**Тема 16. Врегулювання страхових претензій**

**1. Процес відшкодування збитків у страховій компанії.**

**2. Аналіз причин і наслідків страхового випадку. Виплата страхового відшкодування.**

**3. Регресні вимоги до осіб, винних у настанні страхових випадків.**

**4. Шахрайство в страхуванні.**

**1. Процес відшкодування збитків у страховій компанії**

**Процес відшкодування збитків** – це послідовність дій і процедур, які страхова компанія здійснює для виплати компенсації страхувальнику або постраждалій стороні після настання страхового події. Цей процес включає в себе реєстрацію заяви про страховий випадок, оцінку збитків, визначення суми компенсації, виплату коштів та усунення наслідків страхового випадку. Він спрямований на відновлення або компенсацію збитків, відповідно до умов договору страхування.

Основними ***принципами процесу врегулювання страхових претензій*** є:

- *принцип сумлінності* – страховик і страхувальник повинні діяти сумлінно та чесно в урегулюванні страхових претензій, обидві сторони повинні надавати правдиву інформацію та документи, що стосуються страхового випадку, якщо інформація виявиться недостовірною, страховик може відмовити у виплаті страхового відшкодування;

- *принцип справедливості* – процес врегулювання має бути справедливим для обох сторін – страховика і страхувальника, а рішення про виплату страхового відшкодування має ґрунтуватися на законах та умовах договору, а не на суб’єктивних оцінках;

- *принцип своєчасності* – вирішення страхових претензій має здійснюватися в строк, визначений законодавством та умовами договору страхування, такий підхід дозволяє сторонам уникнути зайвих затримок та незручностей;

- *принцип конфіденційності* – всі дані, що стосуються страхового випадку, мають бути оброблені конфіденційно та зберігатися відповідно до законодавства, страхова компанія не має права розголошувати особисту інформацію страхувальника без його дозволу;

- *принцип мінімізації збитків* – страхова компанія зобов’язана діяти з метою мінімізації збитків у випадку страхової події, тобто страховик повинен надавати рекомендації страхувальнику щодо запобігання подібних страхових випадків у майбутньому;

- *принцип законності* – всі дії, пов’язані з урегулюванням страхових претензій, мають відповідати чинному законодавству, а вирішення спорів і суперечностей повинно здійснюватися шляхом застосування законних методів;

- *принцип захисту від шахрайства* – страхова компанія має право перевіряти подану інформацію та обставини страхового випадку з метою виявлення спроб шахрайства або зловживання страховими правами, при виявленні шахрайських дій може настати відмова у виплаті.

Процес врегулювання збитку має свої специфічні особливості та може бути розділений на декілька послідовних етапів.

***Етапи процесу врегулювання збитку страховою компанією:***

1. *Повідомлення про страховий випадок*. Цей етап починається зі звернення страхувальника до страхової компанії щодо настання страхового випадку. Страхувальник повинен надати всю необхідну інформацію про подію, що призвела до збитків, включаючи документи, свідчення, фотографії, які підтверджують обставини страхового випадку.

2. *Реєстрація та перевірка страхового випадку*. Страхова компанія реєструє інформацію про страховий випадок і перевіряє, чи відповідають подані дані умовам договору страхування. Важливо переконатися, що страховий випадок покривається згідно з умовами полісу.

3. *Оцінка збитків*. Після реєстрації страхового випадку фахівці страхової компанії проводять оцінку збитків, яка включає визначення збиткових матеріальних активів, розміру збитків, а також визначення причин та обставин страхового випадку.

4. *Прийняття рішення щодо страхового випадку*. Після оцінки збитків страхова компанія приймає рішення про те, чи відбудеться виплата страхової компенсації і в якому розмірі. Вирішення цього питання базується на результаті оцінки та умовах договору страхування.

5. *Виплата страхового відшкодування*. У разі прийняття рішення про виплату відшкодування страхова компанія здійснює виплату страхувальнику або постраждалій стороні (грошова компенсація, ремонт або заміна пошкодженого майна, медичне лікування або інші форми компенсації, визначені умовами страхового договору). Величина відшкодування зазвичай визначається на підставі результатів оцінки збитків.

6. *Закінчення процесу страхування*. Після виплати компенсації страхова компанія закриває справу і завершує процес урегулювання збитку.

За врегулювання збитків в системі страхової компанії відповідає спеціалізований підрозділ.

Страховик може здійснювати регресний позов до особи, яка вважається винною у виникненні страхового випадку. Це означає, що страховик може вимагати відшкодування частини або всіх виплат, які він здійснив страхувальнику чи третій особі через страховий випадок, від того, хто спричинив цей випадок.

**2. Аналіз причин і наслідків страхового випадку. Виплата страхового відшкодування**

Експертну оцінку причин та наслідків страхових випадків зазвичай здійснюють спеціалізовані експерти чи оцінювачі, які працюють в складі страхової компанії або можуть бути залучені страховиком із сторонніх організацій або агентств.

**Аварійні комісари** – це особи, які зазвичай є незалежними фахівцями чи експертами і призначаються страховиками для розслідування страхових випадків та визначення обставин, які призвели до настання страхового випадку. Як правило, страхові компанії мають власні вимоги щодо кваліфікації та досвіду аварійних комісарів. Основні завдання аварійних комісарів включають оцінку збитків, визначення причин і обставин страхової події, а також встановлення того, чи відповідає страховий випадок умовам договору страхування.

Звіти і висновки аварійних комісарів впливають на прийняття рішень щодо виплати страхового відшкодування страхувальнику. Вони повинні мати відповідну кваліфікацію та знання для проведення об’єктивних та точних оцінок, а їхні висновки є основою для вирішення страхових питань.

Аварійні комісари мають певні права та обов’язки у процесі розслідування страхових випадків. Основні права аварійних комісарів:

- отримати доступ до місця страхового випадку, документації та інших джерел інформації, необхідних для розслідування;

- можуть переглядати страхові поліси, договори страхування, медичні записи, фінансові звіти та інші документи, пов’язані зі страховим випадком;

- спілкуватися зі страхувальниками, свідками, лікарями, експертами та іншими особами, які можуть надати інформацію щодо страхового випадку;

- можуть визначити необхідність проведення експертизи для встановлення причин та наслідків страхового випадку;

- мають право надавати рекомендації стосовно вирішення страхового випадку та виплати страхового відшкодування.

Основні обов’язки аварійних комісарів:

- повинні зібрати всю необхідну інформацію про страховий випадок, включаючи заяви страхувальника, свідків, лікарські документи та інші документи;

- повинні виїхати на місце події, де сталася подія, для проведення огляду і отримання фактичних доказів та обставин, що призвели до страхового випадку;

- в разі потреби можуть організувати проведення експертизи, що допоможе встановити причини і наслідки страхового випадку;

- повинні оцінити розмір збитків, що поніс страхувальник і визначити суму страхового відшкодування;

- повинні скласти звіт про результати розслідування і подати його страховику для прийняття рішення;

- відслідковують витрати, пов’язані з розслідуванням та забезпечують їх обґрунтованість і легітимність.

**Аварійний сертифікат** складається аварійним комісаром і є важливим документом у процесі регулювання страхових випадків. У сертифікаті детально описуються обставини, які призвели до страхового випадку, серед яких опис події, місце та час її сталості, погодні умови, учасники події, а також інша важлива інформація.

Сертифікат містить аналіз причин, що спричинили страховий випадок. При цьому важливо встановити розмір збитків, які поніс страхувальник або інша сторона внаслідок страхового випадку. Цей процес включає оцінку матеріальної шкоди, витрат на лікування, втрати прибутку та інші фінансові збитки. В сертифікаті мають бути вказані всі докази, які підтверджують обставини страхового випадку та його причини (фотографії, свідчення свідків, лікарські документи та інші матеріали). Аварійний сертифікат повинен бути підписаний аварійним комісаром та мати офіційну печатку.

Розслідування обставин та причин настання страхового випадку залежить від виду страхування. При страхуванні майна, такого як будинки, автомобілі, або комерційні приміщення, розслідування зазвичай включає в себе огляд стану майна після страхового випадку. Експерти визначають, чи страховий випадок дійсно стався і оцінюють збитки.

У випадку медичного страхування розслідування може включати в себе перевірку лікарської документації та історії лікування, щоб визначити, чи відповідає страховий випадок умовам поліса. У випадку страхування життя розслідування може включати в себе перевірку документів, які підтверджують смерть застрахованої особи та визначення причини смерті.

При страхуванні відповідальності розслідування включає в себе визначення вини та обставин, які призвели до страхового випадку. Це важливо для визначення відповідальності страховика перед третіми особами. Деякі види страхування, такі як страхування сільськогосподарських ризиків чи страхування від природних катастроф, можуть мати свої власні особливості розслідування, включаючи оцінку пошкоджень врожаю або земель.

У випадках, коли розмір збитків не є очевидним або коли є необхідність в об’єктивному аналізі, страхова компанія може залучити незалежних експертів, які можуть бути спеціалізованими професіоналами, що мають знання та досвід у конкретній галузі, де виник страховий випадок. Експерти проводять огляд пошкодженого майна або ситуації, що призвели до страхового випадку. Вони докладно аналізують ступінь пошкодження, обставини та причини події, ідентифікують вартість відновлення або ремонту, визначають витрати на медичну допомогу та інші види збитків.

Якщо подія визнана страховим випадком, страхувальнику виплачується страхове відшкодування. Страхова компанія повинна сповістити страхувальника про свій висновок та, якщо він позитивний, вказати умови виплати страхового відшкодування. Якщо висновок не позитивний, страхувальник повинен отримати роз’яснення щодо причин відмови.

***Форми здійснення страхового відшкодування*** збитків страховою компанією:

1. *Грошова виплата*. Це найпоширеніший спосіб відшкодування страхових виплат. Страховик видає страхувальнику або потерпілому певну грошову суму, яка відповідає розміру збитку або страхової суми, передбаченої в полісі. Грошова виплата дозволяє страхувальнику використовувати кошти на свій розсуд.

2. *Ремонт або відновлення майна*. У випадку пошкодження або знищення об’єкта страхування страховик може здійснити ремонт або відновлення майна відповідно до умов полісу. Це застосовується, коли можливий ремонт або відновлення стає більш вигідним, аніж виплата грошей.

3. *Заміна майна*. Іноді страховик може пропонувати заміну пошкодженого майна або об’єкта страхування аналогічним майном. Застосовується, коли ремонт не може бути проведений, але влаштовує страхувальника.

4. *Зменшення страхової премії*. В деяких випадках, якщо страхова подія не настала або ризик зменшився, страховик може надати страхувальнику знижку на майбутні страхові премії.

5. *Анулювання страхового полісу*. Іноді, коли страховий випадок не настав, страхувальник може анулювати страховий поліс і повернути частину або всю страхову премію страхувальнику.

**3. Регресні вимоги до осіб, винних у настанні страхових випадків**

У традиційному страховому договорі передбачено, що страхова компанія має право на регресні дії щодо винних осіб, відповідальних за страхові події. Це право страхової компанії виникає з моменту фактичної виплати страхового відшкодування. При цьому страхувальнику обов’язково потрібно надати страховій компанії необхідні докази, такі як свідчення поліції, судові рішення тощо, які свідчать про винність цих осіб. Також страхувальник повинен активно сприяти страховій компанії у процесі відшкодування збитків згідно з правом регресу.

Процедура регресу може бути складною та тривалою, але вона допомагає страховим компаніям зменшити свої втрати та відновити витрати, які були здійснені на відшкодування збитків страхувальникам.

Процедура відшкодування збитків за правом регресу включає в себе декілька важливих етапів:

1) збір необхідної документації та доказів, що підтверджують вину осіб, відповідальних за страхову подію, на цьому етапі страхова компанія ініціює регресний позов до винних осіб;

2) якщо винні особи не взяли на себе відповідальність та не компенсували збитки, страхова компанія подає позов до суду, судовий процес включає в себе вирішення питань визнання вини та розміру збитків;

3) після того, як суд визнав винними осіб та визначив розмір збитків, страхова компанія отримує відшкодування від цих осіб (грошима, а також іншими активами, включаючи майно чи майнові права винних осіб);

4) після вирішення питань відшкодування та отримання компенсації, судовий процес закінчується, а страхова компанія повинна забезпечити виконання рішення суду і закриття справи;

5) страхова компанія повинна впевнитися, що винні особи вчасно виконують свої зобов’язання щодо відшкодування збитків.

**4. Шахрайство в страхуванні**

**Шахрайство** є серйозною загрозою для страхових компаній і може проявлятися у різних сферах страхування, а саме:

1. Майнове страхування, зокрема страхування автотранспортних засобів та автоцивільної відповідальності є видами страхування, де шахрайство найбільше поширене. Тут існують різні способи, які шахраї використовують для отримання страхового відшкодування шляхом подачі фіктивних заяв та створення неіснуючих подій.

2. В інших видах страхування, таких як страхування на випадок пожежі, крадіжки чи нещасних випадків також існують випадки шахрайства, хоча їх менше. Шахраї можуть спробувати спровокувати фіктивні події або подавати недостовірні звіти.

3. Також шахраї можуть використовувати різні методи, включаючи змови між страхувальниками, участь співробітників страхових компаній у підтримці фіктивних заяв, залучення «своїх» нечесних свідків, інсценізацію нещасних випадків тощо. Інколи шахраї залучають до своїх схем посадових осіб, які мають доступ до важливої інформації та прийняття рішень в страховій компанії.

Найбільш розповсюдженими мотивами страхового шахрайства є:

1) фінансовий тиск, коли особа опиняється в скрутному фінансовому становищі і вирішує використати страховий випадок як спосіб отримання грошей;

2) намагання зменшити фінансове навантаження через спробу перекладання збитків на страхову компанію;

3) спеціальна або незаконна знищувальна дія, спрямована на страховий об’єкт з метою отримання страхового відшкодування;

4) подача фіктивних заяв на страхові виплати з метою привласнення чужого майна або грошей;

5) працівники страхових компаній можуть використовувати свій стан і доступ до інформації для підтримки фіктивних страхових виплат або змов з клієнтами;

6) амбіції щодо статусу потерпілого, прагнення відшкодувати вже існуючі збитки або подати фіктивні заяви.

Розуміння цих мотивів допомагає страховим компаніям розробляти ефективні заходи безпеки та стратегії для попередження шахрайства та виявлення фіктивних страхових виплат.

Для боротьби із шахрайством страхові компанії вживають ряд заходів:

- впровадження процедур внутрішнього контролю;

- обов’язкова перевірку документів та фактів;

- співпраця з правоохоронними органами та використання спеціальних служб по боротьбі з шахрайством.

Водночас, об’єднання зусиль страхових компаній у боротьбі зі злочинами в страхуванні, зокрема шахрайством, є важливим з численних причин, оскільки об’єднання страховиків:

1) дозволяє спільно використовувати ресурси та компетенцію всіх учасників для ефективного контролю та протидії шахрайству;

2) дозволяє страховим компаніям обмінюватися інформацією про недобросовісних клієнтів та шахраїв з метою виявлення та запобігання фіктивним страховим виплатам;

3) призведе до створення об’єднаних баз даних, де зберігається інформація про страхові поліси, історії виплат, внутрішні дані про клієнтів та страхових агентів, що в свою чергу надаватиме можливість вчасно виявляти аномалії та шаблони шахрайства;

4) сприяє взаємодії для лобіювання прийняття законів та нормативів, які покликані посилити захист страхових компаній від шахрайства;

5) зможе спільно залучати юристів для правової підтримки в судових справах.