**Содержание**

1. Сущность личного страхования
2. Страхование жизни
3. Страхование от несчастных случаев и болезней
4. Медицинское страхование

Приложение

**1. СУЩНОСТЬ ЛИЧНОГО СТРАХОВАНИЯ**

Личное страхование объединяет большое число видов, объектами которых могут быть имущественные интересы, связанные:

1) с дожитием граждан до определенного возраста, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни);

2) с причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование).

В отличие от имущественного страхования объекты личного страхования не имеют абсолютного критерия стоимости. Жизнь или смерть как форма существования не может быть объективно оценена. Страхователь может лишь попытаться предотвратить те материальные трудности, с которыми столкнется в случае наступления неблагоприятных событий в своей жизни или в жизни им застрахованных лиц.

Страхователями могут выступать как физические, так и юридические лица, а застрахованными – только физические лица. То есть, в любом случае личное страхование всегда связана с личностью.

Интересы, связанные не со страховыми убытками, а с событиями, причиняющими вред личности, страхуются по договору личного страхования, по которому страховщик обязуется за обусловленную договором страховую премию, уплачиваемую страхователем, выплатить единовременно или выплачивать периодически страховую сумму в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или застрахованного им лица, достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного страхового случая.

В связи с тем, что вред, причиненный застрахованному лицу при личном страховании, не имеет денежной оценки, страховая выплата называется страховым обеспечением, так как она не носит характера возмещения вреда, а обеспечивает лицо, получившее выплату, средствами для компенсации причиненного вреда по своему усмотрению.

В отличие от страхового возмещения, страховое обеспечение при наступлении страхового случая, может выплачиваться *в форме регулярных* *платежей* – **аннуитетов**. Слово «аннуитет» произошло от латинского anno (год), поскольку первоначально такие платежи производились ежегодно, но при развитии личного страхования аннуитетами стали называться любые регулярные страховые выплаты.

При личном страховании единовременная страховая выплата или очередной аннуитет в точности равны страховой сумме.

В личном страховании особое место занимает накопительное страхование жизни, а все остальные виды как личного, так и имущественного страхования называют рисковыми.

*Накопительное страхование* жизни производится на случай смерти застрахованного лица или его дожития до определенного возраста. Таким образом, выплата по накопительному страхованию жизни, в отличие от рискового, производится всегда. В связи с этим говорят об отсутствии случайности в накопительном страховании по сравнению с рисковым. Это принципиально неверно. Случайность здесь отсутствует только в факте выплаты, но не в ее сроке и размере. При накопительном страховании жизни сумма выплаты или аннуитета в случае дожития равна страховой сумме, а в случае смерти определяется по специальной методике с учетом накопленного за время жизни дохода на внесенные страховые взносы. Таким образом, размер выплаты зависит от случайности, и это отличает накопительное страхование жизни от банковского вклада, в котором момент возврата накопленных денег и возвращаемая сумма не являются случайными для вкладчика. Зависимость правовых последствий от случайности существенно отличает страховые отношения от всех остальных. Отношения, в которых такая зависимость отсутствует, нельзя считать страховыми.

Согласно новой редакции Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 10.12.2003 года к личному страхованию относятся следующие виды:

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

2) пенсионное страхование;

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

4) страхование от несчастных случаев и болезней;

5) медицинское страхование.

**2. СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ**

Страхование жизни представляет собой совокупность видов личного страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в случаях:

- смерти застрахованного;

- дожития застрахованного до окончания срока страхования или определенного договором страхования возраста, а также по выплате пенсии (ренты, аннуитета) застрахованному в случаях, предусмотренных договором страхования (окончание действия договора, достижение застрахованным определенного возраста, постоянная утрата трудоспособности, текущие выплаты в период действия договора и др.).

По условиям договоров страхования на случай смерти страховая выплата осуществляется только в случае смерти застрахованного лица и данный вид страхования подразделяются на два подвида:

- пожизненное страхование;

- срочное страхование (страхование на определенный срок).

При пожизненном страховании срок не устанавливается, а договор действует до прихода смерти застрахованного. Поэтому страховая сумма обязательно будет выплачена, неизвестен только момент выплаты.

Застрахованными по договору пожизненного страхования могут быть лица в возрасте до 65-70 лет. Основанием для заключения договора является письменное заявление установленной формы, подписанное страхователем, в котором также содержатся вопросы, касающиеся состояния здоровья застрахованного. Это позволяет страховщику точнее оценить степень принимаемого на себя риска. Страховщика интересуют также наличие инвалидности у застрахованного, кардиологических, онкологических и других заболеваний, факты длительной (более 30 дней) временной нетрудоспособности и госпитализации (более 10 дней) за последние 3-5 лет и т.п. Если у человека есть проблемы со здоровьем, ему предлагают пройти медицинское обследование. Обычно на страхование не принимаются инвалиды и тяжелобольные лица.

При заключении договора страхователю дается право назначить выгодоприобретателя для получения страховой выплаты. Договор заключается на страховую сумму, согласованную между страхователем и страховщиком. При установлении высокой страховой суммы, застрахованному обычно предлагают пройти медицинское обследование.

Размер страховых тарифов зависит от возраста (чем человек старше, тем они выше) и пола (для мужчин это страхование дороже) застрахованного, его профессии, состояния здоровья, жизненных привычек (употребление алкоголя, курение, занятие спортом и т.п.), а также периода уплаты страховой премии. Она может быть внесена единовременно, но чаще ее уплачивают за каждый год вперед.

При срочном страховании страховщик выплачивает оговоренную сумму в случае смерти застрахованного в период действия договора.

Если он дожил до окончания срока страхования, то никаких выплат не полагается. Такие договоры заключаются на срок от 1 года до 20 лет, но не более чем на период, по истечении которого застрахованный достигнет 65-70-летнего возраста. Страховая сумма может устанавливаться в любом размере. Однако если договор заключается на стандартные суммы, применяется упрощенная процедура его оформления. Достаточно ответить на медицинские вопросы анкеты страховщика, и при удовлетворительных ответах стороны подписывают договор. Если ответы не устраивают страховую компанию или страхователь выбирает более высокую страховую сумму, необходимо пройти врачебное освидетельствование. Как и при пожизненном страховании, при заключении договора без медицинского осмотра страховщик обычно ограничивает свои обязательства по выплате в начальный период страхования.

Среди огромного числа видов страхования на дожитие можно выделить две подгруппы: страхование капитала и страхование ренты (аннуитетов).

Первая объединяет виды страхования, имеющие целью за счет систематической уплаты небольших взносов накопить крупную сумму, которая выплачивается единовременно. К страхованию капитала относятся сберегательное страхование, страхование к бракосочетанию, страхование детей, смешанное страхование жизни и др. Вторая подгруппа включает виды страхования, условия которых предусматривают постепенное расходование внесенных взносов в виде регулярных выплат. Страхование ренты также объединяет много видов, из которых выделяется пенсионное страхование.

В страховании жизни широко распространено так называемое смешанное страхование, которое соединяет в одном договоре страхование на случай смерти, дожитие и от несчастных случаев и болезней.

**3. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

Страхование от несчастных случаев и болезней представляет собой совокупность видов личного страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в фиксированной сумме, либо в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных наступлением страхового случая (при этом возможна комбинация обоих видов выплат).

В объем ответственности страховщика по договорам страхования от несчастных случаев и болезней включаются обязанности произвести обусловленную договором страхования или законом страховую выплату при наступлении следующих случаев:

- нанесение вреда здоровью застрахованного вследствие несчастного случая или болезни;

- утрата (постоянная или временная) трудоспособности (общей или профессиональной) в результате несчастного случая и болезни, за исключением видов, относящихся к медицинскому страхованию;

- смерть застрахованного в результате несчастного случая или болезни.

Под несчастным случаем понимается непредвиденное, внезапное событие, произошедшее помимо воли застрахованного или страхователя, повлекшее за собой травму, увечье, случайное острое отравление, случайные вывихи, переломы костей, ожоги и др.

Срок страхования определяется сроком действия договора страхования от несчастных случаев. При добровольном страховании срок страхования устанавливается по соглашению сторон исходя из потребностей и желания страхователя от нескольких дней (например, поездка или выполнение определенной работы, задания или участие в соревнованиях спортсменов) до 1 года и более.

Размер страховой премии определяется умножением страхового тарифа на страховую сумму или количество застрахованных лиц, если тариф установлен на одного человека, как это имеет место, например, при обязательном страховании пассажиров.

Страхование от несчастных случаев и болезней осуществляется в обязательной и добровольной формах и как вид личного страхования включает следующие основные виды: страхование детей и учащихся; страхование работников за счет средств предприятий, организация, учреждений; страхование пассажиров; страхование спортсменов; страхование других категорий граждан и профессий.

**4. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

*Медицинское страхование* представляет собой *совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванного обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования*.

Основу любого вида страхования составляет категория риска. Природа рисков, покрываемых полисами медицинского страхования, имеет ряд принципиальных отличий, которые делают его особой организационной формой страховой деятельности.

В медицинском страховании страховые выплаты непосредственно связаны с расходами страхователя на лечение заболевания или травматического повреждения. Условия страхования могут предусматривать полную или частичную компенсацию понесенных расходов. Следовательно, объектом медицинского страхования являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с затратами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Любое заболевание влечет за собой определенные финансовые последствия: потеря дохода вследствие временной нетрудоспособности, дополнительные расходы на лечение. Система страхования призвана принимать на себя полную или частичную компенсацию этих расходов. В большинстве стран мира расходы граждан на лечение возмещаются за счет обязательного или добровольного медицинского страхования.

Заболевания и утрата трудоспособности относятся к разряду рисков, затрагивающих не только отдельных граждан, но и общество в целом, так как оно заинтересовано в поддержании здоровья его членов. Очевидна взаимосвязь между реальным уровнем социальной защиты населения и показателями экономического развития государства.

Бюджетная (государственная) модель здравоохранения, существовавшая в России до его реформирования, предполагала предоставление бесплатных медицинских услуг для всего населения. Финансирование здравоохранения осуществлялось не при помощи целевых сборов и взносов по обязательному страхованию, а полностью за счет средств государственного бюджета.

Формирование принципов страховой медицины как основного механизма финансирования здравоохранения началось в 1991 г. с принятия Закона РСФСР от 28.06.91 г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Права граждан РФ в области охраны здоровья закреплены в п. 1 ст. 41 Конституции РФ, ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93 г. №5487-1 (в ред. от 20.12.99 г.), Законе РФ от 28.06.91 г. №1499-1 (в ред. от 2.04.93 г. №4741-1), ст. 236, 237 КЗоТ РФ и других нормативных актах.

Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» все граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории РФ, подлежат обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС). Защита прав граждан в этой области является обязанностью администраций территорий и работодателей, страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС, а также учреждений здравоохранения.

Российская система медицинского страхования представлена в виде обязательного (некоммерческого) и добровольного (коммерческого) медицинского страхования.

*Добровольное медицинское страхование* (далее – ДМС) основывается на договоре, заключенном между страхователем и страховой организацией, которая в обмен на уплаченную страховую премию обязуется оплачивать медицинские расходы согласно его условиям. ДМС и платные медицинские услуги частично решают проблему сбора средств для финансирования здравоохранения. Однако ДМС рассчитано на население со средним уровнем дохода и выше. В целом же, как раз та часть населения, которая наиболее остро нуждается в медицинской помощи, не в состоянии самостоятельно оплачивать свои медицинские расходы. Применительно к этим гражданам невозможно реализовывать основной принцип страхования – чем выше степень риска, тем больше страховая премия. В связи с этим ОМС рассматривается как часть системы социального страхования, его независимая форма. Обособленность и целевая направленность фонда ОМС делают невозможным отвлечение его средств на иные цели и выплаты. *Система ОМС представляет собой* сложный механизм, субъекты и участники которого взаимодействуют между собой на основании договоров, а регулирование системы осуществляется, с одной стороны, государством, с другой – внутрисистемно, посредством законодательных и иных нормативных актов.

Наряду с ОМС защита от дополнительных и сопутствующих рисков, затрагивающих здоровье человека, предоставляется в рамках ДМС. Сложность и многообразие таких рисков могут вызвать определенные затруднения при заключении договора ДМС.

С точки зрения теории страхования медицинское страхование является рисковым, однако не все его риски можно оценить в денежном выражении.

Не составляет трудности оценить риск, если речь идет о следующих событиях:

- о доходе, потерянном застрахованным во время его болезни;

- о стоимости приобретенных лекарственных препаратов;

- о стоимости лечения конкретного заболевания и т.д.

Однако гораздо сложнее оценивать такие риски, как постоянная потеря трудоспособности (инвалидность), потеря органа или смерть как исход заболевания. Рассматривая вероятность возникновения подобных рисков, чрезвычайно сложно определить денежную сумму, которая бы компенсировала ущерб, причиненный здоровью или жизни человека. В данной ситуации речь идет о финансовом обеспечении.

Когда страховые выплаты принимают форму страхового обеспечения, страхование может иметь накопительные черты. Таким образом, медицинское страхование неразрывно связано со страхованием жизни и соответственно приобретает черты, присущие накопительным видам страхования. Это обусловливает иные принципы формирования страховых резервов и подходы к определению страхового тарифа. Элементы накопления возникают при заключении долгосрочных (или даже пожизненных) договоров ДМС.

Риски, защиту от которых предоставляет медицинское страхование можно классифицировать следующим образом.

**Первое направление** – страхование расходов, которые могут возникнуть вследствие заболевания. Страховым случаем является факт обращения застрахованного лица в медицинское учреждение за медицинской помощью.

Страховая выплата может иметь следующие формы:

- компенсация расходов на лечение в амбулаторных медицинских учреждениях или в стационаре;

- выплата по дням нетрудоспособности;

- возмещение дохода, потерянного застрахованным лицом по причине его нетрудоспособности;

- возмещение расходов по приобретению лекарственных препаратов, предметов ухода за больным, инвентаря и т.п.

В договоре страхования могут быть указаны конкретные страховые события, которые повлекли за собой соответствующие расходы застрахованного лица (заболевание, травма, отравление, обострение заболевания и т.д.)

**Второе направление** – страхование на случай заболевания. Страховым случаем считается установление диагноза заболевания или группы заболеваний, указанных в договоре страхования. К данной группе рисков относится, например, страхование от смертельно-опасных заболеваний. Следует отметить, что в зависимости от конкретной страховой компании такой риск может быть застрахован как в рамках ДМС, так и по виду «страхование от несчастных случаев и болезней», причем в российской практике чаще встречается второй вариант. Страховая выплата может приобретать следующие формы:

- разовая выплата при подтверждении диагноза заболевания;

- возмещение расходов, связанных с лечением заболевания;

- выплаты по нетрудоспособности, смерти и др.

Помимо вышеназванных направлений в медицинском страховании можно выделить следующие риски:

- нанесение ущерба здоровью вследствие неэффективного лечения или неправильного применения медицинских технологий, неквалифицированных действий медперсонала;

- расходы, связанные с уходом на дому и др.

ДМС может осуществляться в индивидуальной и коллективной форме, причем наиболее распространен полис коллективного страхования. Одной из причин его популярности является относительно низкая стоимость страхования. Это объясняется тем, что при исчислении размера страховой премии страховая организация принимает за основу усредненные показатели.

Практика показывает, что при коллективном страховании не все застрахованные лица обращаются в медицинские учреждения, а это позволяет также снизить стоимость полиса.

При коллективном страховании в качестве страхователя выступают предприятия или организации (работодатели), а в качестве застрахованного контингента, их работники и члены их семей. Страхователь заключает со страховщиком договор ДМС. В соответствии с ним каждый гражданин, в отношении которого заключен договор, имеет право на получение медицинских услуг при наступлении страхового случая. При этом ему может быть выдан индивидуальный страховой полис.

По договору коллективного медицинского страхования страховая организация обязуется финансировать предоставление застрахованным лицам медицинских услуг определенного объема и качества, которые могут исполняться медицинскими учреждениями любой формы собственности, имеющими соответствующую лицензию, в соответствии с полисными условиями.

Коллективное страхование предусматривает, что страхователь (работодатель) уплачивает страховые взносы страховщику в соответствии с условиями договора. При приобретении страхового полиса индивидуального страхования страхователь (гражданин) уплачивает страховую премию из собственных средств (так называемого фонда личного потребления) после налогообложения.

Несмотря на то, что все население РФ застраховано по программе обязательного медицинского страхования, на рынке страховых услуг появляется добровольное медицинское страхование как реакция на возникновение спроса населения на дополнительные или более качественные медицинские услуги. В отличие от схем медицинского страхования, практикуемых, к примеру, в Германии и Голландии, наличие у страхователя полиса добровольного медицинского страхования не накладывает ограничений на доступ к услугам по программе обязательного страхования. Программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем, что обязательное медицинское страхование предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное страхование – сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Однако, несмотря на видимые преимущества такой системы, ее существенным недостатком является то, что полис ни обязательного, ни ДМС не обеспечивает страхователя покрытием на случай возникновения смертельно опасного заболевания. Программа ОМС не охватывает крупные риски в силу ограниченности финансовых ресурсов. А что касается программ ДМС, то включение подобных рисков в общее страховое покрытие значительно усложняет методику расчета страховых тарифов. Если обычное страхование расходов на лечение относится к группе рисковых видов страхования и расчет тарифов производится по методике, принятой в имущественных видах страхования, то страхование от критических заболеваний требует иных подходов к расчету платежей. Это объясняется, во-первых, долгосрочным характером страхового покрытия и, во-вторых, тем, что такой вид страхования сочетает в себе черты рискового и накопительного страхования.

Дополнительной проблемой для успешной реализации данного страхового продукта на российском рынке является, как уже упоминалось, долгосрочный характер страхования. В условиях крайней нестабильности в сфере экономики долгосрочные финансовые вложения ненадежны и неперспективны как для страхователей, так и для страховщиков. И хотя практически все отрасли экономики остро нуждаются в источниках инвестиций, а наиболее крупными потенциальными инвесторами, как показывает мировая практика, выступают именно страховщики, перед страховыми компаниями возникла проблема поиска надежных и прибыльных объектов инвестирования свободных средств.

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

Страхователями при ОМС являются: для неработающего населения – Советы Министров республик в составе РФ, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения – предприятия, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью и предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие лицензию на право заниматься медицинским страхованием.

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

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам ОМС и ДМС.

Договор медицинского страхования должен содержать: наименование сторон; сроки действия договора; численность застрахованных; размер, сроки и порядок внесения страховых взносов; перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования; права, обязанности, ответственность сторон и иные условия.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис, который имеет силу на всей территории РФ, а также на территориях других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Граждане РФ имеют право: на обязательное и добровольное медицинское страхование; выбор медицинской страховой организации; выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинской помощи на всей территории России; получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса; предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования; возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

*Источниками финансовых ресурсов* системы здравоохранения в РФ являются:

- средства республиканского бюджета, бюджетов республик в составе РФ и бюджетов местных Советов народных депутатов;

- средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;

- личные средства граждан;

- безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования;

- доходы от ценных бумаг;

- кредиты банков и других кредиторов;

- иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Из этих источников за счет отчислений страхователей формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования.

Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, которые предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

По лицензиям медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции.

**Приложение**

**Задача 1**. Определите страховую премию и ответьте на вопрос, какое будет выплачено обеспечение страховщиком при наступлении каждого из перечисленных случаев.

Данные для расчета. Инкассатор решил застраховать себя от несчастного случая от всех рисков. Страховая сумма по риску СН/ТН равна 100 тыс. руб., а по рискам ВН и ПН – 50 тыс. руб. (табл.).

Страховая премия составит по риску СН/ТН – 1220 руб. (1,22\*100000), по риску ВН – 860 руб. (1,72\*50 тыс. руб.), по риску ПН – 235 руб. (0,45\*50 тыс. руб.), а общий взнос составит 2315 рублей.

Страховое обеспечение в случаях:

Смерть – 100% страховой суммы – 100 тыс. руб.

ВН – от 0,1% до 0,5% от страховой суммы за каждый день временной утраты трудоспособности – от 50 руб. до 250 руб.

ПН – если 1 группа инвалидности – 100% страховой суммы – 50 тыс. руб.

если 2 группа инвалидности – 75% страховой суммы – 37,5 тыс. руб.

если 3 группа инвалидности – 50% страховой суммы – 25 тыс. руб.

**Задача 2**. Определите страховую премию и ответьте на вопрос, какое будет выплачено страховое обеспечение страховщиком при наступлении каждого из перечисленных случаев в жизни страхователя.

Данные для расчета. Сварщик решил застраховать себя от несчастного случая от всех рисков. Страховая сумма по риску СН/ТН равна 50 тыс. руб., а по рискам ВН и ПН – 100 тыс. руб. (табл.).

Страховая премия составит по риску СН/ТН – 380 руб. (0,76\*50000), по риску ВН – 1560 руб. (1,56\*100 тыс. руб.), по риску ПН – 380 руб. (0,38\*100 тыс. руб.), а общий взнос составит 2320 рублей.

Страховое обеспечение в случаях:

Смерть – 100% страховой суммы – 50 тыс. руб.

ВН – от 0,1% до 0,5% от страховой суммы за каждый день временной утраты трудоспособности – от 100 руб. до 500 руб.

ПН – если 1 группа инвалидности – 100% страховой суммы – 100 тыс. руб.

если 2 группа инвалидности – 75% страховой суммы – 75 тыс. руб.

если 3 группа инвалидности – 50% страховой суммы – 50 тыс. руб.

**Задача 3**. Определите страховую премию и ответьте на вопрос, какое будет выплачено страховое обеспечение страховщиком при наступлении каждого из перечисленных случаев в жизни страхователя.

Данные для расчета. Крупный банкир решил застраховать себя от несчастного случая от всех рисков. Страховая сумма по риску СН/ТН равна 50 млн. руб., а по рискам ВН и ПН – 10 млн. руб. (табл.).

Страховая премия составит по риску СН/ТН – 205 тыс. руб. (0,41\*50 млн. руб.), по риску ВН – 125 тыс. руб. (1,25\*10 млн. руб.), по риску ПН – 18 тыс. руб. (0,18\*10 млн. руб.), а общий взнос составит 348 тыс. рублей.

Страховое обеспечение в случаях:

Смерть – 100% страховой суммы – 50 млн. руб.

ВН – от 0,1% до 0,5% от страховой суммы за каждый день временной утраты трудоспособности – от 10 тыс. руб. до 50 тыс. руб.

ПН – если 1 группа инвалидности – 100% страховой суммы – 10 млн. руб.

если 2 группа инвалидности – 75% страховой суммы – 7,5 млн. руб.

если 3 группа инвалидности – 50% страховой суммы – 5 млн. руб.