

## **ПРОБЛЕМИ МАЙНОВОГО СТРАХУВАННЯ**

Виникнення і розвиток ринку страхування в Україні був дуже складним. Пройшовши через законодавчий вакуум неврегульованості і подолавши могутніх закордонних страховиків, наша держава заклала основи розвитку страхової справи. Останніми роками коли кількість клієнтів у страхових компаній збільшилась, стали помітними болючі проблеми цієї галузі.

Перш за все, слід звернути увагу на те, що діяльність страхової компанії є для неї бізнесом, а не програмою соціального захисту її клієнтів. Тому важливо пам'ятати, що будь-які укладені договори між страховиком та страхувальником будуть в першу чергу захищати інтереси страховика, а не навпаки, як вам може здатися. Для прикладу Європейські страхові компанії виплачують своїм клієнтам 70% своїх доходів, в той час в Україні цей показник становить 5%.

Є невелика кількість страхових компаній які намагаються працювати за стандартами країн ринкової економіки. Дана робота не має на меті проаналізувати добросовісну діяльність страхових компаній, а навпаки викрити діяльність тих страховиків, які не поділяють цінностей вільного, ринкового світу.

Всі типові способи обману клієнтів можна поділити на дві великі групи:

1. ті, які можна виявити при укладенні договору;
2. ті, які стають очевидними після настання страхового випадку.

Від першої групи помилок особа може себе захистити уважно вчитавши умови договору. Але і тут не все так просто. Відповідно до ст. 981 ЦК страховик може видати страхувальникові поліс, сертифікат, свідоцтво. І тут ми знаходимо перший привід для хвилювання. У страховому полісі зазначаються лише основні права і обов'язки сторін. Страховий поліс тісно

пов'язаний із **Правилами страхування** (- документ, що розробляється страховиком для кожного виду страхування окремо і підлягає реєстрації в уповноваженому органі при видачі ліцензії на право здійснення відповідного виду страхування.) Клієнт не завжди може знати про наявність таких Правил, або не погоджуватись із вимогами, які у них деталізовані. Та якщо у договір, як правило, можна внести зміни, то у Правила — ні. (оскільки, вони підлягають реєстрації).

Наступною причиною невідповідності умов договору реаліям життя може стати занадто чітке формулювання страхового випадку, який фактично довести неможливо. Тут проблема полягає у «паперовому доказуванні» страховику події страхового випадку, яке покладається на клієнта.

Інша проблема, навпаки, полягає у нечіткому формулюванні термінів для виплат страхових відшкодувань. Оскільки ці терміни передбачені Правилами, то у всіх страхових компаній вони різні.

Обережними слід бути із франшизою - частиною шкоди, що заподіюється майновим інтересам страхувальника, і не підлягає відшкодуванню страховиком.

Якщо франшиза чітко зафіксована, то її суму віднімають від суми страхової виплати (безумовна франшиза), таким чином компанія економить на виплатах страхових відшкодувань. Також страховик може намагатись «оцінити» розмір шкоди таким чином, що вона чітко вкладеться у франшизу, і при настанні страхового випадку не здійснювати виплати взагалі. У договорі можуть бути і приховані франшизи, які проявляться при настанні страхового випадку і обчисленням суми відшкодувань. Необхідно уважно розібратися яка саме франшиза зафіксована у договорі — умовна чи безумовна. Умовна франшиза зафіксована як абсолютна величина, і збиток відшкодовується повністю, якщо він перевищує розмір франшизи.

Наступним гострим моментом є визначення суми матеріального збитку, і відповідно страхової виплати за нього. Відомо, що у процесі використання будь-яка річ змінюється, і зношується. Тут у Правилах страховика і

зустрічається поняття «ступінь зносу» чим він вищий, тим ціна на річ менша, а це корінним чином впливає на розмір страхової виплати, яка зазвичай є суттєво меншою, ніж та, на яку розраховував клієнт.

Найнеочікуваніший хід з боку страховика це визнання договору недійсним. Найпоширенішим прийомом для цієї «операції» є повідомлення клієнта про те, що на момент укладання договору його підписала неуповноважена на те особа. За загальним правилом перехід із статусу «страхувальник» у статус «позивач» відбувається після звернення клієнта за страховою виплатою. Є законодавчо визначені причини для визнання договору недійсним, питання у тому, чому страхова компанія виявивши недоліки при оформленні договору, не повідомляє про них клієнта на наступний день???

Слід звернути увагу на діяльність філій. Цей «інструмент» охоче використовується недобросовісними страховими компаніями для затягування виплат страхового відшкодування. У цьому разі клієнт може позиватись до суду з позовом про стягнення страхової виплати, але у судовому засіданні виявиться, що філія не може виступати відповідачем у суді, і відповідальність за її дії буде нести «головний офіс страхової компанії», і відповідно він має бути відповідачем. Тому необхідно уважно читати положення про філію!

Можна також виявити недоліки з боку держави. Перш за все це проявляється у відсутності ефективного нагляду за діяльністю страхових компаній. Уповноважений орган більше стежить за платоспроможністю страхової компанії перед бюджетом держави, ніж бюджетом клієнта. Відсутній позасудовий захист клієнта, оскільки можливість судового захисту є довготривалою і фінансово затратною для клієнта-позивача. Відсутній механізм нагляду по виконанню зобов'язань страхових компаній перед своїми клієнтами.

На сьогодні існує велика кількість різнопланових способів шахрайства на ринку страхових послуг. Законодавче регулювання цього ринку слабо розкриває точну сутність складних питань страхування і перестрахування які

були століттями відпрацьовані на західному капіталістичному ринку. Допоки у країні не буде вироблено чітких правових норм, розроблено уніфіковані документи страхування та стандартизовані терміни страхових послуг, які виключатимуть подвійне тлумачення, нам наврядче вдасться примусити страхову компанію до рівноцінного партнерства.