PRACTICAL ISSUES OF CONCLUSION AND EXECUTION OF THE INSURANCE CONTRACT

Klement'eva T.M. (Russian Federation)

Email: Klement'eva59@scientifictext.ru

*Klement'eva Tatyana Mikhailovna - Undergraduate,
DIRECTION: JURISPRUDENCE,
CHELYABINSK STATE UNIVERSITY, CHELYABINSK*

Abstract: *the article analyzes the judicial practice of a life and health insurance contract in the Chelyabinsk region. Several positions of the courts were distinguished when resolving disputes on the recognition of credit insurance contracts as invalid. The grounds that insurance companies use to evade payment of insurance compensation are considered. Legal regulation of insurance in the Russian Federation is carried out with the help of a variety of legal acts. The adoption of the Insurance Code of the Russian Federation would help to ensure the stability of insurance legal relations between the participants of the insurance market.*

Keywords: *insurance, life and health insurance, insurance contract, judicial practice under an insurance contract, including life and health insurance.*

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Клементьева Т.М. (Российская Федерация)

*Клементьева Татьяна Михайловна – магистрант,
направление: юриспруденция,
Челябинский государственный университет, г. Челябинск*

Аннотация: *в статье проведен анализ судебной практики по договору страхования жизни и здоровья в Челябинской области. Выделено несколько позиций судов при решении споров о признании недействительными кредитных договоров о страховании. Рассмотрены основания, которые используют страховые компании для уклонения от выплаты страхового возмещения. Правовое регулирование страхования в Российской Федерации осуществляется с помощью множества нормативно-правовых актов. Принятие Страхового кодекса РФ помогло бы обеспечить стабильность страховых правоотношений между участниками страхового рынка.*

Ключевые слова: *страхование, страхование жизни и здоровья, договор страхования, судебная практика по договору страхования, в том числе, страхования жизни и здоровья.*

Договоры страхования жизни и здоровья предназначены для страхования имущественных интересов граждан, которые связаны с обеспечением и защитой одноимённых неимущественных прав и интересов. Страховой интерес в выше указанных договорах - это получение страховой суммы при дожитии гражданина до определённого возраста или наступления определённого события, причинение вреда здоровью гражданина или смерть гражданина в результате несчастного случая либо болезни или по естественным причинам. Страхование жизни и здоровья не является общепринятой практикой в нашей стране. Граждане редко проявляют желание зайти в страховую организацию с такой целью. Распространённым случаем является заключение кредитного оговора, тогда лицо прибегает к страхованию жизни и здоровья.

Посмотрев судебную практику можно увидеть, что основная масса споров в сфере страхования появляется по кредитным договорам, которые заключаются с банком и включают в себя условие страхования жизни и от несчастных случаев и болезней. Всем известно, что банки навязывают такую услугу и часто заёмщик вынужден идти на условия банка, но доказать такое навязывание не представляется возможным в суде. В случае несогласия с условиями кредитования клиент всегда имеет возможность не заключать данный договор. Например, по делу № 11-3883/2017 от 23 марта 2017 г. Челябинский областной суд отказал истцу, который утверждал, что услуга страхования навязана банком. Истец Поляков Н. А. требовал признать недействительными договора страхования, полиса страхования.

Судом принято решение об отказе в удовлетворении исковых требований. Суд мотивировал это тем, что согласно п. 17 Индивидуальных условий договора потребительского кредита № 650912577 от 25 января 2016 года заемщик вправе по своему собственному желанию получить дополнительную добровольную услугу, оказываемую банком за отдельную плату, став участником Программы добровольной финансовой и страховой защиты заемщиков. Данная услуга не является необходимой и обязательной для заключения договора потребительского кредита. Для получения данной услуги заемщику необходимо выразить свое согласие в заявлении о предоставлении кредита. Подписывая согласия на страхование, Поляков Н.А. был уведомлен и согласен с тем, что согласие быть застрахованным по договору страхования не является обязательным условием для получения каких-либо банковских услуг. Понимал, что Программа страховой защиты является отдельной услугой Банка. Осознавал, что выбор Банком страховой компании не влияет на стоимость Программы и на объём предоставляемых Банком в рамках нее услуг [1].

Проанализировав судебную практику в сфере страхования можно выделить несколько позиций, которые занимают суды при решении споров о признании пунктов кредитных договоров о страховании недействительными.

Первая позиция. В случае, когда банк заключает с клиентом отдельные договоры: первый договор на предоставление кредита, второй договор на подключение к программе страхования жизни (как дополнительный договор). Судами такая ситуация как нарушение прав потребителя не рассматривается. Суд полагает, что в этом случае клиент может получить кредит и без заключения договора страхования.

Вторая позиция. Предъявление требования к клиенту выполнить условие обязательного страхования жизни и трудоспособности, как обязательного условия предоставления кредита рассматривается судами как нарушение прав потребителя.

Третья позиция. В случае, когда банк при заключении кредитного договора в качестве одного из условий предъявляет требование заключить договор страхования жизни с определённой страховой организацией, также рассматривается судами как нарушение прав потребителя.

Наиболее правильной позицией является первая позиция судов.

Вторая позиция также представляется верной, потому что похожий подход банков является не чем другим как условием зависимости покупки одного товара от приобретения иных, что прямо запрещено законом.

Третья позиция тоже верная, в этом случае банк предъявляет условие об обязательном страховании жизни и здоровья. Хотя правом клиента является на своё усмотрение выбирать услугами, какой страховой компании ему воспользоваться.

Еще одна проблема связана с отказами страховых компаний в выплате по договорам личного страхования. Это связано чаще всего с тем, что клиенты скрывают свои заболевания или занятия спортом.

Отношения, по страхованию включая страхования жизни и здоровья с участием граждан РФ, регулируются нормами главы 48 Гражданского кодекса РФ, Законом РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Рассмотрим два основания, которые часто встречаются и эти основания используют страховые организации для уклонения выплаты страхового возмещения:

- страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющее существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков при заключении договора;

- страховое событие не является страховым случаем.

Значительно чаще отказ признать страховое событие страховым случаем основывается на деталях определения страхового случая в договоре или правилах. Здесь нужно учитывать формулировки в буквальном смысле. Например, решением Озёрского городского суда Челябинской области № 2-810/2018 от 7 июня 2018 г. по делу № 2-810/2018 было отказано в

удовлетворении заявления Комбарова Д. В. к ООО «СК «РГС-Жизнь» в выплате страховой суммы, в связи со смертью ФИО***, поскольку причиной смерти послужило заболевание сосудов головного мозга и центральной нервной системы, а согласно полису страхования, заболевание к страховым случаям вне зависимости от их возникновения, не относится. К страховому случаю согласно условиям заключенного договора, относится смерть в результате несчастного случая (подпункт 3.3.1 Правил страхования) [4].

Достаточно весомое значение имеет время первоначальной диагностики заболевания, которая повлекла за собой инвалидность. Во многих случаях, при доказанности существования заболевания до заключения договора страхования суды выносят решения в пользу страховых организаций. Например, Кабаев В. И. обратился с иском к ООО «Сосьете Женераль Страхование Жизни» о признании страховым случаем установление первой группы инвалидности Кабаеву В. И. по договору добровольного страхования жизни и здоровья.

При рассмотрении дела судом установлено, что в период действия договора страхования с Кабаеву В.И. была установлена I группа инвалидности (повторно), по общему заболеванию, бессрочно, что подтверждается справкой Бюро – филиала ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области».

В этой связи Кабаев В. И. обратился к страховщику с заявлением о выплате страхового возмещения, предоставив необходимые документы. ООО «Сосьете Женераль Страхование Жизни» отказало Кабаеву В. И. в выплате страхового возмещения со ссылкой на то, что произошедший случай не является страховым, поскольку из акта медико-социальной экспертизы следует, что инвалидность установлена Кабаеву В. И. в результате заболевания, имевшегося у него на момент заключения договора страхования.

Суд отказал в удовлетворении исковых требований, так как при заключении договора страхования Кабаев В. И. знал о наличии у него заболеваний умышленно не сообщил страховщику данные сведения, тем самым, лишив страховщика на момент заключения договора возможности оценить страховой риск и определить вероятность наступления страхового случая, что влияет на установление условий заключения договора страхования [3].

Есть также и другие основания для отклонения в выплате страхового возмещения – это сообщение заведомо ложных сведений страхователем о состоянии своего здоровья в момент заключения договора страхования. Чаще всего такое основание бывает предметом встречного иска страховой организации после обращения страхователя с иском об обжаловании отклонения в страховом возмещении. Предметом этого иска является признание договора страхования недействительным как сделки, которая

совершена под влиянием обмана на основании п. 2 ст. 179 ГК РФ в которой говорится, что сделка, которая совершена под влиянием обмана, может быть признана судом недействительной по иску потерпевшего. Обманом также является умышленное умолчание об обстоятельствах, о которых лицо должно было сообщить при той добросовестности, какая от него требовалась по условиям оборота. Сделка, которая совершена под влиянием обмана потерпевшего третьим лицом, может быть признана недействительной по иску потерпевшего при условии, что другая сторона или лицо, к которому обращена односторонняя сделка, знали или должны были знать об обмане. Считается, в частности, что сторона знала об обмане, если виновное в обмане третье лицо являлось ее представителем или работником либо содействовало ей в совершении сделки [2].

Чаще всего гражданину в момент заключения договора страхования предлагают заполнить заявление или анкету, которая содержит вопросы страховщика, ответы на которые он посчитал имеющими существенное значение для определения страхового риска. При страховании трудоспособности это вопросы о наличии у гражданина серьезных заболеваний и расстройств (гипертонических, онкологических, диабетических, психических, цирроза печени, ВИЧ и СПИД и т. п.), об обращении в медучреждения по поводу этих заболеваний.

Если гражданин не предоставил сведения о заболеваниях, которые не указаны в запросе страховщика, – имеет место непредоставление сведений, но при этом страховщик не имеет права признавать договор недействительным. Здесь возможно применение ст. 945 ГК РФ, в соответствии с которой у страховщика имеется возможность проверить полноту и достоверность предоставленных сведений [2].

Мнение судов противоположны относительно применения ч. 2 ст. 945 ГК РФ, в которой говорится, что «при заключении договора личного страхования страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья» [2]. Часть решений содержит формулировку о том, что это «является правом, а не обязанностью страховщика», в других решениях суды считают, что коммерческий риск последствий, который связан с неполным установлением всех необходимых обстоятельств, несёт страховщик как профессиональный участник рынка ценных бумаг.

Непредоставление сведений для страховщика о заболевании чаще всего «перекрывается» включением в страховые случаи условия о страховании только от болезней, которые были диагностированы во время действия договора страхования. Но в то же время, если застрахованным риском является инвалидность, которая наступила вследствие обострения или прогрессирования уже имеющихся заболеваний, о которых страхователь сообщил при заключении договора страхования, то применение ч. 2. ст. 945 ГК РФ имеет немаловажное правовое значение, в которой

говорится, что при заключении договора личного страхования страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья [2].

Если гражданин ответил «нет» на вопросы о наличии определённых заболеваний, которые действительно имеются у него, то имеет место предоставление ложных сведений. В данном случае разумны и правомерны ссылки страховщика и судов на презумпцию добросовестности страхователя и указание, что проверка сведений является правом, а не обязанностью страховщика, иначе опрос страхователя без последующей проверки во многом теряет смысл, но с другой стороны – это действительно риск страховщика, который принимает на себя по его усмотрению.

Проанализировав судебную практику можно сделать вывод, что время истребования и сбора информации о риске лежит на страховщике, который должен нести риск последствий заключения договора страхования без соответствующей проверки состояния здоровья страхуемого лица, выявления обстоятельств, которые влияют на степень риска.

Таким образом, судебная практика по обжалованию отказов страховых организаций в выплате страхового суммы по договорам личного страхования от несчастных случаев и болезней при заключении кредитных договоров довольно широка, но, при наличии основных тенденций, всё же далека от единообразия и мало закреплена решениями высших судов.

Успешное функционирование страхового рынка в России напрямую зависит от наличия эффективной системы государственного и правового регулирования страховой деятельности, а также совершенствования нормативно-правовой базы в области страхового дела.

На сегодняшний день, в сфере страховой деятельности в РФ существует проблема законодательного характера. Вследствие чего возникают трудности при реализации прав застрахованного лица.

Правовое регулирование в РФ осуществляется с помощью множества нормативно-правовых актов, единого комплексного документа, которое бы регулировало страховую деятельность нет. Принятие Страхового кодекса РФ помогло бы обеспечить стабильность страховых правоотношений между участниками страхового рынка и в целом урегулировать страховую деятельность, сформировать эффективный рынок страховых услуг, социально и экономически значимый, как для граждан РФ, так и для государства в целом.

Список литературы / References

1. Апелляционное определение Челябинского областного суда № 11-3883/2017 от 23 марта 2017 г. по делу № 11-3883/2017. [Электронный

ресурс]. Режим доступа: <http://sudact.ru/regular/doc/ggHYLz6g16lw/> (дата обращения: 18.03.2019).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) // Собрание законодательства РФ, 1996. № 5. Ст. 410.
3. Решение Миасского городского суда Челябинской области № 2-1187/2018 от 18 июля 2018 г. по делу № 2-1187/2018. [Электронный ресурс].
Режим доступа: <https://www.sudact.ru/regular/doc/B0oSZDbmA6rt/> (дата обращения: 18.03.2019).
4. Решение Озёрского городского суда Челябинской области № 2-810/2018 от 7 июня 2018 г. по делу № 2-810/2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.sudact.ru/regular/doc/KUm8sY0KxK6O/> (дата обращения: 18.03.2019).