умов перевезення. Суб'єктом страхування цивільної відповідальності перевізника ви- ступають транспортні організації, що здійснюють перевезення і видають пере- візний документ. Об'єктом страхування є відповідальність перевізника за шко- ду, заподіяну пасажирам, вантажовласникам або іншим третім особам.

У цивільній авіації страхувальниками є особи, які експлуатують повітря- не, судно на законних підставах. Під шкодою, заподіяною пасажирам і ванта- жовласникам, розуміється збиток, заподіяний їх життю і здоров'ю, багажу і (або) вантажу, а також затримка при доставці і низька якість послуг при переве- зенні. Ліміт відповідальності перед пасажирами, який застосовується у міжна- родних перевезеннях, встановлений конвенцією і спеціальними угодами Вар- шавського договору у розмірах 10, 20 або 75 тис. дол. США. Правила страху- вання цивільної відповідальності авіаперевізника у світовій практиці базуються на стандартних умовах поліса Ллойда, поліса Асоціації авіаційних андеррайте- рів Ллойда. При укладенні договору страхувальник одержує поліс з додатком, в якому відображаються конкретні умови страхування. Терміном страхування може бути період протягом року або один переліт.

На морському транспорті суб'єктами страхування є судновласники, об'єк- тами – їх відповідальність, пов'язана з експлуатацією судів, перед третіми осо- бами. До страхових подій відносяться:

* відповідальність за заподіяну шкоду життя і здоров'ю членів команди, пасажирів, лоцманів, вантажників в порту і т. ін.;
* відповідальність за збиток майну третіх осіб (іншим судам, вантажам, особистим речам членів команди, пасажирів і інших осіб і т. ін.);
* відповідальність, пов'язана із спричиненням шкоди навколишньому середовищу.

Відповідальність автоперевізника у міжнародному сполученні регламен- тована положеннями Женевської конвенції про договір міжнародного переве- зення вантажів по дорогах , укладеній у 1956 р., і протоколом до неї від 1978 р.

Правовою основою міжнародних перевезень на залізничному транспорті є “Єдині правові розпорядження до договору про міжнародні перевезення залі- зничним транспортом” і Бернська угода про міжнародні залізничні перевезення, підписана у 1980 р.

Страхування відповідальності перевізника є достатньо поширеним видом страхування в міжнародній практиці і, як правило, проводиться спеціалізова- ними страховиками. Самий відомий з них – асоціація “ТТ клуб”, яка включає крім головного офісу в Лондоні шість регіональних відділень в Лондоні, Нью- Джерсі, Майамі, Сан-Франциско, Сіднеї і Гонконзі, мережу фірм-координаторів в інших країнах. Координатором асоціації в країнах СНГ і Балтії є страхова компанія “Панді транс”.

Крім вищезазначених видів страхування, що застосовуються в туризмі, страхові компанії надають цілий комплекс додаткових страхових послуг, що можуть використовуватися при організації поїздок як індивідуальних туристів, так і туристських груп. До таких послуг відносяться: страхування багажу тури- стів, автомобіля туриста, якості туру, цивільної відповідальності туристської

компанії та ін. Співпраця між туристською і страховим компаніями є однією з важливих умов організації туристської діяльності. Вона, як правило, організу- ється на договірних відносинах і орієнтовано на тривалий термін. Часто турист- ські компанії укладають агентські угоди на предмет страхування туристів і ви- ступають в ролі агентів страхових компаній. Така форма співпраці носить взає- мовигідний характер і дозволяє включати послуги страхування в основний комплекс послуг туру.

Таким чином, страхування в туризмі є найважливішим елементом забез- печення гарантій, і перш за все фінансових, пов'язаних з відшкодуванням збит- ку, понесеного туристом внаслідок нещасних випадків, аварій, катастроф, за- хворювань, смерті, псування особистого майна або багажу туристів, надання неякісного відпочинку, або з відшкодуванням збитку, нанесеного туристом у момент його перебування за кордоном, третім особам.

### Укладання договорів між туристськими підприємствами і страховими компаніями

Страхова діяльність, як і туристська, належить до сфери послуг. Послу- гою у страхуванні є прийняття страховиком на свою відповідальність ризику страхувальника, вираженого в грошовій формі, під зобов'язання виплатити страхове відшкодування при настанні страхового випадку. Опис послуг страхо- вої компанії наводиться в її правилах страхування, і тільки під певні правила страхування укладаються договори страхування.

Взаємодія туристських підприємств із страховими компаніями здійсню- ється на договірних засадах.

Порядок укладання договорів страхування і пов'язані з цим питання ви- значені в Законі “Про страхування”. Ознайомимося тільки з основними відомо- стями, що випливають із Закону або існуючої практики страхування.

Згідно із Законом договір між страховиком і страхувальником уклада- ється відповідно до правил страхування конкретного страховика. На право здійснення будь-якого виду страхування страховик має одержати ліцензію. Правила страхування розробляються страховиком для кожного виду страхуван- ня окремо і підлягають реєстрації в органах страхового нагляду при видачі лі- цензії на кожний вид страхування.

### Правила страхування.

Правила страхування не повинні суперечити чинному законодавству, порушувати або обмежувати права страхувальників і містять такі положення:

* перелік об'єктів страхування;
* порядок визначення страхових сум;
* страхові ризики;
* винятки зі страхових випадків і обмеження страхування;
* термін і місце дії договору страхування;
* порядок укладення договору страхування;
* права й обов'язки сторін;
* дії страхувальника при настанні страхового випадку;
* перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку і розмір збитків;
* порядок і умови здійснення страхових виплат;
* термін ухвалення рішення про здійснення виплати або відмову в здій- сненні страхових виплат;
* умови припинення договору страхування;
* порядок вирішення спорів;
* страхові тарифи за договорами страхування іншим, ніж договори страхування життя;
* страхові тарифи і методику їх розрахунку за договорами страхування життя;
* особливі умови.

Будь-які зміни й доповнення у правилах страхування мають бути зареєс- тровані в органах страхового нагляду.

### Основні положення договору страхування

Договір страхування – це документ, який підтверджує акт укладення угоди між страховиком і страхувальником. Укладається за взаємною згодою сторін. В Україні договір страхування має вигляд типового контракту, який має містити такі відомості:

* назва документа;
* назва й адреса страховика;
* прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника і застрахованої особи, їхні адреси і дати народження;
* прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або назва вигодонабувача і його адреса;
* визначення об'єкта страхування;
* розмір страхової суми і (або) розміри страхових виплат за договорами страхування життя;
* перелік страхових випадків;
* розміри страхових внесків (платежів, премій) і терміни їх сплати;
* страховий тариф (страховий тариф не визначається для страхових ви- падків, для яких не встановлюється страхова сума);
* термін дії договору;
* порядок зміни і припинення дії договору;
* умови здійснення страхової виплати;
* причини відмови в страховій виплаті;
* права й обов'язки сторін і відповідальність за невиконання чи ненале- жне виконання умов договору;
* інші умови за згодою сторін;
* підписи сторін.

За відсутності хоча б однієї з цих умов договір вважається недійсним і може бути оскаржений у судовому порядку.

Звичайно поліси (договори) складають у трьох екземплярах. При цьому перший екземпляр є власністю страхувальника, другий відправляється у відділ

виплат страхових відшкодувань, третій – в обчислювальний центр страховика або інший відповідний підрозділ.

**Терміни дії договору.** Термін дії договору може бути вказаний шляхом переліку дат початку і закінчення його дії або зазначенням події, яка має неми- нуче наступити (наприклад, початок – момент виходу судна з порту відправ- лення, закінчення – момент приходу судна в порт призначення).

**Валюта страхування.** Страхувальники (громадяни і резиденти) мають право вносити платежі тільки в грошових одиницях України, а нерезиденти платити також в іноземній вільно конвертованій валюті.

**Припинення дії договору страхування** відбувається внаслідок:

* закінчення його терміну дії;
* за згодою сторін;
* ухвалення судового рішення про визнання договору не дійсним;
* виконання страховиком зобов'язань за договором у повному обсязі;
* несплати страхувальником платежів у встановлений термін;
* ліквідації страхувальника – юридичної особи або смерті страхуваль- ника – фізичної особи чи втрати нею працездатності;
* ліквідації страховика.

### Договір вважається недійсним, якщо:

* він укладений після настання страхового випадку;
* об'єктом договору є майно, яке підлягає конфіскації на підставі судо- вого вироку або рішення, що вступило в законну силу;
* якщо він оформлений з порушенням законодавства.

Недійсним договір може бути визнаний тільки в судовому порядку.

**Порядок вирішення спорів.** Спори, що випливають з договору страху- вання, вирішують у порядку, встановленому загальним законодавством.

Якщо в компанії не передбачене інфляційне відшкодування, то виплата страхового відшкодування здійснюються за розцінками і цінами, що діють на момент підписання договору.

### Права й обов'язки сторін за договором страхування

Практика показує, що основні розбіжності за договорами страхування відбуваються через незнання або нерозуміння сторонами, особливо страхуваль- никами, прав і обов'язків кожної сторони. Розглянемо права й обов'язки спочат- ку страхувальника, потім – страховика.

### Страхувальник має право:

1. На одержання страхового відшкодування відповідно до умов догово- ру страхування.
2. На зміну деяких умов договору страхування відповідно до правил страхування, прийнятих у страховій компанії.

Можна змінити страхову суму*,* при цьому буде перерахований страховий платіж. Якщо сума зменшується, внесена частина платежу може бути зарахова- на як платіж за весь договір. Можна, навпаки, збільшити страхову суму з відпо- відним перерахунком страхового платежу.

Можна змінити умови договору*,* що стосуються певних сторін застрахо- ваного майна. Наприклад, якщо застраховане майно переміщується за іншою

адресою, слід повідомити страховика і домовитися з ним про зміну відповідної умови. Якщо придбано нове майно, його можна врахувати в договорі страху- вання з відповідним перерахунком вартості страхування. Якщо частина майна втрачається страхувальником, це також можна відобразити в договорі страху- вання. Кожний подібний факт необхідно окремо обговорювати зі страховиком.

Законодавством передбачена також зміна страхувальника-громадянина у разі його смерті або страхувальника – юридичної особи у разі її ліквідації.

1. На дострокове розірвання договору. У цьому випадку страховик, як правило, повертає частину страхового платежу, пропорційну не минулому тер- міну договору, за винятком понесених ним витрат, звичайно оцінюваних у 10% від страхового платежу.

### Страхувальник зобов'язаний:

1. Інформувати страховика про всі обставини, пов'язані зі застрахованим об'єктом як у період укладення договору, так і всього терміну його дії.
2. При настанні страхового випадку повідомити про нього страхову компанію у термін, встановлений діючими правилами страхування.
3. Надати всю необхідну інформацію про страховий випадок, як перед- бачену правилами страхування, так і запитану страховиком протягом терміну дії договору.
4. Інформувати страховика про всі договори страхування, укладені сто- совно застрахованого об'єкта в інших страхових компаніях. Якщо в момент настання страхового випадку діяли інші договори страхування, то страховик виплачує тільки ту частину страхового відшкодування, що припадає на його долю.
5. При настанні страхового випадку вжити всіх можливих заходів для його зменшення.
6. Сприяти можливості для страховика проводити огляд і обстеження застрахованого об'єкта як у період дії договору, так і при настанні страхового випадку, а також власне розслідування його причин.

### Страховик має право:

1. Відмовитися від виплат страхового відшкодування, якщо страхувальник порушив умови договору страхування (повідомив помилкові відомості, не на- дав потрібних документів, не вжив належних заходів для зменшення збитку і т. ін.).
2. Використовувати майнове право на викрадений і виявлений об'єкт, якщо відносно його була здійснена виплата страхового відшкодування.
3. Брати участь у захисті застрахованого майна, однак ці дії страховика не повинні розглядатися як визнання ним обов'язку виплатити страхове відшкоду- вання. Цей обов'язок визначається тільки умовами договору страхування.
4. Направляти запит у компетентні органи для одержання доказів причин страхового випадку і величини збитку.
5. Представляти інтереси страхувальника, який застрахував свою відпові- дальність, у судах, якщо це передбачено договором.

### Страховик зобов'язаний:

* 1. Ознайомити страхувальника з правилами страхування.
	2. Після настання страхового випадку протягом двох робочих днів вжити заходів щодо оформлення документів для виплати страхового відшкодування.
	3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового від- шкодування в порядку і в термін, передбачені договором.
	4. Відшкодувати витрати, понесені страхувальником по запобіганню чи зменшенню збитків, якщо це передбачено умовами договору.
	5. Переукласти договір страхування за заявою страхувальника, якщо останній здійснював заходи, які зменшили страховий ризик.
	6. Забезпечити конфіденційність інформації, відомої йому за договором страхування.
	7. Відносно діючих договорів страхування дотримуватися правил стра- хування, що діють у компанії на момент їх підписання.

Страхування – це сукупність відносин з приводу формування страхових фондів, призначених для покриття можливого збитку за обумовленими заздале- гідь випадками. Сьогодні страхування відіграє значну роль як метод керування ризиками суспільства. Ця роль виконується за рахунок здійснення основних функцій страхування: ризикової, попереджувальної, накопичувальної і контро- льної. Основна мета страхування – забезпечення безперервності й безперебій- ності суспільного відтворення шляхом надання його учасникам матеріальної можливості подолати наслідки нещасних випадків.

### Ефективність страхування в туризмі

Страхування передбачає вкладення коштів і виконання відповідальності по зобов'язаннях, що, в свою чергу, вимагає оцінки ефективності його застосу- вання. Обов'язкових видів страхування, пов'язаних зі страхуванням туристів, уникнути неможливо, необхідність їх визначається законодавством України. Тому туристському підприємству треба вивчати страховий ринок і користува- тися послугами авторитетних і надійних страхових компаній, що пропонують свої послуги за прийнятними цінами. Один з таких аспектів - страхування ризи- ків туристів.

Туристичне підприємство з тих чи інших причин може звертатися до страхової компанії, прагнучи попередити свої витрати у разі здійснення бага- тьох інших можливих ризиків: псування чи втрати майна; нещасних випадків зі співробітниками; нечесного поводження своїх службовців; настання відповіда- льності за зобов'язаннями; несумлінної діяльності партнерів і т. ін.

Страхування цих ризиків не впливає прямо на ціну туристського продук- ту, але воно пов'язане з нею опосередковано через накладні витрати турфірми.

Однак спосіб страхування через страхові компанії не завжди виправда- ний. У ряді випадків доцільний спосіб самострахування, тобто накопичення і підтримання власних страхових фондів, які в такому разі називаються фондами самострахування або фондами ризику.

Проте ясно, що фонди ризику повинні мати межу, їх не можна нарощува- ти нескінченно. Надлишкові кошти краще спрямовувати на інвестиції.

Якщо питання про доцільність страхування вирішено на його користь, на- стає проблема вибору страхової компанії. Тому треба знати, яким вимогам по- винна задовольняти страхова компанія, щоб бути впевненою в тому, що реалі- зація страхового випадку страхування дійсно гарантує відшкодування можли- вих втрат.

Питання гарантії надійності й стійкості страхової компанії мають для страхувальника першорядне значення. За відсутності впевненості в наявності таких гарантій страхування втрачає сенс.

Перед тим як укладати договір страхування, туристське підприємство по- винно переконатися в тому, що в діяльності страхової компанії присутні механі- зми компенсації внутрішнього ризику. Крім того, існує ряд критеріїв, що дозво- ляють вірогідно оцінити ступінь стійкості й платоспроможності страховика:

* наявність достатнього обсягу страхових операцій;
* наявність розвинутої практики перестрахування;
* забезпечення збалансованості страхового портфеля;
* обмеження відповідальності за окремими ризиками;
* розумне розміщення страхових резервів;
* розумна тарифна політика;
* диверсифікованість діяльності.

На кількісному рівні оцінити стійкість і платоспроможність страхової компанії дозволяють такі показники:

* розмір статутного капіталу;
* розмір власних коштів;
* розмір страхових резервів;
* співвідношення активів і зобов'язань;
* виконання нормативів з розміщення страхових резервів;
* рентабельність страхових операцій;
* показники збитковості страхової суми.

До загальних критеріїв оцінки діяльності страхових компаній належать досвід роботи страховика, прибутковість його діяльності, репутація і виконання зобов'язань перед клієнтами.

Досвід роботи страхової компанії має особливо важливе значення. Якщо компанія тривалий час функціонує на страховому ринку, то це означає, що вона успішно справляється зі своїми проблемами і пристосувалася до загальної еко- номічної ситуації.

Робота компанії, безумовно, повинна бути прибутковою за річними фі- нансовими результатами.

Репутація страховика формується серед його партнерів по бізнесу і клієн- тів як інтегральний показник його роботи, оцінка ступеня його надійності й ви- конання прийнятих зобов'язань.

Перед ухваленням рішення про вибір страхової компанії як партнера слід навести про неї довідки серед підприємств, які вже співробітничали чи співро- бітничають з нею. Часто інформація про несумлінні дії або обмеження інтересів клієнта має вирішальне значення для ухвалення рішення про відмову від укла- дення договору страхування.

Нарешті слід відзначити, що робота з оцінки діяльності страхової компанії, її надійності і фінансової стійкості є досить складною і можлива лише для великих туристських підприємств, які здатні заплатити якій-небудь консалтинговій фірмі за подібну роботу. Має бути оцінена діяльність декількох найбільших компаній, що практикують страхування ризиків, якими цікавиться підприємство, і за результатами аналізу повинна бути обрана та, котра максимально задовольняє усім вимогам.

Необхідність оцінки ефективності страхування необхідна тоді, коли виникає питання про укладення договору страхування: купувати страхову послугу чи покластися на удачу і власні кошти? Для цього застосовують різні методики визначення економічної ефективності, які в даній роботі не розглядаються, бо не є предметом вивчення дисципліни.