БИБЛИОТЕКА ВЕРХОВНОГО СУДА

РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТРАХОВАНИИ

(сборник материалов семинара)

Астана 2017 год

Редакционная коллегия:

**Сулейменова У.А.,** судья Верховного Суда Республики Казахстан, кандидат юридических наук

**Амиров Д.С.,** председатель Восточно-Казахстанского областного суда

**Каирбаева Л.Е.,** судья Восточно-Казахстанского областного суда

**Жумаксанов Е.Ш.,** судья Восточно-Казахстанского областного суда, кандидат юридических наук

В сборнике опубликованы материалы семинара «Судебная практика применения законодательства о страховании», на котором были обсуждены актуальные вопросы страхования и страховых отношений, основные понятия и термины, применяемые в страховом праве, классификация страхования. Особое место отводится освещению правового регулирования имущественного и личного страхования на стадиях заключения и исполнения договоров страхования, особенностям рассмотрения судами дел, связанных с обязательным страхованием работников от несчастных случаев, обязательным страхованием гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента, обязательным страхованием гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств.

Отдельная глава посвящена примирительным процедурам в сфере страхования. Издание содержит конкретные практические рекомендации, регламентирующие вопросы совершенствования законодательства о страховании.

Сборник предназначается для судей, магистрантов, студентов юридических ВУЗов, специалистов страховых организаций, а также широкого круга юридической общественности.

Представленные каждым из авторов мнения отражают точку зрения каждого отдельного автора и могут не совпадать с мнением других авторов, редактора и издателей.

**ISBN**

**Приветственное слово Председателя Восточно-Казахстанского областного суда Амирова Досжана Сарманкуловича**

**Добрый день, уважаемые участники международного регионального семинара!**

Восточно-Казахстанский областной суд рад приветствовать Вас в гостеприимном Усть-Каменогорске.

Сегодня мы собрались на международном региональном семинаре, организованном Верховным Судом Республики Казахстан совместно с Германским обществом по международному сотрудничеству (GIZ).

 Прежде всего, от имени Восточно-Казахстанского областного суда хочу выразить слова благодарности организаторам данного мероприятия – представителям Верховного Суда Республики Казахстан судьям Исмаилову Ерболу Жукатовичу, Савиновой Альфие Сагдуловне, представителям Германского общества по международному сотрудничеству – председательствующему судье Федерального социального суда Германии профессору Томасу Фёлцхе, экспертам Алисе Котоянц, Майе Машер, а также участникам из городов Астаны, Алматы, Алматинской, Акмолинской, Актюбинской, Карагандинской, Павлодарской областей.

Также, мы признательны за участие в семинаре представителям государственных органов, вузов, юридической общественности, страховых компаний, Национального Банка и хозяйствующих субъектов региона.

С каждым годом в нашей стране страхование начинает все больше охватывать жизнедеятельность граждан, поэтому тема семинара: «Судебная практика рассмотрения споров с применением законодательства о страховании» является актуальной.

Современная модель страхования имеет серьезные противоречия, которые требуют обсуждения. Полагаем, что участие в семинаре зарубежных экспертов, представителей судов различных инстанций позволит обеспечить должный уровень обсуждений вопросов страхования.

О своем опыте работы в данной сфере расскажут представители страховых компаний.

Надеемся, круг вопросов, охваченных семинаром приведут к формированию единообразной правоприменительной практики, что, безусловно, имеет большое значение для действенной правовой базы в области страхования и возмещения вреда.

Уверен, что сегодняшний семинар будет способствовать конструктивному диалогу между всеми участниками, выявит пути решения имеющихся проблем.

Желаю всем участникам семинара плодотворной и результативной работы, новых идей и успехов!

**Приветственное слово судьи Верховного Суда Республики Казахстан**

**Исмаилова Ербола Жукатовича**

Здравствуйте, уважаемые участники Международного регионального семинара «Судебная практика рассмотрения споров с применением законодательства о страховании», организованного по инициативе Верховного Суда. Семинар проводится на базе и при добродушном приёме Восточно-Казахстанского областного суда и при поддержке Программы Германского Общества по международному сотрудничеству (GIZ) «Содействие правовой государственности в странах Центральной Азии».

Думаю, все участники семинара согласятся с тем, что необходимость проведения подобного форума давно назрела, поскольку в течение последних десяти лет произошли существенные изменения в законодательстве о страховании, в том числе изменился сам подход законодателя к вопросам взаимных обязательств между страхователями, страховщиками и выгодоприобретателями. Соответственно требуется внесение корректив и в судебную практику.

Осуществляя функцию координатора работы по формированию правильной и единообразной судебной практики, Верховный Суд РК запланировал на апрель-май 2017 года проведение обобщения судебной практики по делам, вытекающим из споров о применении законодательства о страховании. Результаты обобщения и, сделанные на его основе предложения, должны найти отражение и окончательное оформление в нормативном постановлении Верховного Суда, принятие которого запланировано на сентябрь 2017 года.

Одной из целей проведения настоящего семинара также является выявление и формирование конкретных вопросов, возникающих в судебной практике при применении законодательства о страховании, и выработка рекомендаций о возможных путях их правового разрешения, в том числе с учётом предварительных результатов пилотного проекта по внедрению обязательного досудебного урегулирования споров в порядке медиации по страховым спорам.

Поэтому на семинар приглашены не только судьи Казахстана, специализирующиеся на рассмотрении соответствующих споров, но и учёные, представители государственной инспекции труда, крупных предприятий страхователей – ТОО «Казцинк», ТОО «Корпорация Казахмыс», ТОО «Востокцветмет», страховых организаций - АО «СК Сентрас Иншуранс», АО «Нефтяная страховая компания», АО СК «Nomad Insurance», АО «Казкоммерц-полис», АО «Страховая компания «Коммеск-Омир».

От имени Верховного Суда благодарю всех за поддержку, призываю к активному участию в дискуссиях, желаю всем нам плодотворно поработать!

**Приветственное слово председательствующего судьи**

**Федерального социального суда Германии Др.Томас Фёлцхе**

**Уважаемые дамы и господа!**

 Рад принять участие в семинаре по столь актуальному вопросу, так как вопросы страхования занимают одно из центральных мест в гражданском праве. В связи с чем, актуальность проводимого семинара на названную тему является бесспорной. Очень важно развивать национальное право, учитывая при этом позитивный международный опыт.

Со своей стороны, я поддерживаю инициативу проведения встреч, посвященных вопросу страхования, и расскажу об особенностях немецкого страхования.

Желаю вам успешной, плодотворной работы, удовлетворения от общения и совместной деятельности.

**СЕССИЯ 1: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О СТРАХОВАНИИ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Модератор: Амиров Досжан Сарманкулович -** председатель Восточно-Казахстанского

**Комиршинов Манат Галымович,**

Председатель судебной коллегии по гражданским делам

Восточно-Казахстанского областного суда

 **История развития страхования в Республике Казахстан.**

**Законодательство о страховании: краткий обзор**

Добрый день, уважаемые участники международного регионального семинара!

Страхование как правовой институт гражданского права, опосредуя определенные общественно-экономические отношения, имеет древние корни, суть которых заключается в возмещении ущерба от стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций, на основе солидарного распределения его между всеми заинтересованными в этом субъектами. Страхование начало формироваться уже в период разложения первобытно-общинного строя, когда возникновение общественного разделения труда, натурального обмена, частной собственности, развитие товаро - денежных отношений породило опасение, «страх» владельцев имущества за его сохранность, перед возможностью уничтожения или утраты его в связи со стихийными бедствиями, пожарами, грабежами и другими непредвиденными обстоятельствами.

Начало возникновения института страхования в Казахстане совпадает со времененем приобретения независимости нашим государством. Становление страхового рынка происходило в условиях переходного периода. Такие макроэкономические явления, как спад производства, неплатежеспособность предприятий, инфляция, безработица, банкротство нерентабельных предприятий прямо повлияли на его состояние. В начале 90-х годов зарождавшиеся страховые компании не имели опыта, солидных финансовых средств, что привело к закономерному краху большинства страховщиков. В то же время распад этих страховых компаний породил волну недоверия, неприятия страхования у большинства населения Республики. Неудачи страховых компаний объяснялись не столько малым опытом, сколько финансовой неустойчивостью самого государства.

Законодательство Казахстана за двадцать пять лет развития претерпело значительные изменения и перемены. Базовые нормативные акты о страховании менялись несколько раз. Это были и отдельные законы о страховании, и новые нормы о договоре страхования предусмотренные в Особенной части Гражданского кодекса Республики Казахстан принятого в 1999 году. Действующее законодательство о страховании, отдельных видах страхования за прошедшие годы постепенно обрастают судебной практикой. И это не удивительно, так как споры о страховании сложны и многообразны.

Процесс становления института страхования в Казахстане, не только обобщает сложившуюся совокупность многовековых идей, знаний и опыта, но и создает логически обоснованные эталоны и ориентиры, позволяющие адекватно систематизировать и ориентировать применение норм к процессам выявления направлений и параметров адаптации наиболее эффективных форм организации современных страховых отношений.

В нашей стране весьма активно формируется нормативная база по регулированию страхового рынка, ориентированная на современное законодательство стран, с которыми налажено экономическое сотрудничество.

Развитие государства, совершенствование финансовой системы привели к тому, что в данный момент у нас в республике практически сформировался страховой рынок, который продолжает развиваться ускоренными темпами. В рамках реализации Государственной программы развития страхования, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан, проделана значительная работа по созданию новой законодательной базы и современной инфраструктуры национального страхового рынка. Сохраняется тенденция к повышению уровня финансовой устойчивости страховых организаций, которые размещают свои активы в наиболее ликвидные финансовые инструменты.

Значительным шагом в развитии страхового рынка республики явилась передача функций и полномочий государственного органа страхового надзора Национальному банку Республики Казахстан.

 Политика и стратегия развития страхового рынка Казахстана, определяемая Национальном банком, последовательно ведет страховой рынок к нормам и стандартам Европейского Союза.

За относительно короткий период времени в нашей республике была проведена существенная работа по созданию условий для развития страховой индустрии:

1. Совершенствовалась действующая законодательная база, регулирующая развитие страхового рынка;

2. Национальным банком были разработаны и внедрены требования и нормативы к страховым организациям;

3. Обеспечена финансовая устойчивость и платежеспособность страховых организаций;

4. Обеспечена доступность страховых услуг, прозрачность и законность страховых организаций.

Страхование является одним из важнейших экономических институтов, который наиболее полно реализуется в условиях рынка и призвано удовлетворить насущную потребность человека - потребность в безопасности.

В соответствии с действующим Законом РК «О страховой деятельности», страховая деятельность – это деятельность страховой организации, связанная с заключением и исполнением договоров страхования, осуществляемая на основании лицензии уполномоченного государственного органа в соотвествии с требованиями законодательства Республики Казахстан.

То есть законодатель определяет страхование как комплекс отношений по защите законных имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении страхового случая или иного события, определенного договором страхования, посредством страховой выплаты, осуществляемой страховой организацией за счет своих активов. В свою очередь, страховая деятельность рассматривается как деятельность страховой организации, связанная с заключением и исполнением договоров страхования.

Если говорить кратко о страховом законодательстве в целом, то страхование и страховая деятельность в нашей стране основывается на Коституции Республики Казахстан и регулируется Гражданским кодексом, а также Законами Республики Казахстан: «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 года №126; «Об обязательном социальном страховании» от 25 апреля 2003 года №405; «О Фонде гарантирования страховых выплат» от 3 июня 2003 года №423; «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности частных нотариусов» от 13 июня 2003 года №435; «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности аудиторских организаций» от 13 июня 2003 года №440; «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности перевозчика перед пассажирами» от 1 июля 2013 года №444;«Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» от 1 июля 2003 года №446; «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» от 31 декабря 2003 года №513; «Об обязательном страховании в растениеводстве» от 10 марта 2004 года №533; «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев объектов, деятельность которых связана с опасностью причинения вреда третьим лицам» от 7 июля 2004 года; «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 200 5 года № 30; «О взаимном страховании» от 5 июля 2006 года №163; «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года №405 и другие.

Необходимо отметить, что в нашей стране ускоренными темпами формируется современная инфраструктура национального страхового рынка – создан фонд гарантирования страховых выплат, расширен список обязательных видов страхования, создана государственная корпорация экспорта и другое.

Поскольку судебная защита является наиболее эффективным способом гарантированности права на возмещение вреда, правоприменительная практика в судах должна быть единообразной и отвечать требованиям закона.

Обсуждение в рамках проводимого семинара вопросов, связанных с примененением страхового законодательства, имеет большое значение в создании действенной правовой базы и формировании правоприменительной практики.

Желаю всем участникам семинара успешной и плодотворной работы!

**Сабитова Асыл Амангельдиновна**

Заведующая кафедрой гражданского права и гражданского процесса

ВКГУ им. С.Аманжолова, к.ю.н.

**Актуальные вопросы развития института страхования.**

**Теоретические и практические аспекты**

Проблемы страхования в Казахстане имеют особую актуальность, как для теории гражданского права, так и для правоприменительной практики. Очевидна необходимость совершенствования страхового законодательства РК и практики в этой сфере, так как современная модель страхования страдает противоречиями и недоработками. Участие в проводимом мероприятии экспертов, представителей судов различных инстанций позволит обобщить практику рассмотрения споров по данной категории дел и разработать предложения о совершенствовании действующего законодательства в этой сфере.

Цивилистическая конструкция страхования не может быть оторвана от договора страхования. Страховая деятельность как частное правоотношение может быть связана только с заключением и исполнением договора страхования его участниками (ст. 803 ГК). Сообразно с этим можно говорить о следующих существенных отличительных особенностях гражданско-правового понятия страхования:

1) сущность страхования заключается в ликвидации негативных последствий, произошедших в личной или имущественной сфере застрахованного за счет средств других лиц, организованных частным порядком, которые как и пострадавшее лицо, хотят обезопасить себя от наступления определенных неблагоприятных последствий;

2) в основе страхования лежит договор. Этот тезис применим как к видам страхования (обязательное и добровольное), так и его формам (коммерческое и взаимное). Получение страховщиком лицензии (коммерческое страхование), и создание ОВС, являются необходимыми организационными (публично-правовыми) предпосылками для страхования в гражданско-правовом смысле;

3) страхование есть деятельность особых субъектов гражданского права: страховщика и страхователя. Третьи лица могут выступать либо на стороне страхователя (застрахованный и выгодоприобретатель), и тогда они должны быть поименованы в договоре страхования или определены законодательством в качестве правопреемников.

Попытаемся выделить основные проблемы страхования.

Одной из основных проблем в страховых правоотношениях является проблема неисполнения либо ненадлежащего исполнения основной обязанности страховщика - осуществления им страховой выплаты. Практика знает довольного много случаев, когда страховщики под формальным, а часто и просто надуманным, предлогом отказывали страхователям (выгодоприобретателям) в получении страховой выплаты. Например, со ссылкой на непредоставление документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, на неопределенность виновности лица, ответственного за причиненный ущерб застрахованному лицу либо его имуществу, и на другие подобные случаи.

Так, например, с 1 января 2016 года, в Казахстане вступили в действие новые нормы, регулирующие процесс оценки вреда при дорожно-транспортном происшествии (ДТП). Были внесены изменения в закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», которые дали страховым компаниям право первичной оценки вреда». 28 февраля 2016 года Национальной банк Республики Казахстан утвердил правила определения размера вреда, причиненного транспортному средству.

В соответствии с новыми правилами, с 5 апреля 2016 года ущерб при ДТП оценивают страховые компании. Осмотреть поврежденное транспортное средство и произвести расчет размера вреда специалисты страховых компаний должны в течение 10 дней.

Только в случае сомнения в размере вреда пострадавший сможет обратиться к независимой оценочной организации, предварительно уведомив при этом страховую компанию о своем согласии или несогласии с оценкой, и уже с их результатами направиться либо к страховому омбудсмену, либо в суд. Новый документ также обязывает водителя предоставить машину, которой причинен вред, на оценку страховщикам.

В течение 10 рабочих дней после осмотра авто страховая компания обязана представить отчет о размере вреда. У потребителя есть право не согласиться с отчетом в течение трех рабочий дней после получения акта. Это должно быть изложено в письменном виде. В этом случае потребитель имеет право обратиться к независимой оценочной организации.

Как показывает практика, зачастую оценка, произведённая независимым оценщиком, выше, чем расчёт вреда, сделанный страховщиком. В отличие от страховщика в своем выборе технологий оценки независимый эксперт не ограничен законом, так как действует в рамках Закона «Об оценочной деятельности в Республике Казахстан».

Кроме того, оценщик имеет членство в той или иной палате оценщиков, и каждая палата оценщиков применяет свою методику оценки. В этой связи, разработка и утверждение Министерством юстиции единой методики оценки причинённого вреда имуществу при дорожно-транспортном происшествии, позволила бы избежать разногласий и споров по отчётам между страховщиками и оценщиками.

Институт омбудсмена, внедренный в Казахстане уже более 10 лет назад, призван примирить стороны страхового спора и урегулировать разногласия в максимально короткие сроки и с минимальными затратами. Однако законодатель ограничил сферу деятельности страхового омбудсмена в рамках страхования гражданско-правовой ответственности владельцев автотранспортных средств.

В 2016 году, по сравнению с 2015 годом, число обращений к омбудсмену выросло на 27 процентов (357 обращений против 256). В 2 раза по сравнению с предыдущим годом, выросло количество обращений к омбудсмену через онлайн-систему урегулирования убытков. На наш взгляд, деятельность омбудсмена в данной сфере не решает проблему загруженности судов.

Подобная ситуация с определением размера подлежащего возмещению вреда может быть разрешена путем проведения примирительных процедур между причинителем вреда и потерпевшим без вмешательства оценщика. Медиация как примирительный, компромиссный процесс в данной ситуации может способствовать оперативному разрешению спорных вопросов и минимизации их негативных последствий.

Для страховых организаций и страхователей одним из главнейших преимуществ медиации по отношению к публичному судебному разрешению спора является конфиденциальность процедур медиации. Зачастую участники спорных отношений не хотят предавать это огласке, привлекать внимание посторонних к тем или иным разногласиям, возникшим при исполнении договора страхования. Это особенно характерно для отношений между страховыми компаниями и их партнерами-страхователями, с которыми сложились длительные и доверительные отношения при перестраховании крупных рисков. Деловая репутация для страховщика - это важнейшая гарантия успешности на страховом рынке.

Разрешение конфликтной ситуации при помощи медиации позволяет избежать разглашения нюансов во взаимоотношениях сторон, сделать важнейшие документы недоступными для анализа третьими лицами, скрыть от глаз общественности фактические действия, ставшие причиной разногласий. Немаловажным преимуществом медиации перед традиционным судебным урегулированием является незначительность финансовых издержек сторон.

Еще одной проблемой страхования является практика понуждения к заключению договоров добровольного страхования. Как правило, это происходит при кредитовании в банках: так, получение кредита обусловливается страхованием жизни заемщика. Несмотря на то, что нормативно-правовыми актами уполномоченного государственного органа установлен запрет на ограничение заемщика в выборе страховщика и возложение на него обязанности страховать свою жизнь и здоровье, такая практика отнюдь не редкость.

16 ноября 2015 года в Республике Казахстан принят Закон «Об обязательном медицинском страховании», регулирующий общественные отношения, возникающие в системе обязательного социального медицинского страхования в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья. О необходимости внедрения обязательного медицинского социального страхования говорит множество фактов. Взять хотя бы демографические изменения, ожидающие Республику Казахстан в обозримом будущем. Согласно исследованиям, прогноз численности и структуры населения страны до 2030 года показывает, что доля пожилого населения увеличится до 11,2%, по сравнению с 6,9% в 2014 году.

Имея негативный опыт введения ОСМС в Казахстане в 1996 году, при разработке новой системы социального партнерства законодатель учел недостатки прежней и предусмотрел четкие механизмы гарантий государства за сохранность активов фонда:

1) регулирование деятельности фонда путем установления Правительством РК норм и лимитов, обеспечивающих финансовую устойчивость фонда;

2) учет всех операций по инвестиционному управлению активами фонда в Национальном Банке;

3) проведение ежегодного независимого аудита;

4) представление фондом регулярной финансовой отчетности;

5) определение правительством перечня финансовых инструментов для инвестирования активов фонда;

6) все активы фонда будут храниться на счетах в Национальном банке;

7) будет введена система Е-полис и Единая страховая база.

Еще один значимый аспект медицинского страхования связан с медицинским обслуживанием иностранных граждан, проживающих в Казахстане, которые смогут пользоваться системой ОСМС при условии постоянного проживания на территории республики.

Введение Е-полиса станет двигателем для страховой отрасли в части развития цифровых технологий и IT-инфраструктуры при этом усилия страховщиков будут направлены на модернизацию существующих систем и автоматизацию бизнес-процессов, развитие сайтов с онлайн-обслуживанием, создание веб-сервисов, мобильных приложений, интеграцию с другими отраслями. Параллельно с подготовкой к внедрению электронного полиса будут решаться вопросы и по обеспечению информационной безопасности онлайн-сервисов. Нововведения законодательства логично коснутся Единой страховой базы данных в части передачи ее новому оператору.

С целью повышения прозрачности страхового рынка необходимо внесение изменений по агентской сети. Оправданным представляется установление запрета страховым агентам на участие в государственных закупках услуг по страхованию, ограничение для агентов в виде сотрудничества только с одной страховой компанией.

В законодательстве РК имеются нормы, предусматривающие проведение формально добровольного страхования, имеющего признаки обязательного страхования. Имеются в виду страхование таможенных представителей, владельцев складов временного хранения, судебных исполнителей, профессиональной ответственности. Такое страхование обязательно для перечисленных категорий, но не обязательно для страховщика. Поэтому не исключена оптимизация обязательных видов страхования.

На наш взгляд, законодателю в процессе совершенствования страхового законодательства необходимо максимально использовать возможности саморегулируемого отраслевого сообщества – ассоциации страховщиков Казахстана. В 2007 году страховое сообщество создало Единую страховую базу данных с целью минимизации мошеннических действий и установления должного контроля над продажей страховых полисов через агентов. С 2011 года участники рынка ввели единый образец полиса с уникальным идентификационным номером и дополнительными степенями защиты. В текущем году планируется введение Е-полиса и развитие онлайн-страхования.

Проведенное исследование некоторых теоретических и практических проблем страхования позволяет заключить ряд выводов, на основе которых возможна выработка рекомендаций по совершенствованию правоприменительной практики и действующего законодательства:

1) страхование в гражданско-правовом значении всегда выступает обязательственным договорным правоотношением, предметом которого выступает услуга в виде страховой защиты, оказываемая страховщиком страхователю;

2) необходимо на практике различать отношения по страхованию и обязательства из причинения вреда. Страховщик для сторон деликтного правоотношения всегда будет выступать в качестве третьего лица, основной обязанностью которого будет осуществление страховой выплаты выгодоприобретателю. Поэтому в спорах по возмещению вреда, если одной из сторон спора является застрахованный, суды могут привлечь страховщика только в качестве третьего лица, а не истца или ответчика;

3) на наш взгляд, назрела потребность в консолидации страхового законодательства Казахстана. Прежде всего, это должно коснуться правил об обязательных видах страхования. Это позволит устранить имеющиеся противоречия и существенно уменьшить количество действующих законов в этой сфере;

4) необходимо различать материально-правовые и процессуально-правовые особенности правового регулирования страховых отношений, что без изменения действующего законодательства может быть отражено в нормативном постановлении Верховного суда.

**Кубенов Гизат Манапович**

Судья СМЭС Павлодарской области.

**Общие положения о страховании**

**в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан**

Здравствуйте, уважаемые участники семинара!

*Некоторые общие положения о страховании.* Первоначально, хотелось бы отметить высокую актуальность темы страхования как для теории гражданского права, так и для практики применения гражданского законодательства. Участие в проводимом мероприятии отечественных и зарубежных экспертов, представителей судов различных инстанций позволяет обеспечить должный уровень обсуждений.

*Законодательство о страховании.* До недавнего времени законодательным актом, комплексно регулирующим отношения страхования, являлся Указ Президента Республики Казахстан, имеющий силу закона, от 3 октября 1995 года «О страховании». 18 декабря 2000 года был принят новый закон Республики Казахстан «О страховой деятельности». В нем предусмотрены меры, которые обеспечивают приведение организации страхового дела в соответствие с современными требованиями. Нормы, регламентирующие гражданско-правовые отношения, преимущественно содержатся в главе 40 ГК «Страхование», которая охватывает статьи 803-845.

*Основные понятия страхового права.* Страховое право относится к одной из областей права, где применяется довольно значительное число терминов, требующих специального разъяснения во избежание двоякого толкования содержания норм, в которых они используются. Основные понятия страхового права приводятся в ст. ст. 3,4 Закона Республики Казахстан «О страховой деятельности», ст. ст. 817- 820 ГК РК и некоторых других нормативных актах.

Страхование представляет собой комплекс отношений по имущественной защите законных интересов физического или юридического лица при наступлении страхового случая или иного события, определенного договором страхования, посредством страховой выплаты, осуществляемой страховой организацией за счет собственных активов.

Страховая деятельность - деятельность страховой (перестраховочной) организации, связанная с заключением и исполнением договоров страхования (перестрахования), осуществляемая на основе лицензии уполномоченного государственного органа в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан

Страховой случай - событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает выплату страховой выплаты. Страховой случай - событие, имеющее причиной своего возникновения как явления природного, техногенного характера, так и действия конкретных людей. Вместе с тем событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. Степень вероятности наступления страхового случая прогнозируется сторонами договора самостоятельно, вместе с тем вероятность события не должна быть близкой к неизбежности, иначе такое событие не будет случайным. Требования случайности и вероятности наступления не применяются к событиям, которые могут быть предусмотрены по договору накопительного страхования (п. 3 ст. 817 ГК).

Виды страховых случаев определяются законодательными актами (когда страхование относится к обязательному) и договорами (когда страхование относится к добровольному).

Актуарий - физическое лицо, осуществляющее деятельность, связанную с осуществлением экономико-математических расчетов размеров обязательств по договорам страхования и перестрахования в целях обеспечения необходимого уровня платежеспособности и финансовой устойчивости страховой (перестраховочной) организации.

Выкупная сумма - сумма денег, которую страхователь имеет право получить при досрочном прекращении действия договора накопительного страхования.

Правила страхования - документ страховой организации, определяющий условия осуществления страхования по определенному виду.

Перестрахователь (цедент) - страховая или перестраховочная организация, осуществляющая передачу принятых ею страховых рисков в перестраховании.

Перестрахование - деятельность и связанные с ней отношения, возникающие в связи с последующей передачей всех или части страховых рисков, принятых страховой организацией по договору страхования, перестраховочной организацией в соответствии с заключенным между ними договором перестрахования.

Страховая премия - сумма денег, которую страхователь обязан уплатить страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату страхователю (выгодоприобретателю) в размере, определенном договором страхования или аннуитета. Полученные страховщиком от страхователя страховые премии принадлежат ему на праве собственности.

Страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая.

Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая страховщиком страхователю (выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая либо при наступлении срока, определенного в договоре накопительного страхования. Таким образом, страховое возмещение в отличие от страховой суммы представляет собой реально выплачиваемую страховщиком денежную сумму.

Приведенный перечень понятий не является исчерпывающим, но некоторые из них представляется уместным раскрыть в ходе дальнейшего рассмотрения договора страхования.

В законодательстве содержится также понятие формы страхования. Оно соответствует ранее применявшемуся понятию «виды страхования». Деление страхования по формам производится в соответствии с различными критериями.

В зависимости от степени обязательности страхование делится на: а) добровольное; б) обязательное.

Виды, порядок и условия обязательного страхования устанавливаются законодательными актами. Обязанность страховать свою жизнь и здоровье не может быть возложена на гражданина ни законодательными актами, ни договором. Таким образом, обязательное страхование, в случаях страхования жизни и здоровья подразумевает обязательное участие в страховых отношениях страхователя, часто в этой роли выступает государственный орган, с которым граждане вступают в служебно-трудовые отношения. Страхование в этом случае осуществляется за счет средств страхователя. При обязательном страховании, страхователь обязан заключить договор со страховщиком на условиях, предписанных законодательством. В основном это касается объекта страхования, перечня страховых случаев, размера причитающегося в тех или иных случаях страхового возмещения, что в конечном итоге влияет на содержание обязанности страхователя по уплате страховых платежей.

Лицо, в пользу которого в соответствии с законодательным актом, должно быть осуществлено обязательное страхование, в тех случаях, когда ему стало известно, что оно не застраховано, вправе потребовать от страхователя, на которого возложена данная обязанность, своего страхования. Если страхователь не заключил договор обязательного страхования или заключил его на худших условиях, по сравнению с теми, которые предусмотрены законодательством, он при наступлении страхового случая несет ответственность перед застрахованным. При этом объем ответственности страхователя будет соответствовать размеру того страхового возмещения, которое причиталось бы застрахованному при надлежащем страховании.

От заключения договора обязательного страхования не имеет права уклоняться и страховщик. Если это все-таки имело место, то страхователь вправе требовать в судебном порядке от страховщика заключения договора.

Добровольное страхование в отличие от обязательного, целиком и полностью основывается на волеизъявлении сторон. Виды, условия и порядок добровольного страхования определяются соглашением сторон.

По объекту , страхование делится на: а) личное; б) имущественное. К личному страхованию относится страхование жизни, здоровья, трудоспособности и иных интересов, связанных с личностью гражданина, например, страхование ими достижения определенного возраста. По договору личного страхования может быть застрахован как сам страхователь, так и другое указанное им в договоре лицо (выгодоприобретатель).

Имущественное страхование охватывает страхование имущества и связанные с ним интересы, включая страхование предпринимательских рисков и гражданско-правовой ответственности.

При страховании имущества страхуется риск утраты (гибели), недостачи или повреждения имущества и иных имущественных благ и прав, перечень которых определяется в законодательстве. Договор страхования имущества, который заключен при отсутствии у страхователя или выгодополучателя интереса в сохранении застрахованного имущества, недействителен.

При страховании предпринимательских рисков страхуется риск убытков в предпринимательской деятельности от нарушения своих обязательств контрагентами предпринимателя, выступающего страхователем, или изменения условий этой деятельности по не зависящим от предпринимателя обстоятельствам, в том числе риск неполучения ожидаемой прибыли. В отличие от страхования имущества, в этом классе страхования может быть застрахован предпринимательский риск самого страхователя и только в его пользу.

При страховании гражданско-правовой ответственности страхуется риск ответственности вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других лиц. Может страховаться ответственность, которая может наступить вследствие нарушения обязательств по гражданско- правовым договорам и обязательств, возникших по другим основаниям.

Законодательство расширило, по сравнению с ранее действовавшим законодательством, перечень форм страхования. Теперь форма страхования может определяться и исходя из оснований осуществления страховой выплаты. Вследствие этого страхование подразделяется на: а) накопительное; б) ненакопительное.

Накопительное страхование - это страхование, предусматривающее осуществление страховой выплаты по истечении установленного договором страхования периода либо при наступлении страхового случая (по любому из этих оснований в зависимости от того, какое из них наступит первым) (ст. 809- 1 ГК). То есть, как таковой страховой случай по накопительному страхованию может и отсутствовать. В силу прямого указания закона к договорам накопительного страхования относится аннуитет (п. 5 ст. 809-1 ГК). Понятие договора аннуитета дается в п. 3 ст. 809-1 ГК. Договор аннуитета - это договор страхования, согласно которого страховщик обязан осуществить страховую выплату в виде периодических платежей в пользу выгодоприобретателя в течении установленного договором срока. Особенности оснований страховых выплат можно уяснить из понятия аннуитетного страхования, которое дается в п. 2 ст. 7 Закона Республики Казахстан «О страховой деятельности». Согласно которому, аннуитетное страхование представляет собой совокупность видов личного страхования, предусматривающих осуществление периодических страховых выплат в виде пенсии или ренты в случаях достижения застрахованным определенного возраста, утраты трудоспособности (по возрасту, по инвалидности, по болезни), смерти кормильца, безработицы или иных случаях, приводящих к снижению или потере застрахованным личных доходов. Основанием для страховой выплаты по накопительному страхованию в ряде случаев будет служить юридический факт, выражающийся в истечении предусмотренных законом сроков. При ненакопительном страховании основанием осуществления страховой выплаты будет являться только определенный страховой случай. Еще одним отличием указанных форм страхования служит то, что имеет место специфика объектов, по поводу которых производится страхование. В частности, договоры накопительного страхования могут заключаться исключительно по личному страхованию. Деление страхования по формам не является исчерпывающим, и в случаях, когда это необходимо для лицензирования страховой деятельности, совокупность условий которые существенно отличаются от названных форм, законодательством может быть предусмотрена также и иная классификация.

В зависимости от способа страхования объекта наряду с обычным страхованием, при котором объект страхуется по одному договору страхования, выделяется двойное страхование, которое понимается как страхование одного и того же объекта у нескольких страховщиков по самостоятельным договорам с каждым.

Множественность лиц со стороны застрахованных ведет к заключению договора группового страхования, множественность лиц со стороны страховщика образует сострахование. В том случае, когда сам страховщик страхует риск не исполнения всех или части своих обязанностей перед страхователем, имеет место в договоре перестрахования.

Само перестрахование также подразделяется на виды. Законодательством введены понятия пропорционального и непропорционального перестрахования. Пропорциональное перестрахование - это перестрахование, при котором перестраховочная организация принимает на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении условий, предусмотренных соответствующим договором страхования, в размере, пропорциональном доле страховых обязательств, принятых от цедента по договору перестрахования. Непропорциональное перестрахование в отличие от этого, предусматривает обязательство перестраховочной организации при наступлении условий, предусмотренных соответствующим договором страхования осуществить выплату в том размере, который образует разница сумм имевших место убытков и собственного удержания цедента по договору перестрахования.

Под собственным удержанием подразумевается часть страховой суммы, в пределах которой цедент несет ответственность за собственный счет в соответствии с договором перестрахования.

Выделяется трансграничное страхование (перестрахование). Трансграничным является такое страхование (перестрахование), по которому оплата страховой премии производится в Республике Казахстан или за ее пределами. Условия и порядок проведения трансграничного страхования могут определяться как внутренним законодательством РК, так и международными договорами, ратифицированными РК. Обращение к услугам зарубежной страховой компании (страхового брокера) допускается, если они имеют определенный рейтинг одного из рейтинговых агентств, входящих в перечень установленный уполномоченным органом в области страхования.

Законодательством предусмотрена возможность взаимного страхования. Граждане и юридические лица могут страховать свое имущество и имущественные интересы (предпринимательские риски, гражданско-правовую ответственность) на взаимной основе путем объединения необходимых для этого средств в обществах взаимного страхования. Особенностью взаимного страхования является то, что страхование имущества и имущественных интересов обществами взаимного страхования производится непосредственно на основе членства, если учредительными документами общества не будет предусматриваться заключение договоров страхования.

*Страхование и смежные явления.* Собственно страхование может быть коммерческим или взаимным. Это различные формы страхования, построенные по принципиально иным моделям. Если коммерческое страхование есть предпринимательская деятельность страховщика, со всеми вытекающими отсюда последствиями, то взаимное страхование строится по иной схеме: общества взаимного страхования осуществляют страхование имущества и иных имущественных интересов своих членов и являются некоммерческими организациями (ст. 845 ГК).

Цивилистическая конструкция страхования не может быть оторвана от договора страхования. Страховая деятельность, как частное правоотношение, может быть связана только с заключением и исполнением договора страхования его участниками (ст. 803 ГК). Сообразно с этим, можно говорить о следующих существенных отличительных особенностях гражданско-правового понятия страхования:

1) сущность страхования заключается в ликвидации негативных последствий, произошедших в личной или имущественной сфере застрахованного за счет средств других лиц, организованных частным порядком, которые как и пострадавшее лицо, хотят обезопасить себя от наступления определенных неблагоприятных последствий. Поэтому страхованием в гражданско-правовом смысле будет являться деятельность определенным образом организованных лиц (коммерческое в виде промысла или же организованное на началах взаимности) по предотвращению неблагоприятных последствий в имущественной или личной сфере потерпевшего. При этом нет никаких оснований говорить о возмещении страховщиком каких-либо убытков, его ответственности за другое лицо;

2) в основе страхования лежит договор. Этот тезис применим как к видам страхования (обязательное и добровольное), так и к его формам (коммерческое и взаимное). Получение страховщиком лицензии (коммерческое страхование), как и создание ОВС, являются необходимыми организационными (публично-правовыми) предпосылками для страхования в гражданско-правовом смысле;

3) страхование есть деятельность особых субъектов гражданского права: страховщика и страхователя. Третьи лица могут выступать либо на стороне страхователя (застрахованный и выгодоприобретатель), и тогда они должны быть поименованы в договоре страхования или определены законодательством в качестве правопреемников, либо на стороне страховщика и тогда судам необходимо исследовать основания возникновения и природу правоотношений между другими лицами.

4) в цивилистической конструкции страхования важнейшее значение имеют несколько принципиальных категорий.

Во-первых, это понятие «страховой риск». Легального определения страхового риска ГК не содержит, но именно это понятие влияет а) на размеры страховых выплат, страховых сумм, а в конечном итоге и на страховые премии, уплачиваемые страхователем (например, ст. 833 ГК), б) изменения страхового риска влечет за собой изменение условий и содержания договора (ст. 834 ГК).

В литературе по страхованию для характеристики страхового риска обычно используют два основных признака: случайность и вероятность страхового риска, которыми в свою очередь обусловлен страховой случай.

Вторым таким термином является понятие «страховой интерес». В ст. 807 ГК страховой интерес рассматривается в качестве объекта имущественного и личного страхования. Законодатель специально указывает на то, что таковыми могут быть любые имущественные интересы граждан и юридических лиц, за исключением противоправных. В обязательных видах страхования, страховой интерес определяется законодательными актами о соответствующем виде страхования. Объектом страхования выступают два вида интересов страхователя: имущественный и неимущественный. Имущественный интерес выражается в защите материального положения страхователя. Этот интерес реализуется тогда, когда произойдет страховой случай. Неимущественный интерес реализуется в защите душевного спокойствия страхователя. Этот интерес реализуется при всех обстоятельствах, т.е. даже тогда, когда страховой случай не произойдет. Все вместе защищает условия существования (материальные и нематериальные) страхователя.

Третьей категорией является «страховой случай». Таковым признается событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты. При этом событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления (ст. 817 ГК).

Следует так же обратить внимание на то, что указанные три основных категории, во-первых, взаимосвязаны между собой и существенным образом влияют на договор страхования, во-вторых, присущи только страхованию и не характерны для других гражданских отношений.

Таким образом, можно выделить три ключевые особенности страхового правоотношения, которые взаимосвязаны с понятием страхования и страховой деятельности: 1) это правоотношение является гражданско-правовым; 2) оно имеет относительный характер с точной определенностью его участников; 3) видовая характеристика страхового правоотношения позволяет его отнести к разряду договорных обязательств по оказанию услуг. В качестве услуги надлежит рассматривать предоставляемую страховщиком защиту имущественных и неимущественных интересов страхователя (застрахованного), связанной с материальными условиями их существования.

**Костубаев Ерлан Мурзатаевич**

Судья Зыряновского районного суда

Восточно-Казахстанской области

 **Объект страхования. Личное и имущественное страхование.**

**Последствия нарушения правил о личном и имущественном страховании**

Уважаемые коллеги и участники семинара!

Сегодня я хотел бы представить Вашему вниманию тему доклада: "Объекты страхования. Личное и имущественное страхование, а также последствия нарушения правил о личном и имущественном страховании".

В мировой практике цивилизованных стран страхование является одним из приоритетов, то есть они понимают ценность, а также выгодность заключения договоров как личного, так и имущественного страхования.

В Республике Казахстан вопросы страхования и отношения между страховщиком и страхователем, а также их отношения с застрахованными и выгодоприобретателями, которые возникают в процессе заключения и исполнения договора страхования регулируется Гражданским кодексом и Законом «Об обязательном страховании».

Итак, в Казахстане формы страхования подразделяются по следующим критериям:

1) по степени обязательности - добровольное и обязательное;

2) по объекту страхования - личное и имущественное;

3) по основаниям осуществления страховой выплаты - накопительное и ненакопительное.

Согласно действующего законодательства РК к личному страхованию относится страхование жизни, здоровья, трудоспособности и иных связанных с личностью гражданина интересов.

К имущественному страхованию относится страхование имущества и связанных с ним имущественных интересов.

При страховании имущества, страхуется риск утраты (гибели), недостачи или повреждения имущества и иных имущественных благ и прав, предусмотренных статьей 115 ГК.

При страховании гражданско-правовой ответственности, страхуется риск ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц (страхование ответственности за причинение вреда), а также ответственности по обязательствам, возникающим из договоров (страхование ответственности по договору).

Основной функцией имущественного страхования является возмещение убытков, что отличает его от личного страхования, устанавливающего обязанность страховщика по выплате страховой суммы независимо от того, были ли понесены убытки или нет.

 Объектами личного страхования могут быть любые имущественные интересы граждан и юридических лиц, в том числе связанные с:

 1) достижением гражданином определенного возраста или срока, установленного договором страхования, смертью, наступлением определенных событий в жизни гражданина;

 2) причинением вреда жизни и здоровью граждан в результате несчастных случаев и иных событий, а также заболеваний;

При этом только договор личного страхования может иметь накопительный характер, а именно преследовать цель не только компенсировать вред, причиненный личности, но и обеспечить определенный доход (процент) на вложенный капитал (страховую премию). Соответственно, договоры личного страхования можно подразделять на рисковые и накопительные (сберегательные). Рисковые договоры предполагают страховую выплату только при наступлении страхового случая, который может не наступить вовсе (например, страхование от несчастных случаев). В договорах накопительного страхования выплата производится всегда, поскольку один из указанных в них рисков неизбежно превратится в страховой случай. Например, договор страхования до достижения определенного возраста, может предусматривать уплату страховой суммы как при достижении застрахованным обусловленного возраста, так и в случае смерти лица, которая может наступить ранее.

Хотелось бы отметить, что в судебной практике Восточно-Казахстанской области в период с 2013 по 2016 год, наиболее часто рассматривались гражданские дела о взыскании страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья работника.

В связи с чем, считаю правильным отметить проблемные вопросы с которыми столкнулись суды первой инстанции Восточно-Казахстанской области при рассмотрении данной категорий гражданских дел.

Так с февраля 2005 года, был введен в действие Закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника, при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», который обязал работодателя страховать свою ответственность за причиненный вред жизни и здоровью работников, где выгодоприобретателем определен работник предприятия.

Согласно вышеупомянутого Закона, страховым случаем считался факт наступления гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, т.е. момент установления стойкой утраты трудоспособности работника медицинской экспертной комиссией (МСЭ), т.к. только после этого момента работодатель был обязан возмещать утраченный заработок работнику.

30.12. 2009 года были приняты изменения данного закона и он был переименован в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», согласно которого страховая выплата осуществляется страховщиком, заключившим договор обязательного страхования работника от несчастных случаев, в период действия которого было установлено профессиональное заболевание», т.е. с момента выявления профклиникой профзаболевания и составления акта о несчастном случае.

В связи с интенсивными изменениями произошедшими в законодательстве, судебная практика так же претерпела определенные изменения.

Фактически, по срокам выявления профессионального заболевания и установления стойкой утраты трудоспособности (УПТ) образовалось три категории людей, получающих возмещение ущерба причиненного здоровью.

Первая категория - это те работники, у которых право на получение возмещение ущерба по конкретному профессиональному заболеванию возникло до введения закона «О страховании…», т.е. до 1.07.2005 года.

Вторая категория - это работники, у которых право на получение возмещения ущерба возникло в период с 1.07.2005 года до 30.12.2009 года по периоду установления УПТ.

Третья категория - это работники, у которых возникло право на получение возмещения ущерба после 30.12.2009 года.

В каждом конкретном случае суд определял отправные точки по возмещению ущерба.

Неточная формулировка в законе порождала спорные моменты, которые в последующем рассматривались в судах.

Вместе с тем, согласно последних изменений данного закона было конкретизировано, что в случае смерти или установления пострадавшему работнику степени утраты профессиональной трудоспособности, страховая выплата осуществляется страховщиком, заключившим договор обязательного страхования работника от несчастных случаев, в период действия которого произошел несчастный случай. При этом датой несчастного случая является:

- при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья – дата несчастного случая, указанная в акте о несчастном случае;

- при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления у него профессионального заболевания – дата медицинского заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии.

Кроме того, при раскрытии данной темы необходимо обратиться к вопросу возмещения дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья.

Так, до введения последних изменений в Закон «Об обязательном страховании», возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья, производилось страховщиком единовременно, в течение семи рабочих дней, с момента предоставления документа, подтверждающего установление степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшему работнику.

Теперь же, возмещение дополнительных расходов при установлении МСЭ осуществляется страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы, представленных работником либо лицом, понесшим эти расходы. При этом, возмещению страховщиком не подлежат расходы, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

В Восточно-Казахстанской области большинство работодателей до сих пор не заключают договора страхования, поскольку считают это лишними затратами. Когда же дела доходят до несчастных случаев на производстве, понимают что заключение договоров страхования своих работников от несчастных случаев на производстве является правильным, а некоторые и вовсе, узнают о необходимости заключения данных договоров, только при рассмотрении гражданских дел о страховании работников.

Имущественное страхование также не пользуются спросом на рынке услуг, поскольку люди считают это лишними затратами, между тем не понимают, что страхование имущества является защитой их же интересов и, в последствии редко приводит к судебным разбирательствам.

Вместе с тем, в ГК предусмотрены последствия нарушения правил об обязательном страховании (в том числе личном и имущественном страховании).

Так, согласно ст. 808 ГК, если лицо, на которое возложена обязанность страхования, не осуществило его или заключило договор страхования на условиях, ухудшающих положение застрахованного по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательными актами, это лицо при наступлении страхового случая несет ответственность перед застрахованным на тех же условиях, на каких должна была бы быть осуществлена страховая выплата при надлежащем страховании.

То есть, отсутствие договора личного страхования не дает права работодателю отстраниться от страховой выплаты.

Статьей 808 ГК также предусмотрено право требования лицом, на которое законодательными актами возложена обязанность выступить в качестве страхователя в судебном порядке понуждения страховщика, обязанного в соответствии с пунктом 5 статьи 806 Кодекса осуществить страхование, но уклоняющегося от него, к заключению договора страхования на условиях, предусмотренных законодательными актами.

Помимо этого, действующим законодательством РК предусмотрена ответственность за уклонение от страхования лица, обязанного его осуществить в качестве страхователя, а также страховой организации, обязанной выступить в качестве страховщика.

**Майя Машер,**

стажер программы GIZ

 **Страховое право в Европейском Союзе:  общий обзор.**

**Основное об обязательном страховании в Германии**

1. Введение – ЕС

Я, сегодня хочу представить Вам обзор страхового права Европейского

Союза и рассказать о системе обязательного страхования в Германии. Европейский Союз уже давно издал директивы по вопросам обязательного страхования. Существуют, например, следующие директивы:

1. Антидискриминационная директива.

2.Директива об обязательном страховании автогражданской ответственности.

Все в ЕС обязаны иметь такую страховку с одинаковыми минимальными суммами покрытия и полным покрытием физического ущерба. Смысл директивы состоит в том, что гарантируется эффективная защита пострадавших.

3. Директива о страховании в целях оказания правовой защиты гарантирует, например, что застрахованное лицо само имеет право выбирать своего адвоката.

Европейское законодательство больше регулирует право страховой инспекции и порядок осуществления посреднической страховой деятельности, а право о договорах страхования развивается в первую очередь Судебной палатой ЕС:

Хочу представить Вам вкратце три решения Судебной палаты ЕС:

1. Право антидискриминации. Оно означает равенство мужчин и женщин. Это один из фундаментальных принципов ЕС. Запрещается принимать в расчет пол человека для расчета страхового взноса и оценки страховых услуг. Страховые компании обязаны предоставлять бесполые страховки – так называемые унисекс страховки.

2. Страхование отказа от туристической поездки. Судебная палата ЕС в 2012 году решила, что запрещается предварительная настройка в интернете страхования отказа от туристической поездки. Необходимо, чтобы покупатель сам поставил галочку и в этом смысле сам решил.

3. Общие правила страхования. Страховая компания обязана предоставить застрахованному лицу всю необходимую информацию для сравнения всех плюсов и минусов страховки. В том числе точно должны быть указаны: стоимость страховки в евро и в центах, все дополнительные расходы, страховые услуги при наступлении страхового случая и т.д.

В 2013 году была созвана группа экспертов для работы над гармонизацией европейского закона о договорах страхования.

В 2014 году они представили свой заключительный отчет, но на европейском пространстве пока до сих пор не планируется гармонизация закона о договорах страхования. Так что дальше все стандарты зависят от Европейского суда.

Из-за отсутствия единой концепции для защиты застрахованных лиц, законодатель Германии ввел множество защитных механизмов на национальном уровне. Так, например, применительно к обязанности предоставлять информацию, законодатель Германии ввел право отзыва в течение двух недель. Таким образом, застрахованный имеет время на обдумывание и получение необходимой и дополнительной информации.

Немецкий законодатель, таким образом решил превысить европейские минимальные требования по защите.

Б. Обязательное страхование в Германии. Немецкий законодатель не только защищает застрахованных лиц, но и гарантирует платежеспособность лиц, причинивших ущерб пострадавшему.

Это так, потому что, если у лица, причинившего ущерб, не будет финансовых ресурсов, финансовые риски будут у пострадавшего. Из-за этого в Германии существует ряд обязательных страховок. Обязательная страховка – это, как всем понятно, страховка, которую по закону определённый ряд лиц будут обязаны заключить. Ее преимущество заключается в том, что она включает в себя всех потенциальных лиц, причинивших ущерб, и распределяет риски ответственности между ними.

Страховой взнос является так же стимулирующей мерой для предотвращения ущерба, так как страховой взнос повышается при причинении ущерба. Во избежание риска причинения вреда из-за ядохимикатов, загрязнения окружающей среды, лекарств и т.д., также обязаны быть застрахованы и предприниматели.

В результате, обязательные страховки имеют три важные функции: защита населения, защита платежеспособности и функцию инновации.

1. Защита населения включает крупный ущерб, такой как вред, причиненный окружающей среде.

2. Защита платежеспособности необходима для того, чтобы пострадавший может быть уверен в том, что ущерб будет компенсирован третьим лицом.

3. Функция инновации особенно важна для предпринимателей, так как неизвестно, будет ли ущерб, и в каком размере.

Благодаря такой защите финансовые ресурсы можно использовать эффективно.

Обязательные страховки это принцип социального государства. Создается свобода по средствам финансового обеспечения. Критики видят в обязательных страховках ограничения, гарантируемых конституцией: свободы личности и свободы договоров. Тем не менее, немецкий законодатель считает такие ограничения, с учетом принципов социального государства, законными.

В Германии существует два вида обязательных страховок: индивидуальное страхование и социальное страхование**.** Целью индивидуального страхования является защита потерпевшего.

В качестве примера можно привести страхование ответственности:

- обязательное страхование автогражданской ответственности;

- страхование ответственности охотников за причинения вреда;

- страхование ответственности владельца животных;

- страхование профессиональной ответственности.

Обязанность существует, например, у адвокатов, нотариусов и врачей. При не заключении такой страховки или при прекращении договора страхования, соответствующая палата, например, палата адвокатов, лишает адвокатской лицензии.

К индивидуальным страховкам относятся и страховки от несостоятельности: все туроператоры обязаны заключить такую страховку для защиты пассажиров.

Все индивидуальные страховки организованы в частно-правовой форме. Страховой взнос зависит от лица и неизвестно, понадобятся ли когда-нибудь данному лицу страховые услуги. При этом надо, чтобы страховое обеспечение состоялось до наступления страхового случая.

В отличие от этого социальное страхование организованно в публично-правовой форме. Они сами несут ответственность, но находятся под контролем государства. Страховой взнос не зависит от лица и базируется на методе распределения.

Таковыми являются, например:

1. страхование на случай безработицы;

2. страхование на случай болезни;

3. страхование пенсий;

4. страхование работадателем работника от несчастного случа работодателя работнику.

Интерес социального страхования состоит в задаче государственного обеспечения и мер предупреждения.

Подводя итоги можно сказать, что немецкий законодатель, прежде всего в обязательных страховках видит эффективный инструмент справедливого распределения рисков и стимулирования в целях избежания ущерба.

**Жетибаев Жандос Копжасарович**

Судья Алматинского районного суда г. Астаны

 **Сравнительный анализ правового статуса и особенностей субъектов страхования по страховому законодательству. Международный опыт**

Страхование - отражает особую сферу экономических отношений общества. Согласно действующего законодательства, субъектами страхования являются страхователь и страховщик. Согласно статьи 6 Закона «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 года N126 (далее - Закон), страховая деятельность страховой организации осуществляется по отрасли «страхование жизни» и отрасли «общее страхование».

Отрасль «страхование жизни» включает следующие классы в добровольной форме: страхование жизни и аннуитетное страхование.

По добровольному страхованию страхователь вправе сам выбирать форму страхования и страховщика, то есть действует добровольный принцип в соответствии статьи 380 ГК. К общему страхованию относятся страхования от несчастных случаев, страхование на случай болезни, страхование автомобильного транспорта и т.д.

В Республике Казахстан страховыми организациями применяются 9 видов обязательного страхования. Также приняты отдельные законы по каждому классу. Согласно статьи 803 ГК, страхование осуществляется на основании страхового договора. Согласно статистики, по состоянию на 1 января 2016 года, 34 страховых организации осуществляли страхование и перестрахование, из них 7 организаций занимались страхованием жизни.

На сегодняшний день действует страховой омбудсмен по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств. Плюсы - низкие затраты, не формальность, быстрота процедур, обязательное исполнение принятого решения страховщиками. Однако количество споров этой категории не снизилось. В целом судебная практика по страхованию, можно сказать, стабильная. В текущем году, в целях выработки единой судебной практики и правильного применения законодательства, Верховным Судом запланировано принятие соответствующего нормативного постановления по страхованию.

Итак, разрешите остановиться на международной практике:

В России как и в Казахстане, субъектами являются страхователь и страховщик. Согласно статистики в России застраховано 10-12 % рынка, здесь действует добровольное и обязательное страхование. Некоторые виды обязательного страхования в Казахстане не существуют, а именно обязательное государственное страхование военных и государственных служащих. По должности и по видам деятельности их всего 14, которых страхуют за счёт государства. Это жизнь и здоровье судей, военных, сотрудников таможни, прокуроров, следственного комитета, присяжных заседателей, счетной палаты, уголовно исполнительной системы и налоговых органов. Порядок страхования каждого должностного лица регулируется специальным федеральным законом, например «О полиции», «О прокуратуре» и т.д. Пленарным заседанием Верховного Суда РФ принято нормативное постановление от 27 июня 2013 года N 20 «О применении законодательства добровольного страхования имущества граждан».

Следующий пример - США. В США страховые агентства работают по 5-основным функциям: риск, инвестиционные, предупредительные, накопительные и контрольное. Если сравнить с Россией, то здесь нет государственных страховых компаний. Америка по страхованию жизни занимает - 1 место, на 2 месте страхование недвижимого имущества (автотранспорт, яхты, бриллианты и т.д.). Общий капитал компаний –100 млрд долларов. Кроме этого, активно страхуют депозиты в банках. Организацией по обеспечению работы данной системы является Федеральная корпорация по страхованию депозитов. Страхование жизни и медицинское страхование являются обязательными. Это относится не только к гражданам США, но и к иммигрантам. В данной сфере основным страховщиком является Aetna Inc., куда входит 1/3 часть населения США. Как Вам известно, судебная система США является прецедентной. В этой связи споры, возникающие в сфере страхования, решаются на основании прецедента. Кроме этого, некоторые виды страхования регулируются отраслевым законом. Например, Закон «О страховании жизни» 1774 года.

Разрешите привести отрывок из гражданского дела, который назван процессом года США «О 24 сигаретах».

В Соединенных Штатах Америки совсем недавно вновь проходил курьезный судебный процесс по делу о 24 сигаретах. А суть состояла в следующем. Один мужчина, адвокат по профессии купил пачку популярных сигар, которые пользовались огромной популярностью в США и стоили очень дорого. Он застраховал свои сигареты от самых разнообразных происшествий, в том числе ураганов, ливней, пожаров и землетрясений. Но, ничего страшного с сигаретами не произошло. Мужчина их просто выкурил. Сигары закончились настолько быстро, что американцу стало обидно за потраченные впустую деньги. Немного подумав, предприимчивый американец обратился в страховую компанию, в которой были застрахованы сигары, с заявлением о выплате страховой суммы. Он утверждал, что сигары были уничтожены в результате наступления страхового случая, а именно, пожара. Естественно, страховая фирма отказала в выплате. Поэтому мужчина был вынужден обратиться в суд.

Суд долго не разбирался с этим делом. Сигары были? Были. Страховка была? Была. Пожар был? Был. Значит и страховой случай наступил, а, следовательно, страховая компания обязана возместить ущерб, в соответствии с договором страхования. Американец получил 15 тысяч долларов в качестве компенсации.

Но, не менее предприимчивые страховщики обратились в суд с обвинениями мужчины в 24 умышленных поджогах, основываясь на его собственных показаниях. В результате чего американец был арестован за уничтожение имущества путем поджога, причем сразу по 24 эпизодам. Суд приговорил обвиняемого к 2 годам тюрьмы и 24 тысячам долларов штрафа

**Завалов Максим Николаевич,**

Судья Семейского городского суда ВКО

 **Страховой случай.**

**Уведомление страховщика о наступлении страхового случая**

Страхование является одним из важнейших экономических институтов, который существовал в разных экономических формациях, но наиболее полно реализуется в условиях рынка. Страхование призвано удовлетворить насущную потребность человека - потребность в безопасности.

В соответствии с Гражданским кодексом страхование подразделяется на определенные формы, которыми являются:

а) по степени обязательности – добровольное и обязательное;

б) по объекту страхования - личное и имущественное;

в) по основаниям осуществления страховой выплаты – накопительное и ненакопительное.

Обязательное страхование – это страхование, осуществляемое в силу требований законодательных актов. Виды, порядок и условия обязательного страхования устанавливаются законодательными актами.

Каждый вид обязательного страхования является отдельным классом страхования, к которым относятся страхование жизни, аннуитетное страхование, страхование от несчастного случая и болезней, медицинское страхование, страхование средств транспорта, страхование грузов, страхование имущества, страхование предпринимательского риска, страхование гражданско-правовой ответственности владельцев средств транспорта, страхование гражданско-правовой ответственности перевозчика, страхование гражданско-правовой ответственности по договору, страхование гражданско-правовой ответственности за причинение вреда.

Законодательство о страховании и страховой деятельности основывается на Конституции Республики Казахстан и регулируются Гражданским кодексом далее – ГК, в частности, статьями 803-845 главы 40), Гражданским процессуальным кодексом (далее ГПК), Законами Республики Казахстан:

- «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 года № 126,

- «Об обязательном социальном страховании» от 25 апреля 2003 года №405,

- «О Фонде гарантирования страховых выплат» от 03 июня 2003 года №423,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности частных нотариусов» от 11 июня 2003 года № 435,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности аудиторских организаций» от 13 июня 2003 года № 440,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности перевозчика перед пассажирами» от 01 июля 2003 года № 444,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» от 01 июля 2003 года № 446,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» от 31 декабря 2003 года № 513,

- «Об обязательном страховании в растениеводстве» от 10 марта 2004 года № 533,

- «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев объектов, деятельность которых связана с опасностью причинения вреда третьим лицам» от 07 июля 2004 года № 580,

- «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» № 30-III ЗРК от 07 февраля 2005 года,

- «Об обязательном экологическом страховании» от 13 декабря 2005 года № 93

- «О взаимном страховании» от 05 июля 2006 года № 163 и др.

В соответствии со ст.817 ГК, страховой случай - событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты. Виды страховых случаев по обязательному страхованию определяются законодательными актами об обязательном страховании, а по добровольному страхованию - соглашением сторон. Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления за исключением событий, которые могут быть предусмотрены по договору накопительного страхования. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на страхователе (выгодоприобретателе, застрахованном). При этом о наступлении страхового случая, страховщик должен быть уведомлен, так как с этим связано получение страховой выплаты, либо отказ в её осуществлении.

Согласно п.п.3 п.1 ст.831 ГК уведомление страховщика о наступлении страхового случая относится к обязанности страхователя. В соответствии со ст.835 ГК, страхователь после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан незамедлительно уведомить о его наступлении страховщика или его представителя. Если договором или законодательным актом Республики Казахстан об обязательном страховании предусмотрен срок и (или) способ уведомления, оно должно быть сделано в обусловленный срок и указанным в договоре или законодательном акте Республики Казахстан способом. В случае, если страхователь не является застрахованным, такая обязанность лежит на застрахованном.

В случае, если при личном страховании страховым случаем является смерть застрахованного, то обязанность уведомления страховщика о страховом случае лежит на страхователе, а если он одновременно являлся застрахованным - то на выгодоприобретателе. При этом устанавливаемый договором срок уведомления страховщика не может быть менее тридцати дней. Выгодоприобретатель имеет право уведомить страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделали это или нет страхователь или застрахованный. Не уведомление страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, согласно пп.5 п.4 ст.839 ГК, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

То есть, анализ действующих норм гражданского законодательства приводит нас к выводу, что к предмету доказывания наступления страхового случая относится, в том числе и уведомление страховщика о его наступлении, а также его своевременность. Данный момент является существенным, так как дает основание страховщику отказать в осуществлении страховой выплаты, что в свою очередь влечет судебные разбирательства.

Предметно рассматривая уведомление страховщика о наступлении страхового случая, можно остановиться на его способах (форме) и сроках.

Как следует из норм ст.835 ГК, сроки и способ уведомления устанавливаются во первых, самим договором страхования (обязательного или добровольного) и во вторых, законодательными актами об обязательном страховании. То есть, если при добровольном страховании стороны сами, по своему усмотрению, могут предусмотреть различные способы и сроки уведомления, то при обязательном страховании способы и сроки уведомления должны не противоречить установленным законом.

Так, например, согласно пп.3 п.2 ст.13 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности частных нотариусов» страхователь, незамедлительно, но не позднее пяти рабочих дней, как ему стало известно о предъявлении требования или искового заявления третьего лица о возмещении вреда, причиненного в результате совершения им нотариальных действий, обязан уведомить об этом страховщика доступным способом (устно, письменно).

Согласно пп.3 п.2 ст.12 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» страхователь в срок не позднее десяти рабочих дней, когда ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан уведомить об этом страховщика (устно, письменно). Сообщение в устной форме должно быть в последующем подтверждено письменно. Если страхователь по уважительным причинам не имел возможности выполнить указанные действия, он должен подтвердить это документально.

Согласно пп.3 п.2 ст.16 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» страхователь незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, как ему стало известно о наступлении транспортного происшествия и страхового случая, обязан уведомить об этом страховщика, с которым заключен договор обязательного страхования ответственности владельцев транспортных средств, доступным способом (устно, письменно). Сообщение в устной форме должно быть в последующем (в течение семидесяти двух часов) подтверждено письменно. В случаях, когда страхователь и застрахованный не являются одним и тем же лицом, то обязанность по информированию страховщика о наступлении страхового случая возлагается на застрахованного. Если страхователь (застрахованный) по уважительным причинам не имел возможности выполнить указанные действия, он должен подтвердить это документально.

То есть, в приведенных нормах законодательства действует общее правило о незамедлительном сообщении страховщику, в любой доступной форме о наступлении страхового случая, при этом в разных видах страхования действуют различные предельные сроки уведомления.

Данную обязанность законодатель возложил на страхователя с тем, чтобы страховые компании имели возможность с самого начала участвовать в процессе доказывания страхового случая, с целью минимизации возможных рисков, связанных с недобросовестными действиями сторон. В свою очередь, ненадлежащее уведомление страховщика о наступлении страхового случая, само по себе не влечет безусловный отказ в осуществлении страховой выплаты, а должно рассматриваться в совокупности со всеми обстоятельствами дела.

**СЕССИЯ 2: СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТРАХОВАНИИ**

**Модератор: Комиршинов Манат Галымович *-*** председатель судебной коллегии по гражданским делам Восточно-Казахстанского областного суда

**Исмаилов Ербол Жукатович**

Судья Верховного Суда Республики Казахстан.

**О некоторых вопросах определения наступления страхового случая**

Уважаемые участники семинара, в предудщих докладах уже затрагивались вопросы, которые важно иметь в виду при определении момента наступления и самого факта наступления страхового случая. Чтобы не повторяться несколько скорректирую свой доклад и больше акцентирую Ваше внимание на том, как решение этих вопросов связано с изменениями, последовательно вносившимися в Закон Республики Казахстан от 07 февраля 2005 года № 30-III ЗРК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей».

Для этого позвольте провести небольшой экскурс по изменениям, которым подвергалась редакция статьи 13 Закона Республики Казахстан от 07 февраля 2005 года № 30-III ЗРК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», и сопутствующим изменениям в некоторые другие нормы Закона, которыми определены понятия страхового случая, несчастного случая, объект этого вида обязательного страхования. Нужно это, в частности, для того, чтобы уловить, понять логику законодателя при установлении оснований для определения момента наступления страхового случая.

Как вы знаете, Закон Республики Казахстан от 07 февраля 2005 года №30-III ЗРК «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (в настоящее время – Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей») введён в действие с 01 июля 2005 года.

Прошу обратить внимание на слайды.







Последние существенные изменения внесены Законом от 27 апреля 2015 года № 311-V ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования».





****

#

# При разрешении вопроса о возложении обязанности по возмещению вреда, причинённого в результате несчастного случая с работником, имеют значение дат несчастного случая (травмирования, выявления профессионального заболевания), составления акта о несчастном случае на производстве и установления степени утраты профессиональной трудоспособности.

В изначальной редакции при прекращении договора обязательного страхования ответственности работодателя статья 13 Закона не освобождала страховщика от обязанности осуществить страховую выплату выгодоприобретателю по страховым случаям, имевшим место в период действия договора обязательного страхования.

Как видите на слайде, в редакции Закона от 30 декабря 2009 года изменено понятие страхового случая, данное в подпункте 8) статьи 1.Соответственно, внесены изменения в статью 13 Закона - в случае установления пострадавшему работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате обнаружения профессионального заболевания страховая выплата осуществляется страховщиком, заключившим договор обязательного страхования работника от несчастных случаев, в период действия которого было установлено профессиональное заболевание.

В такой редакции пункт 2 статьи 13 Закона действовал с 10 августа 2010 года по (включительно) 09 мая 2015 года.

Последними изменениями в Закон, внесёнными Законом от 27 апреля 2015 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования», определено, что в случае смерти или установления пострадавшему работнику степени утраты профессиональной трудоспособности страховая выплата осуществляется страховщиком, заключившим договор обязательного страхования работника от несчастных случаев, в период действия которого произошёл несчастный случай, - датой которого при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья является дата, указанная в акте о несчастном случае, а при установлении степени утраты профтрудоспособности в результате выявления профессионального заболевания – дата заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии.

Согласно пункту 5 статьи 2 Закона от 27 апреля 2015 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» его нормы в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения этого Закона в действие. То есть, если степень утраты профессиональной трудоспособности работника установлена после 10 мая 2015 года впервые или по результатам его переосвидетельствования, то подлежат применению нормы Закона об обязательном страховании в редакции от 27 апреля 2015 года независимо от условий действующего договора страхования и от даты страхового случая.

 Однако, ещё хотел бы довести до сведения участников круглого стола следующее. Госпожа Сейдалина Ж.К. в курсе, в Верховный Суд обращался Карагандинский областной суд с запросом о необходимости разъяснения о практике применения некоторых норм законодательства об обязательном страховании, в том числе в связи с введением в действие Закона от 27 апреля 2015 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования». Я подготовил проект ответа с соответствующими разъяснениями, но он не был подписан руководством в таком варианте. В итоге областному суду было разъяснено, что соответствующая практика будет определена по результатам рассмотрения Верховным Судом конкретных гражданских дел.

В настоящий момент такая практика сложилась по результатам рассмотрения конкретных дел и ходатайств. Ей соответствует то видение, которое излагал в своём обращении Карагандинский областной суд. Поэтому могу огласить некоторые выдержки из вышеназванной переписки и подготовленного мной и не реализованного в своё время проекта ответа.

В обращении от 15 февраля 2016 года № 3599-16-5-20/666 Карагандин-ским областным судом затронуты актуальные вопросы применения в судебной практике норм законодательства, регулирующего правоотношения по возмещению вреда, причинённого здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, связанные с введением в действие с 10 мая 2015 года ряда положений Закона от 27 апреля 2015 года № 311-V «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» (далее – Закон ЗРК № 311- V).

Первый вопрос касается случаев, когда заявлены иски работников, достигших к 10 мая 2015 года пенсионного возраста, получавших до этого возмещение утраченного заработка, но прошедших очередное переосвидетельствование после указанной даты, в результате которого продлён срок утраты профессиональной трудоспособности.

Карагандинским областным судом правильно отмечено, что в таких случаях обязанность по выплате возмещения вреда здоровью Законом возложена на работодателя и не ограничивается условием достижения работником пенсионного возраста, так как правоотношения по возмещению вреда здоровью работника возникли до 10 мая 2015 года.

Второй вопрос касается дел по искам работников, достигших к 10 мая 2015 года пенсионного возраста, получавших до этого возмещение утраченного заработка и после указанной даты не проходивших очередное переосвидетельствование (при бессрочном установлении степени утраты профессиональной трудоспособности).

Действительно, в соответствии с Законом в таких случаях обязанность по выплате возмещения вреда здоровью остаётся за страховой компанией, так как не наступили условия обратной силы закона, определённые в пункте пятом статьи 2 Закона. Данные выплаты также должны осуществляться страховой компанией пожизненно, за исключением случаев возможного последующего переосвидетельствования работника при изменении условий, когда при подтверждении соответствующего права работника обязанность по возмещению вреда возлагается уже на работодателя. Новый же Закон (за исключением случаев, указанных в пункте пятом статьи 2 Закона) распространяется только на случаи причинения вреда здоровью работника, имевшие место после 10 мая 2015 года.

Благодарю за внимание, желаю успешной работы!

**Алимбаева Сайран Мамиевна**

Судья суда г. Астаны.

 **О некоторых вопросах определения наступления страхового случая**

«Обязательное страхование работников от несчастных случаев – гарант защиты прав работника».

На сегодняшний день деятельность каждого человека так или иначе связана с риском. Именно поэтому люди стремятся защитить себя от опасности, которая угрожает им потерей жизни, здоровья и т.п., а, как известно, потребность в безопасности является второстепенной после физиологических потребностей.

Этот аспект является источником зарождения такого вида деятельности как страхование. Термин «страхование», по мнению западных философов, имеет латинское происхождение. В его основе – слова «secures» и «seincura», которые означают «беззаботный». Следовательно, страхование отображает идею предостережения, защиты и безопасности.

Страхование как специфический вид деятельности, имеет конкретное предназначение, которое определяет его роль в современных общественных социально-экономических отношениях. Огромное значение в сфере страхования имеет страхование работодателем работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

Данный вид страхования относится к обязательным видам страхования, поскольку каждый работник гарантирован государством от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

Статья 24 Конституции Республики Казахстан гласит: Каждый имеет право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд без какой-либо дискриминации, а также на социальную защиту от безработицы.

Норма основного закона об обеспечении права на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, заложена также в Трудовом кодексе Республики Казахстан, как один из главных принципов трудового законодательства (статья 4).

Трудовой кодекс прямо предусматривает право работника на возмещение вреда, причиненного здоровью в связи с исполнением трудовых обязанностей; а также обязанность работодателя на возмещение такого вреда (статьи 22, 23).

Любой руководитель несет ответственность за свой коллектив, за здоровье и жизнь работников, за финансовую безопасность. Как обезопасить себя, свою компанию и работников от внезапных финансовых потрясений, связанных с несчастными случаями на производстве? Этим вопросом задавался каждый работодатель.

В результате, возник вышеназванный вид обязательного страхования, целью которого является возмещение вреда, причиненного работнику при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

Объектом обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей (далее - обязательное страхование работника от несчастных случаев) является имущественный интерес работника, жизни и здоровью которого причинен вред в результате несчастного случая, приведшего к установлению ему степени утраты профессиональной трудоспособности либо его смерти.
 Субъектами обязательного страхования работника от несчастных случаев являются: страхователь, страховщик и выгодоприобретатель.

Целью обязательного страхования работника от несчастных случаев является обеспечение защиты имущественных интересов работников, жизни и здоровью которых причинен вред при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей, посредством осуществления страховых выплат.

Основными принципами обязательного страхования работника от несчастных случаев являются: обеспечение выполнения сторонами своих обязательств по договору обязательного страхования работника от несчастных случаев; экономическая заинтересованность работодателей в повышении безопасности труда.

Данный вид страхования в нашем государстве регулируется Законом «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 2005 года за № 30, введенного в действие с 1 июля 2005 года.  Закон регулирует общественные отношения, возникающие в области обязательного страхования работника от несчастных случаев, и устанавливает правовые, экономические и организационные основы его проведения. Он основывается на Конституции Республики Казахстан и состоит из Гражданского кодекса Республики Казахстан, Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.

Если международным договором, ратифицированным Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в данном Законе, то применяются правила международного договора.  В соответствии со ст.4 Закона, государственный надзор за деятельностью страховых организаций осуществляется  Национальным Банком Республики Казахстан в соответствии законодательством Республики Казахстан. Контроль над исполнением страхователем требований Закона осуществляется уполномоченным органом.

Особенностями  осуществления обязательного страхования работника от несчастных случаев является то, что юридическое лицо, зарегистрированное в качестве страховой организации, до получения лицензии на право осуществления обязательного страхования работника от несчастных случаев обязано иметь филиалы и (или) страховых агентов в столице, городах республиканского значения и административных центрах областей. Кроме того, не допускается деятельность, направленная на ограничение или устранение конкуренции, предоставление или получение необоснованных преимуществ по заключению договоров обязательного страхования работника от несчастных случаев одними страховщиками перед другими, ущемление прав и законных интересов страхователей.

С 10 мая 2015 года в Закон внесены изменения. В частности, изменения коснулись срока, в течение которого работодатель обязан заключить договор обязательного страхования работника от несчастных случаев со страховщиком. А именно, подпункт 1-1 пункта 2 статьи 8 Закона изложен в следующей редакции: «заключить договор обязательного страхования работника от несчастных случаев со страховщиком в течение первой декады месяца, следующего за месяцем, в котором страхователем (то есть работодателем) начато осуществление деятельности».

До внесения изменений данный срок составлял 10 рабочих дней с момента государственной регистрации юридического лица и индивидуального предпринимателя. Также были внесены изменения, касающиеся условий заключения договоров страхования. Причинами внесения изменений в этой части явились – в первую очередь, высокие выплаты по возмещению вреда, например, некоторые единовременные выплаты достигали максимальной суммы в 3 704 000 тенге (2000 МРП), и иногда они составляли до 205 % от потерянного заработка, это, конечно же, повлияло на финансовую стабильность страховых компаний. В результате указанных пичин в действующий Закон были приняты изменения.

С целью существенного снижения уровня страховых тарифов, в Законе прописана программа оптимизации страховых выплат и внедрения солидарной ответственности между страховщиком и работодателем. Теперь, возмещение вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от 5 до 29 процентов включительно, осуществляется работодателем согласно трудового законодательства РК. Если же размер установленной степени составляет от 30 до 100 процентов включительно, то данная страховая выплата осуществляется страховщиком.

Изменена и методика расчета страховой премии и страховой суммы. Так, при определении годового фонда оплаты труда, принимается во внимание ежемесячный доход каждого работника не более десятикратного минимального размера заработной платы, установленного законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, умноженный на двенадцать. Установлены ограничения и по минимальной премии. Она не должна быть менее минимального размера заработной платы. Страховая сумма увеличивается пропорционально увеличению размера страховой премии.

Изменениями разработана таблица поправочных коэффициентов, которые применяются при расчете страховой премии в случае, если у работодателя происходили несчастные случаи, при которых пострадали сотрудники.

Кроме того, для каждой категории профессионального риска установлен определенный размер страхового тарифа и установлен минимальный размер заработной платы на соответствующий год. Порядок отнесения видов экономической деятельности к классам профессионального риска устанавливается Правительством РК. Было принято исключить разделения на категории персонала (административно-управленческий персонал, производственный персонал, вспомогательный персонал), которые существовали ранее. Новыми изменениями введен единый тариф в зависимости от класса профессиоанльного риска.

Внесены уточнения требований к определению класса профессионального риска. Если страхователь осуществляет несколько видов деятельности, то он подлежит отнесению к классу профессионального риска, соответствующему основному виду деятельности. Если же данные виды деятельности равномерно распределены в общем объеме производства, то он подлежит отнесению к тому виду экономической деятельности, которому соответствует более высокий класс профессионального риска.

Данный Закон не только обязывает работодателя страховать своих работников от несчастных случаев, но и устанавливает ответственность за невыполнение этой обязанности. Так, за уклонение работодателя от заключения договора обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей предусмотрена административная ответственность, размер которой изменен новым Кодексом РК Об административных правонарушениях от 05 июля 2014 года, введенном в действие с 01.01.2015 года. Сумма административного штрафа составляет для физических лиц 20 МРП, для должностных лиц, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, для субъектов малого предпринимательства или некоммерческих организаций – 200 МРП, для субъектов среднего предпринимательства – 400 МРП, для субъектов крупного предпринимательства – 1000 МРП.

Таким образом, в целях исполнения требований законодательства Республики Казахстан во избежание административной ответственности за невыполнение таких требований, работодателям важно своевременно заключать и перезаключать на новый срок Договоры обязательного страхования работников от несчастных случаев со страховыми организациями.

**Есенгельдина Лейла Оралбековна**

Начальник отдела возмещения вреда

по Карагандинскому и Балхашскому региону ТОО «Казахмыс»

 **Проблемные вопросы при определении размера вреда,**

**причиненного здоровью работника**

Уважаемые участники круглого стола!

Как вам известно, вступившим в действие с 10.05.2015 года Законом от 27 апреля 2015 года № 311 -V внесены изменения и дополнения в Закон от 7 февраля 2005 года «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (далее - Закон).

В частности, в рамках тематики сегодняшней встречи, хотелось бы обсудить внесенные изменения в статью 19 названного Закона «Порядок определения размера вреда. Страховые выплаты по договору обязательного страхования работника от несчастных случаев», и проблемные вопросы, связанные с их реализацией в правоприменительной практике в деятельности ТОО «Корпорация Казахмыс».

I. В соответствии с п. 1 ст. 19 Закона, в редакции, вступившей в законную силу 10.05.2015г., размер среднемесячного заработка (дохода), учитываемый для расчета подлежащего возмещению утраченного заработка (дохода), не должен превышать десятикратного размера минимальной заработной платы, установленной на соответствующий финансовый год Законом О республиканском бюджете, а также ежемесячные выплаты осуществляются за минусом социальной выплаты на случай утраты трудоспособности из Государственного фонда социального страхования и подлежат удержанию и перечисляются обязательные пенсионные взносы в единый накопительный пенсионный фонд.

Кроме того, Законом предусмотрено прекращение выплат при достижении работником пенсионного возраста, чем и обусловлено удержание и перечисление обязательных пенсионных взносов.

Согласно разъяснению Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, данные нормы Закона применимы только в отношении случаев, произошедших после 10 мая 2015 года, ввиду отсутствия обратной силы Закона, и не распространения внесенных изменений на отношения, возникшие до его введения в действие. Согласно разъяснения Министерства, новые нормы не распространяются на случаи, которые произошли до введения в действие новых требований, в частности, по профессиональным заболеваниям необходимо исходить из даты заключения экспертной профпатологической комиссии (НЦГТ и ПЗ), по травмам – с даты несчастного случая.

При этом, по нашему мнению, не обеспечивается равный подход к инвалидам, в частности, к инвалидам по несчастным случаям, произошедшим до введения в действие изменений (старые случаи), ничего не удерживают и выплаты осуществляют бессрочно, а инвалидам, с которыми несчастные случаи произошли после нововведений (новые случаи), выплаты производятся за минусом социальной выплаты на случай утраты трудоспособности из Государственного фонда социального страхования, а также удерживаются и перечисляются обязательные пенсионные взносы в единый накопительный пенсионный фонд.

Считаем, что применение нововведения только к случаям, произошедшим после 10.05.2015г. противоречит ст. 2 Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» (далее - ст. 2 Закона), которым четко определено действие нововведённых норм во времени. А именно, в п. 5 ст. 2 Закона предусмотрено, что нормы Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие настоящего Закона.

Таким образом, по нашему мнению, законодатель в п. 5 статьи 2 Закона не случайно оговорил о распространении действия Закона на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие настоящего Закона, указал об этом в целях недопущения ущемления прав лиц, получающих выплаты и сохранения равного положения получателей выплат независимо от периода наступления несчастного случая как до 10.05.2015г., так и после внесения изменений.

 На сегодняшний день остается открытым и не разрешенным, вопрос: от какой даты событий необходимо отталкиваться при применении законодательства об обязательном страховании (дата несчастного случая) дата извещения НЦГТиПЗ либо дата установления УПТ).

В п. 2 ст. 13 Закона определены понятие даты несчастного случая при трудовом увечье и профессиональных заболеваниях. В предыдущей редакции Закона подобная норма отсутствовала. Однако, до настоящего времени нет единообразной практики при рассмотрении случаев, когда само событие несчастного случая произошло в период действия старой редакции Закона, а УПТ установлена после 10.05.2016г. То есть, не понятно, какую редакцию Закона применять к таким случаям.

В настоящее время, некоторые суды к подобным случаям применяют Закон в редакции до изменений, тогда как другие применяют Закон от 10.05.2015г. По этой же причине ни работодатель, ни страховщики в настоящее время не могут разрешить вопрос в досудебном порядке.

Полагаем, что необходимо выработать единую позицию, что позволит исключить обращение пострадавших в судебные органы. По ранее сложившейся судебной практике при профессиональных заболеваниях исходили из даты установления утраты профессиональной трудоспособности. Считаем, что подобное определение верно, т.к. именно со дня установления работнику УПТ возникает право на получение каких-либо выплат.

В случае несоблюдения Страхователем условий договора обязательного страхования, к примеру, не уведомления либо несвоевременного уведомления о произошедшем страховом случае, на работодателя возлагаются все обязательства, предусмотренные законодательством об обязательном страховании. Данные последствия также оговорены в п. 2 ст. 808 ГК согласно которого, при наступлении страхового случая лицо несет ответственность перед застрахованным на тех условиях, на каких должна была быть осуществлена страховая выплата при надлежащем страховании.

В таких случаях работодатель из категории Страхователя полностью переходит в категорию Страховщика и, соответственно, принимает на себя все обязательства Страховщика. По сложившейся судебной практике так и происходит.

В связи с этим, полагаем, работодатель также может применять нормы Закона наравне со Страховщиком. К примеру, при осуществлении работодателем выплат лицам со степенью УПТ 5-29% также необходимо удерживать и перечислять пенсионные отчисления, а лицам с УПТ 30-100% работодатель должен будет применить все новые положения, как и страховая компания (за минусом соц. выплаты из ГФСС и с удержанием пенсионных отчислений).

В п. 5 ст. 2 Закона предусмотрено, что нормы Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, и при рассмотрении случаев, когда само событие несчастного случая произошло в период действия старой редакции Закона, а переосвидетельствование работник прошел после 10.05.2016г.

В данном случае непонятно:

1) можно ли при продлении (переосвидетельствовании) инвалидности, лиц, с которыми произошел страховой случай и МСЭ установлена УПТ до 10.05.2015г., ежемесячные выплаты осуществлять за минусом социальной выплаты на случай утраты трудоспособности из Государственного фонда социального страхования и подлежат ли удержанию и перечислению обязательные пенсионные взносы в единый накопительный пенсионный фонд, а также можно ли производить выплаты до достижения работником пенсионного возраста;

2) можно ли в случае продления (переосвидетельствования) инвалидости, с которыми произошел страховой случай и МСЭ установлена УПТ до 10.05.2015г., при осуществлении выплат размер среднемесячного заработка, учитываемого при расчете подлежащего возмещению утраченного заработка, снижать до 10-кратного минимального заработка, в соответствии с введенными изменениями в ст. 19 Закона.

Спасибо за внимание.

**Манжуева Шолпан Серикбековна**

Судья Усть-Каменогорского городского суда

 **Обязательное страхование работника от несчастных случаев**

**при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей**

В силу требований ст. 804 ГК, сторонами по договору страхования является страхователь и страховщик. Однако на стороне страхователя кроме него самого могут одновременно выступать и третьи лица – выгодоприобретатели. При этом по договорам страхования, личность страхователя может не совпадать с личностью выгодоприобретателя (застрахованного) и в этом смысле, договор страхования принято считать договором в пользу третьего лица. Выгодоприобретатель (застрахованный) хотя и не является стороной в договоре страхования, однако с момента его заключения, он становится его участником, приобретая право, требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу. Так как, в результате наступления страхового случая, в первую очередь, затрагивались имущественные интересы выгодоприобретателя, жизни и здоровью, которого причинялся вред, подавляющее большинство исков было предъявлено именно физическими лицами, являвшимися выгодоприобретателями (застрахованными) по договорам обязательного страхования.

В основном, содержанием исков, вытекающих из договоров обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей являлись:

- требование о возложении на страховщика обязанности по переводу денежных средств в аннуитетную компанию для осуществления ежемесячных страховых выплат выгодоприобретателю и требование о взыскании со страховщика в пользу выгодоприобретателя пени;

- требование о взыскании со страховщика в пользу выгодоприобретателя единовременной страховой выплаты и неустойки;

Анализ исков (гражданских дел) свидетельствует о том, что зачастую предъявление выгодоприобретателями (застрахованными) исков к страхователю (работодателю) по требованиям о взыскании со страховщика страховой выплаты, либо к страхователю (работодателю) и аннуитетной компании по требованиям, вытекающим из неисполнения страховщиком обязательств по переводу денежных средств в аннуитетную компанию, являлось необоснованным, т.к. надлежащим ответчиком по таким делам выступал только страховщик. Однако на стадии принятия исковых заявлений к производству, несмотря на разъяснения судов, истцы намеренно отказывались указывать в них только надлежащего ответчика, которым являлся страховщик, т.к. это могло привести к изменению подсудности.

Игнорирование деления обязательств на договорные и внедоговорные стало причиной, по которой предъявляемые в суд иски о взыскании страховых выплат, ошибочно именовались исками о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, вследствие чего они предъявлялись истцами по месту их жительства или месту причинения вреда.

Действительно, иски по спорам, вытекающим из договоров страхования, тесно связаны с событиями, вследствие которых, лицам, являвшимся получателями страховых выплат, причинялся вред жизни или здоровью. Однако эти события не являлись следствием противоправных и виновных действий страховых организаций (страховщиков), влекущим за собой возникновение у них обязанности возместить причиненный вред.

Следовательно, требование об осуществлении страховой выплаты не являлось требованием о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, а страховая выплата не являлась мерой ответственности страховых организаций (страховщиков).

Обязанность страховых организаций (страховщиков) осуществить страховую выплату, возникала в силу заключенных между ними и страхователями договоров страхования, а также наступления страховых случаев. Поэтому, предъявляемые лицами, являвшимся получателями страховых выплат, иски, связанные с неисполнением страховыми организациями (страховщиками) обязательств, вытекающих из договоров страхования или законодательных актов об обязательном страховании, не являлись исками о возмещении вреда, причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, а также смертью кормильца.

При рассмотрении дел о возмещении вреда, вытекающего из договоров страхования, имели место случаи неправильного применения и толкования ими норм материального и процессуального права, что являлось основанием для изменения и отмены вынесенных ими решений в апелляционном и кассационном порядке.

В основном решения судов области отменялись и изменялись судом апелляционной и кассационной инстанций по спорам, вытекающим из договоров обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

Причиной этого являлось неправильное толкование некоторых норм Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», претерпевшего значительные изменения после введения в действие Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного и взаимного страхования, налогообложения» от 30 декабря 2009 года, № 234-IV (далее - Закон от 30 декабря 2009 года № 234-IV).

Первым в правоприменительной практике возник вопрос о том, распространялось ли действие правовых норм Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» в редакции Закона от 30 декабря 2009 года № 234-IV на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

Стоит обратиться еще к одному проблемному вопросу. В соответствии со статьей 12 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», договор обязательного страхования работника от несчастных случаев вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, установленной договором обязательного страхования работника от несчастных случаев. Договор заключается сроком на двенадцать месяцев с даты вступления его в силу, за исключением случая осуществления деятельности работодателя сроком менее двенадцати месяцев, тогда договор заключается на срок осуществления данной деятельности.

Договор обязательного страхования работника от несчастных случаев действует в течение всего срока страхования и не прекращает своего действия по первому наступившему страховому случаю.

Согласно положениям статьи 13 Закона, по истечении срока действия договор обязательного страхования работника от несчастных случаев прекращает свое действие.

По смыслу данной нормы договор страхования действует в течение срока страхования, то есть в течение времени, на который заключен договор, после чего прекращает свое действие.

На практике встречаются случаи, когда нетрудоспособность (профессиональное заболевание) работника наступает после его увольнения (по истечении срока действия договора обязательного страхования работника), но вследствие повреждения здоровья при выполнении им трудовых обязанностей. По сути, обстоятельства, влекущие страховую выплату по договору обязательного страхования работника от несчастных случаев, наступают после истечения срока действия договора. Однако причиной заболевания является то, что работник работал во вредных условиях труда. В период работы лицо было застраховано по договору обязательного страхования от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей.

 Как правило, страховые компании в подобных ситуациях отказываются добровольно выплачивать страховые платежи, ссылаясь на то, что истек срок действия договора страхования, по которому данный работник был застрахован. Суды, признавая, что страховой случай имел место в период действия договора обязательного страхования, удовлетворяют требования работников.

Выводы суда обоснованы тем, что заболевание работником получено в период работы на предприятии с вредными условиями труда. Так, согласно закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», страховой случай - это несчастный случай, произошедший с работником при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, в результате воздействия вредного и (или) опасного производственного фактора, вследствие которого произошли производственная травма, внезапное ухудшение здоровья или отравление работника, приведшие его к установлению ему степени утраты профессиональной трудоспособности, профессиональному заболеванию либо смерти, в результате воздействия опасных и (или) вредных производственных факторов.

Хотелось бы обратить внимание еще на один момент. Так, страхуя своих работников, работодатель перечисляет в компанию по общему страхованию жизни годовой фонд страховой премии за всех своих сотрудников. Если проходит год и ничего не случается, то страховая премия остается в страховой компании в качестве честно заработанных денег. Но, если вдруг с работником произойдет несчастный случай, связанный со смертью работника или какой-нибудь тяжелой травмой, то в данном случае, работодатель заключает договор аннуитета с компанией по страхованию жизни. Она, в свою очередь, должна выставить компании по общему страхованию счет, согласно которого последняя обязана выплатить ей страховую выплату в размере, равном размеру страховой премии по договору аннуитета. И перечисленная от работодателя премия отправляется в компанию по страхованию жизни с тем, чтобы затем равными аннуитетными долями в течение года быть выданной потерпевшему либо его родственникам.

Однако Законом не совсем четко урегулирован вопрос о том, кто должен производить выплаты работнику в случае продления нетрудоспособности на второй год, и в случае ликвидации работодателя. При этом возникает вопрос, почему сама страховая компания по общему страхованию жизни, с которой работодателем был заключен договор страхования, не может выплачивать работнику страховые выплаты в аннуитетном порядке.

Страховые компании, заключив договоры страхования гражданско-правовой ответственности за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении трудовых обязанностей, имея полномочия проверять действительное состояние рабочего места работника той или иной специальности, квалификацию на предмет правильного определения степени риска, обнаружив несоответствие, под угрозой увеличения риска, соответственно, размера страховой суммы, премии должны были предотвратить многие несчастные случаи на производстве, работодатель предпринял бы меры для устранения обстоятельств, влекущих увеличение этого риска.

Страховые компании не ведут разъяснительную работу на предприятиях о страховании ответственности, о правилах определения риска, о порядке возмещения вреда страховой компанией при страховом случае.

При рассмотрении споров, связанных с возмещением вреда, причиненного работнику при исполнении трудовых обязанностей, судам следует принять все предусмотренные законом меры для правильного разрешения и рассмотрения их в кратчайшие сроки. Во всех случаях нарушения трудовых прав и прав на возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении трудовых обязанностей, реагировать вынесением частных определений.

**Проф. Др. Томас Фёлцхе**

Председательствующий судья Федерального социального суда Германии, профессор Университета им. Гумбольдта в г. Берлине

 **Страховые случаи и выплаты страхового возмещения немецкими страховщиками от несчастных случаев. Примеры из практики**

Немецкое страхование от несчастных случаев осуществляется отраслевыми юридическими лицами публичного права (одной или родственных отраслей промышленности), несущими расходы по страхованию от несчастных случаев на производстве. Эти юридические лица публичного права (их всего 12 в Германии, например, в электротехнической, химической и иных отраслях экономики) финансируются из отчислений работодателей. Эти отраслевые корпорации публичного права также превентивно занимаются предотвращением опасностей, связанных с исполнением работ. Работодатель обязан извещать эти отраслевые корпорации публичного права о несчастных случаях на рабочем месте. Посредством предписанного законом страхования от несчастных случаев работодатель оплачивает обязанности по возмещению ущерба за повреждения во время исполнения работ. Но это касается только ущерба, нанесенного лицам, а не ущерба вещам.

По Закону застрахованы от несчастных случаев наряду с сотрудниками, а также обучающимися и многочисленные иные группы лиц, например, ученики и студенты. Защита страхованием от несчастных случаев действует в страховых случаях, которые возникают при осуществлении профессиональной деятельности работниками. Имеется 2 вида страховых случаев: производственный травматизм и профессиональные заболевания.

К производственному травматизму относятся также так называемые травмы, полученные по пути на работу, то есть травмы, полученные по пути между местом работы и квартирой.

Прежде всего, о несчастных случаях на производстве, закон определяет несчастный случай на производстве как несчастный случай вследствие застрахованной деятельности. Под несчастным случаем понимается ограниченное во времени событие, которое воздействует извне на тело и приводит к какому-либо повреждению здоровья или к смерти. Так называемые внутренние причины, например, сердечный инфаркт, не возмещаются как несчастные случаи на работе.

Второй вид страховых случаев это профессиональная болезнь. Профессиональные болезни это болезни, которые не являются влиянием общих жизненных рисков, а такие, которыми страдает застрахованный вследствие застрахованной трудовой деятельности. Профессиональные болезни основываются на длительных воздействиях. Относительно профессиональных болезней действует принцип «списка», это означает, что профессиональными болезнями принципиально могут быть только такие болезни, которые посредством правового предписания (или: «постановления») были включены в список профессиональных болезней. В этом Постановлении различают 6 групп: болезни, возникшие в результате химического воздействия; болезни, возникшие от физического воздействия; болезни, возникшие от возбудителей инфекций или паразитов; болезни дыхательных путей и легких, плевры, брюшины (или «перитониты», воспаления брюшины); кожные заболевания; заболевания по иным причинам.

Прежде всего, важным для немецкого правового положения является то, что не имеет значения, кто виноват в каком-то несчастном случае на работе или в профессиональном заболевании. Несущественным являются как возможная вина работодателя, так и совместная вина работника.

Для того чтобы несчастный случай был признан как трудовая травма, судебная практика требует: «внутренних или внешних связей» между осуществляемой в момент несчастного случая функцией и трудовой деятельностью. При этом ориентируются на объективированную тенденцию действий застрахованного: решающим является вопрос, хотел (планировал) ли застрахованный выполнить работу (деятельность), которая служит предприятию, на котором он работает. Здесь речь идет о том, чтобы отграничить страховую деятельность от так называемой самостоятельной хозяйственной деятельности. То, что не служит в существенной степени интересам предприятия, а в первую очередь служит собственным интересам, является в принципе незастрахованным личным делом. Как такие незастрахованные личные виды деятельности следует оценивать основополагающе - еду, питье или посещение туалетов. Относительно этих названных видов деятельности, однако, учитывается, что они являются необходимыми для сохранения рабочей силы, так что не возникает потери страховой защиты, если во время исполнения этих действий возникает, лишь незначительное по времени и месту и поэтому несущественное прерывание. Взаимосвязь, например, при посещении столовой, подтверждается. Незастрахованным, в отличие от этого, является перерыв на курение, даже и тогда, когда оно осуществляется на территории предприятия.

Сложности вызывают отграничения при так называемых смешанных видах деятельности. Смешанные виды деятельности имеют место тогда, когда как минимум одна из них выполняет условия состава застрахованного вида деятельности.

Для пояснения один пример: 1 рабочий удалял стоя на самодвижущемся подъемнике, пятна от краски на фасаде какого-то гаража. Для этого он использовал возгораемый растворитель. При закуривании сигареты загорелся растворитель. Рабочий скончался от ожогов. В судебном производстве шел спор о выплате пенсии оставшейся вдове работника. Федеральный социальный суд подтвердил наличие трудового несчастного случая, потому что личное курение неразрывно было связано с рабочей ситуацией на подъемнике*[[1]](#footnote-1)*

Следующий пункт, который нужно проверить, это каузальность («причинность»): наступивший несчастный случай должен следовать из застрахованной деятельности и повреждение здоровья должно следовать из застрахованного несчастного случая. Наличие каузальности следует подтвердить, если трудовая деятельность образует существенное условие для наступления несчастного случая, то есть как минимум равноценную причину для наступления успеха.

Каузальность несчастных случаев, например, разрушается в делах, в которых замешаны алкоголь, медикаменты, наркотики. Но четкой границы для величины в промилях, начиная с которой продажа алкоголя рассматривается как существенная причина, не существует. Также и в дорожно-транспортных авариях не действует такая жесткая граница.

Пример:*[[2]](#footnote-2)* Строитель, который был под действием алкоголя, получил удар током, когда он пытался выдернуть миксер из раствора из находящейся под током впрыскной машины для раствора, чтобы ее очистить. До этого строитель во время рабочей смены выпил 10 бутылок пива. После этого несчастного случая у него имеется повреждение мозга. Федеральный социальный суд присудил истцу полное страховое возмещение, потому что только полное опьянение приводит к отмене (или «признании недействительной, расторжении») застрахованной деятельности.

Немецкий законодатель ясно и однозначно установил, что также и нарушение законодательных запретов не ведет к исключению страховой защиты. Это также касается и нарушений предписаний по технике безопасности. Правила (инструкции) по технике безопасности это урегулирования, изданные отраслевыми союзами для защиты труда.

Пример: Застрахованный, который обслуживает машину, начинает незадолго до окончания рабочего дня процесс очистки машины, хотя машина еще включена. Тем самым он нарушает основополагающие правила по технике безопасности, которые ему хорошо известны. Он, тем не менее, делает это для того, чтобы своевременно закончить работу. Из-за того, что он схватился за машину, он потерял свою правую руку. Но также и здесь он не будет лишен страховой защиты.

Вина работника в возникновении трудового несчастного случая имеет значение для возмещения ущерба отраслевыми корпорациями публичного права только тогда, когда страховой случай возник во время такого действия застрахованного, за которое он был осужден уголовным судом. Даже и для такого случая частично он может получить возмещение - на усмотрение отраслевой корпорации публичного права.

Отраслевые союзы обязаны устанавливать наступление трудовых несчастных случаев или профессиональной болезни по долгуслужбы и независимо от того, должны ли быть уже в данный момент оплачены страховые выплаты. Для этого они привлекают медицинские экспертизы относительно причинных связей и установления размера потери трудоспособности. Важным является, что для наступления трудового несчастного случая основополагающе необходимо так называемое полное доказывание. Напротив, для установления каузальности («причинности») хватает достаточной вероятности для установления каузальности. Тем самым учитывается сложность для установления медицинских взаимосвязей.

Перейдем теперь к обзору требований работника по поводу выплаты при наступлении страхового случая. Имеется 2 группы выплат: с одной стороны, выплаты для восстановления здоровья и профессиональной интеграции работника, с другой стороны, выплаты по возмещению ущерба.

Например, Работник, который в последнем примере потерял руку, более не может долгосрочно осуществлять свою предыдущую деятельность. Ранее он зарабатывал регулярно 2.000 евро реальной зарплаты («чистыми»).

Застрахованный работник имеет право требования на врачебное лечение; тем самым это соответствует условиям медицинского страхования. Так как застрахованный работник более не может делать свою прежнюю работу, он имеет право требования на мероприятия по переобучению. Во время лечения и мер по его дальнейшей трудовой интеграции (переобучения ) работник имеет право на страховое возмещение, выплачиваемое при наступлении несчастного случая. Это возмещение составляет, как правило, 100% реальной последней зарплаты, то есть в нашем случае 2.000 евро. Это возмещение выплачивается на срок до 78 недель.

Главная компенсация это денежное пособие лицу, утратившему трудоспособность. Это пособие первоначально выплачивается в течение 26 недель с момента наступления страхового случая. Оно выплачивается, чтобы выровнять снижение трудоспособности на общем рынке труда. Расчет пособия зависит в первую очередь от двух факторов: процента уменьшения трудоспособности и последнего получаемого заработка. Если работник из-за несчастного случая стал безработным и не получает дохода, то этот срок увеличивается, и пособие выплачивается в течение срока до 2 лет.

Установление снижения трудоспособности следует принципу абстрактного расчета ущерба, так как речь идет о сниженных возможностях работать в сфере труда. Действительно ли это фактически приведет к потере дохода, для выплаты этого пособия не является существенным. Понесенный ущерб (убыток) оценивают на основании величин из опыта и относят к какой-то определенной степени снижения трудоспособности. Эти опытные величины зафиксированы в таблицах. При снижении трудоспособности на 100% компенсируется так называемое полное пособие. Оно составляет две трети от последнего годового заработка. Если снижение трудоспособности менее 100% из 100, то пособие выплачивается в ставке в соотв. процентном отношении к полному пособию.

В соответствие с нашим примером это означает: Потеря 1 руки соответствует снижению трудоспособности на 80%. Последняя реальная зарплата составляла 24.000 евро в год. Полное пособие составляло бы 16.000. в год. Так как следует предполагать потерю 80% трудоспособности, то годовое пособие составляет 12.800. Этосоответствует 1.066 вмесяц.

Размер пособия ежегодно приводится в соответствие с изменением цен. Оно выплачивается работнику до его смерти. Изменение, конечно, может возникнуть в случае, если состояние здоровья застрахованного улучшится или ухудшится. Тогда отраслевая корпорация публичного права имеет право привести выплату пособия в соответствие с новой процентной ставкой.

Если работник умирает в связи с несчастным случаем на работе, то вдове и детям при определенных обстоятельствах выплачиваются пенсии.

Все сказанное – для Вашего обзора, я заранее рад Вашим вопросам

**Мягкова Галина Борисовна,**

начальник бюро г. Риддера

Управления корпоративного юриста ТОО «Казцинк»

 **Актуальные вопросы возмещения вреда, причиненного работнику**

 **при исполнении им трудовых обязанностей**

Тема сегодняшнего семинара имеет высокую актуальность для промышленного сектора, в частности компании Казцинк, выступающей в качестве Страхователя по договорам обязательного страхования работников от несчастных случаев при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей. В настоящее время Компания страхует более 22 000 работников и оплачивает страховую премию Страховщикам более 700 млн. тенге.

Законодатель определяет страхование как возмездное имущественное отношение, в рамках которого страховщик предоставляет за плату в виде страховой премии страхователю страховую защиту, выражаемую в материальном аспекте страховой выплатой, производимой страховщиком за счет своего имущества при наступлении страхового случая, что дает страхователю чувство защищенности. В свою очередь под страховой защитой понимается обеспеченная юридическим обязательством потенциальная готовность страховщика предоставить застрахованному лицу при наступлении страхового случая материальное обеспечение в виде страховых и иных предусмотренных страхованием выплат, что придает этому лицу чувство защищенности и уверенности в своем будущем.

Однако, в имеющихся в нашем распоряжении судебных решениях весьма очевидна проблема неисполнения либо ненадлежащего исполнения основной обязанности страховщика - осуществления им страховой выплаты. Практика знает довольно много случаев, когда страховщики по формальным, а часто и просто надуманным, предлогам отказывали страхователям (выгодоприобретателям) в ее получении.

За последние десять лет нормы законодательства, регламентирующие вопросы страхования претерпевали значительные изменения, менялась и судебная практика по спорам о вопросах страхования.

В частности, в связи с введением изменений и дополнений Законом Республики Казахстан от 30 марта 2011 года, в статью 938 Гражданского кодекса, внесено дополнение пунктом 6 о перерасчете сумм возмещения утраченного заработка при увеличении работодателем размера средней заработной платы работника.

Судами Восточно-Казахстанской области, ответственность за осуществление дополнительных выплат, связанных с повышением заработной платы пострадавших работников возложена на страховые компании, состоящие в договорных отношениях с ТОО «Казцинк» по договорам обязательного страхования на момент наступления страхового случая.

Постановлениями Верховного Суда от июля 2016 года, некоторые решения признаны противоречащими требованиям норм материального права и подлежащими отмене. Что явилось основанием для страховых компаний обратиться в судебные органы, с требованиями о пересмотре вступивших в законную силу судебных решений по новым обстоятельствам.

При этом, ни в одном случае, понесенные расходы страховых компаний на возмещение вреда пострадавшим работникам не превысили страховую сумму, установленную договорами страхования, которая, согласно Гражданского кодекса, является суммой денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая.

 Помимо отмененных Постановлениями Верховного Суда решений Восточно-Казахстанских судов, имеются и Постановления Верховного Суда РК от 2015 года, января 2016 года, согласно которым суд не усматривает в судебных актах нарушений норм материального и процессуального права, поскольку «стороны договора страхования определили для себя, что размер страховой выплаты определяется на условиях Гражданского кодекса, следовательно, правила определения объема и размера страховой выплаты не приобрели для сторон значения условия договора». Указанные судебные акты также на сегодняшний день имеют обязательную силу на всей территории Республики.

Таким образом, в связи с отсутствием единой правоприменительной практики по вопросам страхования гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работников при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей не разрешены вопросы между Страховщиком и Страхователем об ответственности доплаты сумм перерасчета возмещение вреда здоровью по правилам пункта 6 ст. 938 ГК, действовавшей до 10.05.2015 года.

2) Направляя в судебные органы заявления о пересмотре вступивших в законную силу, исполненных решений судов, страховые компании ссылаются на Постановления Верховного Суда, отменившие указанные судебные акты как на новые обстоятельства.

Заявление о пересмотре по новым обстоятельствам вступивших в законную силу судебных актов может быть подано только по основаниям, исчерпывающий перечень которых содержится в статье 455 Гражданского процессуального кодекса. Данный перечень оснований является исчерпывающим и расширительному толкованию не подлежит.

Исходя из буквального толкования п. 1 ст. 455 ГПК, основанием пересмотра являются юридические факты, которые фактически существовали на момент вынесения судебного акта судами первой, апелляционной инстанции, о пересмотре которого подано заявление, но не были известны и не могли быть известны заявителю. Данный вывод согласуется с п.1 Нормативного постановления Верховного Суда от 25.12.2007 года № 12 «О некоторых вопросах пересмотра судебных актов по гражданским делам по вновь открывшимся обстоятельствам». Согласно п. 10 указанного Постановления «обстоятельства, возникшие после вынесения судебного акта, не являются основанием к пересмотру судебного акта по вновь открывшимся обстоятельствам».

Согласно ст. 5 Гражданского процессуального кодекса, гражданское судопроизводство осуществляется на основе принципов, одним из которых является принцип законности, означающий, что при рассмотрении и разрешении гражданских дел суд обязан точно соблюдать требования Конституции РК, конституционных законов РК, кодекса, других нормативных правовых актов, подлежащих применению международных договоров РК. В связи с чем, основным источником права является закон (нормативный правовой акт), а не судебный прецедент.

3) Необходимо отметить, что целью заключения договоров обязательного страхования ответственности работодателя, является обеспечение защиты имущественных интересов работников, жизни и здоровью которых причинен вред при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей, посредством осуществления страховых выплат, путем заключения договора и оплатой страхователем (работодателем) страховой премии.

 Заключив договора обязательного страхования, Компания «Казцинк» застраховала свою гражданско-правовую ответственность в соответствии нормам действующего законодательства Республики Казахстан, при этом, не разделяя ответственность на части, как утверждают страховые компании.

В связи с отменой судебных актов Восточно-Казахстанских судов Постановлениями Верховного суда от июля 2016 года, страховые компании обращаются в суд с требованием взыскания со страхователя разницы между осуществленной страховой выплатой и выплатой взысканной с аннуитетной компании по повороту исполнения решения. При этом страховые компании ссылаются на наличие в действиях страхователя (Компании Казцинк) необосновательного обогащения и просят суды взыскать данные суммы в порядке регресса.

При этом, условия права обратного требования установлены в заключенных между Страховщиком и Страхователем договорах и определены лишь двумя случаями: 1) если ответственность Страхователя наступила вследствие его умышленных действий, направленных на возникновение страхового случая; 2) при умышленном непринятии Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая.

Статья 953 ГК раскрывает основные признаки и основания возникновения подобного обязательства - лицо (приобретатель), которое без установленных законодательством или сделкой оснований приобрело или сберегло имущество (неосновательно обогатилось) за счет другого лица (потерпевшего), обязано возвратить последнему неосновательно приобретенное или сбереженное имущество, за исключением случаев, предусмотренных статьей 960 Кодекса.

Обогащение в юридическом смысле, имеется лишь тогда, когда произошло увеличение или расширение соответственной имущественной сферы, увеличение юридически действительное, т.е., обогащение за счет другого налицо тогда, когда имущество одного субъекта, составляющее совокупность принадлежащих ему частноправовых материальных прав, возросло за счет таких же прав другого объекта.

Неосновательность обогащения является одним из существенных условий возникновения данного обязательства. При этом, в рассматриваемом обязательстве, обогащение означает приобретение или сбережение мнимой собственности. Имущество, приобретенное или сбереженное у одного лица за счет другого не должно основываться на законе, ином правовом акте или сделке, т.е. при нормальном гражданском обороте у обогатившегося лица не возникло бы право собственности на спорную вещь.

Таким образом, материальным законом установлено, что для применения данной нормы закона необходимо отсутствие оснований (договорных или установленных законодательством).

В свою очередь, основанием для выплаты страховых премий страховыми компаниями послужили вступившие в законную силу судебные решения.

В соответствии со ст.7 ГК судебное решение является одним из оснований возникновения гражданских прав и обязанностей. В связи с чем, решения Восточно-Казахстанских судов до их отмены являлись законным основанием к возникновению обязательств по выплате страховыми компаниями страховых премий по договорам аннуитета в пользу пострадавших работников ТОО «Казцинк».

Кроме того, указанные деньги были получены не предприятием, а выгодоприобретателями - пострадавшими работниками в результате вступивших в законную силу судебных актов.

В связи с тем, что суммы выплаченные пострадавшим работникам и полученные ими на руки в качестве возмещения вреда причиненного здоровью не подлежат взысканию, так как в соответствии с п. 3 ст. 960 Гражданского кодекса, не подлежат возврату в качестве неосновательного обогащения денежные суммы и иное имущество, предоставленные гражданину, при отсутствии недобросовестности с его стороны, в качестве средств для существования и использованные приобретателем.

Таким образом, исполнив обязательства, предусмотренные законодательством, заключив договор обязательного страхования, произведя своевременно и в полном объеме перевод страховых сумм, страхователь сегодня вынужден доказывать отсутствие в своих действиях необосновательного обогащения. А в случае принятия судами позиции страховых компаний, производить выплату в порядке регресса.

4) Законом от 27 апреля 2015 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» внесены изменения в ряд законодательных актов, в том числе и Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей».

Изменения в страховом законодательстве, принятые в поддержку страхового сектора, не отвечают интересам страхователей, так как в связи с переходом на новую систему возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника, при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей, предусматривающую разделение материальной ответственности между государством, работодателем и страховой организацией, основная часть выплат возложена на работодателей, а именно:

1. в соответствии с Законом от 07.02.2005 г. № 30-III ЗРК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (далее - Закон РК ОСРНС) обязан ежегодно заключать договор страхования работника от несчастных случаев и уплачивать по нему страховую премию.

2. в соответствии с Трудовым кодексом, работодатель обязан самостоятельно возмещать вред пострадавшим работникам, которым установлена (продлена) степень утраты профессиональной трудоспособности от 5 % до 29 % включительно, что составляет большую часть случаев утраты трудоспособности.

3. вместе с тем, исходя из судебной практики, суды обязывают работодателей выплачивать пострадавшим, которым установлена степень утраты профессиональной трудоспособности от 30 % до 100 % включительно, разницу между получаемыми страховыми выплатами, рассчитанными с учетом десятикратного размера минимальной заработной платы и фактической заработной платой пострадавшего.

Страховая компания, в свою очередь, несет обязательства по осуществлению выплат пострадавшим, которым в результате несчастного случая, связанного с трудовой деятельностью, установлена степень утраты профессиональной трудоспособности от 30 % до 100 % включительно.

Исходя из изложенного, считаем, что первоначальная цель принятия Закона "Об обязательном страховании ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей", которой являлось создание основы для социальных гарантий и защиты работающих, получивших трудовые увечья, которая должна способствовать уменьшению тяжести социально-экономических последствий производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, утратила свою актуальность, так как исходя из действующего законодательства и судебной практики интересы страхователей и выгодоприобретателей не находятся под должной защитой.

В связи с вышеизложенным, уважаемые участники семинара, полагаем, очевидна необходимость обобщение споров по данной категории дел посредством принятия нормативного постановления Верховного Суда.

**Максутов Данияр Ныгметович**

Судья Шахтинского городского суда Карагандинской области

 **Пределы отвественности страховых компаний по выплате страховых сумм при несчастном случае на производстве**

Страховая выплата - эта сумма денег, выплачиваемая страховщиком выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая. Таким образом, страховая выплата за вред, связанный с гибелью работника или повреждением его здоровья, производится в размере реального вреда, но не более страховой суммы, установленной договором обязательного страхования.

Страховые выплаты осуществляются в связи с наступлением страхового случая.

Страховым случаем является:

• установление степени утраты профессиональной трудоспособности работника;

• профессиональное заболевание;

• смерть работника.

Кто вправе обратиться с требованием о страховой выплате?

Требование о страховой выплате к страховщику предъявляется страхователем (работодателем) или иным лицом, являющимся выгодоприобретателем, в письменной форме. В данном случае выгодоприобретателем является пострадавший работник (в случае его смерти - лицо, имеющее согласно законам Республики Казахстан право на возмещение вреда в связи со смертью работника), а также страхователь или иное лицо, возместившие выгодоприобретателю причиненный вред в пределах объема ответственности страховщика, установленного настоящим Законом, и получившие право на страховую выплату.

Какие документы необходимо приложить к заявлению о страховой выплате?

1) В случае установления степени утраты профессиональной трудоспособности:

• копия договора страхования;

• акт о несчастном случае;

• копия документа, удостоверяющего личность пострадавшего работника;

• копия справки территориального подразделения уполномоченного органа об установлении утраты профессиональной трудоспособности;

• копия справки территориального подразделения уполномоченного органа о нуждаемости в дополнительных видах помощи и ухода;

• копия заключения врачебно-консультационной комиссии лечебной организации о расходах, понесенных работником сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

• копия справки территориального подразделения уполномоченного органа о сумме назначенной социальной выплаты на случай утраты общей трудоспособности либо об отказе в ее назначении;

• копия документа, подтверждающего наличие профессионального заболевания;

• копия документа, подтверждающего размер заработной платы пострадавшего работника за проработанный им период, но не более двенадцати месяцев, заверенная работодателем;

2) в случае смерти работника:

• копия договора страхования;

• акт о несчастном случае;

• нотариально засвидетельствованная копия свидетельства о смерти работника;

• нотариально засвидетельствованная копия документа, подтверждающего право выгодоприобретателя на возмещение вреда в случае смерти работника;

• копия документа, удостоверяющего личность выгодоприобретателя;

• копия документа, подтверждающего размер заработной платы за проработанный погибшим работником период, но не более двенадцати месяцев, заверенная работодателем;

Также могут быть приложены документы, понесенные страхователем в целях предотвращения или уменьшения убытков при наступлении страхового случая, при их наличии (статья 20 Закона "Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей"- далее Закон).

Обратить внимание: Истребование страховщиком дополнительно других документов от страхователя либо выгодоприобретателя не допускается.

Дополнительные расходы. Возмещение дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья работника в случае установления ему степени утраты профессиональной трудоспособности, осуществляется страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы, представленных работником либо лицом, понесшим эти расходы. При этом возмещению страховщиком не подлежат расходы, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения. В случае смерти пострадавшего работника лицу, осуществившему его погребение, страховщиком возмещаются расходы на погребение в размере ста месячных расчетных показателей.

 Страховые выплаты по возмещению дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья, осуществляются страховщиком в пределах размеров, установленных настоящим пунктом, в течение семи рабочих дней с момента представления работником либо лицом, понесшим эти расходы, документов, подтверждающих эти расходы.

Совокупный размер страховых выплат по возмещению дополнитель-ных расходов, вызванных повреждением здоровья, не может превышать следующие размеры (в месячных расчетных показателях, установленных на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюдже-те):

1) при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности от тридцати до пятидесяти девяти процентов включительно – 500;

2) при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности от шестидесяти до восьмидесяти девяти процентов включительно – 750;

3) при установлении степени утраты профессиональной трудоспособности от девяноста до ста процентов включительно – 1 000.

Размер выплат при утрате трудоспособности и его увеличение. Важным элементом возмещения вреда, причиненного здоровью гражданина, помимо компенсации расходов на лечение и возмещения морального вреда, является возмещение утраченного потерпевшим заработка, который он имел или определенно мог иметь. Каким образом производится расчет утраченного заработка? В каких случаях этот размер может быть увеличен? В каких случаях требуется расчет утраченного заработка при повреждении здоровья?

2.1. Размер вреда, связанного с утратой заработка (дохода) в связи с повреждением здоровья во всех случаях должен производиться в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Республики Казахстан (особенная часть). Данное правило применяется в случаях:

• страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок менее одного года, осуществляется страховщиком ежемесячно на основании договора аннуитета (в соответствии с пунктом 1 статьи 19 Закона);

• страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок один год и более, осуществляется в виде аннуитетных выплат в пользу работника в течение срока, равного сроку установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника в соответствии с договором аннуитета, заключенным со страхователем в соответствии со статьей 23 настоящего Закона, но не более срока достижения работником пенсионного возраста, установленного законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении;

• непосредственных платежей со стороны работодателя, признанного виновным за причиненный вред (в случаях когда отсутствует договор страхования работников, вред причинен до введение в действие закона);

• непосредственных платежей со стороны иного причинителя вреда (когда причиненный вред не связан с трудовыми отношениями).

Порядок определения утраченного заработка (дохода). Общий порядок определения заработка (дохода), утраченного в результате повреждения здоровья, установлен статьей 938 Гражданского кодекса.

В соответствии с ней подлежащего возмещению утраченного заработка (дохода) определяется в процентах к среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до наступления утраты трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии ее - общей трудоспособности.

Что включается в состав утраченного заработка (дохода)? В состав утраченного заработка (дохода) включаются все виды оплаты труда по трудовым и гражданско-правовым договорам как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые индивидуальным подоходным налогом. Не учитываются выплаты единовременного характера (компенсации за неиспользованный отпуск, выходное пособие при увольнении и другие). За период временной нетрудоспособности и отпуска по беременности и родам учитывается выплаченное пособие. Доходы от предпринимательской деятельности, а также авторский гонорар включаются в состав утраченного заработка, при этом доходы от предпринимательской деятельности включаются на основании данных органа государственных доходов. Все виды заработка (дохода) учитываются в суммах, начисленных до удержания налогов.

 Расчет среднемесячного заработка. Среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за двенадцать месяцев работы, предшествовавших повреждению здоровья либо наступлению утраты трудоспособности, на двенадцать.

Расчет заработка, если работник работал менее 12 месяцев. В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда работал менее двенадцати месяцев, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы заработка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. Неполностью проработанные потерпевшим месяцы по его желанию заменяются предшествующими полностью проработанными месяцами либо исключаются из подсчетов при невозможности их замены.

Расчет заработка, если работник работал менее 1 месяца. Если работник проработал менее одного полного месяца, то заработок за все проработанное время делится на число проработанных дней и полу-ченная сумма умножается на число рабочих дней в месяц, исчисленное в среднем за год.

Расчет заработка, если потерпевший не работал. В случае, когда потерпевший на момент причинения вреда не работал, учитывается по его желанию заработок до увольнения либо обычный раз-мер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее десятикратного установленного законодательными актами (МРП).

Учет изменений в заработке потерпевшего. Если в заработке (доходе) потерпевшего до причинения ему увечья или иного повреждения здоровья произошли устойчивые изменения, улучшающие его имущественное положение (повышена заработная плата по занимаемой должности, переведен на более высокооплачиваемую работу, поступил на работу после окончания учебного заведения и в других случаях, когда будет доказана устойчивость изменения или возможность изменения оплаты труда потерпевшего), при определении его среднемесячного заработка (дохода) учитывается только заработок (доход), который он получил или должен был получить после соответствующего изменения.

Увеличение размера возмещения. Статьями 283 и 943 Гражданского кодекса, предусмотрена необходимость увеличения возмещения вреда в связи с повышением стоимости жизни. Сумма, выплачиваемая по денежному обязательству непосредственно на содержание гражданина (возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, по договору пожизненного содержания и другие), ежегодно увеличивается пропорционально среднему значению прогнозируемого уровня инфляции.

Статья 943 Гражданского кодекса, предусматривает, что суммы возмещения вреда, выплачиваемые гражданам в связи с повреждением здоровья или смертью потерпевшего, ежегодно увеличиваются пропорционально среднему значению прогнозируемого уровня инфляции. Справку об изменении индекса потребительских цен можно получить в местном органе статистики. Общая информация об индексах цен размещается на сайте.

Споры, связанные с размером и увеличением выплат. При невозможности добровольного урегулирования вопроса о размере выплат, степени утраты трудоспособности, степени вины причинителя вреда, увеличении размера страховых выплат споры разрешаются в судебном порядке.

В случае, если будет установлено неправильное определение размера выплат, потерпевший имеет право на их перерасчет в пределах последних 3-лет, соответствующих сроку исковой давности.

3. Основания для отказа в страховой выплате пострадавшему работнику. При возникновении несчастных случаев на производстве, пострадавший работник имеет право на получение страховых выплат со стороны страховой компании, заключившей договор с работодателем. Всегда ли страховая компания обязана производить страховые выплаты? Существуют ли у страховщика возможности отказать в страховой выплате? Обязан ли страховщик известить об отказе пострадавшего работника?

 Пунктом 7 статьи 839 Гражданского кодекса, предусмотрено, что решение об отказе в страховой выплате принимается страховщиком и сообщается страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

Подпункт 5 пункта 2 статьи 9 Закона, обязывает страховщика в случае принятия решения об отказе в страховой выплате направить выгодоприобретателю в течение 7 рабочих дней со дня получения заявления и всех документов, предусмотренных пунктом 2 статьи 20 настоящего Закона, в письменной форме мотивированное обоснование причин отказа

Таким образом, для отказа страховой компании в страховых выплатах необходимым условием является наличие письменного отказа, предоставленного в 7-дневного рабочего дня, а также мотивированные причины этого отказа.

Статьей 22 Закона установлено, что страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Гражданским кодексом, а также при наступлении случаев, предусмотренных пунктом 3 статьи 186 Трудового кодекса.

Согласно пункту 1 статьи 839 Гражданского кодекса, страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

1) умышленных действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретате-ля, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым слу-чаем.

В соответствии с пунктом 4 статьи 839 Гражданского кодекса, основа-нием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

• сообщение страхователем страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

• умышленное непринятие страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая;

• получение страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка;

• воспрепятствование страхователем страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

• неуведомление страховщика о наступлении страхового случая;

• отказ страхователя от своего права требования к лицу, ответственно-му за наступление страхового случая, а также отказ передать стра-ховщику документы, необходимые для перехода к страховщику права требования. Если страховое возмещение уже было выплачено, страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;

• другие случаи, предусмотренные законодательными актами.

 Согласно пункту 3 статьи 186 Трудового кодекса, не подлежат учету как несчастные случаи, связанные с трудовой деятельностью, повреждения здоровья работников, в ходе расследования которых объективно установлено, что они произошли:

1) при выполнении пострадавшим по собственной инициативе работ или иных действий, не входящих в функциональные обязанности работни-ка и не связанных с интересом работодателя, в том числе в период междусменного отдыха при работе вахтовым методом, перерыва для отдыха и приема пищи;

 2) в случае, когда основной причиной явилось состояние алкогольного опьянения, употребления пострадавшим токсических и наркотических веществ (их аналогов);

3) в результате преднамеренного (умышленного) причинения вреда своему здоровью, а также при совершении пострадавшим уголовного правонарушения;

4) из-за внезапного ухудшения здоровья пострадавшего, не связанного с воздействием производственных факторов, подтвержденного медицинским заключением.

Таким образом, основания для отказа в страховой выплате строго регламентированы законодательством Республики Казахстан. Иные основания отказа являются незаконными и могут быть обжалованы.

**Бертисканова Гульнара Турсуновна**

Судья Карагандинского областного суда

 **Судебная практика по гражданским делам по применению законодательства о страховании ответственности работодателя за вред, причиненный работнику при исполнении им трудовых обязанностей**

При рассмотрении дел о возмещении вреда, вытекающих из договоров страхования в 2015-2016 годах имели место случаи неправильного применения и толкования судами Карагандинской области норм материального и процессуального права, что являлось основанием для изменения и отмен вынесенных судебных актов.

В связи с постоянными изменениями законодательства, регулирующего вопросы страхования работников от несчастных случаев при исполнении ими трудовых обязанностей, нестабильностью и неоднозначностью судебной практики, суды области испытывали последние два года определенные сложности в формировании единообразной судебной практики по рассмотрению дел данной категории.

При рассмотрении дел данной категории судам, прежде всего, необходимо исходить из того, какой материальный закон подлежит применению к спорным правоотношениям, поскольку в ГК нет специальных норм, определяющих основные страховые понятия, содержащиеся в Законах о страховой деятельности.

Споры о взыскании единовременной страховой выплаты. В правоприменительной практике возникает вопрос, распространяется ли действие пункта 2 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей», в редакции Закона от 30 декабря 2009 года, на правоотношения, возникшие из ранее заключенных договоров, т.е. до 09.08.2010 года?

Пункт 2 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей» в редакции Закона от 30.12.2009 года, как указано, введен в действие с 09.08. 2010 года. Таким образом, в Законе не содержится прямого указания на то, что действие этого пункта распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

В этом случае, в соответствии с п. 2 ст. 4 ГК его действие не распространяется на права и обязанности в отношениях, возникших из ранее заключенных договоров, и отношения сторон по договору, заключенному до введения в действие акта гражданского законодательства, регулируются в соответствии с п.2 статьи 383 ГК (если после заключения договора законодательством устанавливаются обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда законодательством установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров).

Эти положения содержатся в Обобщении судебной практики рассмотрения гражданских дел о возмещении вреда, вытекающих из договоров страхования, проведенном в августе 2013 г. надзорной коллегией по гражданским и административным делам Верховного Суда. Как указано в обобщении, правомерность применения п.5 ст.11 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей» в качестве основания для взыскания единовременной страховой выплаты вызывает сомнения. Недопустимо расширительное толкование п.5 ст.11 Закона (если договор обязательного страхования работника от несчастных случаев заключен на условиях, ухудшающих положение страхователя или выгодоприобретателя по сравнению с тем, которое предусмотрено настоящим Законом, то при наступлении страхового случая страховщик несет обязательства перед страхователем и выгодоприобретателем на условиях, установленных настоящим законом). Правила этой нормы применяются к договорам обязательного страхования, срок действия которых истек до внесения изменений в законодательство.

Таким образом, как указано в обобщении, действие п.2 ст. вышеуказанного 19 Закона не распространяется на права и обязанности в отношениях, возникших из ранее заключенных договоров (до 09.08.2010 г.).

Так, например, постановлением надзорной судебной коллегии по гражданским и административным делам Верховного суда Республики Казахстан от 04 декабря 2014 г. отказано в возбуждении надзорного производства по пересмотру решения Сатпаевского городского суда Карагандинской области от 14 апреля 2014 г., постановления апелляционной судебной коллегии от 19 июня 2014 г. и кассационной судебной коллегии Карагандинского областного суда от 25 августа 2014 г. по иску Тлегенова Б.С. к ТОО « Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» и АО СК « Казахмыс» о взыскании страховой выплаты.

Как было установлено из материалов дела, истец получил трудовое увечье 23 июня 2008 г. и согласно справки МСЭ от 17 апреля 2013 г. истцу установлена 2 группа инвалидности по причине трудового увечья с определением степени утраты профессиональной трудоспособности – 80%. Выводы судов об отказе в удовлетворении иска признаны правильными.

Суды Карагандинской области при рассмотрении дел этой категории исходили из вышеприведенных положений Обобщений судебной практики рассмотрения гражданских дел о возмещении вреда, вытекающего из договоров страхования, проведенных в августе 2013 г. надзорной коллегией по гражданским и административным делам Верховного Суда РК, которое согласуется с нормами гражданского законодательства, в частности, п.2 ст.4 и п.2 ст.383 ГК.

Изменение в надзорном порядке судебных актов, постановленных судами Карагандинской области, по этой категории споров.

Вместе с тем, следует отметить, что практика Верховного Суда по этой категории споров неоднозначна. Так, вопреки вышеуказанной позиции Верховного Суда ранее, постановлением надзорной коллегии по гражданским и административным делам Верховного суда Республики Казахстан от 25 ноября 2014 года были (до принятия вышеуказанного постановления от 04 декабря 2014 г.) были изменены судебные акты, состоявшиеся по иску Елебаева Е. С. к ТОО « Корпорация Казахмыс» и АО СК « Казахмыс» в части отказа в удовлетворении требований истца о взыскании с АО СК «Казахмыс» единовременной страховой выплаты в связи с утратой профессиональной трудоспособности с вынесением в этой части нового решения об удовлетворении иска.

При этом указано, что Законом «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей» в редакции от 30.12.2009 года внесены изменения, которыми установлен новый порядок определения страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья, введена единая страховая выплата в пределах от 500 до 2000 МРП, в зависимости от степени утраты профессиональной трудоспособности. Данная страховая выплата не зависит от фактически понесенных пострадавшим работником расходов и производится единовременно. Условия договора страхования ухудшают положения работника, так как в соответствии с пунктом 2 статьи 808 ГК, если лицо, на которое возложена обязанность страхования, не осуществило его или заключило договор страхования на условиях, ухудшающих положение застрахованного по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательными актами, это лицо при наступлении страхового случая несет ответственность перед застрахованным на тех же условиях, на каких должна была бы быть осуществлена страховая выплата при надлежащем страховании.

Применительно к данному спорному правоотношению, пункт 5 статьи 11 Закона от 30.12. 2009 года предусматривает, что если договор обязательного страхования работника от несчастных случаев заключен на условиях, ухудшающих положение страхователяил выгодоприобретателя по сравнению с тем, которое предусмотрено Законом, то при наступлении страхового случая страховщик несет обязательства перед страхователем и выгодоприобретателем на условиях, установленных настоящим Законом. Вышеуказанные положения норм Закона № 30 - 111 от 30.12.2009 года корреспондируются и с пунктом 2 статьи 819 ГК, согласно которому размеры страховых сумм устанавливаются договором, при обязательных видах страхования они не могут быть менее размеров, установленных законодательными актами.

Аналогичные постановления со ссылкой на эти нормы гражданского законодательства и Закона № 30 - 111 от 30.12.2009 года приняты надзорной судебной коллегией по гражданским и административным делам Верховного суда 05.08.2015 года и 29.12.2015 года по искам Абсаликова М.А. и Достиярова Б. М. к ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО СК «Казахмыс» о взыскании единовременной страховой выплаты.

Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Верховного суда РК от 24.02.2016 г. отменены состоявшиеся судебные акты нижестоящих судов об отказе во взыскании единовременной выплаты по иску Аяшова А. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО СК «Казахмыс», принято новое решение. Иск удовлетворен с взысканием страховой выплаты в сумме 1 909 500 тенге со ссылкой на эти же нормы гражданского законодательства и Закона РК №30-111 от 30.12.2009 г.

Следует отметить, что постановлением надзорной судебной коллегии по гражданским и административным делам Верховного суда от 14.12.2015 г. отказано в возбуждении надзорного производства по пересмотру судебных актов по делу по иску Зикеева С.Г. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО СК «Казахмыс» о взыскании единовременной страховой выплаты. Признаны правильными судебные акты, которыми было отказано во взыскании единовременной страховой выплаты, со ссылкой на то, что действие закона не распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

Решение суда первой инстанции изменено, отменено в части взыскания единовременной страховой выплаты с вынесением в этой части нового решения об отказе в иске.

Апелляционной судебной коллегией по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда 13 апреля 2015 года изменено решение Жезказганского городского суда Карагандинской области от 9 февраля 2015 года по иску Печерского А. М. к АО «Страховая компания «Казахмыс» и ТОО «Корпорация Казахмыс» о взыскании единовременной страховой выплаты. Решение суда первой инстанции отменено в части взыскания с АО «Страховая компания «Казахмыс» в пользу Печерского А.М. страховой выплаты в размере 1 273 000 тенге, в этой части вынесено новое решение об отказе в удовлетворении иска. В остальной части решение суда оставлено без изменения.

Из материалов дела следует, что 6 декабря 2007 года между ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «Страховая компания «Казахмыс» был заключен договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых обязанностей, срок действия договора 12 месяцев. Работодателем акт о несчастном случае, на производстве оформлен 09.12.2008 года, определена степень вины работодателя - 100%, работника - 0%. Согласно заключению МСЭ 6 г. Караганды от 04.03.2009 года истцу Печерскому А.М. установлена 3 группа инвалидности, определена степень утраты профессиональной трудоспособности, которая составила 50%.

Удовлетворяя частично требования истца, суд первой инстанции мотивировал свои выводы тем, что положение работника не может быть ухудшено и применил положения п.2 ст. 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», предусматривающего размер страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья работника в случае установления ему степени утраты профессиональной трудоспособности в размере от 30 до 59 % - 1000 МРП.Суд апелляционной инстанции указал, что данная норма, которой предусмотрены единовременные страховые выплаты, введена в действие 9 августа 2010 года Законом от 30 декабря 2009 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по обязательным видам страхования». В самом Законе от 30 декабря 2009 года нет прямого указания на то, что он имеет обратную силу, поэтому он применим только к правоотношениям, возникшим после введения его в действие, что соответствует требованиям п.2 ст.4 ГК.

Коллегия указала, что поскольку страховой случай (получение истцом профессионального заболевания) произошел 27 ноября 2008 года, в период действия договора обязательного страхования, который действовал с 6 февраля 2008 года по 5 февраля 2009 года и прекратил свое действие до вступления в законную силу изменений в п. 2 ст. 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», то удовлетворение иска об осуществлении единовременной страховой выплаты произведено неправомерно, поскольку прежним Законом и договором таковые выплаты не были предусмотрены, а вновь принятый Закон не имеет обратной силы.

Постановление апелляционной коллегии по данному делу в вышестоящую инстанцию не обжаловалось сторонами.

 Таким образом, на сегодняшний день нестабильной остается практика рассмотрения дел, связанных с применением обратной силы Закона от 30 декабря 2009 г. №234-4 (введенного в действие с 09.08.2010 г.), которым в Закон от 07 февраля 2005 г. №30-111 ЗРК (введенного в действие с 01.07. 2005 г.) «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» был установлен новый порядок определения страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья, - введена единовременная страховая выплата в пределах от 500 до 2000 МРП, в зависимости от степени утраты трудоспособности (п.2 ст.19 Закона).

Ранее Законом от 07 февраля 2005 г. было предусмотрено, что размер расходов, вызванных повреждением здоровья работника в случае установления ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок менее или более одного года, а также расходов на погребение работника определяется страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы. Страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения расходов на погребение, не должна превышать 100 месячных расчетных показателей.

В рассматриваемый Закон с 10 мая 2015 г. вновь внесли изменения Законом от 27 апреля 2015 г. №311-5 ЗРК (введенного в действие с 10 мая 2015 г.), согласно которым предусмотрено, что возмещение дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья работника в случае установления ему степени утраты профессиональной трудоспособности, осуществляется страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы. Возмещению не подлежат расходы, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. Введена единовременная страховая выплата в пределах от 500 до 1000 МРП в зависимости от степени утраты профессиональной трудоспособности (от 30 до 100 %).

Возможно ли в период действия страховой защиты применение изменений в законодательстве о страховании в редакции Закона от 27.04.2015 года при взыскании единовременной страховой выплаты в возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья работника.

 Практика судов при разрешении этого вопроса также неоднозначна.

Нормы Закона от 27.04.2015 года в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие Закона (после 10 мая 2015 года) - п.5 статьи 2 Закона.

Как указывалось выше, при установлении работникам степени утраты профессиональной трудоспособности после введения в действие Закона совокупный размер страховых выплат по возмещению дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья, не может превышать размеров МРП, установленных п.2 статьи 19 Закона (от 500 до 1000 МРП). Эти выплаты осуществляются страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы, при этом возмещению страховщиком не подлежа расходы, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, внесенные изменения в законодательство о страховании в этой части существенно ущемляют права работника. Следует ли в этом случае руководствоваться положениями п.2 статьи 819 ГК, согласно которому размеры страховых сумм устанавливаются договором, при обязательных видах страхования они не могут быть менее размеров, установленных законодательными актами, либо исходить из положений п.5 статьи 2 Закона, определяющего период действия Закона во времени? Подлежат ли применению к спорным правоотношениям, возникшим в период действия страховой защиты, положения Закона РК от 27.04.2015 года в части обязательного страхования?

Так, решением Шахтинского городского суда от 25.11. 2015 года отказано в удовлетворении требований истцов Романова В., Сабанюк А. к Страховщику о выплате единовременной страховой выплаты в возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья работника. При аналогичной ситуации решением Жезказганского городского суда от 10.11.2015 года удовлетворены исковые требования Тажиева Р. Н., предъявленные к Страховщику.

Право на получение единовременной страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья работника, возникает на основании заключения МСЭ при освидетельствовании работника на определение степени утраты трудоспособности и нуждаемости в дополнительных видах помощи и ухода.

Законом от 27 апреля 2015 года № 311-V ЗРК внесены изменения и дополнения в законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования. Статья 19 Закона изложена в новой редакции, установлен новый порядок определения страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья, введена единая страховая выплата в пределах от 500 до 1000 МРП, в зависимости от степени утраты профессиональной трудоспособности.

Право на получение этих выплат возникает с момента установления утраты профессиональной трудоспособности (заключение МСЭ - освидетельствование работника на определение степени утраты трудоспособности в результате несчастного случая или профессионального заболевания, а также определение нуждаемости в дополнительных видах помощи и ухода осуществляются путем проведения медико-социальной экспертизы в соответствии с законодательством Республики Казахстан о социальной защите инвалидов). В этом случае нельзя исходить из положений пункта 2 статьи 13 Закона от 27.04.2015 года в части обязательного страхования, определившего, что датой несчастного случая является:

 при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья – дата несчастного случая, указанная в акте о несчастном случае;

 при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления профессионального заболевания – дата заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии».

Из смысла вышеназванных норм Закона в редакции 2009 г. и 2015 г. следует, что основанием для взыскания страховой выплаты является заключение МСЭ при освидетельствовании работника на определение степени утраты трудоспособности.

Положениями подзаконных нормативных правовых актов, определяется порядок проведения и оформления результатов МСЭ пострадавшего на производстве работника.

Так, в соответствии с пунктом 24 «Правил проведения медико-социальной экспертизы», утверждённых Постановлением Правительства от 20 июля 2005 года № 750, утратившим силу согласно Постановления Правительства от 05 июня 2015 года № 408, датой установления степени утраты трудоспособности считается дата предъявления освидетельствуемым лицом в отдел МСЭ соответствующих документов.

Аналогичное положение содержится в пункте 17 действующих «Правил проведения медико-социальной экспертизы», утверждённых приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44.

Из данных Правил следует, что степень утраты трудоспособности устанавливается в день предъявления освидетельствуемым лицом в отдел МСЭ соответствующих документов.

Поэтому при решении вопроса о взыскании страховой выплаты суды должны исходить из даты заключения МСЭ об определении степени утраты трудоспособности пострадавшего работника в результате несчастного случая или профессионального заболевания, а не с даты установления профессионального заболевания заключением экспертной профпатологической комиссии РГКП Национальным центром гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК.

Вместе с тем, неоднозначной остается практика рассмотрения дел, связанных с взысканием страховой выплаты с применением обратной силы Закона от 27 апреля 2015 г. Так в одних случаях за основу берется дата установления степени УПТ, в других случаях – дата установления профзаболевания. Примерами по данному обстоятельству служат следующие дела.

Суд взыскал со страховой компании в пользу пострадавшего работника единовременную страховую выплату по потере трудоспособности, т.к. профессиональное заболевание работнику было установлено в период действия договора страхования работника от несчастных случаев на производстве, заключенного между работодателем и страховщиком.

Истец Турмагамбетов А.Ж. обратился в суд с иском к ответчикам ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» о солидарном взыскании единовременной страховой выплаты в размере 991 000 тенге в размере 500 месячных расчетных показателей на 2015 год по потере трудоспособности установленного в результате повреждения здоровья на производстве.

Решением Жезказганского городского суда Карагандинской области от 02 декабря 2015 года в удовлетворении исковых требований отказано.

Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 09 марта 2016 года решение суда первой инстанции изменено, в части отказа в удовлетворении исковых требований Турмагамбетова А.Ж. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» о взыскании страховой выплаты вызванной повреждением здоровья – отменено, принято новое решение в указанной части об удовлетворении указанных требований и взыскании с АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» в пользу Турмагамбетова А.Ж. единовременной страховой выплаты в размере 991 000 тенге. В остальной части решение суда оставлено без изменения.

 Из судебных актов усматривается, что Турмагамбетову А.Ж. 12 марта 2015 года выдан акт о профессиональном заболевании, которым определена степень вины работодателя -100%, работника 0%. В данном акте указано время и дата несчастного случая как 28 июня 2013 года.

Согласно справке медико-социальной экспертизы №6 (далее-МСЭ) города Караганды от 19 мая 2015 года Турмагамбетову А.Ж. установлена утрата профессиональной трудоспособности 29%.

В соответствии с пунктом 2 статьи 13 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», датой несчастного случая признается дата, указанная в акте о несчастном случае.

Судом апелляционной инстанции сделан вывод, что в данном конкретном случае датой несчастного случая является первичное установление профессионального заболевания Турмагамбетову А.Ж. 28 июня 2013 года, то есть до введения изменений и дополнений в указанный Закон, поскольку на момент установления профессионального заболевания, действовал договор от 27 декабря 2012 года заключенный между ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» о страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей, правопреемником которого является ответчик АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life».

В связи с чем, апелляционная коллегия изменила решение суда первой инстанции в части отказа в удовлетворении исковых требований Турмагамбетова А.Ж., приняв новое решение об удовлетворении указанных требований, взыскав с АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» в пользу Турмагамбетова А.Ж. единовременную страховую выплату в размере 991 000 тенге, из расчета 500 МРП на 2015 год, согласно пунту 2 статьи 19 Закона.

Постановлением судьи судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Республики Казахстан от 20 июня 2016 года №3г-5653(2)-16 было отказано в пересмотре дела в кассационном порядке.

По другому делу суды вынесли противоположные судебные акты, отказав во взыскании единовременной страховой выплаты, мотивировав тем, что степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшим работником установлена заключением МСЭ после введения в действие нового Закона № 311-V ЗРК от 27 апреля 2015 г.

Постановлением Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда от 17 мая 2016 г. № 3гп-304-16 оставлены без изменения решение Жезказганского городского суда от 20 октября 2015 года и постановление апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 29 декабря 2015 года, которыми было отказано истцу Тусенову Б.М. в иске к ТОО «Kazakhmys Smelting (Казахмыс Смелтинг)» (далее - ТОО «Kazakhmys Smelting»), АО «Компания по страхованию жизни «Государственная аннуитетная компания» (далее – АО КСЖ ГАК) о взыскании страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья, предусмотренной пунктом 2 статьи 19 Закона от 07 февраля 2005 года «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (далее – Закон № 30-III ЗРК).

Как установлено по делу, профессиональное заболевание, повлекшее инвалидность и утрату трудоспособности, получено истцом Тусеновым Б.М. в период трудовой деятельности в ТОО «Kazakhmys Smelting» и действия договора обязательного страхования, наличие заболевания зафиксировано экспертной профпатологической комиссией 16 апреля 2015 года до издания Закона № 311-V ЗРК от 27.04.2015 г.

 Однако степень утраты Тусеновым Б.М. профессиональной трудоспособности установлена заключением МСЭ лишь 15 июня 2015 года от 27.04.2015 г., то есть уже после введения в действие нового Закона № 311-V ЗРК, которым предусмотрена обязанность страховщика по осуществлению страховых выплат в возмещение дополнительных фактически понесённых в связи с причинением вреда здоровью документально понесенных расходов в размере до 500 МРП.

В своем Постановлении Верховный Суд указал, что выводы местных судов согласуются и с положениями подзаконных нормативных правовых актов, определяющими порядок проведения и оформления результатов МСЭ пострадавшего на производстве работника.

Так, в соответствии с пунктом 24 «Правил проведения медико-социальной экспертизы», утверждённых Постановлением Правительства от 20 июля 2005 года № 750, действовавшим на момент возникновения спорных правоотношений и утратившим силу согласно Постановления Правительства от 05 июня 2015 года № 408, датой установления степени утраты трудоспособности считается дата предъявления освидетельствуемым лицом в отдел МСЭ соответствующих документов. Аналогичное положение содержится в пункте 17 действующих «Правил проведения медико-социальной экспертизы», утверждённых приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44.

В связи с чем, Верховный Суд признал правильными выводы местных судов об отказе истцу во взыскании страховой выплаты в размере 1 000 МРП в редакции Закона 2009 г., указав, что степень утраты истцом Тусеновым Б.М. профессиональной трудоспособности была установлена лишь 15 июня 2015 года, т.е. после принятия нового Закона от 27.04.2015 г.

В практике судов области имели место споры о взыскании страховой выплаты по иску работников к двум различным страховым компаниям, с которыми работодатель в разное время заключал договоры обязательного страхования, по результатам рассмотрения которых суды пришли к выводу, что возмещение страховых выплат производится той страховой компанией, в период действия которой пострадавшему работнику установлена степень утраты профессиональной трудоспособности.

 Цветков Ю.Б. обратился в суд с иском о взыскании единовременной страховой выплаты в размере 1000 МРП в сумме 1 731 000 тенге, где ответчиками выступали в разное время две страховые компании, с которыми работодатель ТОО «Казахмыс» заключал договоры обязательного страхования работника от несчастных случаев:

1. АО «Страховая компания «Казахмыс», в период действия которой истцу было установлено профессиональное заболевание;

 2. АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» (далее –Страховая компания, в настоящее время АО Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life»), в период действия которой истцу была установлена степень утраты профессиональной трудоспособности.

Местные суды взыскали единовременную страховую выплату в размере 1000 МРП в пользу Цветкова Ю.Б. со второй страховой компании -АО Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life»), т.к. исходили из даты установления степени утраты профессиональной трудоспособности, а не с даты установления профзаболевания.

Суть дела заключается в том, что истец Цветков Ю.Б. состоял в трудовых отношениях с ТОО «Корпорация Казахмыс», вред здоровью причинён при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

28 декабря 2011 года между работодателем ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «СК Казахмыс» был заключен договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности работодателя, со сроком действия до 27 декабря 2012 года.

27 декабря 2012 году между работодателем ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» (в последующем реорганизовано путём присоединения к АО КСЖ «Казкоммерц-Life») заключен договор обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

5 октября 2012 года Цветкову Ю.Б. установлено профессиональное заболевание, заключением медико-социальной экспертизы (далее-МСЭ) от 21 января 2013 года и установлена 3 группа инвалидности с определением 40% УПТ.

Ранее состоялось решение суда от 23 января 2014 года, где в пользу Цветкова Ю.Б. с АО «Страховая компания Казахмыс» была взыскана единовременная страховая выплата.

Постановлением апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 04 декабря 2014 года решение суда первой инстанции от 23.01.2014 г. отменено, с вынесением нового решения об отказе в иске. Этим же постановлением установлено, что обязательство по оплате страхового возмещения должно быть возложено на Страховую компанию АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь», так как на момент установления истцу степени утраты профессиональной трудоспособности (21.01.2013 г.) действовал договор об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых обязанностей от 27.12.2012 г., заключенный между ТОО «Корпорация Казахмыс» и Страховой компанией АО «Дочерняя компания по страхованию жизни Банка «БТА Жизнь».

Вышеуказанное постановление апелляционной судебной коллегии от 04 декабря 2014 г. послужило основанием для предъявления истцом другого иска ко второй страховой компании АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь».

Вместе с тем, постановлением судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда от 05 октября 2016 года решение Жезказганского городского суда от 01 октября 2015 года и постановлением судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 24 декабря 2015 года были отменены с направлением гражданского дела в судебную коллегию по гражданским делам Карагандинского областного суда на новое рассмотрение в ином составе судей.

В качестве основания отмены Верховный Суд сделал ссылку на пункт 24 «Правила проведения медико-социальной экспертизы» (далее Правила), утверждённые Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июля 2005 года № 750, действовавшие на момент возникновения спорных правоотношений и утративших силу согласно Постановления Правительства от 05 июня 2015 года № 408, где датой установления степени утраты трудоспособности считается дата предъявления освидетельствуемым лицом в отдел МСЭ соответствующих документов.

Аналогичное положение содержится в пункте 17 действующих Правил, утверждённых Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 44 от 30 января 2015 года.

В связи с чем, Верховный Суд указал о необходимости истребования дополнительно доказательств, подтверждающих дату предъявления истцом Цветковым Ю.Б. соответствующих документов в Отдел МСЭ в 2012 или 2013 г. и справки МСЭ от 21.01.2013 г. об установлении Цветкову степени УПТ.

Между тем, необходимости в истребовании этих документов не было, т.к. справка МСЭ от 21.01.2013 г. об установлении Цветкову степени УПТ имелась в материалах дела, однако по непонятным причинам указано об ее отсутствии в материалах дела.

Более того, в диспозиции п.24 Правил проведения МСЭ прямо указано, что датой установления степени утраты трудоспособности считается дата предъявления освидетельствуемым лицом в отдел МСЭ соответствующих документов.

Поэтому суд апелляционной инстанции постановлением от 30 ноября 2016 г. по сути повторил отмененные судебные акты судов области и удовлетворил иск Цветкова Ю.Б., взыскав единовременную страховую выплату в сумме 1 731 000 тенге со второй страховой компании АО Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life», указав, что основанием для взыскания страховой выплаты является заключение МСЭ об определении степени утраты трудоспособности, которое было вынесено в период действия договора страхования, заключенного со Страховой компании АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь».

Следует отметить, что данные иски были поданы Цветковым в 2013 г. и нашли свое окончательное разрешение только через три года в конце 2016 года. Так, первый иск был подан на работодателя ТОО «Казахмыс» и АО «Страховая компания Казахмыс» и нашел свое разрешение 04 декабря 2014 года. Первым решением со страховой компании «Казахмыс» была взыскана страховая выплата и выплачена истцу. В настоящее время в поворот решения, с истца возвращена эта сумма. После вынесения второго решения об отказе в удовлетворении иска к АО «Страховая компания Казахмыс», истец вынужден был предъявить новый иск ко второй страховой компании Страховой компании АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь».

Во избежание подобных длительных судебных тяжб судам области необходимо в процессе подготовки дела к судебному разбирательству согласно ст. 165 ГПК тщательно разъяснять сторонам права по изменению основания и предмета иска, уточнению исковых требований, разрешать вопрос о составе лиц, участвующих в деле, а также совершать иные необходимые для правильного и своевременного рассмотрения и разрешения дела процессуальные действия.

Споры о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат. Ответственность за несвоевременное осуществление страховой выплаты. За несвоевременное осуществление страховой выплаты страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 ГК, если более высокий размер ответственности не предусмотрен договором или законодательными актами об обязательном страховании (статья 820 ГК).

Согласно п.п. 9 п.2 ст.9 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных обязанностей» №30-111 от 7 февраля 2005 г. с изменениями от 30.12.09 г., №234-4, cтраховщик обязан при несвоевременном осуществлении страховых выплат, предусмотренных п.1 ст.19 настоящего Закона, уплатить выгодоприобретателю пеню в размере 1,5% от неоплаченной суммы за каждый день просрочки. Пеня, исчисленная в соответствии с этой нормой закона, в некоторых случаях чрезмерно велика по сравнению с размером причитающихся страховых выплат. В судебной практике, как правило, в этом случае применяются положения статьи 297 ГК, в соответствии с которыми предусмотрена возможность уменьшения размера неустойки судом, если подлежащая уплате неустойка чрезмерно велика по сравнению с убытками кредитора. Уменьшение пени необходимо производить в предельно допустимых размерах.

По спорам о взыскании пени за несвоевременную выплату аннуитетных сумм возник вопрос, из какой даты следует исходить, из даты сдачи работниками всех необходимых документов, либо из даты заключения договора аннуитета и семи рабочих дней, предусмотренных на выплату.

В обобщаемом периоде имела место различная практика рассмотрения дел по искам работников к работодателю и страховой компании о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат.

По спорам о взыскании пени за несвоевременную выплату аннутитетных сумм в Карагандинском областном суде существовало два разных мнения.

 Первое мнение: исходя из содержания ст. 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (далее Закон») можно выделить несколько различных регламентаций порядка осуществления страховых выплат:

1. Страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок менее одного года. Данная выплата осуществляется страховщиком ежемесячно на основании договора аннуитета. При этом первая страховая выплата осуществляется страховщиком в течение семи рабочих дней с момента предоставления документов, предусмотренных пунктом 2 статьи 20 настоящего Закона (абзац 6 п. 1 ст. 19 Закона)

 2. Страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок один год и более, осуществляется в виде аннуитетных выплат в пользу работника в течение срока, равного сроку установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника в соответствии с договором аннуитета, заключенным со страхователем в соответствии со статьей 23 настоящего Закона (абзац 7 п. 1 ст. 19 Закона).

При этом пункт 2 статьи 23 Закона предусматривает, что договор аннуитета заключается не позднее пяти рабочих дней со дня предоставления документов, предусмотренных пунктом 2 статьи 20 Закона.

Подпунктом 9 пункта 2 статьи 9 Закона оговаривается, что при несвоевременном осуществлении страховых выплат, предусмотренных пунктом 1 ст. 19 Закона, страховщик обязан уплатить выгодоприобретателю пеню в размере 1,5 процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

Основной вопрос состоит в том можно ли пеню в размере 1,5% применить к случаям, когда страховщиком несвоевременно осуществлены страховые выплаты в результате нарушения сроков заключения договора.

На взгляд Карагандинского областного суда к таким случаям подпункт 9 п. 2 ст.9 Закона подлежит применению. Абзац 3 п.1 ст. 19 содержит в себе ссылку на то, что страховая выплата осуществляется в соответствии с договором аннуитета, заключенным со страхователем в соответствии со ст.23 Закона, в которой четко определены сроки заключения договора. Если же по вине страховщика договор не был заключен в установленные ст.23 сроки, следовательно, имеет факт несвоевременного осуществления страховых выплат.

Второе мнение: в соответствии с подпунктом 9 пункта 1 статьи 9 Закона Республики Казахстан «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», страховщик обязан при несвоевременном осуществлении страховых выплат, предусмотренных пунктом 1 статьи 19 Закона, уплатить выгодоприобретателю пеню в размере 1,5 процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

Следует ли в этом случае исходить из даты сдачи работниками всех необходимых документов, либо из даты заключения договора аннуитета и семи рабочих дней, предусмотренных на выплату. Семидневный срок с момента предоставления документов для страховых выплат предусмотрен статьей 19 Закона в двух случаях: когда речь идет о страховых выплатах, причитающихся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок менее одного года, осуществляемых страховщиком самостоятельно в размере, определяемом в соответствии с Гражданским кодексом (абзац второй пункта 1 статьи 19 Закона, в редакции на январь 2014 года).

И второй случай предусмотрен пунктом 2 статьи 19 Закона - осуществление страховых выплат по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья. К спорным правоотношениям применяется абзац третий пункта 1 статьи 19 Закона, согласно которого страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности на срок один год и более, осуществляется в виде аннуитетных выплат в пользу работника в течение срока, равного срока установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника в соответствии с договором аннуитета, заключенным со страхователем в соответствии со статьей 23 настоящего Закона. В соответствии с п.3 статьи 23 Закона договор аннуитета заключается на условиях, обеспечивающих получение работником дохода в размере и сроки, которые установлены гражданским законодательством. Порядок и сроки осуществления страховых выплат определяются договором (п.3 статьи 820 ГК).

Таким образом, действует отсылочная норма (ст. 23 Закона) и обязанность страховщика производить аннуитетные выплаты возникает только после заключения договора аннуитета.

Анализ дел обобщаемой категории показал, что суды первой инстанции удовлетворяли иски работников и взыскивали пеню со страховой компании в размере 1,5% от неоплаченной страховой суммы за каждый день просрочки не с момента подписания договора аннуитета, а с момента предоставления документов в страховую компанию.

Вместе с тем, следует отметить, что в обобщаемый период различной была и практика рассмотрения споров о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат и в апелляционной инстанции.

По некоторым делам суд апелляционной инстанции, в соответствии с вышеназванными требованиями закона, правильно изменял решения судов, снижая размер взысканной судом первой инстанции пени за несвоевременное осуществление страховых выплат.

Так по иску Кенжалинова Н.Т. и Мадярова Ж.М. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат, суд апелляционной инстанции изменил решение Жезказганского городского суда Карагандинской области от 21 августа 2015 г., снизил размер взысканной им пени, так как в соответствии с п.3 ст.23 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», п. 3 статьи 820 ГК, ст. 10 п.4 порядок и сроки осуществления страховых выплат определяются договором, соответственно обязанность страховщика производить аннуитетные выплаты возникает только после заключения договора аннуитета.

В соответствии с п.п.9 п.2 ст.9 вышеуказанного Закона, при несвоевременном осуществлении страховых выплат, предусмотренных пунктом 1 статьи 19 Закона, страховщик обязан уплатить выгодоприобретателю пеню в размере 1,5 процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

По данному делу имел место факт несвоевременного заключения договора аннуитета, что не предусматривает возложение обязанности по уплате пени, предусмотренной п.п.9 п.2 ст.9 Закона. За данное нарушение подлежит уплате неустойка, предусмотренная ст.353 ГК, по ставке рефинансирования Национального Банка Республики Казахстан.

Первая страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка работником, осуществляется страховщиком в течение семи рабочих дней с момента предоставления документов, предусмотренных п.2 статьи 20 Закона (Закон от 27.04.2015 года п.1 статьи 19).

Аналогичное постановление принято судебной коллегией по гражданским делам Карагандинского областного суда от 10 февраля 2016 года по иску Слам Д. М. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф». Решение Жезказганского городского суда Карагандинской области от 24 ноября 2015 года по иску Слам Д. М. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф» о перерасчете сумм возмещения утраченного заработка и взыскании разницы, взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат, возложение обязанности производить ежемесячные выплаты по возмещению ущерба в виде утраченного заработка с учетом повышения заработной платы, - изменено, размер взысканной с АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф» в пользу Слам Д.М. пени за несвоевременное осуществление страховых выплат снижен до 16 136 тенге, взыскана с АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф» в пользу Слам Д.М. неустойка за несвоевременное заключение Договора аннуитета в размере 17 595 тенге.

Это же решение суда отменено в части произведенного перерасчета сумм возмещения утраченного заработка и взыскания в пользу Слам Д. М. разницы в сумме 356 969 тенге, а также в части возложения обязанности на АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф» в дальнейшем производить Слам Дастану Миргимбайулы выплаты по возмещению ущерба в виде утраченного заработка, исходя из размера заработной платы в сумме 201 707 тенге, с вынесением в этой части нового решения об отказе в иске. В остальной части решение суда оставлено без изменения.

Обстоятельства дела. 19.01.2013 года при исполнении трудовых обязанностей Слам Д.М. получил производственную травму, вследствие чего по заключению МСЭ от 08.11.2013 года истец признан инвалидом третьей группы, с утратой 40% профессиональной трудоспособности по причине трудового увечья.

Истец просил произвести перерасчет сумм возмещения утраченного заработка и взыскать разницу в сумме 356 969 тенге, произвести взыскание пени за несвоевременное осуществление страховых выплат в размере 185 422 тенге, выплаты в возмещение ущерба в виде утраченного заработка производить из размера заработной платы в сумме 201 707 тенге.

09 июня 2015 года Слам Д.М. сдал в юридический отдел Корпорации все необходимые документы для расчета возмещения утраченного заработка и заключения договора аннуитетного страхования.

Как установлено, пакет необходимых документов для заключения Договора аннуитета получен Страховой компанией 22.06.2015 года, с приложением справки о размере среднемесячной заработной платы за последние двенадцать месяцев до увечья - 173 394 тенге.

В соответствии с п.2 ст. 23 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых обязанностей» договор аннуитета заключается не позднее пяти рабочих дней со дня предоставления документов страховой компании.

Как установлено, договор аннуитетного страхования был заключен 04 сентября 2015 года, тогда как договор следовало заключить до 29 июня 2015 года. Период просрочки заключения договора составил 67 дней. Поскольку законодательством не предусмотрена ответственность за несвоевременное заключение договора аннуитета, подлежит взысканию законная неустойка за период просрочки, в соответствии с требованиями статьи 295 и п.1 статьи 353 ГК РК, исходя из ставки рефинансирования НацБанка РК в размере 5,5 % годовых, что составляет 17 595 тенге (1 742 860 х 5,5 %): 100 % = 95 857 тенге, за 67 дней ( 67 х 95 857): 365).

Коллегия не согласилась с выводами суда в той части, что срок осуществления страховых выплат должен быть произведен в течение семи дней со дня предоставления документов. Данный срок предусмотрен п.2 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых обязанностей» и исчисляется при осуществлении единовременно страховых выплат по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья. В данном случае истцом заявлены требования в части аннуитетных страховых выплат, предусмотренных п.1 статьи 9 Закона, при несвоевременном осуществлении которых уплате выгодоприобретателю подлежит пеня в размере 1,5 процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

В соответствии с п.З статьи 23 Закона договор аннуитета заключается на условиях, обеспечивающих получение работником дохода в размере и сроки, которые установлены гражданским законодательством. Порядок и сроки осуществления страховых выплат определяются договором ( п.3 статьи 820 ГК). Сроки осуществления аннуитетных страховых выплат установлены Договором аннуитета - 04.09.2015 года.

Первая страховая выплата произведена истцу 17 сентября 2015 года единовременно на общую сумму 1 742 861 тенге. В данном случае имел место факт несвоевременного осуществления страховых выплат, просрочка платежей составила 13 дней. В соответствии с требованиями п.п 9 п.2 ст. 9 Закона истец имеет право на получение пени в размере 1,5% от неоплаченной суммы за каждый день просрочки. В этом случае размер пени составляет 16 136 тенге (82 749\*1,5: 100 = 1 241 \*13).

Судебная коллегия также не согласилась с выводами суда первой инстанции о необходимости расчета ежемесячных аннуитетных выплат, исходя из среднемесячной зарплаты в размере 201 707 тенге. Как установлено, пакет необходимых документов для заключения Договора аннуитета получен Страховой компанией 22.06.2015 года, с приложением справки о размере среднемесячной заработной платы за последние двенадцать месяцев до увечья - 173 394 тенге. Все расчеты были произведены из этих данных, ответственность за недостоверно предоставленные данные, в том числе за документ, подтверждающий размер заработной платы, возлагается по условиям Договора аннуитета не на Страховщика, а на Страхователя.

Размер ежемесячных аннуитетных выплат был определен, исходя из представленной работодателем справки о размере среднемесячного заработка за последние двенадцать месяцев до увечья - 173 394 тенге, с учетом коэффициента индексации в соответствии с уровнем инфляции в РК. Так, на период с 08.11.2013 г. по 31.12.2013 г. - 73 519 тенге; на период с 01.01.2014 г. по 31.12.2014 г. - 77 048 тенге; на период с 01.01.2015 г. по 31.12. 2015 г.- 82 749 тенге. Для расчета индексации аннуитетных выплат за этот период не может быть применен один коэффициент - 0,7%, принятый судом за основу при расчетах.

Таким образом, суд апелляционной инстанции, не соглашаясь с размером пени, определенной судом первой инстанции ко взысканию со страховой компании при несвоевременном заключении договора аннуитета, указал, что при вынесении решения судом не приняты во внимание нормы п.3 ст.23 Закона, который предусматривает заключение договора аннуитета на условиях, обеспечивающих получение пострадавшим работником либо лицами, имеющими право на возмещение вреда в связи со смертью работника, дохода в размере и сроки, которые установлены Гражданским кодексом Республики Казахстан.

Пункт 3 статьи 820 ГК предусматривает, что порядок и сроки осуществления страховых выплат определяются договором. Согласно ст. 10 п.4 договора аннуитетного страхования, аннуитетная выплата осуществляется страховщиком в течение пятнадцати дней после подписания договора.

В соответствии с п.п.9 п.2 ст.9 Закона, при несвоевременном осуществлении страховых выплат, предусмотренных пунктом 1 статьи 19 настоящего Закона, страховщик обязан уплатить выгодоприобретателю пеню в размере 1,5 процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

По данному делу имел место факт несвоевременного заключения договора аннуитета, что не предусматривает возложение обязанности по уплате пени, предусмотренной п.п.9 п.2 ст.9 Закона. За данное нарушение подлежит уплате неустойка, предусмотренная ст.353 ГК, по ставке рефинансирования Национального Банка Республики Казахстан.

Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда №3г-4201 от 25 апреля 2016 г. отказано в передаче ходатайства о пересмотре постановления судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 10 февраля 2016 года для рассмотрения в судебном заседании кассационной инстанции Верховного Суда Республики Казахстан.

Аналогичное постановление от 10 февраля 2016 г. судом апелляционной инстанции принято и по делу Ивлева А.А. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Лайф» о перерасчете сумм возмещения утраченного заработка и взыскании разницы, пени за несвоевременное осуществление страховых выплат, возложении обязанности производить ежемесячные выплаты по возмещению ущерба в виде утраченного заработка с учетом повышения заработной платы.

Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда №3г-4201 от 04 апреля 2016 г. также отказано в передаче ходатайства о пересмотре постановления судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 10 февраля 2016 года для рассмотрения в судебном заседании кассационной инстанции Верховного Суда Республики Казахстан.

Из судебных актов следует, что 19 января 2013 года при исполнении трудовых обязанностей Ивлев А.А. получил производственную травму, вследствие чего заключением МСЭ от 08 ноября 2013 года признан инвалидом 3 группы, с утратой 40% профессиональной трудоспособности по причине трудового увечье.

03 октября 2014 года Ивлевым А.А. были сданы все необходимые документы для расчета возмещения утраченного заработка и заключения договора аннуитетного страхования, с приложением справки о размере среднемесячной заработной платы за последние двенадцать месяцев до увечья, которая составляет 174 370 тенге.

04 ноября 2014 года проведено повторное переосвидетельствование истца сроком на два года, 04 июня 2015 года документы были сданы в юридический отдел, а Страховщиком они получены 09 июня 2015 года .

Согласно пункту 2 статьи 23 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых обязанностей» (далее Закон), договор аннуитета заключается не позднее пяти рабочих дней со дня предоставления документов страховой компании.

Судом установлено, что по двум обращениям были заключены два договора аннуитетного страхования от 17 июня 2015 года, тогда как по первому обращению договор аннуитета следовало заключить до 13 октября 2014 года, период просрочки составил 247 дней, а по второму обращению просрочка заключения составила 1 день.

В связи с тем, что законодательством не предусмотрена ответственность за несвоевременное заключение договора аннуитета, апелляционная коллегия правильно сделала вывод, что в данном случае подлежит взысканию неустойка за период просрочки заключения договора, в соответствии с требованиями статьи 295 и пункта 1 статьи 353 ГК , исходя из ставки рефинансирования НацБанка в размере 5,5 % годовых, что составляет по двум договорам аннуитета 34 465 тенге.

Факт несвоевременного заключения договора аннуитета объясняется реорганизацией всей структуры АО «БТА Банк» и его подразделений, которая длилась более года.

В соответствии с пунктом 3 статьи 23 Закона, договор аннуитета заключается на условиях, обеспечивающих получение работником дохода в размере и сроки, которые установлены гражданским законодательством. Порядок и сроки осуществления страховых выплат определяются договором и должны были начаться до 09.07.2015 года.

Выплаты по двум договорам аннуитета произведены единовременно 03 августа 2015 года на суммы 922 684 тенге и 820 689 тенге.

При таких обстоятельствах выводы суда апелляционной инстанции, что в данном случае имел место факт несвоевременного осуществления страхов ых выплат по договорам аннуитета обоснованы, поэтому согласно требованиями подпункта 9) пункта 2 статьи 9 Закона, истец имеет право на получение пени в размере 1,5 % от неоплаченной суммы за каждый день просрочки, то есть за 25 дней посрочки, которая составляет 56 780 тенге.

Судом установлено, что пакет документов для заключения Договора аннуитета получен Страховой компанией с приложением справки о размере среднемесячной заработной платы за последние двенадцать месяцев до увечья, в котором указано, что она составляет 174 370 тенге. Поэтому размер ежемесячных аннуитетных выплат был определен, исходя из представленной справки, с учетом коэффициента индексации в соответствии с уровнем инфляции.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда указала, что апелляционной коллегией правильно установлены обстоятельства дела, им дана надлежащая оценка, в связи с чем не нашла оснований для передачи ходатайства для рассмотрения в судебном заседании судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда.

 Следует отметить, что Судебной коллегией по гражданским делам Верховного Суда по ряду аналогичных дел отказано в удовлетворении ходатайства о пересмотре постановлений апелляционной инстанции Карагандинского областного суда, которыми были изменены решения судов первой инстанции, начисление неустойки за несвоевременное заключение договора аннуитетного страхования произведено по правилам ст.353 ГПК РК. Практика суда апелляционной инстанции по разрешению споров этой категории признана правильной. (Гражданские дела: по иску Жангабулова А.К., Тусупбекова М.О. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь», по иску Жармуханова Е.З., Каражигитова М.К., Микитина Р.И. ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь», по иску Аширбекова С.Е., Жакаева К.Ж, Досболова А.С. ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» и другие).

По аналогичным спорам о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат апелляционной судебной коллегией Карагандинского областного суда по ряду дел принимались противоположные решения, которыми решения суда первой инстанции были оставлены без изменения.

С такими выводами нижестоящих судов в отношении взыскания пени не с даты заключения договора, а с даты предоставления документов в страховую компанию, не согласился Верховный Суд, отменив судебные акты и направив их на новое рассмотрение.

Согласно п.5 ст.10 договора аннуитета предусмотрено «….5) если начало срока аннуитетных выплат указано раньше, чем дата подписания настоящего договора, то аннуитетные выплаты за срок, предшествующий дате подписания договора, осуществляются единовременно в течение 15 рабочих дней с момента подписания настоящего договора».

Как видно из условий договора аннуитета, все сроки осуществления страховых выплат были привязаны к дате подписания договора аннуитета, а не к моменту предоставления документов в страховую компанию. Именно за несоблюдение этих сроков – 15 рабочих дней со дня подписания договора аннуитета, и предусмотрена пеня в размере 1,5% от неоплаченной страховой суммы за каждый день просрочки.

По вышеуказанным основаниям Верховный Суд отменил решения Жезказганского городского суда и постановления апелляционной инстанции по искам Сагатова Е.А., Киясова С.Д., Кукенова О.К., Дербесова, Кабылова, Бабий и других истцов к ответчикам ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Компания по страхованию жизни «Казкоммерц-Life» о взыскании пени за несвоевременное осуществление страховых выплат.

Статьей 23 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» предусмотрена обязанность работодателя заключить договор аннуитета в пользу работника не позднее пяти рабочих дней со дня предоставления документов.

При новом рассмотрении дел апелляционной судебной коллегией был установлен факт несвоевременного заключения страховой компанией договоров аннуитета в пользу истцов с нарушением пятидневного срока, установленного пунктом 2 статьи 23 Закона, и данный факт компанией признавался и объяснялся реорганизацией всей структуры АО «БТА Банк», проводившейся более одного года.

Поскольку страховым законодательством, договором обязательного страхования и договорами аннуитета ответственность за несвоевременное заключение договора аннуитета не предусмотрена, судебная коллегия пришла к выводу, что истцы вправе требовать со страховой компании, как с виновного лица, законной неустойки в порядке, определенном положениями статей 295, 353 ГК.

 При установленных обстоятельствах с учетом положений указанных норм гражданского законодательства, со страховой компании апелляционной инстанцией был взыскан размер законной неустойки в пользу истцов, исходя из установленной Национальным Банком Республики Казахстан на 2014, 2015 годы в размере 5,5 % годовых

Поскольку судебной коллегией не было установлено вины работодателя в несвоевременном заключении договоров аннуитета в интересах истцов, в удовлетворении требований к ТОО «Корпорация Казахмыс» было отказано.

 Подоходный налог. Страховая компания обязана удерживать подоходный налог из ежемесячных аннуитетных страховых выплат, выплачиваемых по договору аннуитетного страхования. По приведенным выше гражданским делам судебная коллегия Верховного Суда оставила без изменения постановления суда апелляционной инстанции, которыми были отменены решения Жезказганского городского суда в части возложения обязанности на страховую компанию не производить удержания подоходного налога с сумм, направленных на возмещение ущерба работникам с вынесением нового решения об отказе в их удовлетворении, поскольку в соответствии с пунктом 5 статьи 809-1 Гражданского кодекса договор аннуитетного страхования относится к договорам накопительного страхования, доходы от которого в силу статей 175, 160 Налогового кодекса подлежат налогообложению.

В частности, в силу п.п.6 ст.160 Налогового Кодекса к доходам, облагаемым у источника выплаты, относится и доход по договорам накопительного страхования.

На основании п.п.31 п.1 ст.156 Налогового Кодекса из доходов физического лица, подлежащих налогообложению, исключаются следующие виды доходов: страховые выплаты, связанные со страховым случаем, наступившим в период действия договора, выплачиваемые при любом виде страхования, за исключением доходов, предусмотренных ст.175 настоящего Кодекса.

В соответствии с п.п.1 п.2 ст. 175 НК доходом по договорам накопительного страхования, подлежащим налогообложению, являются страховые выплаты, осуществляемые страховыми организациями, страховые премии которых были оплачены за счет страховых премий, вносимых работодателем в пользу работника по договорам накопительного страхования.

Поэтому страховая компания обязана удерживать подоходный налог из ежемесячных аннуитетных страховых выплат, выплачиваемых по договору аннуитетного страхования.

Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая. В судебной практике при рассмотрении споров об осуществлении страховых выплат по договорам обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении трудовых обязанностей, возникает ряд вопросов, требующих разрешения. В целях правильного применения законодательства необходима выработка рекомендаций по единообразной судебной практике. Требования об осуществлении страховых выплат по п.2 статьи 19 Закона РК при несвоевременном уведомлении страховщика о наступлении страхового случая предъявляются работниками к работодателю и страховщику в солидарном порядке.

Судебная практика судов Карагандинской области при рассмотрении таких споров не единообразна. В одних случаях обязанность по осуществлению страховых выплат по п.2 статьи 19 Закона при несвоевременном уведомлении страховщика о наступлении страхового случая возлагается на работодателя, как причинителя убытков лицу, права которого нарушены, в других – на страховщика.

Принимая решение о возложении на работодателя обязанности по осуществлению страховых выплат по п.2 статьи 19 Закона, суды ссылаются на условия, вытекающие из договоров страхования гражданско-правовой ответственности, а также на п.п.4 п.2 статьи 8 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей», в соответствии с которыми страхователь обязан незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, как ему стало известно о наступлении страхового случая, известить об этом страховщика.

Также судами приводится ссылка и на пп. 5 п.4 статьи 839 ГК, в соответствии с которым основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также неуведомление страховщика о наступлении страхового случая (ст.835 настоящего Кодекса). В обоснование принятого решения судами приводится и ссылка на п.1 статьи 835 ГК - страхователь после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан незамедлительно уведомить о его наступлении страховщика.

Напротив, некоторые суды, возлагая ответственность по таким спорам на Страховщика, в обоснование принятого решения ссылаются на п.п.2 п.1 статьи 839 ГК, в соответствии с которым страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты по договорам страхования гражданско-правовой ответственности, если страховой случай произошел по вине лица, чья ответственность является объектом страхования.

При этом также приводится ссылка и на п.3 статьи 835 ГК, следующего содержания: неуведомление страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

В обоснование законности данной позиции хотелось бы обратить внимание на следующее. Основания освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты предусмотрены статьей 839 ГК. Подпунктом 5 пункта 4 этой статьи предусмотрено, что основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также неуведомление страховщика о наступлении страхового случая. Из содержания этой нормы следует, что речь идет не о несвоевременном уведомлении страховщика, а о его неуведомлении о страховом случае вообще. В этом же подпункте сделана ссылка на статью 835 настоящего Кодекса. Пункт 3 данной статьи изложен в следующей редакции: неуведомление страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

Положения п.3 статьи 835 ГК согласуются с положениями п.п.2 п.1 статьи 839 ГК, в соответствии с которым страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты по договорам страхования гражданско-правовой ответственности, если страховой случай произошел по вине лица, чья ответственность является объектом страхования.

Из содержания приведенных норм следует, что несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая не может служить основанием для освобождения последнего от осуществления страховых выплат, при условии наступления страхового случая в период действия договора обязательного страхования гражданско-правовой ответственности и страховой защиты, при перечислении страхователем страховой премии. Более того, даже прекращение договора обязательного страхования не освобождает страховщика от обязанности по осуществлению страховой выплаты выгодоприобретателю по несчастным случаям, признанным в последующем страховыми случаями, которые произошли в период действия договора обязательного страхования работника (статья 13 Закона).

Несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая не может служить основанием для освобождения последнего от осуществления страховых выплат при условии наступления страхового случая в период действия договора обязательного страхования гражданско-правовой ответственности и страховой защиты.

Аширбеков А.Н. работал на производственном объединении «Карагандацветмет» филиала ТОО «Корпорация Казахмыс» в должности дежурного взрывника. 15.08.2010 года им получено трудовое увечье. Согласно акту о несчастном случае на производстве от 08.09.2010 года степень вины работодателя установлена и составила 100 %. Заключением МСЭ от 08.04.2011 года истец признан инвалидом 2 группы, степень утраты профессиональной трудоспособности составила 75 %.

Истцу отказано в осуществлении страховой выплаты по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья, в размере 1 500 МРП, что составляет 2 119 500 тенге. Данный отказ истец считает незаконным и необоснованным, исковые требования им заявлены как к Страхователю, так и к Страховщику с указанием, что несчастный случай произошел в период действия страховой защиты.

Решением суда № 2 Казыбекбийского района г.Караганды от 13 октября 2014 года исковые требования Аширбекова А.Н. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Страховая компания «Казахмыс» о взыскании страховой выплаты удовлетворены частично , взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Аширбекова А.Н. сумма страховой выплаты в размере 2 119 500 тенге. В удовлетворении остальной части иска отказано.

Постановлением апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 24 декабря 2014 года, решение суда № 2 Казыбекбийского района г. Караганды от 13 октября 2014 года по данному делу изменено, отменено решение суда в части взыскания с ТОО «Корпорация Казахмыс» в доход государства государственной пошлины в размере 21 195 тенге. В остальной части решение суда оставить без изменения.

Кассационной судебной коллегией Карагандинского областного суда 22 июля 2015 года указанные судебные акты изменены, отменены в части взыскания с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Аширбекова А. страховой выплаты в размере 2 119 500 тенге, а в удовлетворении же требований истца заявленных к ТОО «Корпорация Казахмыс» отказано. Взыскана с АО «Страховая компания «Казахмыс» в пользу Аширбекова А. страховая выплата в размере 2 119 500 тенге.

Аширбеков А.Н. в результате несчастного случая, произошедшего на предприятии 15.08.2010 года получил трудовое увечье. Степень вины работодателя в произошедшем несчастном случае установлена и составила 100 %. Заключением МСЭ от 08.04.2011 года признан инвалидом 2 группы, степень утраты профессиональной трудоспособности составила 75 %.

18.02.2010 года между ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «Страховая компания «Казахмыс» был заключен договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей. Срок действия договора определен с 18.02.2010 года по 17.02.2011 года включительно, на этот же срок действует страховая защита.

Пункт 2 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей» в редакции Закона от 30.12.2009 года введен в действие с 09.08. 2010 года.

Принимая решение о возложении на работодателя обязанности по осуществлению страховых выплат по п.2 статьи 19 Закона, суды ссылаются на подпункт 5 п.4 ст. 839 ГК, в соответствии с которым основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также неуведомление страховщика о наступлении страхового случая (ст.835 настоящего Кодекса). В обоснование принятого решения судами приводится и ссылка на п.1 статьи 835 ГК - страхователь после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан незамедлительно уведомить о его наступлении страховщика.

Однако, кассационная коллегия не согласилась с такими выводами судов первой и апелляционной инстанций, считая их ошибочными, мотивировав тем, что согласно п.3 ст. 835 ГК, п.п.2 п.1 статьи 839 ГК несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая не может служить основанием для освобождения последнего от осуществления страховых выплат при условии наступления страхового случая в период действия договора обязательного страхования гражданско-правовой ответственности и страховой защиты.

Из содержания приведенных норм следует, что несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая не может служить основанием для освобождения последнего от осуществления страховых выплат, при условии наступления страхового случая в период действия договора обязательного страхования гражданско-правовой ответственности и страховой защиты, при перечислении страхователем страховой премии. Более того, даже прекращение договора обязательного страхования не освобождает страховщика от обязанности по осуществлению страховой выплаты выгодоприобретателю по несчастным случаям, признанным в последующем страховыми случаями, которые произошли в период действия договора обязательного страхования работника (статья 13 Закона).

Кроме того, установленные по делу обстоятельства свидетельствуют об извещении Страховщика о наступлении страхового случая. ТОО

«Корпорация Казахмыс» было направлено сообщение АО СК «Казахмыс», именно об этом несчастном случае факсимильной связью от 16.08.2010 года.

При таких обстоятельствах судебные акты были отменены в части взыскания с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу истца страховой выплаты в размере 2 119 500 тенге, с отказом в удовлетворении требований истца в этой части, с возложением обязанности по осуществлению страховой выплаты на АО «Страховая компания «Казахмыс».

Что касается заключенного 29.03.2013г. между ТОО «Корпораци Казахмыс» и АО СК «Казахмыс» соглашения об обязательствах по договорам обязательного страхования работника от несчастных случаев, при исполнении им трудовых обязанностей, в рамках которого ТОО «Корпорация Казахмыс» приняло на себя обязательства возмещать вред лицам, застрахованным по всем договорам страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей, самостоятельно за свой счет в полном объеме, в том числе по заявленным, но неурегулированным убыткам со стороны АО СК «Казахмыс», то это соглашение в данном случае применению не подлежит ввиду действия Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей».

Рассмотрение гражданских дел с учетом новых норм законодательства. Законом от 27 апреля 2015 года № 311-V ЗРК внесены изменения и дополнения в законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования. Нормы Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие настоящего Закона (то есть после 10 мая 2015 года).

На законодательном уровне определена дата несчастного случая в результате трудового увечья или выявления профессионального заболевания (п.2 статьи 13 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей»):

 - при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья – дата несчастного случая, указанная в акте о несчастном случае;

- при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления профессионального заболевания – дата заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии.

Существенные изменения претерпела статья 19 Закона. Возмещение вреда, связанного с утратой заработка работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от 5 до 29 процентов включительно, осуществляется страхователем (работодателем) по трудовому законодательству Республики Казахстан, а от 30 до 100 процентов включительно - осуществляется страховщиком. При расчете размер учитываемого среднего месячного заработка не должен превышать десятикратного размера минимальной заработной платы, размер страховой выплаты осуществляется за минусом социальной выплаты на случай утраты трудоспособности из Государственного фонда социального страхования. Страховая выплата осуществляется на срок не более достижения работником пенсионного возраста. Из страховых выплат удерживаются и перечисляются обязательные пенсионные взносы в единый накопительный пенсионный фонд.

При возмещении дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья работника, не подлежат возмещению расходы, которые входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Совокупный размер страховых выплат по возмещению дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья, не может превышать размеров МРП, установленных п.2 статьи 19 Закона. В случае смерти пострадавшего работника лицу, осуществившему его погребение, страховщиком возмещаются расходы на погребение в размере ста месячных расчетных показателей. Если размер страховой выплаты или расходов на погребение превышает размер страховой суммы, установленной договором обязательного страхования работника от несчастных случаев, разница уплачивается страховщику за счет страхователя.

При рассмотрении споров данной категории применению и анализу подлежат изменения и дополнения, внесенные Законом Республики Казахстан от 27 апреля 2015 года № 311-V ЗРК в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования, а также в Гражданский кодекс Республики Казахстан (Особенную часть); Трудовой кодекс Республики Казахстан.

Так, п.1 ст.944 ГК изложен Законом в следующей редакции: п.1 «Возмещение вреда, связанного со снижением трудоспособности или смертью потерпевшего, производится ежемесячными выплатами. Возмещение вреда в части утраченного заработка потерпевшим при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей осуществляется на срок установления степени утраты трудоспособности, но не более достижения им пенсионного возраста, установленного законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении».

Ст.164 Трудового кодекса в старой редакции (ныне ст.122 Трудового кодекса) также претерпела изменения. Так в соответствии с. п.3 ст.122 Трудового кодексапредусмотрено, что при причинении вреда жизни и здоровью работника, связанного со степенью утраты профессиональной трудоспособности от пяти до двадцати девяти процентов включительно, возмещение работнику утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением здоровья, возложено на работодателя.

Изменения и дополнения в ГК были введены в действие с 10 мая 2015 г. Вместе с тем, п.5 ст.2 Закона предусмотрел, что его нормы в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие Закона, т.е. после 10 мая 2015 г.

В связи с вышеназванными изменениями в законах в суды Карагандинской области стали поступать различные исковые требования от работников предприятий, получивших увечье, которым как страховые компании, так и работодатели стали отказывать в возмещении вреда здоровью.

Из рассмотренного количества дел можно выделить следующие категории, по которым Карагандинским областным судом выработана, на наш взгляд, правильная судебная практика в судах области, по которым от Верховного Суда на данный момент еще не получено соответствующих разъяснений и подтверждений по поводу правильности формирования такой практики. Следует отметить, что эти категории дел вызывают социальное напряжение и относятся к делам, вызывающим общественный резонанс.

1. Иски работников, достигших к 10 мая 2015 г. пенсионного возраста, либо достигших пенсионного возраста после 10 мая 2015 г., получавших возмещение утраченного заработка до 10 мая 2015 г., но прошедших очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 г., которым продлевается степень утраты профессиональной трудоспособности.

Суды Карагандинской области, рассматривая такие иски, пришли к выводу, что обязанность по выплате возмещения вреда здоровью должна быть возложена на работодателя и не ограничиваться условием достижения пенсионного возраста, т.к. правоотношения по возмещению вреда здоровью работника возникли до 10 мая 2015 г. Так как Закон предусмотрел случаи обратной силы закона при определенных условиях только в отношении страховых компаний, то работодатель должен нести ответственность по возмещению вреда здоровью по несчастным случаям на производстве перед работником пожизненно.

Полное освобождение от выплат не может иметь место и обратная сила закона не может быть применена в силу конституционных ограничений, установленных подпунктом 7 п.3 ст.77 Конституции Республики Казахстан.

2. Иски работников, достигших к 10 мая 2015 г. пенсионного возраста, получавших возмещение утраченного заработка до 10 мая 2015 г., но не проходивших очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 г. (при бессрочном установлении степени утраты профессиональной трудоспособности).

Аналогично обоснованию по вышеприведенному примеру, суды Карагандинской области, рассматривая такие иски, приходят к выводу, что обязанность по выплате возмещения вреда здоровью продолжает оставаться за страховой компанией, т.к. условия обратной силы закона, определенного в п.2 ст.2 Закона не наступили. Данные выплаты также должны осуществляться страховой компанией пожизненно, за исключением случаев возможного последующего переосвидетельствования работника при изменении условий. Тогда возмещение вреда возлагается на работодателя.

Новый Закон (за исключением случаев, указанных в п.5 ст. 2 Закона) будет иметь свое распространение только на случаи получения вреда здоровью работника после 10 мая 2015 года.

Рассмотрим применение этих изменений в законодательстве на материалах судебной практики. При наличии страховых выплат работодатель обязан возместить работнику разницу между страховой суммой и фактическим размером вреда. Постановлением судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 10 февраля 2016 года отменено решение суда № 2 Казыбекбийского района г. Караганды от 23 ноября 2015 года по гражданскому делу по иску Полетаева В.А. к АО «Арселор Миттал Темиртау» о возмещении материального ущерба в связи с повреждением здоровья, принято новое решение по делу об удовлетворении требований истца. Установлено, что Полетаеву В.А. в результате профессионального заболевания в 2009 году была установлена 2-я группа инвалидности с утратой профессиональной трудоспособности 80 %. Работнику были произведены аннуитетные страховые выплаты, размер этих выплат с 1 апреля 2015 года составил 207 858 тенге. 29 июня 2015 года после очередного переосвидетельствования истцу с 18 июня 2015 года также была установлена аналогичная группа инвалидности и степень утраты профессиональной трудоспособности.

10 июля 2015 года между АО «Компания по страхованию жизни «Номад Life» и ответчиком АО «АрселорМиттал Темиртау» был заключен договор аннуитетного страхования, ежемесячная аннуитетная выплата была определена в размере 113 309 тенге. Данный размер исчислен с учетом изменений в законодательстве о страховании, внесенных Законом № 311-V ЗРК от 27 апреля 2015 года и вступивших в действие с 10 мая 2015 года.

В соответствии с этими изменениями размер среднего месячного заработка (дохода), учитываемый для расчета, подлежащего возмещению утраченного заработка (дохода), не превышает десятикратного размера минимальной заработной платы; размер страховой выплаты осуществляется за минусом социальной выплаты, получаемой из Государственного фонда социального страхования; из страховых выплат удерживаются и перечисляются обязательные пенсионные взносы в единый накопительный пенсионный фонд.

Таким образом, произошло уменьшение размера ежемесячных страховых выплат. Суд первой инстанции, отказывая в удовлетворении требований истца, ссылаясь на положения пункта 3 статьи 37 Закона «О нормативных правовых актах», пришел к выводу о том, что применение изменений в законодательстве при расчетах аннуитетных выплат привело к существенному ухудшению материального положения Полетаева В.А. и последнему надлежит оспорить действия страховой компании по произведенному расчету аннуитетных платежей. С такими выводами не согласилась апелляционная коллегия. Переосвидетельствование в отношении истца имело место после введения в действие изменений в законодательстве о страховании, поэтому эти изменения правильно применены при исчислении размера страховой выплаты истцу.

Согласно пункта 1 статьи 164 Трудового кодекса, действовавшего в период возникновения спорных правоотношений, при причинении вреда жизни или здоровью работника в связи с исполнением им трудовых обязанностей работодатель обязан возместить вред в полном объеме, предусмотренном Гражданским кодексом. В соответствии с пунктом 2 указанной нормы закона, вред, предусмотренный пунктом 1, возмещается в полном объеме при отсутствии у работника страховых выплат. При наличии страховых выплат работодатель обязан возместить работнику разницу между страховой суммой и фактическим размером вреда.

При таких обстоятельствах судебной коллегией обоснованно возложена на работодателя обязанность по возмещению работнику разницы между страховой суммой и фактическим размером вреда, которая за период с 01 июня по 31 октября 2015 года составила сумму в размере 411 364 тенге, указанная сумма взыскана с работодателя.

Коллегией обоснованно на АО «Арселор Миттал Темиртау» возложена обязанность произвести Полетаеву В.А. выплаты в возмещение вреда здоровью в виде разницы между выплачиваемыми аннуитетными выплатами и существовавшей до 10 мая 2015 года последней величиной средней месячной заработной платы подземного проходчика 5 разряда УПР-1 шахты им. Костенко УД АО «Арселор Миттал Темиртау», но без последующего перерасчета в случае увеличения размера средней заработной платы работника. Такое решение принято в связи с исключением пункта 6 статьи 938 ГК РК, которым был предусмотрен перерасчет сумм возмещения утраченного заработка при увеличении размера средней заработной платы.

Аналогичные дела рассмотрены судами области по иску Горшкова С.Е. и Джамалиева Д.К. к АО «Арселор Миттал Темиртау» и др. Страховой компанией отказано в заключении договоров аннуитета со ссылкой на изменения в законодательстве о страховании ввиду достижения работниками пенсионного возраста. Судебной коллегией по гражданским делам Карагандинского областного суда 17 февраля 2016 года рассмотрено гражданское дело по иску Турысбекова Х., Чукомина Л.И. к АО «АрселорМиттал Темиртау» о взыскании выплат в счет компенсации вреда, причиненного жизни и здоровью при исполнении трудовых обязанностей, и возложении обязанности производить эти выплаты в дальнейшем. Состоявшееся по данному делу решение Темиртауского городского суда от 10 ноября 2015 года оставлено без изменения.

Требования истцов основаны на том, что в период работы на предприятии ответчика ими получены профессиональные заболевания, каждому из них была установлена утрата профессиональной трудоспособности в размере 29%. При очередном переосвидетельствовании Турысбекову Х. 13.08.2015 года, а Чукомину Л.И. 12.08.2015 года установлена утрата профессиональной трудоспособности в размере 29%, бессрочно.

Аннуитетные выплаты произведены Турысбекову Х. до 22.08.2015 года, Чукомину Л.И. до 21.08.2015 года. В последующем Страховой компанией отказано в заключении договоров аннуитета со ссылкой на изменения в законодательстве о страховании, вступившие в законную силу с 10.05. 2015 года, согласно которым возмещение вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником, в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от пяти до двадцати девяти процентов включительно, осуществляются страхователем (работодателем) согласно трудовому законодательству РК и ввиду достижения работниками пенсионного возраста.

Решением Темиртауского городского суда от 10.11.2015 г. взыскана с АО «АрселорМиттал Темиртау» в пользу Турысбекова Х. в счет возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья, сумма за период с 23.08.2015 года по 09.11.2015 года в размере 206 386 тенге, в пользу Чукомина Л.И. за этот же период сумма в размере 156 551 тенге, с возложением обязанности на работодателя производить эти выплаты ежемесячно, начиная с 10.11.2015 года.

Удовлетворяя исковые требования, суд первой инстанции, со ссылкой на положения ст.164 Трудового кодекса (в редакции до 27.04.2015г.), ст.ст. 937, 938 Гражданского кодекса, указал, что АО «АрселорМитталТемиртау» является ответственным за причиненный вред жизни и здоровью работника при исполнении трудовых (служебных) обязанностей и на него возложена обязанность по возмещению такового вреда. При этом работодатель несет ответственность перед работниками на тех же условиях, на каких должна была быть осуществлена страховая выплата. Нормы Закона от 27.04.2015 года в части обязательного страхования работника распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие настоящего Закона (после 10 мая 2015 года) - п.5 статьи 2 Закона.

Нормы Трудового и Гражданского кодексов, с учетом внесенных Законом от 27.04.2015 года изменений, не распространяются на правоотношения, возникшие до 10.05.2015 года и вступают в законную силу по истечении десяти дней со дня опубликования Закона. Согласно пункту 1 статьи 4 ГК, акты гражданского законодательства не имеют обратной силы и применяются к отношениям, возникшим после введения их в действие. Юридическая сила акта гражданского законодательства на отношения, возникшие до введения его в действие, распространяется в случаях, когда это прямо им предусмотрено. Такие выводы суда первой инстанции заслуживают внимания.

Несчастный случай и первичная утрата трудоспособности, обязательства в части возмещения утраченного заработка в связи со снижением трудоспособности работника, имели место до внесения изменений в законодательство о страховании, гражданское и трудовое законодательство Законом от 27.04.2015 года. Очередное переосвидетельствование истцы прошли после введения в действие настоящего Закона (10 мая 2015 года), но ввиду достижения пенсионного возраста, в силу требований п.1 ст.19 Закона об обязательном страховании, истцы не имеют права на получение страховых выплат со Страховщика.

Так, частью 7 п.1 ст. 19 Закона предусмотрено, что страховая выплата, причитающаяся в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка в связи с установлением степени утраты профессиональной трудоспособности на срок один год и более, осуществляется в виде аннуитетных выплат в пользу работника в течение срока, равного сроку установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника в соответствии с договором аннуитета, заключенным со страхователем в соответствии со статьей 23 настоящего Закона, но не более срока достижения работником пенсионного возраста, установленного законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении.

В п.1 ст. 944 ГК закреплено, что возмещение вреда в части утраченного заработка потерпевшим при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей осуществляется на срок установления степени утраты трудоспособности, но не более достижения им пенсионного возраста, установленного законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении.

Таким образом, нормами Трудового и Гражданского кодексов, с учетом внесенных Законом от 27.04.2015 года изменений, а также изменениями, внесенными в законодательство о страховании, установлен максимальный срок для осуществления работодателями и страховыми организациями выплат в возмещение утраченного заработка - до достижения пострадавшим работником пенсионного возраста.

Согласно положениям ст. 164 Трудового кодекса (в старой редакции) при причинении вреда жизни и (или) здоровью работника в связи с исполнением им трудовых обязанностей работодатель обязан возместить вред в объеме и порядке, которые предусмотрены законодательством Республики Казахстан. Вред, предусмотренный п.1 данной статьи, возмещается в полном объеме при отсутствии у работника страховых выплат.

Аналогичное дело рассмотрено судом апелляционной инстанции по иску Тищенко А. Н. к АО «АрселорМиттал Темиртау» о взыскании выплат в счет компенсации вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении трудовых обязанностей, по иску Горшкова С.Е., Джамалиева Д.К. к АО «АрселорМиттал Темиртау» о возмещении вреда, причиненного здоровью гражданина и др.

Если утрата профессиональной трудоспособности у работника наступила после выхода изменений от 27 апреля 2015 № 311-V в Закон РК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» и степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего не превышает 29 процентов, то у работника возникает право требования с работодателя возмещения утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением его здоровья, но не возникает право на получение страховой выплаты со страховой компании.

Истец Турмагамбетов А.Ж., которому потеря трудоспособности установлена в результате повреждения здоровья на производстве, обратился в суд к ответчикам ТОО «Корпорация Казахмыс» и АО «Дочерняя компания по Страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» с иском о солидарном взыскании суммы возмещения вреда за период с 19 мая 2015 года по 19 июля 2015 год в размере 134 864 тенге за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых обязанностей, а также просил обязать ответчиков возмещать истцу вред причиненный профессиональным заболеванием по утрате профессиональной трудоспособности в размере 29%, с 19 июля 2015 года по 19 мая 2016 год и в дальнейшем в случае переосвидетельствования.

Решением Жезказганского городского суда Карагандинской области от 03 сентября 2015 года иск удовлетворен частично. С ответчика ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Турмагамбетова А.Ж. в счет возмещения вреда за утраченный заработок в период с 19 мая 2015 года по 19 июля 2015 год взыскана денежная сумма в размере 134 864 тенге. Суд обязал ТОО «Корпорация Казахмыс» производить ежемесячные выплаты в пользу Турмагамбетова А.Ж. в счет возмещения вреда за утраченный заработок с 19 июля 2015 года по 19 мая 2016 года, а также в случае переосвидетельствования. В иске Турмагамбетова А.Ж. к АО «Дочерняя компания по Страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь» о взыскании страховой выплаты отказано. Постановлением апелляционной судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда от 04 ноября 2015 г. решение Жезказганского городского суда от 03 сентября 2015 года оставлено без изменения. Суть дела заключается в том, что согласно заключению от 28 июня 2013 года у истца Турмагамбетова А.Ж. впервые выявлено профессиональное заболевание. Заключением экспертной профпатологической комиссии от 10 сентября 2014 года истцу Турмагамбетову А.Ж. выявленное ранее профессиональное заболевание подтверждено.

Работодателем ТОО «Корпорация Казахмыс» акт о профессиональном заболевании составлен лишь 12 марта 2015 года, где определена степень вины работодателя – 100 %, работника 0%. Датой несчастного случая работодателем указана дата 28 июня 2013 года, когда у Турмагамбетова А.Ж. впервые выявлено профессиональное заболевание.

Согласно п.2 ст.13 с внесенными законами Республики Казахстан от 27 апреля 2015 № 311-V (вводится в действие 10 мая 2015 года) Закона РК «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», датой несчастного случая является, при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления профессионального заболевания – дата заключения организации здравоохранения, осуществляющией оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии.

Доводы апелляционной жалобы о том, что датой несчастного случая, произошедшего с Турмагамбетовым А.Ж., следует считать дату несчастного случая 28 июня 2013 года признаны необоснованными, поскольку 28 июня 2013 года работодателю направлено лишь извещение о профессиональном заболевании, в котором установлена нулевая дыхательная недостаточность, не вызвавшая утрату трудоспособности.

Заключение РГКП «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний», то есть организации здравоохранения, осуществляющией оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии, составлено 10 сентября 2014 года. Именно эту дату, согласно упомянутой норме п.2 ст.13 Закона Республики Казахстан «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», следует считать датой несчастного случая. Иного заключения как доказательства в деле не имелось. Установив, что датой несчастного случая является 19 мая 2015 года суд первой инстанции неправильно истолковал закон. Согласно имеющейся в деле справке МСЭ № 6 города Караганды утрата профессинальной трудоспособности в размере 29% Турмагамбетову А.Ж. установлена 19 мая 2015 года, то есть после вступления в силу 10 мая 2015 года изменений в Закон Республики Казахстан «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», внесенных законом Республики Казахстан от 27 апреля 2015 № 311-V.

В соотвествии с абзацем 2 п.1 ст.19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» в новой редакции, возмещение вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от пяти до 29 % включительно, осуществляется страхователем согласно трудовому законодательству Республики Казахстан.

Согласно п.4 ст.164 Трудового кодекса, при причинении вреда работнику, связанного со степенью утраты профессиональной трудоспособности от 5 до 29 % включительно, работодатель обязан возместить работнику утраченный заработок и расходы, вызванные повреждением его здоровья.

Согласно п.5 ст.2 Закона от 27 апреля 2015 № 311-V «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования», нормы Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие настоящего Закона.

Учитывая, что утрата профессиональной трудоспособности у Турмагамбетова А.Ж. наступила после выхода изменений в Закон от 27 апреля 2015 № 311-V и степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего не превышает 29 %, то у работника Турмагамбетова А.Ж. возникло право на возмещение утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением его здоровья, но не возникло право на получение страховой выплаты.

В соотвествии с абзацем 3 п.1 ст.19 Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» ежемесячная страховая выплата, причитающаяся работнику в качестве возмещения вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от тридцати до ста процентов включительно, осуществляется страховщиком.

В постановлении апелляции указано, что законодатель связывает право на выплату сумм в возмещение вреда здоровью в зависимости от даты установления степени профессиональной трудоспособности пострадавшего, но не в зависимости от даты наступления несчастного случая.

Поэтому при установлении истцу степени утраты профессиональной трудоспособности до 29% возмещение утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением его здоровья, обязан возместить работодатель, являющийся страхователем, но не страховщик.

При изложенных обстоятельствах, судом первой инстанции хотя и неправильно определена дата несчастного случая, но сделан правильный вывод об удовлетворении требований истца, предъявленных к страхователю ТОО «Корпорация Казахмыс» и сделан правильный вывод об отказе в удовлетворении требований, предъявленных к страховщику АО «Дочерняя компания по Страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь».

В связи с изложенным, с ответчика ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу истца взыскана сумма ежемесячного возмещения вреда в размере 67 432 (29% от среднемесячной заработной платы 232 525 тенге) за период с 19 мая 2015 года по 19 июля 2015 год в размере 134 864 тенге, а также возложена обязанность производить выплату до 19 мая 2016 года и в дальнейшем, в случае повторного переосидетельствования.

При таких обстоятельствах и в связи с тем, что в апелляционной жалобе работодателя ТОО «Корпорация «Казахмыс» не приведены новые доводы, апелляционная судебная коллегия пришла к выводу об отсутствии оснований для изменения либо отмены судебного акта. Судебные акты по данному делу в Верховный Суд РК не обжалованы.

Помимо получения пособия по нетрудоспособности, пострадавший имеет право на получение утраченного заработка. Истец Башенов К.Б. обратился в Жезказганский городской суд Карагандинской области к ответчику ГУ «Служба пожаротушения и аварийно-спасательных работ Департамента по чрезвычайным ситуациям Карагандинской области Комитета по чрезвычайным ситуациям Министерства внутренних дел Республики Казахстан» с иском о возмещении ущерба, причиненного повреждением здоровья, связанного с исполнением трудовых обязанностей. Исковые требования мотивированы тем, что в результате исполнения служебных обязанностей он получил трудовое увечье. Просил взыскать с ответчика возмещение ущерба, причиненного повреждением здоровья, в виде утраченного заработка, единовременно за период с 01 мая 2013 года по 01 мая 2015 года в размере денежную сумму в размере 1 226 400 тенге, с возложением обязанности в дальнейшем производить эту выплату за период с 01 мая 2015 года по 02 февраля 2017 года ежемесячно в сумме 51 100 тенге.

Решением Жезказганского городского суда Карагандинской области в удовлетворении иска Башенова К.Б. к ГУ «Служба пожаротушения и аварийно-спасательных работ Департамента по чрезвычайным ситуациям Карагандинской области Комитета по чрезвычайным ситуациям Министерства внутренних дел Республики Казахстан» о возмещении ущерба отказано. Апелляционная судебная коллегия Карагандинского областного суда пришла к выводу, что решение суда подлежит изменению, по следующим основаниям. Материалами дела установлено, что Башенов К.Б., работая водителем специализированной пожарной части 13 сентября 2011 года при исполнении служебных обязанностей получил трудовое увечье. Актом № 7 о несчастном случае на производстве, утвержденным 30 сентября 2011 года, установлена 100% степень вины работодателя. Согласно заключению МСЭ № 3 от 19 января 2012 года, с исправлениями от 19 января и 14 июня 2012 года, Башенову К.Б. установлена 2 группа инвалидности, с утратой профессиональной трудоспособности 85%. 02 февраля 2015 года при очередном освидетельствовании Башенову К.Б. вновь установлена 2 группа инвалидности, с определением степени утраты общей трудоспособности уже 79%, на срок до 02 февраля 2017 года.

В соответствии со ст.937 ГК при причинении гражданину увечья или иного повреждения здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь.

Ранее решением Жезказганского городского суда от 02 июля 2012 года с работодателя в пользу работника уже было взыскано возмещение вреда в виде утраченного заработка на период установления нетрудоспособности, которое исполнено в полном объеме.

При этом коллегия не согласилась с отказом в удовлетворении иска Башенова К.Б. по тем доводам, что истец значится получателем трех видов социальных пособий, одно из которых выплачивается ему из государственного фонда социального страхования, поскольку получение пособий, не является основанием для отказа в удовлетворении исковых требований.

Согласно п.1 ст.938 ГК размер подлежащего возмещению утраченного заработка (дохода) определяется в процентах к среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до наступления утраты трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии ее - общей трудоспособности.

По Закону Республики Казахстан от 25 апреля 2003 года № 405 «Об обязательном социальном страховании» одним из видов обязательного социального страхования являются случаи утраты трудоспособности. Данный обязательный вид обязательного страхования направлен на социальную защиту граждан, осуществляемую государством.

Вред, причиненный здоровью или жизни работника при исполнении трудовых обязанностей, возмещается путем предоставления обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев и заболеваний. При этом социальная выплата на случай утраты трудоспособности назначается на весь установленный период утраты трудоспособности. Она назначается лицу независимо от того прекращена ли работа или продолжается, и получает ли он заработную плату. Соответственно, помимо получения пособия по нетрудоспособности, пострадавший имеет право на получение утраченного заработка. Кроме того, общая трудоспособность свойственна каждому работнику, так как подразумевает просто способность человека, выполнять какую либо работу, в то время как профессиональная трудоспособность подразумевает способность человека выполнять работу по той профессии, специальности по которой он трудился до получения травмы.

Следовательно, утраченный заработок подлежит возмещению за все время нахождения работника на больничном, а также в случае частичной или полной утраты им трудоспособности.

В силу ст.71 ГПК, действовавшей на момент возникновения спорных правоотношений, (ныне ст.76) обстоятельства, установленные вступившим в законную силу решением суда, по ранее рассмотренному гражданскому делу обязательны для суда и не доказываются вновь при разбирательстве других гражданских дел, в которых участвуют те же лица. При рассмотрении гражданского дела между теми же сторонами и вынесении решения от 02 июля 2012 года, установлено, что средняя заработная плата истца составляет 64683,9 тенге. Учитывая, что у Башенова К.Б. имеет место 79 % утраты общей трудоспособности, то в счет возмещения утраченного заработка (дохода) в его пользу подлежит взысканию денежная сумма в размере (64 683,9х24: 100)х79) = 1 226 406, 77 тенге. Соответственно ежемесячная выплата, составляет 51100,28 тенге.

Согласно Указу Президента за № 549 от 07.02.2001 года, применяя арифметический метод округления, устанавливается сумма в размере 1 226 407 тенге. В силу статьи 164 Трудового при наличии страховых выплат работодатель обязан возместить работнику разницу между страховой суммой и фактическим размером вреда. Как было установлено судом первой инстанции, истец получает страховые выплаты по Закону «Об обязательном социальном страховании» и пособия от государства по инвалидности.

В силу п.2 статьи 937 ГК - при определении утраченного заработка (дохода) пособие по инвалидности, назначенное потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, другие виды пособий, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, а также пенсионные выплаты в счет возмещения не засчитываются. В счет возмещения вреда не засчитывается также заработок, получаемый потерпевшим после повреждения здоровья.

С учетом указанной нормы, пособия назначенные потерпевшему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, по инвалидности не засчитываются. При этом социальные выплаты из государственного фонда социального страхования не относятся к пособиям, так как выплаты осуществляются из средств фонда социального страхования и только лицам, участвующим в системе обязательного социального страхования, в то время как пособия выплачиваются из средств бюджета лицам, участвующим и не участвующим в системе обязательного социального страхования.

С учетом изложенного, решение Жезказганского городского суда Карагандинской области от 10 июня 2015 года по данному делу изменено и отменено в части отказа в удовлетворении исковых требований Башенова К.Б. с принятием нового решения об удовлетворении исковых требований частично. С ответчика ГУ «Служба пожаротушения и аварийно-спасательных работ Департамента по чрезвычайным ситуациям Карагандинской области Комитета по чрезвычайным ситуациям Министерства внутренних дел Республики Казахстан» в пользу Башенова К.Б. единовременно взыскан утраченный заработок за период с 01 мая 2013 года по 01 мая 2015 года в размере 902 913 тенге.

Коллегия обязала ГУ «Служба пожаротушения и аварийно-спасательных работ Департамента по чрезвычайным ситуациям Карагандинской области Комитета по чрезвычайным ситуациям Министерства внутренних дел Республики Казахстан» производить Башенову К.Б. ежемесячное возмещение утраченного заработка, за вычетом выплат из государственного фонда социального страхования, начиная с 01 мая 2015 года по 02 февраля 2017 года, до очередного переосвидетельствования. Апелляционная жалоба Башенова К.Б. удовлетворена частично.

Возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья лицом, застраховавшим свою ответственность в порядке добровольного или обязательного страхования, возможно только при недостаточности страховой суммы для полного возмещения причиненного вреда.

Истец Кайырбекова С.А. обратилась в Жезказганский городской суд Карагандинской области к ответчику ТОО «Корпорация Казахмыс» с иском о взыскании дополнительных расходов на обследование, лечение и транспорт к месту лечения, понесенные в результате трудового увечья. Исковые требования мотивированы тем, что 27 января 2013 года истец возвращалась из командировки на поезде в купейном вагоне, при попытке подняться на верхнюю полку, ввиду отсутствия надлежащих поручней, упала с высоты и получила травму правого плеча, в связи с чем, вынуждена была обращаться за медицинскими услугами, нести расходы на восстановление здоровья, однако работодатель не желает добровольно возместить ей ущерб. Просила взыскать дополнительные расходы на обследование, лечение и транспорт к месту лечения, понесенные в результате трудового увечья в размере 319 298 тенге.

Решением Жезказганского городского суда Карагандинской области от 02 февраля 2015 года иск удовлетворен частично, постановлено взыскать с ТОО «Корпорация «Казахмыс» в пользу Кайырбековой С.А. расходы, вызванные повреждением здоровья на общую сумму 30 813 тенге и государственную пошлину в доход государства в размере 308 тенге.

В апелляционной жалобе ТОО «Корпорация «Казахмыс» просило решение суда отменить решение и в иске отказать, указав, что в соответствии с требованиями законодательства своевременно выполняет свои обязательства, связанные с возмещением ущерба, причиненного здоровью истца. Платежи, связанные с возмещением утраченного заработка истец получает регулярно на ежемесячной основе. Кайырбековой С.А. была выплачена единовременная страховая выплата для целей компенсации расходов вызванных повреждением здоровья, то есть на приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение и т.п. в размере 2 596 500 тенге. Истец не предоставила доказательств того, что всю страховую сумму израсходовала на указанные цели.

Апелляционная коллегия Карагандинского областного суда не согласилась с выводами суда первой инстанции и указала, что по обстоятельствам дела - 27 января 2013 года Кайырбекова С.А., следуя из командировки поездом по сообщению «Караганда-Жезказган», находясь в купейном вагоне № 7 и при подъеме на верхнюю полку упала, получила травму в виде закрытого винтообразного перелома н/з диафиза правого плеча со смещением.

Заключениями Карагандинского отдела МСЭ от 25 сентября 2013 года и 05 марта 2014 года Кайырбековой С.А. впервые установлена II группа инвалидности с утратой профессиональной трудоспособности 70 процентов, впоследствии установлена III группа инвалидности с утратой профессиональной трудоспособности 50 процентов.

В результате трудового увечья Кайырбекова С.А. обращалась за медицинскими услугами в виде консультаций, обследования, лечения, приобретала медикаменты и спецсредства, пользовалась транспортом для проезда к месту лечения, на что затратила 319 298 тенге, которые просила взыскать с ответчика, как дополнительные расходы в счет возмещения вреда здоровью.

Удовлетворяя иск, в части взыскания дополнительных расходов, суд со ссылкой на п.1 ст.937 ГК и п.10 Нормативного постановления Верховного суда РК № 9 от 09 июля 1999 года «О некоторых вопросах применения судами РК законодательства по возмещению вреда, причиненного здоровью» указал, что при причинении гражданину увечья или иного повреждения здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также расходы, вызванные повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др.); названные расходы подлежат компенсации, если заключением медико-социальной экспертной комиссии будет признано, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не получает их бесплатно.

По заключению МСЭ Кайырбекова С.А. нуждалась в дополнительных видах помощи в виде санаторно-курортного лечения, дополнительных видах помощи, стационарного лечения по показаниям, что, по мнению суда, с учетом доказанных документов на сумму 30 813 тенге, явилось основанием для удовлетворения иска.

С указанными выводами суда апелляционная коллегия не согласилась. В соответствии с положениями Трудового Кодекса (п.12 ст.317), Закона РК от 7 февраля 2005 г. № 30 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» работодатель обязан страховать свою ответственность за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении трудовых обязанностей.

Соответствующий договор обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей от 25.02.13 года был заключен работодателем с АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь», в рамках которого Кайырбековой С.А. произведена единовременная страховая выплата в размере 2 596 500 тенге платежным поручением от 15 ноября 2013 года.

Указанная страховая выплата осуществлена в силу требований п.2 ст.19 Закона, которой на страховые организации была возложена обязанность производить страховую выплату по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья работника в случае установления ему степени утраты профессиональной трудоспособности с использованием МРП на соответствующий финансовый год, установленных законом о республиканском бюджете.

Из чего можно сделать вывод, что под предусмотренной в п.2 ст.19 Закона единовременной выплатой следует понимать выплату, осуществляемую в счет возмещения расходов, вызванных повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и др.), что соответствует положениям п.1 ст.937 ГК.

При этом судом первой инстанции не учтено, что согласно ст.924 ГК возмещение расходов вызванных повреждением здоровья лицом, застраховавшим свою ответственность в порядке добровольного или обязательного страхования, возможно только при недостаточности страховой суммы для полного возмещения причиненного вреда и в виде разницы между страховой суммой и фактическим размером ущерба. Таких обстоятельств по делу не установлено, истцом не представлено доказательств не покрытия понесенных расходов страховой выплатой.

Налицо неправильное применение норм материального права. На основании изложенного, решение суда в части удовлетворения требования истца в сумме 30813 тенге апелляционной коллегией было изменено с отказом в удовлетворении иска. Государство отвечает за долги ликвидированного предприятия только при отсутствии или недостаточности у него имущества и невозможности произвести в этом случае капитализацию платежей.

Истец Славецкая Л.Н. обратилась в Шахтинский городской суд Карагандинской области с иском к Министерству здравоохранения и социального развития Республики Казахстан о проведении капитализации платежей суммы возмещения утраченного заработка, в счет возмещения вреда здоровью и взыскании с республиканского бюджета в счет возмещения вреда, причиненного здоровью, суммы в размере 1 038 141 тенге, мотивируя свои требования тем, что она работала в ДСУ-82 в должности лаборанта с 09.01.1984 года. Согласно акту № 1 расследования несчастного случая, происшедшего в пути с работы от 06.01.1984 года и акту № 1 о несчастном случае на производстве от 14.05.1987 года, с истцом произошли несчастные случаи на работе. Согласно справки о степени утраты трудоспособности за № 183 от 15.06.2011 года истец признана инвалидом второй группы, причина инвалидности трудовое увечье. В связи с этим, она ежемесячно от работодателя получала утраченный заработок. В 1998 году АООТ «Карагандадорстрой», филиалом которого являлось ДСУ-82, начало процедуру самоликвидации. 10.03.2000 года данное предприятие выведено из государственного регистра юридических лиц. С 1999 года она не получает выплаты по возмещению вреда здоровью. Капитализированные повременные платежи ей не были произведены и выплачены. В возмещении вреда здоровью с ОАО «Дорстрой», которому по разделительному балансу была передана задолженность по заработной плате и капитализированным платежам, судом было ей отказано, ввиду того, что данное предприятие не является правопреемником АООТ «Карагандадорстрой». Просила произвести капитализацию сумм возмещения утраченного заработка за вред, причиненный здоровью, и взыскать с ответчика сумму возмещения вреда здоровья за период с 01.04.2000 года по 16.05.2017 год в размере 1 038 141 тенге согласно п. 3 ст. 945 ГК, ввиду отсутствия или недостаточности имущества у ликвидируемого юридического лица. Решением Шахтинского городского суда Карагандинской области от 01 июня 2015 года иск удовлетворен частично. В удовлетворении исковых требований Славецкой Л.Н. к Министерству здравоохранения и социального развития Республики Казахстан о проведении капитализации платежей суммы возмещения утраченного заработка, в счет возмещения вреда здоровью отказано. С ответчика Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в пользу Славецкой Л.Н. в счет возмещения вреда, причиненного здоровью взыскана сумма в размере 1 038 141 тенге.

 Постановлением апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 22 июля 2015 года решение суда изменено, постановлено: отменить решение в части взыскания с Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в пользу Славецкой Любови Николаевны в счет возмещения вреда, причиненного здоровью, сумму в размере 1 038 141 тенге и в этой части принять новое решение об отказе в удовлетворении исковых требований. Суд кассационной инстанции не нашел оснований для отмены обжалованного судебного акта.

Как следовало из материалов дела АООТ «Карагандадорстрой» выплачивало истцу Славецкой Л.Н. суммы, в счет возмещения вреда, причиненного здоровью. При ликвидации АООТ «Карагандадорстрой» во вновь созданное предприятие ОАО «Дорстрой» по разделительному балансу, утвержденному общим собранием акционеров АООТ «Карагандадорстрой» от 11 сентября 1998 года, была передана задолженность по заработной плате, суммы капитализированных повременных платежей, подлежащих выплате в возмещение ущерба, и основные средства для дальнейшей работы и погашения не выплаченной заработной платы и сумм капитализированных платежей. В списках задолженности невыплаченной значилась невыплаченная сумма возмещения ущерба Славецкой Л.Н..

Согласно п.3 ст.46 Гражданского кодекса, при разделении юридического лица его права и обязанности переходят к вновь возникшим юридическим лицам, в соответствии с разделительным балансом.

Из этого следует, что ОАО «Дорстрой», получив по разделительному балансу долги кредиторов 1 и 2 очередей ликвидируемого АООТ «Карагандадорстрой» и основные средства для погашения этих долгов, стало правопреемником АООТ «Карагандадорстрой» по указанным долгам и должно было выплачивать истцу, как кредитору первой очереди, суммы в счет возмещения вреда здоровью. Однако решениями судов Карагандинской области Славецкой Л.Н. было отказано в удовлетворении соответствующего иска к ОАО «Дорстрой», со ссылкой на то, что ОАО «Дорстрой» не является правопреемником АООТ «Карагандадорстрой».

В качестве обоснования кассационная коллегия указала, что поскольку истец не оспорила в вышестоящем порядке в установленные законом сроки решения судов Карагандинской области об отказе ей в выплате с ОАО «Дорстрой» сумм в счет возмещения ущерба, причиненного здоровью, а последнее было ликвидировано приказом начальника управления юстиции по Карагандинской области от 20 апреля 2006 года по правилам ст.ст. 49-50 Гражданского кодекса, то есть путем самоликвидации, то у истца не имеется оснований в настоящее время требовать от государства выплаты сумм в счет возмещения ущерба, так как государство отвечает за долги ликвидированного предприятия только при отсутствии или недостаточности у него имущества и невозможности произвести в этом случае капитализацию платежей (п.3 ст.945 ГК).

Споры об определении коэффициента повышения (повышающего коэффициента) заработной платы, необходимого для исчисления размера подлежащего возмещению утраченного заработка.

Так, решением Жезказганского городского суда от 17 июля 2015 года удовлетворен частично иск Анетова Д.А., Асылбекова С.К., Ахметова З.Т., Важенина В.А., Жакупова Т.М., Лесова Б.Т., Тлеубергенова С.Т., Тохтарбаева М.А., Шукенова Т.У. к ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Дочерняя компания по страхованию жизни БТА Банка «БТА Жизнь», АО «Страховая компания «Казахмыс» о взыскании ущерба:

- с ТОО «Корпорация Казахмыс» взыскана разница в сумме утраченного заработка в счёт возмещения ущерба в пользу истцов: Анетова Д.А. – 2 247 681 тенге, Асылбекова С.К. – 1 941 084 тенге, Ахметова З.Т. – 2 067 046 тенге, Важенина В.А. – 2 187 790 тенге, Жакупова Т.М. - 3 268 042 тенге, Лесова Б.Т. – 3 604 736 тенге, Тлеубергенова С.Т. – 2 067 046 тенге, Тохтарбаева М.А. – 1 553 798 тенге, Шукенова Т.У. – 2 106 414 тенге.

- на ТОО «Корпорация Казахмыс» возложена обязанность производить истцам возмещение ущерба в виде утраченного заработка, исходя из заработной платы: Анетова Д.А. в сумме 443 050 тенге, Асылбекова С.К. – 506 000 тенге, Ахметова З.Т. – 458 638 тенге, Важенина В.А. – 426 484 тенге, Жакупова Т.М. – 356 676 тенге, Лесова Б.Т. – 441 866 тенге, Тлеубергенова С.Т. – 432 652 тенге, Тохтарбаева М.А. – 478 093 тенге, Шукенова Т.У. – 456 327 тенге;

- с ТОО «Корпорация Казахмыс» в доход государства взыскана государственная пошлина в сумме 213 606 тенге. В удовлетворении остальной части исковых требований отказано.

Постановлением апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 23 сентября 2015 года решение суда первой инстанции оставлено без изменения. Постановлением Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда от 25 мая 2016 г. были отменены решение Жезказганского городского суда Карагандинской области от 17 июля 2015 года, постановление апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Карагандинского областного суда от 23 сентября 2015 года. Дело направить на новое судебное рассмотрение в судебную коллегию по гражданским делам Карагандинского областного суда в ином составе. В качестве основания отмены судебных актов судов области судебная коллегия Верховного Суда указала, что удовлетворяя требования истцов, суды области определили коэффициент повышения исходя из средней месячной заработной платы фонда оплаты труда в ТОО «Корпорация Казахмыс», приняв во внимание исходные данные из штатного расписания на 2011 и 2012 годы. Тогда как, согласно п.14 Единых правил исчисления средней заработной платы, утверждённых Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1394, коэффициент повышения рассчитывается путем деления должностного оклада (ставки), установленного в месяце наступления события, на должностной оклад (ставку), установленный до повышения.

Кроме того, судебная коллегия Верховного Суда указала, что судами не была дана надлежащая правовая оценка доводам ответчика ТОО «Корпорация Казахмыс», который на протяжении всех судебных разбирательств утверждал, что на предприятии заработная плата истцам выплачивалась из расчета тарифной (ставки).

При новом рассмотрении дела истцы уточнили исковые требования, просили взыскать с ТОО «Корпорация Казахмыс» разницу сумм возмещения вреда и обязать ответчика возмещать ущерб. В части взыскания разницы сумм возмещения вреда и обязывании возмещать ущерб в отношении АО СК «Казахмыс» и АО СК «Казкомерц-Лайф» оставить без рассмотрения.

Постановлением апелляционной инстанции от 17 октября 2016 г. исковое заявление Жакупова Табиги Мухитовича, Важенина Владимира Александровича, Анетова Досета Ахметовича, Шукенова Толеубека Усатаевича, Асылбекова Сергали Капашовича, Тохтарбаева Мурата Абдуалиевича, Тлеубергенова Сейтназара Туленовича, Ахметова Зейлбека Тажибаевича, Лесова Бауыржана Туреевича к ТОО «Корпорация Казахмыс», о взыскании разницы сумм возмещения ущерба и возложении обязанности возмещения ущерба было удовлетворено и взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Жакупова Табиги Мухитовича разница сумм возмещения вреда здоровью за период с 01 апреля 2013г. по 31 мая 2015 года - 2 600 579 тенге (ранее взыскано 3 268 042 тенге). Обязало ТОО «Корпорация Казахмыс», возмещать Жакупову Т.М. вред, причиненный трудовым увечьем по заработной плате в размере - 327 489 тенге ( ранее 356 676 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Важенина Владимира Александровича разница сумм возмещения вреда за период с 28 ноября 2012 года по 31 мая 2015 года в сумме 2 161 769 (ранее 2 187 790 тенге) тенге; обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Важенину В.А. вред, причиненный профессиональным заболеванием по заработной плате в размере 428 500 тенге, начиная с 01 июня 2015 года. (ранее 426 484 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Анетова Досета Ахметовича разница сумм возмещения вреда здоровью за период с 01 апреля 2013 года по 31 мая 2015 года в сумме 811 295 тенге (ранее 2 247 681 тенге);

обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Анетову Д.А. вред, причиненный профессиональным заболеванием по заработной плате в размере - 463 500 тенге, начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 443 050 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Шукенова Толеубека Усатаевича разница сумм возмещения вреда за период с 01 апреля 2013 года по 31 мая 2015 года - 1 416 989 тенге ( ранее 2 106 414 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Шукенову Т.У. вред, причиненный профессиональным заболеванием по заработной плате в размере - 429 239 тенге, начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 456 327 ) тенге; взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Асылбекова Сергали Капашовича разница возмещения вреда за период с 14 декабря 2012 года по 31 мая 2015 года в сумме 971 642 тенге (девятьсот семьдесят одна тысяча шестьсот сорок два) (ранее 1 941 084 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Асылбекову С.К. вред, причиненный профессиональным заболеванием в размере - 442 606 тенге начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 506 000 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Тохтарбекова Мурата Абдуалиевича разницу сумм возмещения вреда здоровью за период с 04 февраля 2013 года по 31 мая 2015 года в размере 1 129 863 тенге (ранее 1 553 798 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Тохтарбекову М.А. вред, причиненный профессиональным заболеванием размере - 433 587 тенге, начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 478 093 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Тлеубергенова Сейтназара Туленовича разница сумм возмещения вреда здоровью за период с 04 февраля 2013 года по 31 мая 2015 года в размере 1 164 902 тенге (ранее 2 067 046 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Тлеубергенову С.Т. вред, причиненный профессиональным заболеванием в размере - 406 123 тенге, начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 432 652 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Ахметова Зейлбека Тажибаевича разница сумм возмещения вреда здоровью за период с 04 февраля 2013 года по 31 мая 2015 года в размере 1 450 606 тенге (ранее взыскано 2 067 046 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Ахметову З.Т. вред, причиненный профессиональным заболеванием в размере - 411 536 тенге, начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее 458 638 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу Лесова Бауыржана Туреевича разницу сумм возмещения вреда здоровью за период с 19 сентября 2012 года по 31 мая 2015 года в размере 3 030 106 тенге (ранее вузыскано 3 604 736 тенге); обязало ТОО «Корпорация Казахмыс» возместить Лесову Б.Т. вред, причиненный профессиональным заболеванием в размере 410 000 тенге начиная с 01 июня 2015 года в соответствии с утратой профессиональной трудоспособности (ранее взыскано 441 866 тенге); взыскано с ТОО «Корпорация Казахмыс» в пользу государства государственная пошлина в сумме 147 377 тенге.

По указанию Верховного Суда при новом рассмотрении спора апелляционной коллегией были привлечены специалисты, которые используя свои специальные знания, дали пояснения, что содержат понятия средняя заработная плата, должностной оклад (ставка), тарифная ставка и как правильно определяется коэффициент при повышении заработной платы.

Так, согласно заключения ГУ «Центра судебной экспертизы» Министерства юстиции Республики Казахстан №3483/9.2 от 16.09.2016 г. исчисление средней заработной платы производится на основе Единых правил исчисления средней заработной платы, утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан.

Тарифная ставка характеризует оплату за час или день работы, а должностной оклад – за месяц работы. Средний дневной (часовой) заработок – начисленная сумма заработной платы за единицу времени (день, час). Средняя заработная плата исчисляется путем умножения среднего дневного (часового) заработка на количество рабочих дней (рабочих часов), приходящихся на период события. Коэффициент повышения рассчитывается путем деления должностного оклада (ставки), установленного в месяце наступления события, на должностной оклад (ставку) установленной до повышения.

Вышеуказанное также подтвердил привлеченный к участию в деле специалист Департамента труда и социальной защиты по Карагандинской области Черный В.В., который суду пояснил и в своем заключении указывает, что п.14 Правил установлено, что в случае повышения должностного оклада исчисление средней заработной платы (далее СЗП) производится с учетом коэффициента повышения в определенном порядке. Коэффициент повышения рассчитывается путем деления должностного оклада (ставки) установленного в месяце наступления события, на должностной оклад (ставку), установленный до повышения.

При переводе работника с одной должности на другую, коэффициент повышения не применяется. Ссылаясь на п.3 ст. 938 ГК он указал, что ответчиком-работодателем правомерно при расчете СЗП работника применялся метод путем деления тарифной ставки, установленной в месяце повышения на тарифную ставку до повышения зарплаты. При этом, работодатель обосновывает применение данного метода также установлением в трудовых договорах истцов оплаты труда по тарифной ставке, как работникам производственной сферы деятельности.

Принимая решение, суд апелляционной инстанции пришел к выводу, что расчет сумм возмещения ущерба истцом произведен правильно в соответствии с п. 14 Единых правил исчисления средней заработной платы, утверждённых Постановлением Правительства Республики Казахстан, в силу которых предусмотрено, что если повышение произошло в период события, часть средней заработной платы исчисляется с учетом коэффициента повышения с даты повышения должностного оклада (ставки) до окончания указанного периода.

Коэффициент повышения рассчитывается путем деления должностного оклада (ставки), установленного в месяце наступления события, на должностной оклад (ставку), установленный до повышения.

В ходе рассмотрения дела, стороной истца предоставлены расчеты с учетом вышеуказанного.

В связи с чем, необоснованными признаны доводы работодателя о том, что для расчета повышающего коэффициента, применяется не заработная плата работника, а берется только ее постоянная часть - тарифная ставка. На основании изложенного судом апелляционной инстанции были удовлетворены требования истцов.

**Ситдиков Габдулхай Габдулхакович**

Судья Восточно-Казахстанского областного суда

 **Освобождение страховщика от страховой выплаты и отказ в ней**

Гражданское законодательство Казахстана наряду с общими основаниями, позволяющими страховщику не осуществлять страховые выплаты, к которым можно отнести признание договора страхования недействительным, его досрочное расторжение, ненаступление в период действия договора страхования события, определенного в нем страховым случаем и т.п., предусматривает ряд специальных оснований, при наличии которых страховая защита страховщиком не предоставляется.

Такими специальными основаниями называют: освобождение от осуществления страховой выплаты и отказ от осуществления страховой выплаты. Чаще, под освобождением страховщика от осуществления страховой выплаты понимают установления закона, в силу которых страховщик правомерно не исполняет принятое на себя страховое обязательство. Такие установления предусмотрены в пунктах 2, 3 статьи 839 и пункте 4 статьи 840 Гражданского кодекса (далее – ГК). При этом необходимо отметить, что не применение в особенной части ГК термина «освобождение» по отношению к другим договорным обязательствам, свидетельствует о том, что данный термин свойственен только отношениям, возникшим из договора страхования.

Согласно пункта 2 статьи 839 ГК, если договором добровольного страхования и законодательными актами об обязательном страховании не предусмотрено иное, страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2) военных действий;

3) гражданской войны, народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок.

Поскольку договором имущественного страхования не предусмотрено иное, страховщик в силу пункта 3 статьи 839 ГК, освобождается от осуществления страховой выплаты за убытки, возникшие вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов.

Также, основаниями освобождения страховщика от страховых выплат являются умышленное непринятие страхователем (застрахованным) разумных и доступных ему мер к уменьшению возможных убытков (пункт 3 статьи 829 ГК) и отказ страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком, или если осуществление этого права стало невозможным по вине страхователя, вследствие чего страховщик не в состоянии воспользоваться своим правом на суброгацию (пункт 4 статьи 840 ГК).

Помимо перечисленных случаев освобождения страховщика от выплаты страхового возмещения ГК также содержит в себе перечень случаев, когда страховщик вправе отказать в страховой выплате.

Так подпункты 1) и 2) пункта 1 статьи 839 ГК предусматривают, что страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

- умышленных действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

- действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

Кроме того, отказ страховщика от выплаты страхового возмещения может иметь место вследствие:

1) сообщения страхователем страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленного непринятия страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая (статья 829 настоящего Кодекса);

3) получения страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка;

4) воспрепятствования страхователем страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

5) неуведомления страховщика о наступлении страхового случая (статья 835 настоящего Кодекса);

6) отказа страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать страховщику документы, необходимые для перехода к страховщику права требования (статья 840 настоящего Кодекса). Если страховое возмещение уже было выплачено, страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;

7) других случаев, предусмотренные законодательными актами (п. 4 ст. 839 ГК).

Таким образом, невыплата страхового возмещения может иметь место как на основании освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты, так и наличия у него права на отказ в такой выплате.

Особо следует обратить внимание на то, что в статье 839 ГК одновременно употребляются такие термины как «освобождение» и «отказ» страховщика от осуществления страховой выплаты, вследствие чего возникает вопрос о том, являются ли указанные термины равнозначными их по своему значению.

В литературе, некоторые авторы на основе анализа Российского законодательства, в одних случаях считают «освобождение» и «отказ» страховщика от страховой выплаты тождественными понятиями и в связи с этим утверждают, что «освобождение» и «отказ» равносильны одностороннему отказу от договора или отказу от исполнения договора.

В других наоборот, авторы указывая на ошибочность используемой законодателем терминологии высказываются о неравнозначности институтов «освобождения» и «отказа» от страховой выплаты.

Основным аргументом для этого выступает то, что отказ от выплаты - это односторонний акт страховщика, тогда как освобождение от выплаты односторонним актом страховщика выступать не может. Ввиду этого освобождение страховщика от страховой выплаты может иметь место только в случаях предусмотренных законом, а отказ от страховой выплаты, как односторонний акт страховщика может иметь место в случае, если это предусмотрено условиями договора.

Исходя из этого, делается вывод о том, что освобождение от страховой выплаты и отказ от таковой являются самостоятельными основаниями прекращения обязательства.

Между тем, если внимательно изучить расположение правового материала, регулирующего случаи «освобождения» и «отказа» страховщика от страховой выплаты в Гражданском кодексе Республики Казахстан, то можно прийти к выводу о том, что термины «освобождение» и «отказ» используются в нашем законодательстве как равнозначные по своему смысловому значению.

Для этого достаточно обратить внимание на юридическую конструкцию пункта 1 статьи 839 ГК, в котором наряду с обстоятельствами являющимися основаниями для отказа в страховой выплате, также приведены обстоятельства, которые виде исключения, не могут являются основаниями для освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты.

В подпункте 2) пункта 4 статьи 839 ГК предусматривающем основание для отказа в выплате содержится ссылка на статью 829 ГК, которая по тому же самому основанию освобождает страховщика от выплаты.

Такой синтез в структуре правовой нормы возможен только при отождествлении понятий отказ и освобождение. Поэтому, при существующей юридической конструкции статьи 839 ГК и других норм можно сделать вывод о том, что Гражданский кодекс Республики Казахстан не рассматривает освобождение от выплаты и отказ от выплаты в качестве самостоятельных оснований неисполнения страхового обязательства.

Принимая во внимание вышеизложенное, на вопрос о том, могут ли страхователь и страховщик по своему усмотрению предусмотреть в договоре иные (дополнительные) основания освобождения или отказа страховщика от страховой выплаты следует ответить отрицательно.

Несмотря на то, что правила закрепленные в пунктах 2 и 3 статьи 839 ГК являются диспозитивными, вместе с тем стороны, при заключении договора страхования могут лишь предусмотреть возможность неприменения перечисленных в них оснований освобождения страховщика от страховой выплаты.

Практически, аналогичным образом разрешается вопрос о возможности установления сторонами оснований для отказа в страховой выплате в пункте 4 и пункте 6 статьи 839 ГК, согласно которым основаниями для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты могут выступать либо те, которые приведены в пункте 4 статьи 839 ГК, либо другие, если они предусмотрены законодательными актами или если это не противоречит им.

Таким образом, основаниями освобождения или отказа в осуществлении страховой выплаты могут выступать только установления закона. Поэтому, стороны не вправе устанавливать дополнительные основания освобождения или отказа в выплате по своему усмотрению, что еще раз подтверждает обоснованность вывода о равнозначности этих понятий.

Ограничивая возможность страховых организаций самостоятельно устанавливать основания освобождения или отказа от осуществления страховых выплат, законодатель не только стремится к обеспечению достижения баланса прав сторон в страховых правоотношениях, но и к защите интересов страхователя (застрахованного) и выгодоприобретателя как более слабой стороны этого правоотношения.

Однако следует отметить, что страховщики не имея возможности самостоятельно предусматривать основания освобождения или отказа в страховой выплате, нередко, в своих правилах страхования или примерных договорах вводят условия, превращающие страховой случай в событие, не являющееся таковым.

Ввиду этого, представлялось бы правильным законодательно ограничить возможность страховщиков необоснованно расширять в разрабатываемых ими правилах или примерных договорах перечень событий, наступление которых не влечет возникновение обязательств по осуществлению ими страховых выплат.

Также, представляется более правильным использовать в правовых нормах ГК только термин «освобождение» страховщика от осуществления страховой выплаты, поскольку нам представляется, что лексическое значение слов «освобождение» и «отказ» не является близким или тождественным.

**Рамазанова Малика Манатовна**

Старший юрисконсульт отдела правового сопровождения трудовых

отношений и возмещения ущерба ТОО «Востокцветмет»

 **Проблемные вопросы по работе страхования работников**

**от несчастных случаев и его возмещению**

На сегодняшний день, страхование работников от несчастных случаев на производстве – один из самых традиционных и распространенных видов социального страхования.

Это обусловлено высоким уровнем травматизма и профессиональных заболеваний в производственном процессе.

По нашему мнению, несмотря на государственное регулирование, в этой системе имеются определенные проблемы, одной из которых мне хотелось бы уделить сегодня Ваше внимание. В частности, изменения и дополнения в законодательные акты, регулирующие сферу ответственности работодателя в части обязательного страхования от несчастного случая работников при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей, вступивших в действие после 10 мая 2015 года, ухудшают финансовое положение работодателя, а именно согласно ст.19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» возмещение вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с утратой профессиональной трудоспособности от 5-29% включительно, осуществляется страхователем, а именно работодателем согласно нормам трудового законодательства РК.

Исходя из требований п.3 статьи 122 Трудового кодекса, работодатель обязан возместить работникам, получившим утрату профессиональной трудоспособности от 5-29%, утраченный заработок и дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья работника, в размере 250 МРП, хотелось бы отметить, что это наиболее активная группа по выплатам возмещения вреда.

Учитывая вышеизложенное, при заключении договора обязательного страхования работодатель оплачивает страховую премию, рассчитанную из ФОТ (фонд оплаты труда) всех работников, без каких-либо ограничений, тем самым на работодателя возложена двойная финансовая нагрузка по выплате возмещения вреда.

Благодарю за внимание! Надеюсь, что вынесенные на рассмотрение семинара, проблемные вопросы найдут свое разрешение и будут в полной мере способствовать интересам как работодателя, так и их работников.

**Дьяченко Анжела Викторовна**

Главный менеджер АО «Страховая компания «Kompetenz»

 **Проблемные вопросы, возникающие по спорам о страхованиии работника от несчастных случаев**

В период с 2013гг по настоящее время возникает множество судебных процессов, связанных с решением споров по заключенным договорам страхования ответственности работодателя (страхования работников от несчастного случая). По многим из них судебная практика уже пришла к единообразию. Но часть вопросов остались нерешнными:

I Просим решить, что именно должна оплачивать страховая компания по дополнительным расходам.

Судебными решениями с компаний взыскиваются:

- произведенные расходы на восстановление здоровья, подтвержденные документально, в соответствии с законом от 2007 года.

- единовременные выплаты в соответствии с законом от 2010 года.

- произведенные расходы на восстановление здоровья, подтвержденные документально выгодоприобретателями, прошедшим очередное переосвидетельствование, согласно закона от 2015 года.

Однако, по закону от 2005года :

Статья 19 Порядок определения размера вреда. Страховая выплата по договору обязательного страхования размер ответственности работодателя.

П. 2. Размер дополнительных расходов, вызванных повреждением здоровья работника (в случае установления стойкой утраты трудоспособности - расходы, понесенные до заключения договора аннуитета), а также расходов на погребение работника (в случае его смерти) определяется страховщиком на основании документов, подтверждающих эти расходы по предоставленным работником либо лицом, понесшим эти расходы.

Страховые компании, заключившие договор страхования в 2005-2006 году должны оплачивать только 2 случая: расходы, понесенные до договора аннуитета, или расходы на погребение.

Считаем, что три вышеперечисленные взыскания с компаний необоснованны, т.к. при заключении договоров таких условий в законодательстве не было.

При этом, Выгодоприобретатель получает и единовременную выплату и расходы, возмещающие его затраты.

ІІ Пострадавший работник переехал на ПМЖ в РФ, где достиг пенсионного возраста (по законодательству РФ). Должен ли Страховщик оплачивать ему возмещение утраченного заработка при прохождении им переосвидетельствования в медицинских организациях РФ?

ІІІ Пострадавший работник имеет несколько справок об утрате профессиональной трудоспособности по различным профзаболеваниям/травмам. Суммированная УПТ по этим справкам превышает 30%. Считаем, что ответственность перед работником должен нести работодатель, т.к. каждое заболевание является отдельным несчастным случаем.

IV Согласно пруденциальных нормативов страховщик, заключивший крупный договор страхования ответственности работодателя (договор страхования работника от несчастного случая) обязан его перестраховать.

При заключении договора условия договора перестрахования идентичны условиям первичного договора страхования. Однако, при изменении законодательства (в 2007 году, в 2009 году, в 2011 году (ГК), в 2015 году) со страховщика по первичному договору страхования взыскиваются дополнительно выплаты, неоговоренные в условиях договора страхования (например, взыскание допрасходов согласно предоставленных документов, взыскание единовременной выплаты, взыскание оплаты по дополнительным договорам аннуитета на основании п.6 ст.938 ГК), а с перестраховщика первичный страховщик выплату по тем же самым основаниям получить не может. Суд ссылается на то, что договор добровольный, и нужно было в договоре предусматривать условия осуществления выплаты.

Но первичный страховщик тоже не мог предвидеть, что в последующем изменится законодательство, и суд будет применять новое законодательство на «старые» договорные отношения.

Получается, первичный страховщик пострадал дважды.

V Просим принять единое решение по дате наступления страхового случая:

Дата НС / Дата акта Н1 / Дата установления УПТ органами МСЭ.

Да, согласно закона, действующего от апреля 2015 года, дата определена вроде бы четко, но это распространяется только на отношения, возникшие после 2015 года.

По договорам страхования, вступившим в силу до 2015, судебная практика по определению даты наступления страхового случая тройственная, и всякий раз страховая компания вынуждена нести ответственность.

VI Просим принять единое решение по вопросу: кто считается застрахованным по договору страхования (т.к. вопрос по крупным предприятиям не решен законодательно до сих пор):

- тот, кто работал на застрахованном предприятии в период действия договора ( даже если дата наступления несчастного случая наступила после окончания договора).

- тот , кто уже не работал на застрахованном предприятии в период действия договора ( а бывают случаи, когда работник уже лет 10-15 не работает на этом предприятии) , но дата наступления страхового случая пришлась на период действия договора.

- если профзаболевание получил на одном предприятии (незастрахованном), а выявлено заболевание (или установлено УПТ) в период действия на другом предприятии (застрахованном).

- если виновным в заболевании признано одно предприятие ( указано в акте по форме Н1), а УПТ установлено в период работы на другом.

Надеемся, в ходе проведения семинара большинство вопросов будет решено.

**Савинова Альфия Сагдуловна**

Судья Верховного Суда Республики Казахстан

 **Суброгация. Понятие и отличие от регресса.**

**Презентация главы пособия «Особенности рассмотрения отдельных категорий дел в части страхования**

Термин «суброгация» впервые появился в Древнем Риме и происходит от латинского слова subrogare/subrogatio, что в переводе означает «заменять, восполнять». Отцом страхового права считается англичанин Мансфилд, который утверждал, что суброгация — это средство, которое делает невозможным обогащение страхователя за счет двойных выплат: в первый раз за счет страховщика, а после - благодаря лицу, ответственному за нанесение имущественного ущерба.

Всем известно, что ответственность за причиненный вред несет определенное лицо. При этом возникает обязательство вследствие причинения вреда. Кредитором по такому обязательству является либо страхователь, либо выгодоприобретатель.

Суброгация – перемена кредитора (переход прав кредитора к другому лицу) в уже существующем обязательстве из причинения вреда. Такая перемена переходит в момент выплаты страхового возмещения. Таким образом, суброгация –это переход к страховщику прав страхователя на возмещение ущерба.

Суброгация отличается от регресса тем, что при регрессе происходит не перемена лица в уже существующем обязательстве, а возникает новое обязательство и регрессное требование осуществляется по иным правилам, чем требование по первоначальному обязательству.

При регрессе одно обязательство заменяет другое, а при суброгации заменяется только кредитор в обязательстве, а само обязательство сохраняется. Поэтому право требования, перешедшее в порядке суброгации, осуществляется с соблюдением тех же самых правил, что право требования первоначального кредитора в этом обязательстве (пункт 2 статьи 840 ГК).

В этой связи следует также обратить внимание на то, что в статье 840 ГК речь идет о договорах имущественного страхования. В соответствии с пунктом 4 статьи 820 ГК страховая выплата по страхованию имущества и гражданско-правовой ответственности не может превышать размера реального ущерба, понесенного страхователем (застрахованным) в результате наступления страхового случая.

 Установление законодателем такого предела – не более реального ущерба, имеет значение, в том числе, и потому, что именно по договорам имущественного страхования к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования (суброгация). Иначе лицо, виновное в причинении ущерба, будет вынуждено возмещать не реальный ущерб, а ту сумму страховой выплаты, которую получил страхователь.

 Суброгация отличается от регресса еще и тем, что при суброгации течение срока [исковой давности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) заново не начинается, и должник может заявить о пропуске этого срока точно так же, как если бы вместо нового кредитора действовал старый.

*Пример из практики.*

Страховая компания №1 обратилась в суд с иском к К. о взыскании суммы в порядке суброгации.

Свои требования истец мотивировал тем, что между Страховой компанией №1 и ТОО был заключен договор добровольного страхования транспортного средства, объектом страхования которого является автомобиль марки «Volksvagen Multivan».

31 марта 2013 года произошло ДТП с участием указанной автомашины и автомашины марки «Mitsubishi», под управлением К. В результате ДТП автомобиль марки «Volksvagen Multivan» получил механические повреждения.

Постановлением суда К. признан виновным в совершении данного ДТП и привлечен к административной ответственности.

В связи с наступлением страхового случая Страховая комания №1 осуществила страховую выплату в размере 6 147 060 тенге.

Учитывая выплаченную Страховой компанией №2 по договору обязательного страхования гражданско-правовой ответственности К. сумму 1 111 200 тенге и сумму, вырученную за продажу годных остатков – 1 002 749 тенге, Страховая компания №1 предъявила к взысканию с ответчика 4 033 111 тенге.

Удовлетворяя исковые требования истца частично, суд первой инстанции взял за основу стоимость восстановительного ремонта автомобиля, которая по отчету об оценке составила 5 277 494 тенге.

Изменяя решение суда, и удовлетворяя требование истца в полном объеме, апелляционная коллегия мотивировала свое решение тем, что при исчислении суммы, подлежащей взысканию с ответчика, следовало, учитывая требования статьи 840 ГК, исходить из выплаченной истцом страховой выплаты в размере 6 147 060 тенге.

Изменяя постановление апелляционной инстанции, кассационная судебная коллегия взяла за основу рыночную стоимость поврежденного автомобиля, поскольку в отчете об оценке ТОО «Online Assistance» от 16 июля 2013 года было указано, что восстановление транспортного средства нецелесообразно.

 С такими выводами суда не согласилась судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда, указав, что суды, применяя пункт 1 статьи 840 ГК, не учли, что в силу пункта 2 данной нормы, перешедшее к страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между страхователем (застрахованным) и лицом, ответственным за убытки.

Из содержания данной нормы следует, что лицо, ответственное за убытки, в данном случае К., независимо от условий договора добровольного имущественного страхования, участником которого он не является, должен отвечать за вред по общим нормам гражданского законодательства, то есть возместить реальный ущерб.

Взяв за основу отчет об оценке, суды всех трех инстанций, не учли, что стоимость восстановительного ремонта должна определяться с учетом износа автомобиля. Это позволит потерпевшему восстановить свое нарушенное право в полном объеме путем приведения имущества в прежнее состояние и исключит возможность неосновательного обогащения с его стороны.

Дело было направлено на новое рассмотрение.

При новом рассмотрении апелляционная инстанция, определив стоимость восстановительного ремонта с учетом износа, снизила взысканную сумму до 1 110 073 тенге.

Практика показывает, что суды путают понятие «суброгация» и «регресс». В соответствии со статьей 933 ГК возместивший вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством, и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законодательными актами.

 Данная норма является развитием положения пункта 1 статьи 917 ГК, согласно которой  законодательными актами обязанность возмещения вреда может быть возложена на лицо, не являющееся причинителем. Например, на работодателя. В таком случае действует общее правило о праве регрессного (обратного) требования такого лица к причинителю.

Так, согласно статье 921 ГК, юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Затем работодатель может предъявить требование к своему работнику, и эти отношения уже будут регулироваться трудовым законодательством.

В этом случае в первом обязательстве кредитором выступает лицо, которому причинен вред, а должником – юридическое лицо – работодатель. В регрессном требовании кредитором становится работодатель, а должником – работник, непосредственно причинивший вред.

Право регрессного требования возникает также при исполнении обязанности одним из солидарных должников (пункт 2 статьи 289 ГК).

Понятие «суброгация» применяется только в обязательствах, вытекающих из договоров страхования.

*Пример из практики*

Страховая компания обратилась в суд с иском к С. о взыскании уплаченной суммы в порядке суброгации в соответствии с требованиями статьи 840 ГК. В обоснование своих требований истец указал, что 7 октября 2013 года между Страховой компанией и Ш. заключен договор добровольного страхования залогового автотранспортного средства марки CHEVROLET Malibu Ltz (далее - спорная автомашина). Страховая сумма по договору страхования составила 5 389 103 тенге. Выгодоприобретателями являются: 1 очереди - Банк, в пределах остатка ссудной задолженности, 2 очереди – Ш. в пределах разницы между суммой страховой выплаты и не возвращенной суммой займа на момент наступления страхового случая. 28 апреля 2014 года С., управляя автотранспортным средством марки «Lada» допустил столкновение со спорной автомашиной, что повлекло повреждение транспортных средств с причинением материального ущерба. Вступившим в законную силу постановлением специализированного межрайонного административного суда С. признан виновным по части 1 статьи 468 КоАП (действовавший на момент рассмотрения дела). Согласно отчету об оценке стоимость спорной автомашины, определенная рыночным подходом в неаварийном состоянии, составила 4 852 371 тенге, из которых 1 126 200 тенге оплачены страховой компанией ответчика С.21 июля 2014 года Страховая компания выплатила выгодоприобретателю – Банку страховую сумму в размере 2 259 812 тенге, то есть сумму, оставшуюся невозмещенной после оплаты страховой компанией ответчика С. В связи с этим, в соответствии с требованиями статей 924 и 840 ГК Страховая компания обратилась в суд с иском к С. о взыскании уплаченной суммы в порядке суброгации.

Судом первой инстанции иск был удовлетворен. При этом суд мотивировал свое решение тем, что Страховая компания по договору имущественного страхования осуществила страховую выплату в пользу выгодоприобретателя. Поэтому в соответствии со статьей 840 ГК имеет право на предъявление требований в порядке суброгации к лицу, ответственному за убытки. Таковым лицом является ответчик С., по вине которого произошло ДТП. Суд апелляционной инстанции решение суда отменил, вынес новое решение об отказе в иске Страховой компании. В обоснование апелляционная инстанция сослалась на статью 933 ГК о праве регрессного требования лица, возместившего вред. Кроме того, коллегия указала, что в обоснование своих требований истцом доказательств о том, что взыскание страховой выплаты с ответчика в порядке обратного требования подпадает под пункт 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», суду представлены не были.

Однако, указанная норма регулирует отношения между страхователем и страховщиком по договору страхования гражданско-правовой ответственности владельца транспортного средства. К примеру, владелец транспортного средства совершил ДТП в состоянии алкогольного опьянения. Страховая компания, в которой он застраховал свою ответственность, обязана выплатить страховую сумму потерпевшему, но после этого имеет право обратного требования к страхователю.

В данном же случае, истец - Страховая компания не находится в договорных отношениях с ответчиком. Она осуществила страховую выплату по договору имущественного страхования, и ей перешло право требования, которое страхователь имел к лицу, причинившему вред.

 Судебной коллегий по гражданским делам Верховного Суда постановление апелляционной инстанции было отменено, оставлено в силе решение суда первой инстанции.

Полагаю, что суды допускают ошибку в связи с тем, что действующее законодательство об обязательном страховании содержит такое понятие, как «обратное требование» и применяет его в двух случаях.

Так, практически во всех законах об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности есть статья под названием «Право обратного требования к лицу, причинившему вред». Эта норма содержит два отдельных случая, при котором у страховщика возникает право обратного требования.

Первый случай - это право обратного требования к страхователю, по чьей вине причинен вред третьим лицам. Та, согласно пункту 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» Страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в случаях, если: лицо, управлявшее транспортным средством на момент совершения транспортного происшествия, не имело права на управление им; в ходе судебного разбирательства было установлено, что страховой случай произошел вследствие технических неисправностей транспортного средства, о которых страхователь (застрахованный) знал или должен был знать и т.д. В указанных случаях речь не идет о суброгации, это отношения между страхователем и страховщиком по договору страхования, когда страхователь (являясь сам причинителем вреда) наказывается за неправомерное поведение таким образом.

Второй случай – это право обратного требования к причинителю вреда. Так, согласно пункту 3 статьи 28 Закона к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной им суммы право обратного требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком в результате страхования. Данная норма повторяет содержание статьи 840 ГК, то есть в ней идет речь о суброгации. В связи с изложенным, суду в каждом конкретном случае следует строго соблюдать требования статьи 225 ГПК, согласно которой при вынесении решения суд оценивает доказательства, определяет: какие обстоятельства, имеющие значение для дела, установлены и какие не установлены; каковы правоотношения сторон; какой закон должен быть применен по данному делу; подлежит ли заявленное требование удовлетворению.

****



**Альжанов Габит Умирханович**

Судья Павлодарского областного суда

 **Переход к страховщику прав страхователя по возмещению убытков (суброгация)**

Важнейшим этапом в динамике страховых правоотношений является переход права требования от страхователя, получившего страховую выплату, к страховщику, осуществившему данную выплату. Применительно к страховым отношениям данный переход именуется суброгацией.

Так, в соответствии со статьи 840 Гражданского Кодекса РК (далее - ГК), если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования (суброгация).

Из буквального толкования статьи 840 ГК следует, что для предъявления требований в порядке суброгации к страховщику должно перейти право требования, которое страхователь имеет к ответственному за убытки лицу.

При суброгации переход права требования осуществляется не по сделке, а на основании закона. Перемена кредитора в порядке суброгации происходит с момента производства страховой выплаты, то есть суброгация вытекает непосредственно из закона и не требует подтверждения договором страхования. Доказательством наличия у страховщика права требования к лицу, ответственному за причинение убытка, выступает договор и документ, подтверждающий производство страховой выплаты.

Пункт 1 статьи 840 ГК предусматривает, что «если договором имущественного страхования не предусмотрено иное», то есть является диспозитивной нормой и стороны могут своим соглашением исключить возможность суброгации. Но этим же пунктом предусмотрено, что условие договора, исключающее переход к страховщику права требования к лицу, умышленно причинившему убытки, ничтожно. Следовательно, договором страхования право суброгации может быть исключено лишь в случае неумышленного причинения убытков.

Согласно пункта 2 указанной статьи, перешедшее к страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между страхователем (застрахованным) и лицом, ответственным за убытки.

Пунктом 3 предусмотрено, что страхователь (застрахованный) обязан при получении страховой выплаты передать страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления страховщиком перешедшего к нему права требования.

Из пункта 4 статьи 840 ГК следует, что если страхователь (застрахованный) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине страхователя (застрахованного), страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты полностью или в соответствующей части, и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы.

Действующее гражданское законодательство Республики Казахстан (а именно статья 840 ГК) стало использовать понятие «суброгация» - переход к страховщику прав страхователя на возмещение ущерба, не предоставив его определения.

Однако, суброгация ([лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) subrogatio - замена) - переход к [страховщику](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D1%89%D0%B8%D0%BA), выплатившему [страховое возмещение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B2%D0%BE%D0%B7%D0%BC%D0%B5%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), права требовать [компенсацию](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) с лица, ответственного за [ущерб](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%89%D0%B5%D1%80%D0%B1), причиненный [страхователю](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C) в пределах возмещенного. Суброгацией называется один из частных случаев внедоговорной замены кредитора в [обязательстве](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%8F%D0%B7%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE).

С одной стороны, суброгацию следует отличать от замены кредитора в обязательстве согласно договору ([цессия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F), [факторинг](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3), [индоссамент](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82)), так как в отличие от договорных форм замены кредитора правовое основание суброгации - не в договоре, а в законе.

Что такое суброгация в страховании проще всего объяснить на следующем примере. Например, произошло дорожно-транспортное происшествие, в котором имеется виновное лицо. Автомобиль потерпевшего застрахован по договору добровольного страхования. Потерпевший имеет право требовать возмещения, как от виновного лица, так и имеет право обратиться к страховщику за страховой выплатой. Закон его право на возмещение ущерба не ограничивает. Он обращается к своему страховщику, а не к виновнику ДТП, получает страховое возмещение в полном объеме в соответствии с договором страхования. После того, как страховщик произведет выплату, к нему переходит право на возмещение ущерба, которое пострадавший имел изначально к виновнику. Происходит как бы замена пострадавшей стороны: пострадавшего собственника автомобиля страховщиком.

Суброгация может быть и по страхованию имущества. Например, [соседи залили квартиру](http://domyurist.ru/vozmeshhenie-ushherba-vinovnikom/vozmeshhenie-ushherba-prichinennogo-zalivom-kvartiryi-v-sude), имущество и отделка которой застрахованы. Пострадавшие вправе требовать возмещения ущерба с соседей, а могут воспользоваться страховкой. Страховщик выплатит страховое возмещение, а потом воспользуется возмещением ущерба в порядке суброгации и предъявит требование к виновным соседям.

Таким образом, страховой суброгации стоит опасаться всем виновникам ДТП, причинителям ущерба, если у пострадавшего есть договор страхования имущества. Им не стоит радоваться, если у пострадавшего застрахован автомобиль или имущество вместе с отделкой. Страховщик выплатит пострадавшему лицу, но к виновным лицам потом предъявит иск, если те не возместят ущерб ему в порядке суброгации в добровольном порядке.

Стоит обратить внимание, что право на суброгацию у страховщика появляется только после выплаты и только в пределах выплаченной суммы. То есть до выплаты страхового возмещения права на суброгацию нет. Больше выплаченной суммы страховщик также предъявить не может. Кроме того, нужно знать, что страховщику переходит право требования только на то, что имел на момент причинения ущерба потерпевший.

Если причинитель вреда решится добровольно возместить вред пострадавшей стороне, то обязательно следует взять с него расписку, что он получил определенную сумму и претензий не имеет. Иначе, может оказаться так, что если его имущество застраховано, потерпевший получит возмещение ущерба и от страховщика и от виновника. Потом, по истечении некоторого времени, виновнику придет требование от страховщика возместить ущерб в порядке суброгации. Если он не будет иметь документа, подтверждающего возмещение ущерба именно им, то страховщик в судебном порядке взыщет с него выплаченную им сумму, следовательно, виновник заплатит дважды.

В то же время тем пострадавшим, которые возжелают получить возмещение ущерба от двух лиц: и от страховщика, и от причинителя вреда, стоит помнить о таком понятии как суброгация. Нет сомнений в том, что страховщик обязательно предъявит требование к виновнику. Если в этом случае окажется, что он уже возместил ущерб, то сумму, выплаченную страховщиком, пострадавшему придется возвращать с процентами.

Принцип суброгации применяется только в отношении договоров имущественного страхования, к которым, в свою очередь, относятся договоры страхования имущества ([п. 3 ст. 809](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000488813) ГК).

Ограничение принципа суброгации в [пункте 1 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК договорами имущественного страхования буквально означает неприменимость данного принципа в отношении договоров личного страхования. Данный факт вытекает из общих норм ГК, устанавливающих невозможность перехода к другому лицу прав, неразрывно связанных с личностью кредитора ([статья 340](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000151080) ГК).

По договорам личного страхования пострадавшее лицо вправе претендовать как на получение страховой выплаты, так и на возмещение вреда от его причинителя в полном объеме ([пункт 5 статьи 820](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000488814) ГК). Неприменимость принципа суброгации к договорам личного страхования демонстрирует страховое законодательство большинства стран.

С другой стороны, суброгацию следует отличать от [регресса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B8%D1%81%D0%BA). Отличие понятий «суброгации» и «регрессных требований» состоит в различности субъектов этих правоотношений, а также их содержании.

Предполагается, что при суброгации происходит перемена лиц в обязательстве путем перехода прав кредитора к другому лицу на основании закона (статья 339 ГК), то есть страховщик заменяет собой страхователя в его требованиях к лицу, ответственному за убытки.

Когда речь идет о «суброгации», взаимоотношения возникают между тремя субъектами - страховщиком, страхователем и лицом, непосредственно причинившим убытки, а в тех случаях, где говорится о праве обратного требования, определяются только два субъекта - страховщик и страхователь.

Так, в статье 28 Закона «Об обязательном страховании ГПО владельцев транспортных средств» указано, что страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю в пределах уплаченной суммы в случаях, если:

1) гражданско-правовая ответственность страхователя (застрахованного) наступила вследствие его умышленных действий, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) гражданско-правовая ответственность страхователя (застрахованного) наступила вследствие управления им транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения;

3) лицо, управлявшее транспортным средством на момент совершения транспортного происшествия, не имело права на управление им;

4) в ходе судебного разбирательства было установлено, что страховой случай произошел вследствие технических неисправностей транспортного средства, о которых страхователь (застрахованный) знал или должен был знать;

5) транспортное средство используется в целях, не свойственных его техническому назначению;

6) страхователь (застрахованный) умышленно не принял мер по уменьшению убытков от страхового случая;

7) лицо, управляющее транспортным средством, скрылось с места транспортного происшествия;

8) лицо, управляющее транспортным средством и направленное на освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения, без уважительных причин не прошло такое освидетельствование.

Если в случаях, перечисленных в пункте 1 указанной статьи, виновником причиненного вреда является лицо, эксплуатирующее транспортное средство в силу трудовых отношений с его владельцем или в присутствии его владельца без оформления письменной формы сделки, то страховщик имеет право обратного требования к владельцу данного транспортного средства.

К страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной им суммы право обратного требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком в результате страхования. Если установлено, что страховой случай произошел по причине дорожных условий, вызванных неудовлетворительным обслуживанием автомобильных дорог и сооружений на них, к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит право требования, которое владелец транспортного средства имеет к лицу, виновному в создании таких условий.

На наш взгляд, указанное в данной норме закона словосочетание «право обратного требования» противоречит требованиям пункта 1 статьи 840 ГК, где указано, что к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования (суброгация). То есть понятия регресса и суброгации почему-то совпадают.

Практически приведенная разница между суброгацией и регрессом выражается в том, что регрессное требование осуществляется по иным правилам, чем требование по первоначальному обязательству ([часть 2 пункта 1 статьи 339](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000003333) ГК). Что касается права требования, возникшего в порядке суброгации, то осуществляется оно с соблюдением тех же самых правил, что и право требования первоначального кредитора в этом охранительном обязательстве ([пункт 2 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК). В частности, исковая давность по требованиям, предъявляемым в порядке суброгации, высчитывается не с момента осуществления страховой выплаты (момента перехода требования), а с момента наступления страхового случая, то есть с момента возникновения у страхователя права требования к лицу, ответственному за вред.

Тем самым, в противоположность ситуации с регрессом, обрисованной выше, осуществление страховой выплаты теперь будет означать переход права требования по охранительному обязательству к страховщику. С этого же момента в порядке диспозитивной нормы [пункта 2 статьи 827](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000151022) ГК прекращается страховое обязательство.

При анализе [пункта 1 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК возникает сомнение по поводу того, что суброгация предусмотрена только в случае осуществления страховой выплаты в пользу страхователя либо застрахованного. Дело в том, что в некоторых случаях получателем страховой выплаты может не быть ни тот, ни другой. Именно по этой причине конечным получателем страховой выплаты [статья 816](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000350248) ГК называет выгодоприобретателя.

Между тем, в гражданских кодексах всех стран СНГ в качестве таких получателей предусмотрен страхователь, при этом в скобках указывается не застрахованный (как в отечественном ГК), а выгодоприобретатель.

Указывая, таким образом страхователя, закон устанавливает презумпцию того, что получателем страховой выплаты обычно является страхователь.

Вместе с тем, на все остальные случаи дополнительно указывается выгодоприобретатель. Этим исчерпываются все могущие быть случаи, когда таким получателем является не страхователь, а застрахованный; либо вовсе иной случай, когда в оговариваемом страховом отношении участвуют и страхователь и застрахованный, однако, получателем выплаты выступает иное третье лицо - выгодоприобретатель.

Последний расклад состава участников страхового правоотношения в рамки действующей редакции ГК не укладывается и, соответственно, остается за пределами [пункта 1 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК. В этой связи, некоторые авторы полагают, что целесообразнее присоединиться к редакции вышеупомянутых кодексов, заменив в пункте 1 статьи 840 слова «страхователь (застрахованный)» словами «страхователь (выгодоприобретатель)».

В соответствии с ГК возникновение страхового случая вследствие неосторожных действий лиц, близких к страхователю, не означает освобождение страховщика от обязательства осуществить страховую выплату. Однако осуществление такой выплаты влечет необходимость восстановления имущественных интересов страховщика. Тем более, в данном восстановлении в целом и состоит основная цель суброгации.

При этом по усмотрению страхователя уплаченные страховщиком суммы могут быть взысканы с самого причинителя, либо уплаченная страховая выплата в порядке [пункта 4 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000488815) ГК может быть возвращена страхователем в случае, если он не захочет, чтобы выплаченные суммы были взысканы с причинителя (к примеру, сына страхователя).

Смысл диспозитивности [пункта 1 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК раскрывается применительно к описанному случаю в том, что осуществивший страховую выплату страховщик не обязан переводить свое право требования на причинителя (как было бы при императивной норме), а может возвратить их от страхователя в вышеуказанном порядке [пункта 4 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000488815) ГК.

Напротив, в случае императивного регулирования указанная ситуация была бы невозможна и страховщик был бы обязан возмещать сумму страховой выплаты с причинителя. Это связано с тем, что отказ страхователя от своего права требования к причинителю в контексте [пункта 4 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000488815) ГК возможен только до получения им страховой выплаты. Соответственно, страхователь, получивший страховую выплату, и впоследствии узнавший, что виновником наступившего страхового случая является его близкий, не сможет избежать взыскания выплаченной суммы с причинителя, поскольку страховщик только таким образом (то есть за счет причинителя) и сможет возместить выплаченную им сумму.

Разница между двумя указанными случаями заключается в диспозитивном обороте «если договором не предусмотрено иное». Сказанное, однако, не означает, что стороны должны непременно предусмотреть такой случай в договоре, так как стороны смогут прийти к нужному соглашению и впоследствии. Как бы то ни было, положительная сторона диспозитивности пукта 1 статьи 840 видна, как минимум, в приведенном случае.

В целом же, из анализа [статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК следует, что диспозитивность ее пункта 1 имеет следующие правовые последствия:

1) позволяет установить в договоре, что при возникновении страхового случая вследствие неосторожных действий третьих лиц (к примеру, близких лиц страхователя) к страховщику право требования переходить не будет;

2) позволяет страхователю самому решать, получать ему страховую выплату от страховщика или нет и, соответственно, определять, быть суброгации или не быть;

3) позволяет страхователю, получившему страховую выплату, и впоследствии узнавшему о том, что страховой случай возник вследствие действий его близкого лица, возвратить страховщику полученные от него суммы, и этим предотвратить наступление суброгации и ее последствия - обратного истребования выплаченных сумм с причинителя.

Остается добавить, что все сказанное было бы невозможным при императивном характере нормы [пункта 1 статьи 840](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000016020) ГК.

Таким образом, можно говорить о суброгации как следствии действия императивных норм законодательства. Причем норм, несущих определенную социальную нагрузку, в чем и состоит ее отличие от уступки права требования (цессии), возникающей на основе соглашения сторон.

Вступая в договорное отношение, стороны преследуют наступление определенных юридических последствий, которые, в свою очередь, представляют для них определенный материальный интерес. Именно этот интерес и преследуют стороны, заключающие договор об уступке права требования. Наиболее ярко данный интерес проявляется у финансового агента в договоре финансирования под уступку денежного требования (факторинга), основывающем свое действие на механизме цессии ([глава 37](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000015871) ГК).

В случае же с суброгацией, никакого материального интереса страховщик не имеет: уплачивая за ответственное лицо возмещение, он выполняет лишь свою законную обязанность. Сама же суброгация здесь является лишь механическим переходом прав кредитора в охранительном обязательстве для восстановления материального интереса страховщика. Поэтому цель суброгации состоит в том, чтобы гарантировать защиту интересов лица, совершившего платеж.

**СЕССИЯ 3: СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТРАХОВАНИИ**

**Модератор: Савинова Альфия Сагдуловна -** судья Верховного Суда Республики Казахстан.

**Сейдалина Жанна Каримовна**

Председатель судебной коллегии по гражданским делам

Карагандинского областного суда, кандидат юридических наук

**Тезисы доклада**

 **О некоторых вопросах правоприменения законодательства о страховании. Основания освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты**

Законом Республики Казахстан от 27.04.2015 года № 311-V «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» (далее - Закон) были внесены существенные изменения в законодательные акты, регулирующие правоотношения по возмещению вреда, причиненного здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

Так, пункт 1 статьи 944 ГК РК изложен Законом в следующей редакции: «1. Возмещение вреда, связанного со снижением трудоспособности или смертью потерпевшего), производится ежемесячными платежами.

Возмещение вреда в части утраченного заработка потерпевшим при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей осуществляется на срок установления степени утраты трудоспособности, но не более достижения им пенсионного возраста, установленного законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении».

Статья 164 Трудового кодекса также претерпела изменения. Так, в соответствии с пунктом 4 данной статьи при причинении вреда работнику, связанного со степенью утраты профессиональной трудоспособности от пяти до двадцати девяти процентов включительно, возмещение работнику утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением здоровья, возложено на работодателя.

Изменениями в статье 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» также определено, что возмещение вреда, связанного с утратой заработка (дохода) работником в связи с установлением ему степени утраты профессиональной трудоспособности от пяти до 29 процентов включительно осуществляется страхователем согласно трудовому законодательству РК. Кроме того оговорено, что страховая выплата будет выплачиваться работнику, но на срок до достижения работником пенсионного возраста.

Изменения и дополнения в ГК РК были введены в действие с 10 мая 2015 года. Вместе с тем, пункт 5 статьи 2 Закона предусмотрел, что его нормы в части обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей распространяются на случаи установления либо продления (переосвидетельствования) степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие Закона, т.е. после 10 мая 2015 года.

В связи с вышеназванными изменениями в суды Карагандинской области стали поступать исковые заявления от работников предприятий, получивших увечье, которым, как страховые компании, так и работодатели стали отказывать в возмещении вреда.

Из поступающего количества дел можно выделить следующие категории, вызывающие необходимость выработки правильной судебной практики в судах:

1. Иски работников, достигших к 10 мая 2015 года пенсионного возраста, получавших возмещение утраченного заработка до 10 мая 2015 года, но прошедших очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 года, которым продлевается степень утраты профессиональной трудоспособности.

Суды Карагандинской области, рассматривая такие иски, приходят к выводу, что обязанность по выплате возмещения вреда здоровью должна ложиться на работодателя и не ограничиваться условием достижения пенсионного возраста, так как правоотношения по возмещению вреда здоровью работника возникли до 10 мая 2015 года. Так как Закон предусмотрел случаи обратной его силы при определенных условиях только в отношении страховых компаний, то работодатель должен нести ответственность по возмещению вреда здоровью по несчастным случаям на производстве перед работником пожизненно и в полном объеме.

Полное освобождение от выплат не может иметь место и обратная сила закона не может быть применена в силу конституционных ограничений, установленных подпунктом 7 пункта 3 статьи 77 Конституции Республики Казахстан.

2. Иски работников, достигших к 10 мая 2015 года пенсионного возраста, получавших возмещение утраченного заработка до 10 мая 2015 года, но не проходивших очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 (при бессрочном установлении степени утраты профессиональной трудоспособности).

Аналогично обоснованию по вышеприведенному примеру. Суды Карагандинской области, рассматривая такие иски, приходят к выводу, что обязанность по выплате возмещения вреда здоровью продолжает оставаться за страховой компанией, так как условия обратной силы закона, определенного в пункте 2 статьи 2 Закона не наступили. Данные выплаты также должны осуществляться страховой компанией пожизненно, за исключением случаев возможного последующего переосвидетельствования работника при изменении условий. Тогда возмещение вреда возлагается на работодателя.

Новый же Закон (за исключением случаев, указанных в пункте 5 статьи 2 Закона) будет иметь свое распространение только на случаи получения вреда здоровью работника после 10 мая 2015 года.

3. Остается актуальным для судов вопрос определения судебной практики по делам, связанных с освобождением страховщика от осуществления страховой выплаты, в частности применения подпункта 5 пункта 4 статьи 839 ГК, согласно которого основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть неуведомление страховщика о наступлении страхового случая (статья 835 ГК).

При этом пункт 3 статьи 835 ГК определяет: неуведомление страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

Из буквального понимания содержания статьи 839 ГК, а также отсылочной в ней статьи 836 ГК, следует, что речь идет не о несвоевременном уведомлении страховщика, а об его неуведомлении о страховом случае вообще. Положения пункта 3 статьи 835 ГК РК согласуются с положениями подпункта 2 пункта 1 статьи 839 ГК РК, в соответствии с которым страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты по договорам страхования гражданско-правовой ответственности, если страховой случай произошел по вине лица, чья ответственность является объектом страхования.

Следовательно, несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая не может служить основанием для освобождения последнего от осуществления страховых выплат, при условии наступления страхового случая в период действия договора обязательного страхования гражданско-правовой ответственности и страховой защиты, при перечислении страхователем страховой премии. Более того, даже прекращение договора обязательного страхования не освобождает страховщика от обязанности по осуществлению страховой выплаты выгодоприобретателю по несчастным случаям, признанным в последующем страховыми случаями, которые произошли в период действия договора обязательного страхования работника (статья 13 Закона).

Предлагаем в разрабатываемый проект Нормативного постановления Верховного Суда по вопросам судебной практики по страхованию включить данный вопрос и разъяснить судам применение статьи 839 ГК, в том числе применение в статье терминов «освобождение» и «отказ», не являющихся равнозначными по своему смысловому содержанию.

4. Интересны и случаи судебной практики, требующие своего разъяснения, когда потерпевший, при наступлении страхового случая предъявляет иск не к страховой компании, а непосредственно к причинителю вреда. Возникает вопрос, должен ли суд в таких случаях отказать в иске, как предъявленного ненадлежащему ответчику, либо это выбор самого потерпевшего, за счет кого получить возмещение вреда.

Трудовой Кодекс содержит в себе статью, определяющую, что работодатель будет нести ответственность и возмещать вред, причиненный работнику при исполнении им трудовых обязанностей, в случае отсутствия страховых выплат. И указанное позволяет говорить о том, что если работодателем были соблюдены все условия по уведомлению страховой организации о наступлении страхового случая и другие условия договора страхования, то возмещение ущерба должно производиться страховой компанией.

Однако в законодательстве, регулирующем другие виды страхования таких, таких ссылок нет.

5. Имеются вопросы судебной практики, рассмотрения дел, связанных с освобождением от выплаты страхового возмещения, при расторжении договора страхования, в частности, договора страхования туристической деятельности.

 На взгляд судов Карагандинской области, при наступлении страхового случая, расторжение договора без согласия выгодоприобретателя, в данном случае, туриста, невозможно. Самостоятельная выплата каких-либо сумм страхователю, без ведома выгодоприобретателя, является исполнением ненадлежащему лицу, а также не является правовым основанием прекращения обязательств по договору страхования.

Статья 20 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» содержит исчерпывающий перечень оснований освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты. В данный перечень не входят случай выплаты страховой суммы страхователю, а также исчерпание предельного объема ответственности страховщика по договору страхования.

**Дорош Ирина Николаевна**

Судья Восточно-Казахстанского областного суда

 **Судебная практика рассмотрения дел по спорам, вытекающим из договора страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств**

Прежде чем обратиться к практике рассмотрения судами нашей области указанной выше категории дел, хотелось бы обратить внимание на некоторые вопросы, которые, на мой взгляд, требуют законодательного урегулирования, а также на имевшую место недобросовестность страховых компаний при определении размера вреда, причиненного транспортному средству.

Как известно, с 01.01.2016 года действуют изменения, внесенные в Закон от 01.06.2003 года № 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств».

В частности, внесены изменения в статью 22 Закона, регламентирующую порядок определения страхового случая и размер причиненного вреда.

В прежней редакции статьи было указано, что размер вреда, причиненного имуществу, оценивает независимый эксперт в соответствии с нормативным правовым актом, установленным Министерством юстиции по согласованию с уполномоченным органом с учетом стандартов оценки и результат оценки является обязательным для страховщика.

Ныне действующим законодательством предусмотрено, что определение размера вреда, причиненного транспортному средству, осуществляется страховщиком в соответствии с нормативным правовым актом уполномоченного органа - Национального Банка Республики Казахстан, Постановлением Правления которого от 28.01.2016 года №14, зарегистрированном в МЮ 15.03.16 года № 13460 утверждены Правила определения размера вреда, причиненного транспортному средству.

В соответствии с Приложением 6 к указанным Правилам оформляется калькуляция размера вреда, причиненного транспортному средству. Какие сведения должна содержать калькуляция также указано в Приложении 6.

Под страховщиком в указанном законе ( п.15 ст. 1 Закона) понимается юридическое лицо, получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан, обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

В соответствии с частью 1, 5 статьи 533 ГК при заключении договора страхования имущества страховщик вправе произвести осмотр и оценку страхуемого имущества, а при необходимости назначить экспертизу в целях установления его действительной стоимости. Оценка страхуемого имущества и причиненного вреда, осуществляемая страховщиком, является составной частью страхования и не требует дополнительного лицензирования. При обязательных видах страхования порядок и условия проведения оценки размера причиненного вреда в результате наступления страхового случая могут определяться законодательными актами Республики Казахстан.

Вместе с тем, в соответствии с Законом от 30.11.2000 года №109 «Об оценочной деятельности» оценочная деятельность является лицензируемым видом деятельности, которая осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях. При этом, физические лица, претендующие на право занятия оценочной деятельностью, проходят квалификационный экзамен в целях выявления их квалификационного уровня, к которому допускаются лица, имеющие высшее образование по специальности «оценка» и ( или) высшее техническое или экономическое образование.

Таким образом, для проведения оценки необходимо, чтобы лицо имело специальное образование и квалификацию. Как показала судебная практика, страховщик такими качествами не обладает, лицензии на данный вид деятельности не имеет, не является квалифицированным специалистом в этой области и как следствие результат оценки, проведенной страховщиком, нельзя признать соответствующему основным принципам оценочной деятельности - объективности и достоверности.

Таким образом, наделение страховщика полномочиями по оценке вреда, причиненного транспортному средству, без специальной квалификации и лицензии на данный вид деятельности, преждевременно.

Полагаю, что прежняя редакция статьи закона была более правильной.

Поскольку практически по всем делам судом назначаются судебные экспертизы для определения стоимости ущерба, было бы более правильным внести изменения в законодательство, закрепив положение об определении размера вреда экспертным путем, что позволило бы избежать судебных споров.

О необъективности и недостоверности произведенной страховщиком оценки свидетельствует и судебная практика рассмотрения дел указанной категории.

Как уже отмечено выше, в Правилах определения размера вреда, причиненного транспортному средству, указано какие сведения должна содержать калькуляция.

1. Калькуляция размера вреда, причиненного транспортному средству, содержит следующие сведения:

1) титульный лист содержит:

наименование калькуляции;

номер калькуляции;

дату составления калькуляции;

наименование и местонахождение объекта;

дату проведения осмотра объекта;

вид (тип) определяемой стоимости;

полное наименование или фамилия, имя, отчество (при его наличии) заявителя (выгодоприобретателя);

сведения о страховщике, определяющем размер вреда: полное наименование, БИН, банковские реквизиты, юридический адрес;

заверяется печатью (при наличии) с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и подписью лица, утверждающего калькуляцию;

2) общая информация и описание объекта;

3) расчетная часть:

описание процесса определения размера вреда;

расчеты, выполненные в соответствии с Правилами определения размера вреда, причиненного транспортному средству;

4) заключительная часть калькуляции;

5) приложения к калькуляции содержат:

фотографии объекта;

таблицы расчетов (при наличии);

исходные данные для составления калькуляции.

2. Итоговая величина стоимости выражается в валюте Республики Казахстан (тенге) и отражена в виде цифры, округленной до тенге, с письменной расшифровкой суммы в скобках.

3. Калькуляция, составленная страховщиком, утверждается руководителем юридического лица или уполномоченным им лицом и заверяется печатью (при наличии).

Листы калькуляции, кроме титульного, нумеруются постранично и прошиваются.

Следует заметить, что во всех делах, которые являлись предметом апелляционного рассмотрения, калькуляция страховщика не соответствовала требованиям указанного Приложения.

Как правило, калькуляция, составленная страховщиком, это 2-3 листочка непонятных выводов с подведением итоговой суммы вреда, не прошитых и непронумерованных, без приложения расчетов, фотографий. Известно, что Приложение 2 к Правилам содержит и требования к проведению фотографирования поврежденного транспортного средства, чего вообще страховщиком не делается. А выводы страховщика о сумме вреда, как показывает судебная практика, действительности не соответствуют, об этом свидетельствуют вступившие в законную силу решения судов области, которыми, как правило, удовлетворяются иски заявителей о взыскании разницы страховой выплаты, поскольку по делам назначаются судебные экспертизы. Судебная экспертиза устанавливает, что определенные страховщиками суммы вреда занижены в 2, а то и в 3-4 раза.

Нередки случаи, когда страховщик не производит оценку, а обращается к специалисту, ссылаясь на заключенный СК договор с оценочной компанией, что также не соответствует требованиям вышеназванного Закона.

К примеру, по иску Сагиевой к АО СК «Сентранс Иншуранс» о взыскании страховой выплаты было установлено, что согласно отчету ТОО «Независимый экспертно оценочный центр» (оценка проведена по заявлению Страховой компании) стоимость восстановительного ремонта транспортного средства составила 207 441 тенге.

Согласно отчету ТОО «Центр оценки и исследования «Восток», куда обратился возмущенный истец, стоимость составила 610 070 тенге.

То есть разница в отчетах – существенная, боле 400 тыс. тенге.

Заключением эксперта стоимость определена в 601 595 тенге, которая практически соответствовала отчету, представленному истцом.

Еще на один момент, вызывающий дискуссии, хотела обратить внимание.

Так, в соответствии с частью 8 статьи 25 Закона страховщик имеет право на имущество или его остатки в случае осуществления им страховой выплаты в размере рыночной стоимости данного имущества на день наступления страхового случая.

Пунктом 6 раздела 1 Правил предусмотрено, что в случае гибели транспортного средства страховщик осуществляет страховую выплату в размере рыночной стоимости поврежденного транспортного средства до наступления страхового случая, при этом потерпевший (выгодоприобретатель) или их представитель передает в собственность страховщика остатки поврежденного транспортного средства либо осуществляет страховую выплату за минусом стоимости годных к реализации деталей, узлов, агрегатов, материалов.

Есть мнение, что поскольку самим Законом не предусмотрено минусовать со страховой выплаты стоимость годных к реализации деталей, узлов, агрегатов, материалов, суд не вправе это делать, акцентируя внимание на том, что потерпевший не должен тратить время и искать рынок сбыта годных частей. Хотелось бы услышать мнение присутствующих по указанному вопросу.

Восточно-Казахстанским областным судом проведен анализ рассмотрения дел указанной категории, по результатам которого судам даны рекомендации. Так, в случае наличия противоречий в предоставленных сторонами отчетах об оценке стоимости вреда, следует назначать судебную товароведческую экспертизу, тщательно изучать представленные сторонами отчеты и заключение эксперта, при необходимости вызывать и опрашивать в судебном заседании специалистов-оценщиков и эксперта. Также обращено внимание судей, что заключение эксперта является доказательством по делу и подлежит оценке наряду с другими доказательствами.

При решении вопроса, на законном ли основании лицо управляло транспортным средством, следует тщательно изучать представленные сторонами договоры – аренды, совместной деятельности, страховые полисы, поскольку имели место изменения решений судов именно в виду неверной оценки представленных сторонами доказательств.

В заключение хотелось бы сказать, что закрепляя за страховщиком право на определение размера вреда, и очень подробно описав все этапы его определения, вплоть до мелочей, законодатель предполагал, что эти изменения, при их соблюдении страховщиком, ускорят процесс страховых выплат потерпевшим, исключат излишние судебные тяжбы. Однако, как показывает практика, страховщики пользуются своим правом недобросовестно, злоупотребляют правами потерпевших, нарушая их интересы. Доводы жалоб страховщиков на решения судов первой инстанции о том, что калькуляция страховщика является для него обязательной при определении размера вреда и осуществлении страховой выплаты свидетельствует о незнании действующего законодательства, в соответствии с которым при несогласии потерпевшего (выгодоприобретателя) с результатами определенного страховщиком размера вреда, потерпевший (выгодоприобретатель) вправе оспорить определенный страховщиком размер вреда в суде (часть 5 статьи 22 Закона), либо об умышленном затягивании страховой выплаты, что опять же свидетельствует о его недобросовестности.

**Юсупова Гульмира Хасимовна**

Судья Павлодарского городского суда

 **Вопросы совершенствования действующего законодательства в сфере обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств**

Внесению поправок в законодательные акты предшествует законопроектная работа уполномоченных государственных органов, когда проводится анализ действующего законодательства, выявляются пробелы, коллизии, противоречия и дублирование норм, изучается зарубежный опыт, прогнозируются положительные и негативные правовые, социальные последствия принятия законопроекта. Уполномоченным государственным органом в области страхования является Национальный Банк. В настоящее время Национальным Банком разработан законопроект, предусматривающий поправки в ГК, специальные законы. В частности, предлагается ввести институт вмененного (обязательно-договорного) страхования, электронный страховой полис.

Необходимость совершенствования действующего законодательства возникает в ходе апробации законов на практике в связи с выявлением проблемных вопросов при их применении. В частности, суды при рассмотрении конкретных гражданских дел могут выявлять такие проблемные вопросы, подлежащие разрешению на законодательном уровне.

Общественные отношения, возникающие в области обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств, а также правовые, финансовые и организационные основы его проведения установлены Законом от 1 июля 2003 года № 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» (далее - Закон).

Обязательное страхование - страхование, осуществляемое в силу требований законодательных актов, условия которого определяются соглашением сторон, если иное не установлено законодательными актами, регулирующими обязательные виды страхования. При обязательном страховании страхователь обязан заключить договор со страховщиком на условиях, определенных соглашением сторон, если иное не установлено законодательными актами, регулирующими данный вид страхования (ст. 806 ГК).

Обращаясь к Закону от 1 июля 2003 года № 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» хотелось бы отметить, что обязательному страхованию подлежит гражданско-правовая ответственность владельцев транспортных средств ввиду социально-общественной значимости и массовости страховой защиты в данной сфере общественных отношений.

Вместе с тем, Закон не содержит такого принципа, как обязательность и всеобщность страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств. Тогда как сущность данного принципа исходит из самого названия Закона. Обязательность страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств реализуется посредством установления административной ответственности согласно ст. 612 КоАП. Указанная норма запрещает управление транспортным средством водителем, не имеющим при себе страхового полиса по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств и (или) по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности перевозчика перед пассажирами.

При этом, закрепление основополагающих принципов и норм в сферах общественной жизни в форме законов регламентировано нормами п.3 ст. 61 Конституции, поскольку принципы закона - это основные, исходные начала, выражающие сущность закона и определяющие общую направленность правового регулирования.

В статьях 3,4 Закона указаны объект, цели и основные принципы обязательного страхования. Следует отметить, что приоритетной в Законе представляется защита имущественных интересов застрахованного лица, третьих лиц. Аналогичный принцип содержится в подпункте 1) статьи 4 Закона. В этой связи, предлагается дополнить статью 4 Закона принципом обязательности и всеобщности страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств.

В судебной практике часто встречаются дела, когда при наличии страхового полиса, подтверждающего страхование ГПО владельца автотранспортного средства, истцы предъявляют иск к самим причинителям вреда, в связи с отказом страховой компании в страховой выплате, так как, считая, что ответчик вправе в последующем самостоятельно урегулировать спор со страховщиком.

Согласно п.8 ст.816 ГК, при наступлении страхового случая выгодоприобретатель вправе предъявить непосредственно к страховщику требование о выплате ему страховой выплаты, предусмотренной договором страхования.

В силу подпункта 7) пункта 1 статьи 18 Закона, потерпевший вправе предъявить требование о возмещении причиненного вреда к владельцу транспортного средства в размере превышения суммы причиненного вреда над суммой полученной страховой выплаты. Аналогичные нормы содержатся в ГК.

Следовательно, предъявление иска непосредственно к страховщику либо к причинителю вреда является правом выгодоприобретателя, а не обязанностью. Суд рассматривает дело в рамках заявленных истцом требований и не может отказать в удовлетворении иска к причинителю вреда, ссылаясь на наличие договора страхования.

Тогда как, установление законом права одного субъекта правоотношений должно порождать определенную обязанность для другого субъекта, по принципу «право-обязанность». Отсутствие в законе данного принципа является коррупциогенным фактором по критериям проведения антикоррупционной экспертизы.

В этой связи предлагается - статью 828 ГК дополнить подпунктом о том, что страховщик обязан при наступлении страхового случая произвести выгодоприобретателю страховую выплату, предусмотренную договором страхования.

Согласно пункту 5 статьи 22 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» при несогласии потерпевшего (выгодоприобретателя) с результатом определенного страховщиком размера вреда потерпевший (выгодоприобретатель) вправе оспорить определенный страховщиком размер вреда в суде.

Во-первых, в судебной практике встречаются случаи, когда потерпевший обращается в суд с исковым заявлением о взыскании со Страховой компании страховой выплаты в размере, определенном другой оценочной компанией, когда размер ущерба превышает размер, определенный страховщиком. При этом, Страховые компании ошибочно придерживаются позиции о том, что факт перечисления страховой выплаты является согласием потерпевшего с размером вреда и как следствие, основанием для отказа судом в удовлетворении иска.

Во-вторых, истцы обращаются в суд с исками к причинителям вреда.

Так, истец Баймуханбетов К.И. обратился в суд с иском к Мустафиной С.С. мотивируя свои требования тем, что в результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего по вине ответчика транспортному средству, принадлежащему истцу причинены технические повреждения. Просил взыскать с ответчика сумму материального ущерба в размере 151 446 тенге. Дело рассмотрено с привлечением Страховой компании в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований на предмет спора на стороне ответчика.

Судом установлено, что ГПО ответчика была застрахована. После ДТП стороны обратились в Страховую компанию. Последняя произвела калькуляцию, по результатам которой рыночная стоимость работ и материалов, необходимых для проведения восстановительного ремонта ТС истца с учетом его износа составила 93 861 тенге. С указанной оценкой ущерба истец согласился. На основании заявления истца Страховая компания произвела ему выплату в размере 93 861 тенге.

Предъявление исковых требований о взыскании ущерба на основании другого отчета, где стоимость ущерба определена в размере 151 446 тенге, суд признал необоснованным. Поскольку на момент рассмотрения гражданского дела, произведенный Страховой компанией отчет стоимости причиненного в результате материального ущерба, по которому произведена страховая выплата истцу, никем не оспорен. Размер заявленного ущерба не превышал предельный объем ответственности страховщика по одному страховому случаю (600 МРП).

Решением суда Павлодарского городского суда от 5 декабря 2016 года в удовлетворении иска отказано.

Аналогичное дело рассмотрено Павлодарским городским судом 12 декабря 2016 года по иску Кузнецовой Татьяны Викторовны к Гановскому Николаю Павловичу, с привлечением третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований на предмет спора на стороне ответчика АО «Страховая компания «Нұрполис» о взыскании ущерба, причиненного в результате ДТП. Стороны пришли к соглашению об урегулировании спора в порядке медиации, по условиям которой ответчик обязался выплатить истцу разницу между размером ущерба, определенным Страховой компанией и страховой выплатой.

В-третьих, в судебной практике встречаются иски, когда потерпевший просит признать недействительным отчет об оценке стоимости восстановительного ремонта. Требования обоснованы наличием иного отчета, произведенного независимой оценочной компанией. Поэтому возникает правомерный вопрос о возможности прекращения судом производства по делу, поскольку отчет является одним из доказательств размера вреда.

В-четвертых, потерпевшие обращаются в суд с иском к собственнику ТС, несмотря на то, что ГПО виновника ДТП была застрахована и Страховой компанией произведены выплаты.

По всем вышеуказанным искам, основанием для обращения в суд является несогласие потерпевших с размером полученной в Страховой компании выплаты. Получается, что по одной норме Закона гражданами избирается 4 способа защиты своих прав.

Полагается, что Высший судебный орган в рамках планируемого обобщения даст местным судам направления в части формирования единообразной судебной практики по искам потерпевших, не согласных с результатами размера вреда, причиненного ДТП и определенного Страховыми компаниями. При этом обоснованным является мнение о том, что результат определенного Страховой компанией размера вреда подлежит оспариванию в порядке главы 29 ГПК. По аналогии с правом потерпевшего оспаривать решение страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера в порядке, установленном законодательством (п.п.6) п.1 ст. 18 Закона).

**Тарасов Алексей Александрович**

Юрист Усть-Каменогорского филиала АО «Казкоммерц-Полис»

 **Законодательство в области страхования и применение его на практике**

Рад приветствовать участников семинара, благодарю за предоставленную возможность выразить мнение по вопросам практического применения законодательства Республики Казахстан.

Мы прекрасно знаем об образовании законов и права в целом, в связи с чем, не буду углубляться в теорию происхождения права и нормативно-правовых актов. Но при этом бы хотелось отметить, что на сегодняшний день практически все отношения между гражданами регулируются законодательными актами, а некоторые отношения четко регламентируются Законами (в нашем случае – обязательные виды страхования), которые устанавливают правовые, финансовые и организационные основы проведения Закона.

Если в отношении добровольных видов страхований Законодательством Республики Казахстан ставятся только рамки прав и обязательств сторон, и соответственно, стороны свободны определять условия договорных отношений в установленных законодательством рамках, то в части обязательного страхования нормы Закона определяют права и обязанности всех участников соответствующих правовых отношений практически пошагово (форма и цена договора, условия и исполнение договора).

Таким образом, каждая сторона, исходя из своих материальных, моральных и иных возможностей, принимает решение о вступлении в те или иные гражданско-правовые отношения (положительное или отрицательное), основываясь на нормах законодательства РК, и соответственно, данные отношения оформляет договором, который подписывается сторонами в знак согласия с условиями подписываемого договора.

Согласно Конституции РК,гражданскому законодательству, все равны перед законом и судом и, соответственно, никому не может быть отдано предпочтение по каким-либо обстоятельствам, в частности, имущественному положению, форме собственности (ст. 13 ГПК).

На сегодняшний день рынок страхования мало развит и страхование воспринимается гражданами не в той форме, в какой оно есть на самом деле. Рынок страхования развит только в форме вынужденного принуждения посредством и в рамках законодательных актов (ОГПО автовладельцев, ОС НС, ОГПО перевозчиков перед пассажирами и др.). В связи с чем, страхование гражданско-правовой ответственности воспринимается гражданами как страхование имущества (в частности, страховка на авто), и не вникая в условия договора и нормы Закона. И, при повреждении транспортного средства страхователи считают, что страховая компания должна возместить ущерб за их автомобиль. То есть страхование трактуется гражданами по упрощенному направлению без учета условий договора и установления факта наступления страхового события - формула такова: оплата страховой премии является единственным условием для получения страховой выплаты (условия договора – обязанности сторон (страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя) - не принимаются во внимание), заключил договор страхования – снял с себя ответственность («моя хата с краю»). Хотя каждый вид страхования предусматривает заинтересованность страхователя и возлагает на него определенные обязательства, которые страхователем не исполняются.

При этом надо понимать, что «страховая деятельность основана на принципах эквивалентности и случайности. Принцип эквивалентности выражает требование равновесия между доходами страховой организации и её расходами. Риск угрожает многим лицам, но лишь немногие из них действительно затрагиваются страховыми случаями. Выплаты по страховым случаям покрываются за счёт взносов многих страхователей, избежавших данного риска.

Доходы от страховой деятельности складываются из страховых взносов, уплачиваемых страхователями. Расходы представлены страховыми выплатами и затратами на содержание страхового предприятия. При превышении доходов над расходами страховая организация (СО) имеет прибыль от страховой деятельности. Если возникают убытки, то это приводит к невозможности выполнения обязательств перед страхователями.

Принцип случайности состоит в том, что страховаться могут только события, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления. Преднамеренно осуществлённые действия не страхуются, так как в них отсутствует принцип случайности».

Отсюда следует, что государство по средствам страхования защищает имущественные интересы граждан (пострадавших, потерпевших) не усугубляя положение других участников этих гражданско-правовых отношений, регулируя их соответствующими законодательными актами. И при четком соблюдении условий договоров и норм права будет обеспечено равновесие интересов сторон и выполнение программ утвержденных государством.

Однако, на сегодняшний день ситуация обстоит так, что при осуществлении защиты прав и интересов потерпевших, пострадавших (выгодоприобретателей) пренебрегают интересами и правами страховщиков, которые в дальнейшем выливаются в виде изменений в законодательстве РК, затрагивающих (подпирающих) интересы других граждан.

Яркий тому пример - страхование ОГПО владельцев транспортных средств: до 2007 года по договорам ОГПО ВТС страховая премия в отношении ответственности владельца транспортного средства в среднем составляло в районе от 1 200 (одна тысяча двести) тенге до 2 000 (две тысячи) тенге.

В результате сложившейся практики в сфере данного вида страхования страховщики несли немалые убытки (невозвратные регрессные обязательства, защита интересов потерпевших без учета обстоятельств сложившихся между участниками дорожно-транспортного происшествия). И это привело к внесению изменений в Закон, который в свою очередь увеличил размер страховой премии почти в 10 (десять) раз, тем самым, обеспечив работу данной государственной программы за счет законопослушных граждан.

На сегодняшний день вопросы, в отношении которых возникают споры, выражены в следующем:

- ОГПО ТС: размер фактического материального ущерба страховыми компаниями и независимыми оценщиками определяется, согласно методики, утвержденной соответствующими организациями, и меморандумом, подписанным независимыми оценщиками. При этом имеет место отличительный подход по определению размера ущерба имуществу, в частности, применения методики определения стоимости имущества, работ, фактической стоимости на момент причинения материального ущерба потерпевшей стороне (одни исходят из первоначальной стоимости имущества, другие исходят из рыночной стоимости аналогичного имущества на день страхового события или осмотра).

- ОГПО ТС: при определении фактического ущерба одни устанавливают стоимость поврежденного объекта (стоимость предмета морально устаревшего) с учетом естественного износа, другие же – фактическим ущербом воспринимают реальные затраты, которые понес потерпевший на восстановление своего имущества (приобретение новых деталей). Тем более, в оценке восстановительного ремонта присутствует две стоимости: 1) реальная - исходя из реальных цен в магазинах (интернет-магазинах); 2) фактическая – исходя из реальных цен, но с учетом износа. Таким образом, необходимо разъяснение в отношении реального и фактического ущерба имуществу.

- ОГПО ТС: извещение о страховом случае страховые компании получают посредством исковых заявлений от судебных органов. Следовательно, полноценно ознакомиться с материалами дела не всегда предоставляется возможным, и компании несут дополнительные расходы в виде представительских расходов и других судебных издержек.

- ОГПО ТС: не смотря на то, что страхователь добровольно осуществляет возмещение материального ущерба, имеет место обращение потерпевших за получением страховой выплаты в страховых компаниях по возмещению материального ущерба, который ими был уже получен. Таким образом, в случае регресса, на виновное лицо возлагается обязанность оплатить один и тот же ущерб дважды.

- ОГПО ТС: не урегулирован вопрос о получении сведений по результату исполнения или неисполнения обязательства со стороны страхователя (не известно: возмещен материальный ущерб или нет; осуществляются какие-либо действия со стороны страхователя (доказывание своей невиновности) или нет; имел ли право управления на момент ДТП или нет).

- НС: разница расчетов при установлении УПТ РФ и РК – УПТ в РК ниже чем в РФ, так как при установлении стойкой УПТ 30% в РК дается 3 группа инвалидности, а в РФ для предоставления инвалидности требуется более высокий процент стойкой УПТ. Следовательно, возникает конфликт законодательств государств-участников Содружества.

- НС: в связи с изменениями в законодательстве, на страховые компании были возложены двойные обязательства, а именно, возмещение дополнительных фактических расходов исполнялось страховщиком надлежащим образом согласно представленным документам. Но с учетом изменений в законодательстве пострадавшие работники изъявили волю получить возмещение расходов единовременным платежом без предоставления каких-либо документов, и данное решение было поддержано судебными органами в полном объеме без учета размера ранее исполненных обязательств. Таким образом, страховщик дважды оплатил дополнительные одни и те же расходы, хоть и понесены они были единожды.

- НС: не проработан вопрос защиты имущественных интересов страховщиков при оспаривании актов несчастных случаев на производстве (имеются судебные решения, где одним решением удовлетворен иск благодаря тому, что основополагающий документ не был никем оспорен, а другим – отказываются признавать основополагающий документ, так как его признал суд, который указал, что документ никем не оспорен и может быть учтен при вынесении вердикта, тем самым, замыкая круг).

- НС: в ходе применения трудового законодательства и Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев» произошло столкновение двух понятий: исполнение обязательств по возмещению вреда здоровью и исполнение обязательств по договору путем осуществления страховой выплаты. В связи с чем, возникли проблемы с такими процессуальными действиями, как поворот решения и оплата государственной пошлины (часть 4 статьи 116 ГПК – обе стороны освобождены от уплаты госпошлины).

- ОГПО Турагентов и операторов: при рассмотрении спорных вопросов не представляется возможным определить степень вины лиц, принимающих прямо или косвенно участие в формировании туристического продукта (туроператор, турагент, перевозчик), так как непредоставление туристических услуг может быть:

- по вине турагента - предоставление ложных (ошибочных) сведений,

- по вине туроператора - непродуманное формирование продукта (просроченные договора с компаньонами),

- по вине перевозчика (непредоставление транспорта).

При этом каждый участник заключает договора на страхование своей ответственности. Следовательно, и нести обязательства по осуществлению страховой выплаты должна именно та страховая компания, где была застрахована ответственность виновного лица, либо само виновное лицо. На сегодняшний день предъявляются требования только по факту наличия гражданско-правовых отношений к тому лицу, к кому удобней, без предоставления доказательств причины возникновения неисполнения обязательств по договору предоставления туристических услуг.

Обязательный порядок досудебного урегулирования в сфере обязательного страхования хоть и не предусмотрен, но все-таки, имеет место в нормах, определяющих права и обязанности сторон. Соблюдение участниками гражданско-правовых отношений указанных требований в нормативно-правовых актах способствовало бы уменьшению количества рассматриваемых гражданских дел в судебных органах.

Единые и четкие определения используемых терминов во всей иерархии нормативно-правовых актов, прозрачность действий сторон и доступность к информации, имеющей значение при рассмотрении страховых событий – потенциальное (путь к) снижение конфликтующих интересов в области обязательного страхования.

**Пичугин Юрий Валерьевич**

Представитель страховой компании «Nomad Insurance»

 **Порядок определения размера возмещения ущерба**

**при дорожно-транспортном происшествии**

Сроки и порядок организации оценки. Расчет размера вреда, причиненного транспортному средству, осуществляется страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней на основании заявления об определении размера вреда причиненного имуществу по форме согласно приложению  к Правилам определения размера вреда, причиненного транспортному средству (Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 28 января 2016 года №14 «Об утверждении Правил определения размера вреда, причиненного транспортному средству»).

Организация расчета размера вреда, причиненного транспортному средству, включает следующие этапы:

1) определение места и времени проведения осмотра поврежденного транспортного средства по согласованию со страхователем (застрахованным) либо потерпевшим (выгодоприобретателем) или их представителем и страховщиком;

2) осмотр поврежденного транспортного средства и составление акта осмотра;

3) составление расчета размера вреда поврежденного транспортного средства.

Затраты по расчету размера вреда, причиненного транспортному средству, несет страховщик.

 Размер вреда, причиненного транспортному средству, определяется исходя из расчета стоимости восстановления поврежденного транспортного средства за минусом амортизации (износа) транспортного средства на дату наступления страхового случая.

Стоимость восстановления поврежденного транспортного средства рассчитывается исходя из рыночных цен, действующих на день наступления страхового случая.

При расчете размера вреда, причиненного транспортному средству, во внимание не принимаются повреждения, имевшие место до наступления рассматриваемого страхового случая.

Размер вреда в случае полной гибели транспортного средства определяется исходя из его рыночной стоимости на дату наступления страхового случая.

Транспортное средство считается уничтоженным, если его восстановление технически невозможно или экономически нецелесообразно. Восстановление транспортного средства считается экономически нецелесообразным, если ожидаемые расходы на восстановление транспортного средства превышают 80 (восемьдесят) процентов от его рыночной стоимости на дату наступления страхового случая.

По согласованию с потерпевшим (выгодоприобретателем) или их представителями страховщик в счет страховой выплаты организует и осуществляет оплату ремонта поврежденного транспортного средства.

В случае гибели транспортного средства страховщик осуществляет страховую выплату в размере рыночной стоимости поврежденного транспортного средства до наступления страхового случая, при этом потерпевший (выгодоприобретатель) или их представитель передает в собственность страховщика остатки поврежденного транспортного средства либо осуществляет страховую выплату за минусом стоимости годных к реализации деталей, узлов, агрегатов, материалов.

При расчете размера вреда, причиненного транспортному средству, учитываются расходы на оплату следующих работ

1) слесарных;

2) рихтовочных (Р1, Р2, Р3) по укрупненным показателям трудозатрат (время мастера) на выполнение работ по ремонту изготовленных из стального листового проката конструктивных элементов кузовов и оперения, устранению перекосов проемов и кузова легковых автомобилей иностранных производителей, установленным в приложении 3 к Правилам;

3) сварочных;

4) арматурных;

5) окрасочных;

6) иных видов работ, требуемых для проведения восстановительного ремонта, с учетом исключения пересекающихся операций.

Определение трудоемкости работ по ремонту повреждений кузова, оперения, других узлов, агрегатов, систем транспортного средства, а также окрасочных работ, осуществляется путем применения специализированных программ («Нами-Сервис», «ПС: Комплекс», «Автобаза», «Автоэкспертиза», «Автонормы», «AutoCalc», «EurotaxRepairEstimate», «EurotaxEgis», «AUDATEX», «MITCHEL»).

 При расчете размера расходов, необходимых для восстановления поврежденного транспортного средства, принимается стоимость комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) с учетом следующих условий:

1) наименование комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) содержит полное наименование, указанное в каталоге запасных частей для конкретной марки (модели, модификации) транспортного средства, составленном производителем транспортного средства, или в электронной базе данных стоимостной информации в отношении комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов), при отсутствии таких источников - в программно-расчетном комплексе или прайс-листе поставщика соответствующих комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов), и их уникальный номер, присвоенный производителем транспортного средства (поставщиком комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) или программно-расчетного комплекса);

2) при замене комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) на новые необходимо соответствие таких изделий требованиям, установленным производителем транспортного средства.

Поврежденные комплектующие изделия (детали, узлы, агрегаты, материалы) производителей оригинального оборудования в процессе ремонта заменяются на соответствующие комплектующие изделия. Данное условие распространяется и на используемые материалы;

3) в случаях, предусмотренных технологической документацией, при замене отдельных комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) учитывается необходимость их замены с учетом ремонтного комплекта, включающего не только заменяемые комплектующие изделия (детали, узлы, агрегаты, материалы), а также изделия, полностью обеспечивающие устранение повреждения;

4) при наличии восстановленных комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов), использование которых допускается производителем транспортного средства для транспортных средств, эксплуатируемых за пределами срока гарантии изготовителя, используются такие комплектующие изделия (детали, узлы, агрегаты, материалы) при условии соблюдения требования подпункта 2) настоящего пункта Правил.

В случае отсутствия информации о стоимости новых оригинальных комплектующих изделий в стоимостных базах данных, каталогах запасных частей, указанных в подпункте 1) пункта 9 Правил, страховщик использует при расчете размера вреда поврежденного транспортного средства информацию о стоимости аналога оригинального комплектующего изделия.

В случае отсутствия информации о стоимости аналога оригинального комплектующего изделия в стоимостных базах данных, каталогах запасных частей, указанных в подпункте 1) пункта 9 Правил, страховщик использует при расчете размера вреда поврежденного транспортного средства информацию о стоимости бывших в употреблении комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов).

Стоимость бывших в употреблении комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов) определяется по их рыночной стоимости, не превышающей стоимости новых оригинальных комплектующих изделий, при этом износ в указанном случае не учитывается.

Результат оценки. После окончания процедуры расчета размера вреда, причиненного транспортному средству страховщик, не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня осмотра поврежденного транспортного средства представляет потерпевшему (выгодоприобретателю) или их представителям отчет о размере вреда для ознакомления. Отчет о размере вреда страховщика включает калькуляцию стоимости заменяемых комплектующих изделий (деталей, узлов, агрегатов, материалов). Оформление калькуляции размера вреда, причиненного транспортному средству, проводится согласно приложению 6 к Правилам.

Страховщик представляет отчет о размере вреда для ознакомления потерпевшему (выгодоприобретателю) или их представителю, транспортному средству которого причинен вред.

Потерпевший (выгодоприобретатель) или их представитель в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения отчета о размере вреда указывает в полученном отчете отметку о согласии либо несогласии с результатами проведенного расчета размера вреда.

Оспаривание результатов расчета размера вреда потерпевшим (выгодоприобретателем) или их представителями осуществляется в порядке, предусмотренном пунктом 5 статьи 22 Закона от 1 июля 2003 года «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», а именно вправе оспорить определенный страховщиком размер вреда в суде.

**Реймер Роман Евгеньевич**

Старший юрист Усть-Каменогорского филиала

АО «Нефтянной страховой компании».

 **Вопросы, возникающие при определении размера ущерба при дорожно-транспортном происшествии**

В первую очередь необходимо отметить, что с 01.01.2016 года Закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» в части определения стоимости ремонтно-восстановительных работ кардинальным образом изменился.

В частности, оценку размера вреда, причиненного имуществу, производит страховщик в течение десяти рабочих дней на основании заявления об определении размера вреда по форме, установленной нормативным правовым актом уполномоченного органа (п. 3 ст. 22 Закона).

 Определение размера вреда, причиненного транспортному средству, осуществляется страховщиком в соответствии с нормативным правовым актом уполномоченного органа.

Указанный в законе нормативно-правовой акт называется «Об утверждении Правил определения размера вреда, причиненного транспортному средству» (Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 28 января 2016 года № 14, зарегистрировано в Министерстве юстиции Республики Казахстан 15 марта 2016 года № 13460).

Согласно данного нормативно-правового акта страховщик производит калькуляцию с указанием стоимости ремонтно-восстановительных работ повреждения транспортного средства.

Согласно пункта 5 Закона, при несогласии потерпевшего (выгодоприобретателя) с результатом определенного страховщиком размера вреда, потерпевший (выгодоприобретатель) вправе оспорить определенный страховщиком размер вреда в суде.

Как правило, пострадавший обращается к «независимому» оценщику имеющему соответствующую лицензию. Исходя из норм Закона «Об оценочной деятельности» оценщик вправе сам выбрать методику.

1-я методика Audotex - это лицензируемая электронная программа составленная по данным заводов изготовителей, зарубежных автомобилей. 2-е - исследование АВТОВАЗа для определения стоимости ущерба для автомобилей данного концерна. Более того, существует методика судебных экспертиз.

Основные вопросы, возникающие при сравнении калькуляций страховой компании с отчетами «независимых» экспертов заключаются в следующем:

* неучтенность деталей, узлов и агрегатов;
* разница в стоимости запасных частей;
* различный взгляд на ремонт либо замену деталей, узлов и агрегатов.

Об особенностях проведения размера ремонтно-восстановительных работ «независимыми» оценщиками я особенно распространяться не буду.

Однако, хочу обратить внимание на следующее обстоятельство: львиная доля инициированных исковых заявлений в отношении страховой компании происходит в результате отказа либо игнорирования пострадавшими просьб аварийных комиссаров страховой компании обеспечить доступ к скрытым дефектам автомобиля. Следует заметить, что при аналогичной просьбе «независимых» экспертов пострадавшие обеспечивают подобный доступ. В результате, разница между калькуляциями и отчетами существенно отличается.

Таким образом, выход мы видим в правоприменительной практике, а именно: при обращения пострадавшего в суд с иском о взыскании разницы между калькуляцией и отчетом об ущербе, возвращать исковое заявление в случае игнорирования возможности досудебного урегулирования спора.

Хочется в заключение отметить, что страховая компания заинтересована в наиболее полном и объективном составлении калькуляции и, в свою очередь, надеется на сотрудничество со стороны пострадавшей стороны.

**Джолдасбеков Омарбек Акылбекович**

Главный специалист-юрисконсульт

юридического департамента Национального Банка

 **Влияние умысла в действиях страхователя при осуществлении страховой выплаты**

 Уважаемые участники семинара, одной из задач Национального Банка является реализация мер по недопущению нарушений прав и законных интересов потребителей финансовых услуг.

 Как показывает анализ рассмотрения жалоб потребителей финансовых услуг, в последнее время участились случаи отказа страховых компаний в осуществлении страховых выплат по добровольному страхованию транспортных средств, по основаниям, предусмотренным подпунктом 2) части 1 статьи 839 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

Нормой вышеуказанной статьи установлено, что страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

В этой связи, отдельные участники страхового рынка, толкуя требования норм ГК в своих интересах, полагают, что наличие разделительного союза «или» в указанной норме разделяет умышленные уголовные от административных правонарушений, в связи с чем считают, что привлечение страхователя (застрахованного) к административной ответственности за совершение административного правонарушения является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, в т.ч. при совершении правонарушения по неосторожности.

 Судебная практика показывает, что отдельные суды Республики Казахстан также придерживаются аналогичного мнения, считая, что между словосочетаниями «умышленными уголовными» и «административными правонарушениями» стоит разделительный союз «или» и подразумевает что слово умышленные применяются к уголовным правонарушениям.

Вместе с тем, правила толкования норм гражданского законодательства отражены в статье 6 ГК, согласно которому нормы гражданского законодательства должны толковаться в соответствии с буквальным значением их словесного выражения.

Следовательно, формой вины страхователя для отказа в осуществлении страховой выплаты по вышеуказанным основаниям является умысел, в связи с чем совершение страхователем административного правонарушения по неосторожности, находящегося в причинной связи со страховым случаем, не является основанием для освобождения страховщика от страховой выплаты.

В качестве основания для освобождения страховщика от страховой выплаты, ГК предусматривает лишь умышленную вину. Умышленная вина характеризуется тем, что страхователь, осознавая противоправный характер своего поведения, своим действием (бездействием) создавал страховой случай либо сознательно допускал его наступление. Аналогичного мнения придерживается Министерство юстиции Республики Казахстан.

Согласно статьям 25-27 Кодекса «Об административных правонарушениях» административным правонарушением признается противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) действие либо бездействие физического лица или противоправное действие либо бездействие юридического лица, за которое указанным Кодексом предусмотрена административная ответственность.

 Административное правонарушение признается совершенным умышленно, если физическое лицо, его совершившее, сознавало противоправный характер своего действия (бездействия), предвидело его вредные последствия и желало или сознательно допускало наступление этих последствий либо относилось к ним безразлично.

 Административное правонарушение признается совершенным по неосторожности, если физическое лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления вредных последствий своего действия (бездействия), но без достаточных к тому оснований легкомысленно рассчитывало на их предотвращение либо не предвидело возможности наступления таких последствий, хотя при должной внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть.

 Национальный Банк считает, что если в судебных актах не определен умышленный характер административного правонарушения, который находятся в причинной связи со страховым случаем, страховая компания не вправе отказывать в осуществлении страховой выплаты.

В этой связи, в целях необоснованного отказа в осуществлении страховых выплат, хотелось бы обратить внимание участников семинара на необходимость указания характера совершенного правонарушения (умышленно/неумышленно) в принимаемых решениях, при рассмотрении дел о дорожно-транспортных происшествиях, а также категории дел, связанных с отказом в осуществлении страховой выплаты по основаниям, предусмотренным подпунктом 2) части 1 статьи 839 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

**Тажина Аягоз Даулетбаевна**

Судья СМЭС Карагандинской области.

 **Применение Закона «О туристской деятельности в Республике Казахстан» в части возмещения страховой выплаты и обратного требования к лицу, причинившему вред**

В соответствии с пунктом 2 статьи 17 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» (далее по тексту - Закон), страховой случай считается наступившим с момента признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем.

В случае непризнания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными страховой случай считается наступившим с момента вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем.

Статья 18 Закона регулирует условия и порядок осуществления страховой выплаты. В соответствии с названной нормой, требование о страховой выплате к страховщику предъявляется страхователем либо туристом в письменной форме с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в том числе, документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер вреда, причиненного выгодоприобретателю.

Требование о страховой выплате за вред, причиненный в период действия договора обязательного страхования ответственности туроператора или турагента, может быть предъявлено страховщику в течение трех лет с момента наступления страхового случая.

В соответствии с пунктом 5 статьи 18 Закона, выгодоприобретателем, наряду с туристом, которому причинен вред страхователем в связи с оказанием туристских услуг, может являться также страхователь или иное лицо, возместившие туристу (его правопреемнику) причиненный вред в пределах объема ответственности страховщика, установленного Законом, и получившие право на возмещение своих расходов от страховщика.

К страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной суммы право обратного требования, которое страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком в результате страхования (пункт 2 статьи 19).

Такие положения пункта 2 статьи 19 Закона соответствуют положениям подпункта 1 части 1 статьи 828 ГК, которые обязывают страховщика в связи с наступлением страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования или законодательных актах.

Требования¸ установленные статьей 18 Закона, о необходимости предварительного письменного обращения страхователя к страховщику с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, распространяются и на отношения выгодоприобретателя (турагента) и страховщика (страховой компании) о возмещении убытков, возмещенных туристу во исполнение решения суда.

При обращении выгодоприобретателя (турагента) в порядке обратного требования документом, подтверждающим момент наступления страхового случая, считается вступление в законную силу решения суда о возмещении им вреда, причиненного туристу.

На практике имеют место случаи, когда выгодоприобретатель подает исковое заявление к страховой компании без предварительного письменного обращения к страховщику (страховой компании) о взыскании страховых выплат с приложением к обращению документов, подтверждающих наступление страхового случая (в том числе, вступившего в законную силу решения о взыскании с него страховых выплат) .

Вместе с тем, законодательством не урегулирован вопрос, какое процессуальное решение подлежит принятию в этом случае: об отказе в удовлетворении исковых требований или оставлении требований без рассмотрения.

В этой связи, представляется правильным на законодательном уровне дать разъяснение по указанному вопросу, чтобы сформировать единую практику по РК.

Со своей стороны полагаю, что в таких случаях представляется правильным оставлять исковые требования без рассмотрения с разъяснением выгодоприобретателю права на подачу искового заявления по результатам обращения к ответчику с сообщением о наступлении страхового случая и с требованием о возмещении страховой выплаты, то есть о необходимости соблюдения предусмотренных статьей 18 Закона условий и порядка осуществления страховой выплаты.

Принятие именно такого процессуального решения обосновывается необходимостью обеспечения судебной защиты интересов турагента, которому могут быть причинены убытки, превышающие размер страховых выплат по агентскому договору на реализацию туристского продукта, заключенного с туроператором.

Общеизвестны случаи, когда ряд авиакомпаний (например, «PegasusAirlines», «SKYAIRLINES») прекратили полеты, объявив себя банкротом, а туроператоры (например, «QualitumTours», Travelsystem и другие), не исполнив свои обязательства по агентскому договору, аннулировали заявки турагентов, вследствие чего причиненный туристам ущерб, связанный с несостоявшимися турами, судебным решениями взыскан с турагентов.

Представляется, что в случае отказа в исковых требованиях турагента (выгодоприобретателя) по основанию необращения в Страховую компанию до подачи иска в суд у турагента могут возникнуть определенные препятствия для взыскания страховых выплат в случае повторного обращения с таким же иском.

 **Олейник Андрей Андреевич**

Начальник управления по судебно-претензионной работе юридического департамента АО «СК Сентрас Иншуранс»

 **Обязательное страхование гражданско-правовой ответственности турагента и туроператора. Теория и практика.**

Данную тему мы выбрали исходя из имеющегося у Компании опыта судебных разбирательств в сфере страхования ГПО туроператора и турагента. Начиная с 2013 года по прошлый год была череда неисполнений своих обязательств со стройны недобросовестных туроператоров, таких как ТОО «Qualitum Tours», ТОО «Гульнар Тур и ТОО «Тенгри травел систем». И по всем данным событиям к Компании предъявлялись претензии со стороны как туристов, так и турагентов.

Вторая часть названия нашего доклада «Теория и практика» сформирована нами по той причине, что, к сожалению, теория и в последующем ее правоприменительная практика в данном виде страхования зачастую расходятся. Данные противоречия в конечном итоге негативно сказываются на всем рынке страхования. Так, согласно, сведениям предоставленным Национальным банком, убыточность данного класса без учета расходов и комиссионных вознаграждений страховым агентам выросла с начала введения в действие Закона с 5% до 269% (по данным 10.07.2015г., письмо НБ РК исх.№11-2-14/286/ЮЛ-Е-1292).

Одним из противоречий в законодательстве, регулирующем страхование ответственности туроператоров и турагентов, является расхождение между Законами «О туристской деятельности» и «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента». Так, п.4 ст.27 Закона «О туристской деятельности» закреплена обязанность застраховать гражданско-правовую ответственность, возникающую из заключенных договоров на оказание туристских услуг.

Однако, в Республике Казахстан отсутствует данный вид страхования. Вместо него имеется Закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента», согласно которому, объектом страхования выступает имущественный интерес туроператора или турагента, связанный с его обязанностью, установленной гражданским законодательством Республики Казахстан, возместить вред, причиненный имущественным и (или) иным интересам туриста при осуществлении деятельности по формированию туристского продукта, а не ответственность, вытекающая из неисполнения договорных отношений.

При этом, следует обратить внимание на соотношение правил глав 20 «Ответственность за нарушение обязательства» (статьи 349-366) и 47 «Обязательства, возникающие вследствие причинения вреда» (статьи 917-952) ГК.

Правила главы 20 ГК следует рассматривать в качестве общих положений о гражданско-правовой ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение любых обязательств, как договорных, так и внедоговорных.

В свою очередь, правила главы 47 ГК являются специальными правилами о гражданско-правовой ответственности, которые применяются только вследствие причинения вреда (имущественного и (или) неимущественного), неправомерными действиями либо бездействием субъектами гражданского права. В гражданском праве эта группа обязательств получила название деликтных. Поскольку такие обязательства возникают независимо от договорных отношений, они относятся к категории так называемых внедоговорных обязательств.

В теоретическом плане разграничение деликтной и договорной видов ответственности не представляет особого труда. Если ущерб наступил в результате неисполнения или ненадлежащего исполнения договора, то налицо договорная ответственность. Если же ущерб возник в результате действия, не связанного с договорными отношениями между сторонами, наступает деликтная ответственность.

Кроме того, важно иметь в виду существенные различия между обязательствами из причинения вреда и ответственностью из договоров. По существу деликтные обязательства защищают права, имеющие абсолютный характер (неимущественные - права на жизнь, здоровье и др., имущественные - право собственности и иные вещные права). Общие положения об ответственности в обязательствах, имеют целью защитить относительные (обязательственные) права.

Действующее законодательство Казахстана о регулировании туристкой деятельности, страховании ГПО туроператора и турагента, позволяют утверждать о наличии в данных правовых отношениях только обязательственного элемента, аналогичных прав и охраняемых законом интересов. Ибо в результате нарушений условий договоров на туристское обслуживание сторона (турист) потеряла только деньги, не получив взамен соответствующих услуг. Эта имущественная потеря (убыток, ущерб) не затрагивает никаких абсолютных имущественных и неимущественных прав. Соответственно, с этим к правоотношениям из договоров на туристское обслуживание, страховании ГПО туроператора и турагента, возможно применение только норм главы 20 ГК об ответственности за нарушения обязательств. Таким образом, имеется правовая коллизия между двумя вышеописанными законами.

Второй проблемой правоприменительной практики, по мнению Компании, является отсутствие четкого разграничения ответственности между туроператором и турагентом. Внесение изменений от 24.11.15 г. №422-V в Закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента», в части разделения объекта страхования на две части, с отдельным обозначением и разделением ответственности туроператора и турагента, не внесло существенных изменений в правоприменительной практике.

По настоящее время в случае неисполнения принятых на себя обязательств со стороны туроператора, суды продолжают удовлетворять исковые заявления туристов как к турагенту, так и к страховой компании застраховавшей турагента. Несмотря на то, что с его стороны все принятые обязательства по договору на туристское обслуживание исполнены в полном объеме.

Договор на туристское обслуживание по своей правовой природе является договором возмездного оказания услуг, который регулируется главой 33 Гражданского кодекса (статьи 683-687).

Для нас очевидна неприменимость к договорам на туристское обслуживание правила статьи 684 ГК, которое гласит: «...если иное не предусмотрено договором возмездного оказания услуг, исполнитель обязан оказать услуги лично».

Как показывает анализ договоров на туристское обслуживание предоставляемых в Компанию, большая часть из них имеет следующие условия:

- Турагентство не несет ответственности в случае банкротства туроператора и авиаперевозчика, а так же за действия фирм-партнеров по оказанию визовых услуг;

- Турагентство не несет ответственность в случае отмены туроператором вылетов по каким-либо направлениям, также в случае переноса туроператором дат и времени вылета.

Очевидно, что в указанных случаях ответственность перед туристом должен нести туроператор.

Между тем, просто необходимо проводить различия в правовом статусе туроператора и турагента.

Вопросы ответственности перед туристом есть предмет соглашения. Поскольку агентский договор обязательно должен содержать сведения, помимо прочего, об ответственности каждой из сторон перед туристом за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору о реализации туристского продукта, возложение ответственности за неоказание (ненадлежащее оказание) туристских услуг перед туристом только на турагента - недопустимо. И соответственно, не допустимо возложение обязанности на Страховую Компанию, застраховавшую ответственность турагента за причинение вреда.

Здесь можно отметить опыт и практику правового регулирования Российской Федерации по разрешению проблем разграничения ответственности туроператора и турагента перед туристом.

Федеральным законом Российской Федерации от 3 мая 2012 года № 47-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации были внесены важные изменения в законодательство, регулирующее туристскую деятельность.

Согласно статье 9 Закона об основах туристской деятельности в РФ, туроператор обеспечивает оказание всех услуг, входящих в турпродукт, и несет ответственность перед туристом за ненадлежащее исполнение обязательств по договору о реализации туристского продукта, причем независимо от того, заключал ли турист договор напрямую с туроператором, или с турагентом. Таким образом, закон исходит из того, что у туриста всегда должна быть возможность предъявить претензии по турпродукту напрямую туроператору. Поскольку именно туроператор, прежде всего, несет ответственность перед туристом, закон предъявляет особые требования к финансовому обеспечению деятельности туроператоров в виде страхования или банковской гарантии. При этом никакие положения договора о реализации турпродукта, заключаемого с туристом, или договора между турагентом и туроператором не могут ограничить право туриста на предъявление требований к туроператору.

Таким образом, туроператор в полном объеме несет ответственность по всем требованиям туристов, связанных с ненадлежащим исполнением договора о реализации туристского продукта.

*Дата наступления страхового случая:*

В ходе судебных разбирательств Компания столкнулась с разнообразным подходом судов в определении даты наступления страхового случая.

Пунктом 1 ст. 17 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» предусмотрено: «Страховым случаем по договору обязательного страхования ответственности туроператора и турагента признается факт наступления гражданско-правовой ответственности страхователя по возмещению вреда, причиненного имущественным и (или) иным интересам туриста при предоставлении ему туристских услуг».

В пункте 2., ст. 17 Закона закреплено что, «страховой случай считается наступившим с момента вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем, либо признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем».

Таким образом, для наступления страхового случая необходимо наличие двух обязательных факторов:

1) наступление гражданско-правовой ответственности страхователя за причинение вреда туристу;

2) вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем, либо признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем.

Однако, несмотря на однозначные требования Закона, регулирующие наступление страхового случая, в судебной практике суды, как правило, делали вывод о том, что страховой случай считается наступившим с момента отказа туроператора исполнять свои обязательства по агентским договорам. Так же были и иные доводы, такие как: банкротство туроператора, заявление о неплатежеспособности, не вылета/не возврата туристов из страны пребывания и иных обстоятельств.

Неоднообразное применение законодательства в данной части зачастую приводило к тому, что страховые компании были вынуждены осуществлять страховые выплаты несмотря на то, что событие имеющие признаки страхового случая произошло за приделами действия договоров страхования.

*Взыскание страховой выплаты поверх страховой суммы.* В соответствии с пунктом 1 ст. 819 ГК РК, «страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования, и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая».

При заключении договора страхования гражданско-правовой ответственности, страхователь вправе выбрать страховую сумму из указанных лимитов установленных Законом. Исходя из выбранной суммы, складывается размер страховой премии подлежащей оплате в пользу страховой компании. Соответственно, чем на большую сумму страхователь желает застраховать свою ответственность, тем больший размер страховой премии подлежит оплате. При этом, страховая сумма является пределом ответственности страховой компании по своим обязательствам в рамках заключенного договора.

Однако, у нашей Компании неоднократно складывались ситуации, когда суды, не взирая на уже исчерпанный лимит страховой суммы, взыскивали страховые выплаты.

Аргументом для взыскания служил пункт 2 ст. 20 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента», в котором определен исчерпывающий перечень оснований освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты и такого основания, как «лимит страховых выплат исчерпан» данным законом не предусмотрен.

Однако, считаем, что данный вывод является следствием неправильного толкования законодательства. Статья 924 ГК предусматривает обязанность страхователя по возмещению разницы между страховой суммой и фактическим размером ущерба при недостаточности страховой суммы. То есть обязанность должна возлагаться изначально не на страховщика, а на страхователя ввиду недостаточности страховой суммы для возмещения суммы ущерба всем потерпевшим. При таких обстоятельствах при отсутствии обязанности по осуществлению страховой выплаты (прекращение договора страхования и прекращение обязательств страховщика по договору страхования в связи с достижением лимита ответственности), страховщик не принимает решение об отказе в страховой выплате, а сообщает о прекращении обязательства по договору страхования ввиду полного исполнения обязательства.

Применение словосочетания «отказ в страховой выплате» в данном случае не применимо, так как страховая выплата это сумма денег в пределах страховой суммы, а в данном случае, страховая сумма исчерпана.

Следовательно, прекращение обязательств страховщика и договора страхования обусловлено отсутствием обязанности страховщика по осуществлению страховой выплаты в связи с выполнением страховщиком обязанности по страховым выплатам в размере страховой суммы, что не требует отдельного описания в Законе в качестве основания для отказа в страховой выплате.

Однако, истцы, игнорируя требования ст. 924 ГК фактически без всяких оснований просили суды возложить ответственность страхователя на Компанию сверх страховой суммы, а суды соглашаются с требованиями истцов, игнорируя и не применяя требования ст. 924 ГК.

При такой ситуации, дальнейшая деятельность страховых организаций Республики Казахстан по обязательному страхованию гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента может оказать значительное негативное воздействие на финансовую устойчивость и платежеспособность страховых организаций, так как страховая сумма прямо связана со страховой премией полученной от страхователя. То есть риски страховщика были ограничены рисками осуществления страховой выплаты не более страховой суммы.

Необходимо отметить, что для получения юридического заключения, по вопросам связанным с порядком осуществления страховых выплат Компания обратилась в Научно-исследовательский институт Каспийского университета. В данном заключении, научные сотрудники данного института согласились с позицией Компании изложенной в данном докладе. Более того, НБ РК в своем ответе на письмо АФК, также подчеркивает недопустимость несения ответственности турагента за неисполнения обязательств со стороны туроператора (Письмо НБ РК исх.№11-2-14/286/ЮЛ-Е-1292).

Следует отметить, что имеются и положительные тенденции в рамках законодательной части регулирования данных правоотношений (введение системы гарантирования прав граждан в сфере выездного туризма, установление обязанности заключения договоров банковской гарантии для участников туристской деятельности) и в правоприменительной практике.

**Модератор: Сейдалина Жанна Каримовна -** председатель судебной коллегии по гражданским делам Карагандинского областного суда

**Каирбаева Лаура Еркиновна**

Судья Восточно-Казахстанского областного суда

 **О некоторых вопросах применения упрощенного производства по делам о страховании. Накопительное страхование.**

**Взаимное страхование**

Одним из нововведений Гражданского процессуального кодекса (далее - ГПК) явилось включение упрощенного производства. При этом упрощенный порядок имеет ряд практических особенностей.

Рассмотрение дел в порядке упрощенного (письменного) производства регулируется статьями 144-147 главы 13 ГПК.

Дела о страховании подлежат рассмотрению в порядке п.п.1,2,7 части 1 статьи 145 ГПК, а именно:

 1) по исковым заявлениям о взыскании денег, если цена иска не превышает для юридических лиц семисот месячных расчетных показателей, для индивидуальных предпринимателей, граждан – двухсот месячных расчетных показателей;

2) независимо от цены иска по исковым заявлениям, основанным на представленных истцом документах, устанавливающих денежные обязательства ответчика, и (или) на документах, подтверждающих задолженность по договору;

 7) об исполнении соглашений по страховым спорам и спорам, вытекающим из договоров банковского займа, заключенных в порядке досудебного урегулирования в случаях, установленных законом или предусмотренных договором.

Анализируя основания для рассмотрения дел в порядке упрощенного производства по подпункту 7 части 1 статьи 145 ГПК, необходимо отметить, что стороны спора (конфликта) могут обратиться к институтам досудебного урегулирования спора. Досудебное урегулирование направлено на разрешение спора (конфликта) до возбуждения судебного разбирательства на основе принципов взаимного согласия, сотрудничества и взаимных уступок, которые наиболее оптимальны для обеих сторон.

Достигнутые соглашения по урегулированию спора (конфликта) ориентируются на интересы сторон, предлагаются самими сторонами. Они во многих случаях создают устойчивый правовой мир, где нет выигравших и проигравших, сохраняются при этом родственные, партнерские, деловые, дружеские отношения, минимизируются моральные и материальные издержки.

В урегулировании споров могут принимать участие медиаторы, адвокаты, нотариусы, банковские и страховые омбудсмены. Выбор всегда остается за сторонами. Возможность урегулирования спора (конфликта) стороны могут указать в договоре, из которого будут вытекать определенные обязательства для сторон, стороны могут и без договора и прямого указания в Законе заключить соглашение между собой и урегулировать спор (конфликт).

Стороны повсеместно в договоры вносят условия о мирном урегулировании споров, в том числе путем переговоров. Предполагается, что принятые сторонами обязательства по соглашению в целях урегулирования спора (конфликта) будут исполнены добровольно сторонами.

Досудебный порядок наиболее быстрый, менее трудоемкий, менее затратный для сторон. Обращение в суд с иском об исполнении соглашений повлечет судебные расходы для стороны виновной в неисполнении соглашения.

Однако имеют место случаи, злоупотребления правом, когда такие соглашения не исполняются и одна из сторон вынуждена обратиться с иском в суд. Рассмотрение дел указанной категории в упрощенном (письменном) производстве важно. Это приближает момент восстановления нарушенных прав ввиду сокращенного срока рассмотрения таких дел, не требуется проведения полного объема подготовительных действий, предусмотренных статьей 165 ГПК. Суд выполняет требования статьи 146 ГПК, проверяет условия соглашения на предмет соответствия закону и ненарушения прав третьих лиц, доводы обеих сторон, изложенных в исковом заявлении и отзыве (возражении), исследует представленные документы. При этом суд принимает во внимание положения статьи 380 ГК о том, что граждане и юридические лица свободны в заключении договора. Стороны могут заключить договор, как предусмотренный, так и не предусмотренный договором.

Если остановиться на категории дел, возможных к рассмотрению в порядке упрощённого производства, то в основном суды рассматривают дела по искам страховых компаний к страхователям в порядке регресса.

Однако, суды неохотно рассматривают данную категорию дел в порядке упрощенного производства, поскольку при рассмотрении дел перед судами стоит вопрос о том, «должен ли суд устанавливать размер реального ущерба, либо лицо виновное в причинение ущерба обязано полностью возместить страховой компании выплаченную ею страховую сумму независимо от суммы реального ущерба?». Ввиду чего, как правило, при поступлении отзыва от ответчика, который не согласен с суммой выплаченного ущерба, суд переходит в исковое производство и выясняет размер реального ущерба путем назначения соответствующей экспертизы. Это, в свою очередь, вызывает недовольство страховых компаний, поскольку ими уже произведена оплата по отчету предоставленного потерпевшим.

В практике судебной коллегии Восточно-Казахстанского областного суда было рассмотрено всего одно гражданское дело по страхованию, рассмотренного в порядке упрощенного производства.

Так, решением суда № 2 Жарминского района иск ТОО «Бюро по работе с должниками» действующий в интересах АО «Страховая компания «Альянс Полис» к Султанбековой Г.Ж. о взыскании денежных средств удовлетворен. Взысканы Султанбековой (Тусуповой) Г.Ж. в пользу АО «Страховая компания «Альянс Полис» денежные средства в сумме 84 185 тенге, расходы по оплате государственной пошлины в сумме 2 525 тенге, всего 86 710,55 тенге.

Решение суда первой инстанции было основано на том, что согласно статье 272 Гражданского Кодекса обязательство должно исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями законодательства: односторонний отказ от исполнения обязательства и одностороннее изменение его условий не допускается (ст.273 ГК), заемщик обязан возвратить предмет займа в порядке и сроки, предусмотренные договором (ст. 722 ГК).

Так как между сторонами был заключен Договор банковского займа №1411-ЭК-1268199/2006 от 03.12.2006 года, согласно которому истцом был предоставлен ответчику заем в сумме 84 185 тенге сроком по 03.06.2007 года. Задолженность ответчика перед истцом составляет 84 185 тенге.

24 июля 2007 года образовавшаяся задолженность ответчика перед банком в сумме 84 185 тенге была погашена страховой компанией «Альянс Полис» в рамках Генерального договора добровольного страхования от прочих финансовых убытков № ФУ 1570-06 от «15» июня 2006 г, что подтверждается актом о страховых выплатах и уведомлением о наступлении страхового случая от «24» июля 2007 г.

При этом судом первой инстанции доводы ответчика о том, что она не оформляла кредит, не проверялись, сам факт того, что задолженность по кредиту перед банком был погашен страховой компанией в рамках договора добровольного страхования от прочих финансовых убытков сразу же по окончании срока погашения займа еще в 2007 году свидетельствует о справедливости доводов ответчика, что она этот кредит не получала.

Сам договор банковского займа не отвечал требованиям ст.ст. 727, 728 ГК, предусматривающим платность предоставляемых услуг. Так, из договора займа следует, что ответчик получила 84 185 тенге и обязуется возвратить ту же сумму в течение 6 месяцев без каких-либо вознаграждений.

 Постановлением судебной коллегии решение суда № 2 Жарминского районного суда от 8 сентября 2016 года отменено, и вынесено новое решение об отказе в удовлетворении иска ТОО «Бюро по работе с должниками» в интересах АО «Страховая компания «Альянс Полис» к Султанбековой (Тусуповой) Г.Ж. о взыскании суммы задолженности.

Резюмируя изложенное, считаю необходимым обратить внимание страховых компаний на возможность досудебного урегулирования споров как со страхователем, так и с потерпевшим с участием страховых омбудсменов.

Накопительное страхование в строгом смысле является особым видом страхования жизни**.** Оно выполняет две функции: во-первых, функцию сбережения и накопления средств; во-вторых, защитную функцию. Сбережение и накопление средств происходит по тому же принципу, что и на условиях банковского вклада. Защита означает, что при наступлении определенного события (потере трудоспособности, инвалидности, смерти, достижении возраста 80 лет и т.п.) вы сможете быть уверены в своем источнике дохода.

 Всего существует четыре разновидности накопительного страхования:

1) смешанное (или комбинированное) страхование;

2) страхование к сроку;

3) пожизненное страхование;

4) пенсионное страхование (не путать с государственным пенсионным страхованием).

Смешанное страхование. По договору смешанного страхования с определенной периодичностью страхователь уплачивает взносы, установленные в договоре. В течение всего срока действия полиса к общей сумме взносов прибавляются проценты. Когда установленный в договоре срок истекает, страхователю выплачиваются и полная страховая сумма, и проценты. Страховым случаем по данному виду страхования является дожитие, т. е. если страхователь доживает до указанного в договоре срока, он получает деньги. Страховой случай включает в себя две составляющие: наступление определенной даты и нахождение «в добром здравии» застрахованного лица. Смешанное страхование объединяет в себе и страхование на случай смерти, и страхование на дожитие. Преимущество такого страхования по сравнению с банковским депозитом состоит в том, что вместе с инвестиционными возможностями полис гарантирует и страховую защиту. Дополнительная защита от других рисков, помимо смерти, например, от риска потери трудоспособности, включается по желанию. Такая дополнительная защита означает, что если в течение срока действия договора клиент по каким-либо причинам становится нетрудоспособным (в результате несчастного случая, например) и больше не может уплачивать страховые взносы, то компания берет обязанность по уплате страховой премии на себя. Договор продолжает действовать, а застрахованный по завершении срока страхования получает капитал, который он желал накопить. Однако включение дополнительных услуг в договор страхования увеличит стоимость полиса.

Страхование «к сроку». Страхование «к сроку» - страхование к наступлению определенного времени. Обычно «срок» такого страхования – совершеннолетие ребенка или окончание ребенком школы. Сегодня наиболее актуальным представляется накопление таким образом средств на обучение. Вносить деньги по договору может как само застрахованное лицо, так и его родитель, бабушка или другое заинтересованное лицо. Страховая сумма определяется самим страхователем.

В принципе пользоваться данным видом страхования можно для накопления денег до наступления определенного времени. Допустим, если у страхователя есть цель к определённому сроку накопить на автомобиль, страховая компания рассчитает суммы ежемесячных взносов, которые необходимо будет вносить с определенной периодичностью для достижения желаемого.

От смешанного страхования страхование «к сроку» отличается лишь тем, что в случае смерти застрахованного общую сумму наследники получают только к фиксированной дате, и ни минутой раньше. То же самое происходит при потере трудоспособности и получении инвалидности: выплат приходится ждать, хотя от обязательных взносов страхователь освобождается; эту заботу берет на себя страховая компания. Таким образом, даже если страхователь не способен вносить платежи, но выполняет все условия договора, то к определенному сроку запланированную сумму он получает.

Страховых случаев в этом страховании, строго говоря, может быть только три: дожитие, смерть или потеря трудоспособности. В случае дожития необходимо просто обратиться в страховую компанию с полисом и удостоверением личности. В случае смерти указанные в договоре наследники предъявляют полис, удостоверение личности, свидетельство о смерти из органа РАГС, а также медицинское свидетельство. Если в договоре не указаны наследники, то придется также показать страховщику нотариально заверенное свидетельство о праве на наследство. При потере трудоспособности страхователю необходимо представить документ о признании лица нетрудоспособным или решение МСЭК о признании его инвалидом.

При страховании «к сроку» размер процента, начисляемого на вложенные деньги, не сильно отличается от банковского, поэтому есть возможность одновременно и подстраховаться от несчастного случая, и заработать на процентах.

Пожизненное страхование. Пожизненное страхование предполагает лишь один страховой случай – смерть застрахованного лица. При этом наследникам выплачивается страховая сумма, накопленная за период действия полиса. А вот процентов здесь обычно не предусмотрено, и это лишает данный вид страхования привлекательности: инфляция делает его невыгодным.

Страховая сумма определяется самим страхователем. На тарифы, кроме страховой суммы, влияют такие факторы, как возраст застрахованного, пол, состояние здоровья, срок действия соглашения и порядок уплаты взносов.

Договор на любой из видов накопительного страхования может заключить любой дееспособный гражданин, достигший 18-летнего возраста. Существует и верхний возрастной предел, свой у каждой компании. При расторжении договора страхователю выплачивается прописанная выкупная сумма.

В договоре страхования и полисе обязательно указываются выгодоприобретатели на случай смерти страхователя – наследники, которым достанется страховая сумма. Для получения денег наследники предъявляют полис, удостоверение личности, свидетельство о смерти, выданное органом РАГС, а также медицинское свидетельство.

Пожизненное страхование с накоплением – еще одна альтернатива хранению накопленных денежных средств. Наследникам не придется идти к нотариусу за свидетельством о праве на наследство и просиживать очереди для оформления нужных бумаг: получить деньги от страховщика гораздо проще.

Пенсионное страхование. Данный вид страхования подразумевает дополнение к государственному пенсионному страхованию. Размер «второй пенсии» определяется при подписании договора по соглашению сторон. Здесь все зависит только от финансовых возможностей страхователя. В случае смерти страхователя вся сумма достается его наследникам. При потере трудоспособности и получении инвалидности страховая компания освобождает страхователя от уплаты взносов, но выплаты производятся в полном размере с фиксированной в договоре даты.

Существует две разновидности пенсионного страхования: пожизненное и временное. Пожизненное страхование означает выплату пенсии по достижении пенсионного возраста и на протяжении всей жизни страхователя. Временное страхование означает выплаты на протяжении определенного количества времени, скажем, пяти или десяти лет.

При определении размера тарифов в пенсионном страховании учитывается срок будущих выплат – временный или пожизненный. Временная пенсия обойдется дешевле.

Большим плюсом данного вида страхования является начисление процентов на внесенную сумму. Проценты начисляются в соответствие со ставками банка, с которым работает страховая компания.

Обеспеченная старость может быть результатом, достигнутым с помощью пенсионного страхования.

Взаимное страхование - одна из организационных форм страховой защиты. Взаимное страхование основано на договоренности между собой группы физических , юридических лиц о возмещении убытков, возникших в результате случайных событий, за счет средств страхового фонда, который сформирован из взносов участников взаимного страхования.

При взаимном страховании каждый страхователь одновременно является членом страхового общества.

Правовая основа - Закон от 5 июля 2006 года N 163 «О взаимном страховании». Данный вид страхования является некоммерческой формой организации страхового фонда. Члены общества являются страхователями и страховщиками одновременно.

 Объектом взаимного страхования могут быть законные имущественные интересы членов общества, объединенные одними и теми же рисками, связанными с их деятельностью.

В обществах взаимного страхования страхование обеспечивает страховую защиту имущественных интересов членов общества путем объединения необходимых средств, страхование осуществляется на взаимной основе.

Так как взаимное страхование является некоммерческим, то является бесприбыльным - прибыль не включается в цену страховых услуг, а возможное превышение страховых взносов над страховыми выплатами обеспечивает снижение стоимости страхования.

Некоммерческая форма организации фонда обществ взаимного страхования отличается от коммерческой определенными принципами создания и функционирования. Это принципы взаимности, общности страховых интересов, бесприбыльности и принцип финансирования катастрофических убытков.

Первый принцип заключается в том, что страховые услуги предоставляются каждому члену общества по себестоимости. Также есть система скидок, применяющаяся к стандартным тарифам, основанная на базе многолетней статистики. Система скидок используется при отсутствии убытков. Наиболее полная реализация принципа взаимности обеспечивается отсутствием посредников, то есть сами потребители страховых услуг -страхователи одновременно являются страховщиками. Взаимопомощь в таких организациях предполагает распределение убытков между всеми участниками страхования.

Некоммерческий характер страховых операций - этот принцип реализуется при подведении результатов хозяйственной деятельности общества за отчетный период, в ходе которого определяется возможное превышение страхового фонда над фактическими расходами. Эта сумма является собственностью страхователей, но не может быть распределена между ними в форме дивидендов, она направляется на уменьшение цены страхования, укрепление финансовой устойчивости общества. Наличие общих рисков и потребность участников общества в страховой защите связана с общностью профессии, единой отраслевой, производственной и территориальной принадлежностью.

Принцип кредитного финансирования катастрофических убытков заключается в возможности получения кредита в погашение убытков, которую приобретают ОВС состоящие в союзе или ассоциации обществ взаимного страхования. Члены союза предоставляют ссуды обществам взаимного страхования, находящимся в затруднительном положении. Это позволяет им выполнять свои обязательства перед членами общества и не прекращать своей деятельности при катастрофических убытках.

Целью взаимного страхования является эффективная защита имущественных интересов членов общества при минимальных затратах. Эффективность данной формы страхования обусловило ее широкое распространение в экономически развитых странах.

 В Республике Казахстан взаимное страхование не получило широкого распространения. Но значение взаимного страхования для финансирования рисков очень велико. Это особенно важно для стран, где страхование не отличается высоким уровнем развития.

В силу своей специфики взаимное страхование возможно применять почти во всех сферах жизни населения и деятельности хозяйствующих субъектов. Существуют секторы страхового рынка, как бы предназначенные для взаимного страхования. Например, страхование профессиональной ответственности нотариусов, врачей, адвокатов, индивидуальных предпринимателей и т.д. То есть страхование однородных рисков. Сходные страховые интересы членов этих профессиональных групп сочетаются с потребностью в недорогой и надежной страховой защите.

На сегодняшний день на страховом рынке РК, несомненно, имеется потребность во взаимном страховании. Данная организационная форма страхового фонда позволяет обеспечить страховой зашитой широкие слои населения, имеющие потребность в более доступной защите.

Эта форма страховой организации имеет ряд преимуществ по сравнению с другими, в частности:

* взаимное страхование является надежной системой страховой защиты, так как страхованием управляют сами страхователи;
* общество взаимного страхования может наиболее полно учесть конкретные страховые потребности лиц, так как условия страхования разрабатываются и утверждаются самими обществами с учетом потребностей их членов;
* взаимное страхование применимо там, где необходим местный контроль;
* взаимное страхование подходит для страхования новых, плохо изученных рисков.

Являясь некоммерческой формой организации страхового фонда, взаимное страхование способствует развитию страхового рынка в РК.

С учетом всех факторов и ограничений развития, в целях повышения эффективности функционирования взаимного страхования, необходимо разработать четкие правила по условиям создания и функционирования обществ взаимного страхования.

Деятельность организаций нельзя ограничивать только имущественным страхованием. Необходимо расширить перечень рисков, страхуемых на взаимной основе. Как показывает анализ зарубежных рынков страхования взаимная форма организации страхового фонда хорошо подходит для страхования жизни и медицинского страхования.

В Налоговом кодексе должны быть учтены интересы физических и юридических лиц, принимающих участие во взаимном страховании.

Развитие взаимного страхования может стать серьезным шагом к расширению спектра страховых услуг для хозяйствующих субъектов и населения РК, а также развитию страхового рынка в целом.

**Кожаханова Гульнара Сейфуллаевна**

Судья Алматинского городского суда

 **Проблемные вопросы при рассмотрении споров,**

**связанных с договором страхования**

Согласно статистическим данным за 2016 год в суды города Алматы поступило 795 дел и заявлений по спорам, связанным с исполнением обязательств по договору страхования. Из них возвращено 43, отказано в принятии 3 заявлений. Всего окончено производством 741 дело. Из них вынесено решение по 589 делам, 28 дел направлено по подсудности, по 48 делам производство прекращено, 11 заявлений оставлено без рассмотрения.

В апелляционном порядке отменено 8 или 1,4 % решений, изменено 18 или 3,1 % решений, всего отменено и изменено 26 решений или 4,4 %.

В 2015 году всего поступило 664 дел и заявлений. Из них возвращено 50, отказано в принятии 1 заявление. Всего рассмотрено 578 дел. Из них вынесено решение по 452 делам, 15 дел направлено по подсудности, по 46 делам производство прекращено, 65 заявлений оставлено без рассмотрения.

В апелляционном порядке отменено 20 или 4,4 % решений, изменено 22 или 4,9 % решений, всего отменено и изменено 42 решения или 9,3 %.

Как показывают статистические данные, в 2016 году по анализируемой категории поступило на 131 дел и заявлений больше чем в 2015 году. Несмотря на увеличение количества оконченных дел с вынесением решения на 137 дел или 30,3 %, качество отправления правосудия по указанной категории улучшилось на 4,9 %.

В ходе проведения обобщения практики судов г. Алматы по указанной категории дела, на изучение поступило 506 дел. Из общего количества поступивших на изучение дел: 113 - споры, связанные с исполнением договоров добровольного страхования, 393 - с исполнением договоров обязательного страхования: 311 дел - связанные с обязательным страхованием гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств; 71 дело - с вопросами обязательного страхования гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента; и 11 дел - по вопросам страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых обязанностей.

Споры, связанные с обязательным страхованием гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств и добровольным страхованием транспортных средств.

1. Изучение дел свидетельствует о том, что судьи часто не разграничивают и смешивают понятия суброгации, предусмотренной положениями статьи 840 Гражданского Кодекса, с правом страховщика, осуществившего страховую выплату, обратного требования к страхователю (застрахованному), предусмотренное пунктом 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств».

Так, в соответствии со статьей 840 Гражданского Кодекса, если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования. Перешедшее к страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между страхователем (застрахованным) и лицом, ответственным за убытки.

Тем самым, суброгация – это переход к страховщику прав страхователя на возмещение убытков от третьих лиц, не являющихся участниками договора страхования, но ответственных за наступление страховых случаев.

В соответствии с п.1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в случаях, если: 1) гражданско-правовая ответственность страхователя (застрахованного) наступила вследствие его умышленных действий, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости; 2) гражданско-правовая ответственность страхователя (застрахованного) наступила вследствие управления им транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения; 3) лицо, управлявшее транспортным средством на момент совершения транспортного происшествия, не имело права на управление им; 4) в ходе судебного разбирательства было установлено, что страховой случай произошел вследствие технических неисправностей транспортного средства, о которых страхователь (застрахованный) знал или должен был знать; 5) транспортное средство используется в целях, не свойственных его техническому назначению; 6) страхователь (застрахованный) умышленно не принял мер по уменьшению убытков от страхового случая; 7) лицо, управляющее транспортным средством, скрылось с места транспортного происшествия; 8) лицо, управляющее транспортным средством и направленное на освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения, без уважительных причин не прошло такое освидетельствование.

Соответственно указанной нормой Закона регулируются отношения между страховщиком и страхователем, без участия третьих лиц. Страховщик, по договору обязательного страхования ГПО владельцев транспортного средства, осуществивший потерпевшему страховую выплату, вправе предъявить обратное требование к лицу, являющемуся по договору страхователем (застрахованным) в случаях, указанных в Законе (п.1ст.28).

Следует отметить, что в отличие от правоотношений, возникающих вследствие причинения вреда (деликатных правоотношений), ограничено право регресса у страховых компаний по договорам обязательного страхования ответственности владельцев источника повышенной опасности, возникает только в указанных выше случаях.

В практике районных судов г. Алматы, при удовлетворении исковых требований страховых компаний о взыскании осуществленной страховой выплаты со страхователя (застрахованного) в виду совершения ДТП в состоянии алкогольного опьянения, или в связи с тем, что лицо, управляющее транспортным средством, скрылось с места происшествия, в мотивировочной части решения, в обоснование правомерности исковых требований, судьи неправильно ссылаются одновременно на статью 840 ГК и п.1 статьи 28 Закона. Подобные случаи далеко не единичны, не корректны в силу того, что свидетельствуют о незнании или непонимании судьями указанных положений закона.

Из общего числа поступивших на изучение дел данной категории порядка 156 дел, в которых имеет место неправильное определение понятий суброгации и обратного требования, и неправильная ссылка на закон в мотивировочной части решений судов.

Также в своих решениях судьи часто неправильно понятие «суброгация» подменяют понятием «регресс». Регресс имеет место в правоотношениях между страховщиком и страхователем (застрахованным), когда страховая компания предъявляет обратное требование к своему клиенту в случаях, предусмотренных (п.1ст.28). Требование страховой компании к третьему лицу, в пределах осуществленной страховой выплаты выгодоприобретателю, есть суброгация (ст.840 ГК).

2. В практике судов г. Алматы имеет место также неправильное применение норм закона по требованиям страховых компаний о взыскании в порядке обратного требования (п.1ст.28 Закона) произведенной страховой выплаты, в солидарном порядке с причинителя вреда (застрахованного) и собственника транспортного средства (страхователя).

Так, решением районного суда №2 Ауэзовского района г. Алматы от 15.03.2016 года удовлетворены исковые требования СК «Лондон-Алматы» о взыскании в солидарном порядке 282 543 тенге с Медведева С.В. и Резяпкиной Т.А.

По обстоятельствам дела 06.02.2013 года между СК «Лондон-Алматы» и Резяпкиной Т.А. был заключен договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств на транспортное средство марки «Subaru Forester» г.н. ХХХ. Медведев С.В., являющийся застрахованным лицом по данному договору, будучи в состоянии алкогольного опьянения, 27.02.2013 года совершил ДТП, в результате которого причинены механические повреждения автомашине «Toyota Land Cruiser», принадлежащей Абильдаевой Б.Р. При этом Медведев С.В. уехал с места ДТП. За совершенное правонарушение Медведев привлечен к административной ответственности. Страховая компания, признав событие страховым случаем, осуществила потерпевшему страховую выплату в сумме 267 543 тенге. В связи с чем, СК «Лондон-Алматы» в порядке обратного требования обратилась в суд с иском о взыскании 282 543 тенге солидарно с застрахованного Медведева С.В. и страхователя Резяпкиной Т.А. Иск удовлетворен, решение суда не обжаловано вступило в законную силу.

Аналогично решением судов удовлетворены исковые требования страховых компаний по делам №№2-4065/15 турксиб; №№2-1537/16, 2-1352/16, 2-256/16 наурызбай; Ауэзов №№2-1442/16, 2-2705/16, 2-6335/16, 2-3324/15, 2-5284/15; Алатау №№ 2-2078/15, 2-2793/16; Алмалы №№2-3620/15, 2-2371/15.

Представляется неправильным вывод судов об удовлетворении требований страховщиков о взыскании осуществленной страховой выплаты в порядке обратного требования солидарно с собственников транспортных средств и застрахованных лиц, виновных в совершении ДТП. Страховая компания право обратного требования имеет только к виновному застрахованному лицу. Из содержания пункта 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» следует, что страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в приведенных случаях (полное изложение приведено выше). При этом указание в редакции данной нормы слова «застрахованному» в скобках после слов «...к страхователю…», следует понимать как к страхователю или застрахованному лицу. Изложение подпунктов с 1) по 8) также свидетельствует о том, что законодатель подразумевает действия страхователя или застрахованного. По тексту пункта 1 статьи 28 отсутствует соединительный союз «и» между словами: страхователь (застрахованный).

Не применимы к правоотношениям, регулируемым п.1 ст. 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», положения статьи 931 Гражданского кодекса об ответственности владельца источника повышенной опасности. Правоотношения между страховщиком и страхователям (застрахованным) по договорам обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств, регулируются нормами главы 40 Гражданского кодекса и законодательными актами, регулирующими обязательный вид страхования.

Тем самым, собственник транспортного средства не отвечает перед страховой компанией солидарно с застрахованным лицом, виновником ДТП, в случаях предусмотренных п.1 ст. 28 Закона.

3. Имеют место разночтения положений п.п. 2) п.1 статьи 839 Гражданского кодекса, что порождает разную практику судов при рассмотрении аналогичных споров.

А) Решением Специализированного межрайонного экономического суда г. Алматы от 16.11.2015 года отказано в удовлетворении исковых требований РГУ «Департамент Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы и противодействию коррупции по Алматинской области» к СК «Цесна гарант» о признании дорожно-транспортного происшествия страховым случаем и взыскании страховой выплаты в сумме 710 883 тенге.

Требования истца мотивированы тем, что имевшее место 04.05.2015 года дорожно-транспортное происшествие является страховым случаем в соответствии с п. 3.1. договора добровольного страхования автомобильного транспорта № ATSIM-ДИР 1 А-0000007, заключенного между сторонами 16.07.2014 года. Страховая компания отказала в осуществлении страховой выплаты, ссылаясь на то, что согласно п.п. 2) п. 4.1.1, заключенного между сторонами договора, страховщик вправе полностью иди частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случаи произошел вследствие действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем. Водитель, управлявший застрахованной автомашиной, привлечен к административной ответственности за совершенное ДТП. Отказ в осуществлении страховой выплаты истец считает незаконным, в виду того, что административное правонарушение водителем совершено по неосторожности.

Отказ суда первой инстанции в удовлетворении иска обоснован указанными выше положениями п.п. 2) п. 4.1.1, заключенного между сторонами договора страхования, и п.п. 2 п. 1 ст. 839 Гражданского кодекса - страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие действия страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

Постановлением апелляционной коллегии от 13.01.2016 года решение суда первой инстанции оставлено без изменения. Согласно доводам апелляционной коллегии, суд первой инстанции правильно руководствовался п.п. 2) п. 4.1.1 заключенного между сторонами договора добровольного страхования автомобильного транспорта, и п.п. 2 п. 1 ст. 839 ГК РК. Апелляционная коллегия при этом указала, что в указанном законе и условиях договора, между понятиями «умышленные преступления» и «административными правонарушениями» поставлен разделительный, а не соединительный союз «или», поэтому, совершение административного правонарушения действительно является основанием для освобождения страховщика от ответственности перед страхователем.

Б) Решением Алмалинского районного суда г. Алматы от 27.10.2015 года Узбаевой А.С. отказано в удовлетворении иска о признании незаконным отказ АО «СК «Цесна Гарант» в осуществлении страховой выплаты по договору добровольного страхования залогового автомобильного транспорта №АТЗ 71108 от 27.11.2013 года, и признании страховым случаем дорожно-транспортного происшествия, произошедшего 24 ноября 2014 года.

Страховая компания отказала страхователю Узбаевой А.С. в осуществлении страховой выплаты, ссылаясь на то, что согласно условиям договора страхования действие страховой защиты не распространяется, а страховщик освобождается от обязанности осуществления страховой выплаты, если повреждение транспортного средства произошло вследствие действий застрахованного, признанного в установленном порядке умышленным преступлением или административным правонарушением, находящихся в причинной связи со страховым случаем.

Вывод суда первой инстанции об отказе в удовлетворении исковых требований Узбаевой А.С., обоснован тем, что застрахованным совершено административное правонарушение, повлекшее наступление страхового случая. Законом и условиями договора предусмотрено совершение административного правонарушения независимо от того, совершено оно умышленного или по неосторожности. В связи, с этим суд признал правомерным отказ страховой компании в осуществлении страховой выплаты. Данный вывод суда первой инстанции апелляционная коллегия признала неправильным по следующим основаниям.

В соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 839 Гражданского кодекса (в редакции на момент совершения транспортного происшествия) страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие: действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

Коллегия указала на то, что суд первой инстанции неправильно истолковал данную норму, признав, что определение «умышленными» относится только к преступлениям, не относится к административным правонарушениям. Понятие «умышленные» относится как к преступлениям, так и к административным правонарушениям. Соответственно основанием освобождения от осуществления страховой выплаты является совершение умышленного административного правонарушения находящегося в причинной связи со страховым случаем. Во избежание различного толкования указанной нормы закона, с 01.01.2015 года законодателем внесены изменения, согласно которым страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие: действий страхователя (застрахованного), признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

 Читиевым Н.Ш. административное правонарушение совершено по неосторожности. Соответственно к данному случаю не подлежат применению указанные выше нормы статьи 839 Гражданского кодекса и условия пункта 3.1. договора страхования №АТЗ 71108 от 27.11.2013 года. Признав событие страховым случаем и незаконным отказ АО «СК «Цесна Гарант» в осуществлении страховой выплаты, апелляционная коллегия отменила решение суда первой инстанции и вынесла по делу новое решение об удовлетворении исковых требований Узбаевой.

Вывод: Представляется правильным вывод о том, что совершение административного правонарушения по неосторожности не является основанием к освобождению страховщика от осуществления страховой выплаты в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 839 Гражданского кодекса.

4. Имеет место вопрос, если договором страхования транспортных средств предусмотрено распространение страхового покрытия на иных лиц, кроме страхователя, управляющих автомашиной, вправе ли страховщик предъявлять к ним требование, перешедшее к нему в порядке суброгации.

СК «Цесна Гарант» обратилась в суд с иском о взыскании с Оспановой А.С. осуществленной страховой выплаты - 355 534 тенге. Требования мотивированы тем, что истец на основании договора добровольного страхования залогового транспортного средства от 25.05.2015 года, по произошедшему 02.04.2016 года дорожно-транспортному происшествию, осуществил страховую выплату в сумме 355 534 тенге выгодоприобретателю - ДБ АО «СбербанкРоссии». Ссылаясь на то, что дорожно-транспортное происшествие совершено по вине ответчика, а страхователь Оспанов С.С. передал истцу право требования к виновному лицу, истец просил суд взыскать с ответчика сумму страховой выплаты - 355 534 тенге.

Решением районного суда № 2 Ауэзовского района г.Алматы от 17.11.2016 года иск удовлетворен. С Оспановой А.С. в пользу АО «Страховая компания Цесна Гарант» взыскана сумма страховой выплаты в размере 355 534 тенге и в возмещение расходов по оплате государственной пошлины - 10 666 тенге.

 Постановлением апелляционной коллегии от 20.02.2017 года решение суда первой инстанции отменено с вынесением по делу нового решения об отказе в удовлетворении иска.

По обстоятельствам дела, 25.05.2015 года между СК «Цесна Гарант» и Оспановым Сериком Сатыбалдиевичем был заключен договор добровольного страхования залогового автомобильного транспорта «Hyundai Elantra», г/н 083РАА02. По условиям договора страхования: застрахованные лица - Оспанов Серик Сатыбалдиевич и Оспанова Акерке Сериковна; выгодоприобретатели: 1-ой очереди - ДБ АО «Сбербанк России», 2-й очереди – Оспанов С.С.; страховая сумма 3 114 000 тенге; действительная стоимость - 3 460 000 тенге; страховые случаи: дорожно-транспортное происшествие, стихийные бедствия, противоправные действия третьих лиц, иные непредвиденные события. Объектом страхования являются имущественные интересы страхователя, связанные с риском повреждения, утраты или гибели застрахованного транспортного средства.

Постановлением специализированного межрайонного административного суда г.Алматы от 27.04.2016 года Оспанова А.С. привлечена к административной ответственности за совершение 02.04.2016 года дорожно-транспортного происшествия, в результате которого застрахованной автомашине «Hyundai Elantra» нанесены механические повреждения, согласно отчету ТОО «Независимый Экспертно-Оценочный Центр» от 14.04.2016 года, стоимость восстановительного ремонта застрахованной машины составила 464 238 тенге.

СК «Цесна Гарант» признала событие страховым случаем и осуществила страховую выплату в сумме 355 534 тенге в пользу выгодоприобретателя ДБ ОА «Сбербанк России», что подтверждено платежным поручением от 15.06.2016 года.

Удовлетворяя исковые требования страховой компании, суд первой инстанции сослался на то, что к страховщику, осуществившему страховую выплату, перешло в пределах оплаченной суммы право требования, которое страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования. Данный вывод суда первой инстанции коллегия признала неправильным.

В соответствии с положениями статьи 815 Гражданского кодекса, при добровольном страховании страхователь может в договоре страхования определить третье лицо в качестве застрахованного. В этих случаях объектом страхования выступает имущество застрахованного и его имущественные интересы.

Как указано выше, по условиям договора страхования от 25.05.2015 года, застрахованными, то есть лицами, в отношении которых осуществлено страхование, являются Оспанов Серик Сатыбалдиевич (страхователь) и ответчик - Оспанова Акерке Сериковна (застрахованный). Соответственно на ответчика распространяется страховая защита по данному договору страхования.

Коллегия признала несостоятельными доводы иска о том, что Оспанов С.С. передал истцу право требования к виновному лицу, и в соответствии со статьей 840 Гражданского кодекса, также условиями договора страхования, к страховщику, осуществившему страховую выплату, перешло, в пределах оплаченной суммы, право требования, которое страхователь имеет к лицу ответственному за убытки.

Во-первых, указанная норма закона не применима в данном случае, в виду того, что лицом ответственным за убытки является лицо, застрахованное по договору страхования.

Во-вторых, в соответствии с требованиями статьи 840 Гражданского кодекса и условиями главы 9 договора страхования от 25.05.2015 года, к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит, в пределах оплаченной суммы, право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования. То есть, указанные требования закона и условия договора, предусматривают интересы, как страхователя, так и застрахованного.

Следует отметить, что условиями договора страхования не предусмотрено освобождение страховщика от осуществления страховой выплаты в случае причинения повреждения застрахованному транспортному средству по вине застрахованного лица.

 С учетом изложенного, апелляционная коллегия пришла к выводу о том, что если договором страхования транспортных средств предусмотрено распространение страхового покрытия на иных лиц, кроме страхователя, управляющих автомашиной (иные застрахованные лица), страховщик не вправе предъявлять к данным застрахованным лицам требование, перешедшее к нему в порядке суброгации.

5. По вопросу возмещения в порядке суброгации расходов страховой компании по страховой выплате по договору добровольного страхования.

Как правило, по договорам добровольного страхования транспортных средств, страховая выплата осуществляется в размере реального ущерба на основании счет справки специализированного СТО. По требованиям страховщика по договорам добровольного страхования в порядке суброгации, страховая компания, где застрахована ответственность лица, виновного в ДТП, осуществляет страховую выплату на основании оценки, произведенной ответственным страховщиком по договору обязательного страхования. Данная оценка всегда ниже оценки реального ущерба, определенного СТО по договору добровольного страхования. В таком случае страховщик по договору добровольного страхования разницу между осуществленной выплатой и суммой, возмещенной ответственным страховщиком по договору обязательного страхования, предъявляет к взысканию с причинителя вреда. В практике судов преимущественно данные исковые требования удовлетворяются, разница взыскивается с причинителя вреда, независимо от того, что сумма возмещения реального ущерба не превышает предельную сумму страховой выплаты по полису ОГПО.

Вместе с тем, в практике судов есть случаи отказа в удовлетворении исковых требований страховщиков по договорам добровольного страхования, в связи с тем, что сумма возмещения ущерба не превышает предельный размер суммы страховой выплаты по полису ОГПО.

Так, решением Бостандыкского районного суда от 24.03.2016 года, оставленным без изменения постановлением апелляционной коллегии от 06.06.2016 года, отказано в удовлетворении исковых требований АО «Страховая компания «Казкомм-Полис» о взыскании с Темниковой С.А. 579 803 тенге - суммы осуществлённой страховой выплаты. По обстоятельствам дела, страховая компания осуществила страховую выплату в сумме 766 898 тенге в пользу страхователя ТОО «Sinoil» по договору добровольного страхования от 13.02.2015 года. Страховой случай произошел по вине Темниковой С.А., ответственность которой была застрахована в АО «Страховая компания «Standard». АО «Страховая компания «Standard» осуществила страховую выплату в размере 187 095 тенге в пользу АО «Страховая компания «Казкомм-Полис». Согласно отчету об оценке движимого имущества №1199 от 09.07.2015 года ТОО «Valuer Consulting» рыночная стоимость восстановительного ремонта составила 187 095 тенге. Разницу 579 803 тенге АО «Страховая компания «Казкомм-Полис» просила взыскать с Темниковой С.А.

Вывод суда об отказе в удовлетворении исковых требований обоснован тем, что истец безосновательно просил взыскать образовавшуюся разницу в размере 579 803 тенге с ответчика, поскольку данная сумма не превышает предельную сумму страховой выплаты по полису ОГПО Темниковой. Указав на то, что у истца не утрачена возможность удовлетворения своих требований предъявляемых к ответчику путем предъявления требования к страховой компании АО «Страховая компания «Standard» в пределах полиса страхования ОГПО.

 В виду наличия разной практики по указанному вопросу также необходимо соответствующее разъяснение вышестоящего суда.

6. По применению нормы статьи 835 Гражданского кодекса о сроках уведомления страховщика о наступлении страхового случая.

Страхователь после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, обязан незамедлительно уведомить о его наступлении страховщика или его представителя. Если договором или законодательным актом Республики Казахстан об обязательном страховании предусмотрен срок и (или) способ уведомления, оно должно быть сделано в обусловленный срок и указанным в договоре или законодательном акте Республики Казахстан способом. Неуведомление страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

Как правило, суды г.Алматы по договорам добровольного страхования отказывают в удовлетворении исков о взыскании страховой выплаты по требованиям страхователя (застрахованного, выгодоприобретателя) в случаях неуведомления страховщика о наступлении страхового случая в срок, предусмотренный условиями договоров добровольного страхования.

Так, решением Медеуского районного суда г.Алматы от 20.04.2016 года Имантаеву Е.Ж. отказано в удовлетворении исковых требований Имантаев Е.Ж. о признании незаконным отказ АО Страховая компания «Kaspi страхование» в осуществлении страховой выплаты по договору добровольного страхования автомобильного транспорта.

Исковые требования мотивированы тем, что по условиям заключенного между сторонами указанного договора страхования застрахованы имущественные интересы истца, связанные с владением, пользованием и распоряжением транспортным средством марки «LADA 21144-110-42», госномер 590 CZA 02. Соответствующий условиям договора страхования страховой случай наступил 21.07.2015 года, истец 14.01.2016 года обратился в страховую компанию с заявлением о страховом событии. Ответчик 27.01.2016 года отказал в осуществлении страховой выплаты со ссылкой на пропуск срока обращения о наступлении страхового случая. Отказ считает незаконным, ссылаясь на то, что отсутствие у страховщика сведений о страховом случае не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

 По обстоятельствам дела истец обратился в страховую компанию с заявлением о наступлении страхового случая по истечении 3-х дневного срока, предусмотренного условиями пункта 7.1.4 договора добровольного страхования автомобильного транспорта. Апелляционная коллегия признала правильным вывод суда о том, что в соответствии с пунктом 4 статьи 839 Гражданского кодекса, при несвоевременном уведомление страховщика о наступлении страхового случая, страховая компания вправе отказать в осуществлении страховой выплаты. Указала на несостоятельность доводов истца о том, что отсутствие у страховщика сведений о страховом случае не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату. Данные положения закона (п.3 ст.835 ГК) применимы к обязательному страхованию, осуществляемому в силу требований законодательных актов. Между сторонами заключен договор добровольного страхования, то есть стороны сами по взаимному согласованию определили условия договора страхования, в том числе и сроках уведомления страховщика о наступлении страхового случая. Соответственно стороны должны исполнять надлежащим образом взятые на себя обязательства по договору.

Наряду с изложенным, по договорам обязательного страхования, осуществляемым в силу требований законодательных актов, исковые требования выгодоприобретателей удовлетворяются независимо от того, что страховщик уведомлен о наступлении страхового случая по истечении срока, предусмотренного условиями договора. При этом суды руководствуются положениями п.3 ст.835 ГК о том, что отсутствие у страховщика сведений о страховом случае не сказывается на его обязанности осуществить страховую выплату.

Споры, связанные с обязательным страхованием гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента. Изучение дел, касающихся споров связанных с вопросами обязательного страхования гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента, свидетельствует о том, что все споры связаны с прекращением деятельности двух туроператоров: ТОО «Tengry Trevel System» и ТОО «Gulnartravel& K». Преимущественно иски предъявлялись туристическими компаниями и физическими лицами (туристами) к страховым компаниям, в которых застрахована гражданско-правовая ответственность турагента. Практика судов региона однородна, как правило, суды, признают незаконным отказ страховщика в осуществлении страховой выплаты, и удовлетворяют требования истцов.

Имеют место следующие вопросы по применению положений Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента» (далее по тексту - Закон).

1. Решением СМЭС от 26.10.2015г отказано в удовлетворении исковых требований ТОО «Megax Tour» к АО «Страховая компания Amanat Insurance» о признании незаконным отказа в осуществлении страховой выплаты, взыскании страховой выплаты 5 702 471 тенге по договору обязательного страхования гражданско-правовой ответственности турагента.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении иска, указывая, что между ТОО «Megax Tour» и туристами, которые не смогли выехать на место отдыха, в связи с прекращением деятельности туроператора ТОО «Tengry Trevel System», имеют место обязательственные правоотношения. Не исполнение ТОО «Megax Tour» обязательств по договорам на туристическое обслуживание, не является страховым случаем, соответствующим требованиям статьи 817 Гражданского кодекса. Страховым случаем является банкротство ТОО «Tengry Trevel System», в связи с чем, требования турагента должны быть предъявлены к страховщику деятельности туроператора. Также отказ в удовлетворении иска мотивирован тем, что истцом не представлено решение суда о возмещении вреда. В соответствии со статьей 17 Закона (в редакции на момент рассмотрения дела), страховой случай считается наступившим с момента вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем, либо признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем.

Определением апелляционной коллегии от 30.12.2015 года решение суда первой инстанции отменено. По делу вынесено новое решение об удовлетворении иска. Согласно доводам апелляционной коллегии, вывод суда первой инстанции о том, что требования турагента должны быть предъявлены к туроператору или его страховщику противоречит законодательству. А именно, закону «О защите прав потребителей», «О частном предпринимательстве», статьям 360, 363, 947 Гражданского кодекса. Туристы не состояли в договорных отношениях с туроператором, в связи с чем, ТОО «Tengry Trevel System» не может принимать от туристов претензии о возмещении вреда и возмещать их.

Вместе с тем коллегия признала несостоятельными доводы суда первой инстанции о том, что ТОО «Megax Tour» не представил решение суда о возмещении вреда при отсутствии согласия страховщика с признанием страхователем требований туристов. Согласно доводам коллегии отказ страховщика в осуществлении страховой выплаты незаконный, в соответствии с пунктами 2 и 4 статьи 17, статьей 4 Закона, страховым случаем по договору обязательного страхования ответственности туроператора и турагента признается факт наступления гражданско-правовой ответственности страхователя по возмещению вреда, причиненного имущественным и (или) иным интересам туриста при предоставлении ему туристских услуг. Расходы, понесенные страхователем в целях предотвращения или уменьшения убытков, подлежат возмещению страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

По аналогичным основаниям, определением апелляционной коллегии от 30.12.2015 года отменено решение СМЭС от 02.11.2015 года об отказе в удовлетворении исковых требований ИП «Dalina Tour» к АО «Страховая компания Amanat Insurance». По делу вынесено новое решение об удовлетворении иска.

Решением СМЭС от 01.10.2015 года отказано в удовлетворении исковых требований ТОО «НТ Tourism Almaty» к АО «Страховая компания Amanat Insurance» о признании незаконным отказа в осуществлении страховой выплаты, взыскании страховой выплаты в общей сумме 3 516 045 тенге по договору обязательного страхования гражданско-правовой ответственности турагента. Одним из оснований отказа суд указал на то, что не исполнение обязательств по договорам на туристическое обслуживание, не является страховым случаем, соответствующим требованиям статьи 817 Гражданского кодекса. Дело в апелляционной инстанции не пересматривалось.

Вывод: Несостоятельны доводы о том, что неисполнение турагентом обязательств по договорам на туристическое обслуживание, в виду прекращения деятельности туроператора, не является страховым случаем, как не обладающее признаками вероятности и случайности его наступления (статья 817 ГК).

Так, в соответствии с подпунктом 5) статьи 1 Закона, страховой случай - событие, с наступлением которого договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности туроператора или турагента предусматривает осуществление страховой выплаты страхователю (выгодоприобретателю).

Соответственно, прекращение деятельности туроператора в виду его банкротства или иных непредвиденных обстоятельств, о которых турагент не знал и не мог знать, является событием, подпадающим под определение страхового случая.

Согласно положением пункта 2 статьи 4 Закона, объектом обязательного страхования гражданско-правовой ответственности турагента, является его имущественный интерес, связанный с его обязанностью, установленной гражданским законодательством Республики Казахстан, возместить вред, причиненный имущественным и (или) иным интересам туриста при осуществлении деятельности по продвижению и реализации туристского продукта, сформированного туроператором.

Неисполнение турагентом обязательств по договору оказания туристичеких услуг, в том числе и по независящим от него обстоятельствам (вина туроператора), возлагает на турагента обязанность возместить вред, причиненный имущественным интересам туриста. Возмещение вреда, причиненного туристам, в связи с неисполнением договорных обязательств, в виду прекращения деятельности туроператора, следует оценивать как имущественный интерес турагента, являющийся объектом обязательного страхования его гражданско-правовой ответственности.

Такой подход соответствует цели обязательного страхования гражданско-правовой ответственности туроператора или турагента - обеспечение защиты имущественных и (или) иных интересов туристов при осуществлении деятельности туроператора или турагента по оказанию туристских услуг посредством осуществления страховых выплат (ст.2 Закона).

2. Решением районного суда № 2 Алмалинского района г. Алматы от 13.04.2015 года отказано в удовлетворении исковых требований Бабаева А.С. о взыскании страховой выплаты с АО «Страховая компания «Номад Иншуранс». Определением апелляционной судебной коллегии по гражданским и административным делам Алматинского городского суда от 13.07.2015 года решение суда первой инстанции отменено, вынесено новое решение об удовлетворении иска. Взыскана с АО «Страховая компания «Номад Иншуранс» в пользу Бабаева А.С. страховая выплата в сумме 596 810 тенге.

По обстоятельствам дела 27 марта 2014 года между Бабаевым А.С. и ТОО «Gulnartravel& K» был заключен договор на туристское обслуживание поездки в Турцию, в период с 11 августа по 18 августа 2014 года. Истцом произведена оплата указанных услуг в сумме 596 810 тенге. Однако, туристской компанией ТОО «Gulnartravel& K» по данному договору услуги истцу предоставлены не были. Ответственность туроператора ТОО «Gulnartravel& K» была застрахована в соответствии с договором гражданско-правовой ответственности, заключенным 11 октября 2014 года с АО СК «Номад Иншаранс». Обращение истца к страховой компании о выплате страховой суммы было оставлено ответчиком без удовлетворения. Что явилось основанием для обращения истца в суд с указанными требованиями.

Суд первой инстанции пришел к выводу о необходимости отказа в иске, по тем основаниям, что страховщиком были произведены страховые выплаты в размере страховой суммы, определенной в договоре обязательного страхования ответственности туроператора и турагента. Соответственно, по мнению суда первой инстанции, договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности, заключенный между ТОО «Gulnartravel& K» и АО СК «Номад Иншаранс» прекратил свое действие.

Апелляционная коллегия данный вывод суда признала несостоятельным, ссылаясь на то, что указанные обстоятельства не входят в перечень оснований освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты, указанный в ст. 839 ГК и п. 2 ст. 20 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента». При этом, согласно п. 5 ст. 20 указанного Закона, страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным данной статьей.

Постановлением кассационной коллегии Алматинского городского суда от 24.11.2015 года решение апелляционной коллегии оставлено без изменения. Вывод: Представляется неправильным вывод суда о том, что осуществление страховщиком страховых выплат в объеме страховой суммы, определенной в договоре обязательного страхования ответственности туроператора и турагента, не входит в перечень оснований освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты, указанный в ст. 839 ГК и п. 2 ст. 20 Закона.

Так, в соответствии со статьей 819 Гражданского кодекса, страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая. Также согласно подпункту 6) Закона, страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая. Соответственно обязательства страховщика по договору страхования ограничены определенной договором страховой суммой. Основания освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты, предусмотренные статьей 20 Закона, касаются обязательств страховщика в пределах его ответственности, т.е. в пределах страховой суммы. Неправомерность действий страхователя, повлекшая наступление страхового случая, не влечет возложение на страховщика обязательств перед выгодоприобретателями свыше страховой суммы, предусмотренной договором страхования.

При этом следует учитывать отсутствие иных неправомерных действий страховщика. Так, по делу по иску Еспаева Б.К. к АО «СК «СентрасИншуранс» о признании незаконным отказ в страховой выплате, судом не приняты доводы страховщика о том, что на момент рассмотрения дела в суде исчерпана страховая сумма, предусмотренная договором обязательного страхования от 09.02.2015 года, заключенного между АО «СК «СентрасИншуранс» и ТОО «TENGRI TRAVELSYSTEM». По обстоятельствам дела, истец 23.09.2015 года обратился в страховую компанию с заявлением об осуществлении страховой выплаты. Страховая компания неправомерно отказала в страховой выплате, сославшись на то, что неисполнение обязательств ТОО «TENGRI TRAVELSYSTEM» по договору оказания туристских услуг не является страховым случаем. И на то, что факт наступления страхового случая, не подтвержден документом уполномоченного органа о привлечении страхователя к административной ответственности по статье 187 КоАП РК. Суд признал, что истец лишен страховой выплаты в виду неправомерного отказа страховой компании в ее осуществлении.

3. Имеет место неодинаковая практика судов по вопросу применения пункта 2 статьи 17 Закона, согласно которому Страховой случай считается наступившим с момента вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем, либо признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем.

В практике общегражданских судов имеются не единичные случаи отказа в удовлетворении исковых требований выгодоприобретателей (физических лиц) с признанием правомерным отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты, в связи с тем, что выгодоприобретателем при обращении в страховую компанию за страховой выплатой не представлено решение суда о возмещении вреда, причиненного страхователем (туристической компанией, т.е. турагентом). В свою очередь СМЭС удовлетворяет требования туристических компаний, добровольно возместивших ущерб туристам, признавая неправомерным требование страховщика о предоставлении решения суда о возмещении вреда.

Так, в соответствии с пунктом 2 статьи 17 Закона, страховой случай считается наступившим с момента вступления в законную силу решения суда о возмещении вреда, причиненного страхователем, либо признания страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем.

Из буквального толкования данной нормы Закона следует, что при признании страхователем предъявленных к нему требований, для того чтобы страховой случай считался наступившим, необходимо согласие страховой компании (страховщика) с данным признанием страхователя. Если страховая компания не согласится с тем, что страхователь признал требования туриста, необходимо решение суда о возмещении туристу вреда, причиненного страхователем. То есть при отсутствии спора между туристом и страхователем по вопросу возмещения вреда, законодатель предусмотрел необходимость судебного решения о возмещении вреда.

Представляется правильным, изложение данной нормы Закона в следующей редакции: «Страховой случай считается наступившим при признании страхователем требований туриста о возмещении вреда обоснованными и согласия страховщика с признанием требований страхователем. При наличии спора - с момента вступления в законную силу решения суда о признании события страховым случаем».

*Споры, связанные с обязательным страхованием работников от несчастных случаев при исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей.* Изучение дел, связанных с применением Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей», свидетельствует о том, что практически все дела рассмотрены по искам работников к страховщику о взыскании страховых выплат, предусмотренных статьей 19 Закона. До 2015 года было рассмотрено большое количество исков к АО «СК «Казахмыс» о взыскании страховых выплат по возмещению расходов, вызванных повреждением здоровья и установлением степени утраты профессиональной трудоспособности. В период 2015-2016 годов не усматривается подобной тенденции массового предъявления исковых требований к одному и тому же участнику страхового рынка.

Как правило, по указанной категории дел (в анализируемый период) судами правильно применяются нормы материального права, не усматривается проблемных вопросов применения положений Закона в практике.

 В целях недопущения ошибок в применении норм материального права при рассмотрении дел указанной категории следует обратить внимание на следующее вопросы.

1. Решением районного суда № 2 Алмалинского района г. Алматы от 29.10.2015 года отказано в удовлетворении иска Акжоловой Г.Т. к АО «ДК БТА Банка «БТА Жизнь», правопреемник АО «Казкоммерц-Life», о признании незаконным отказа в осуществлении страховой выплаты в связи со смертью мужа Ердешова А. П.

Суд первой инстанции отказал в удовлетворении исковых требований Акжоловой Г.Т., ссылаясь на то, что истец неправильно выбрал форму защиты права, право обжалования решения страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты принадлежит страхователю, а не выгодоприобретателю.

Определением апелляционной коллегии от 28.12.2015 года решение суда отменено, по делу вынесено новое решение об удовлетворении иска.

По обстоятельствам дела, Ердешов А.П. с 01.06.2009 года работал машинистом мостового крана в ТОО «ANTARA STEEL». Из дополнительного соглашения к трудовому договору от 03.02. 2014 года следует, что на период действия договора аренды предприятия №1 от 8 января 2014 г., работодателем в отношении работника Ердешова А.П. является ТОО «ПТЗ» в лице филиала ТОО «ПТЗ» в г. Алматы.

Между филиалом ТОО «ПТЗ» в г. Алматы и АО «ДК БТА Банка «БТА Жизнь» 19.02.2015 г. был заключен договор обязательного страхования работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей серии OWA №SТ770025684 (далее договор страхования). Срок страхования с 20 февраля 2014 г. по 19 февраля 2015 года. Из условий договора следует, что страховой случай (покрываемые риски) – несчастный случай при исполнении трудовых обязанностей (несчастный случай), произошедший с работнико при исполнении им трудовых обязанностей в результате воздействия вредного или опасного производственного фактора, вследствие которого произошли производственная травма, внезапное ухудшение здоровья или отравление работника, приведшие его к установлению ему степени утраты профессиональной трудоспособности, профессиональному заболеванию либо смерти, при обстоятельствах, предусмотренных статьей 11 раздела II договора страхования. В соответствии с подпунктами 2), 3) пункта 1 статьи 11 договора страхования «обстоятельства наступления страхового случая» расследуются и подлежат учету как несчастный случай на производстве, производственные травмы и иные повреждения здоровья работников, связанные с исполнением им своих обязанностей либо совершение иных действий по собственной инициативе в интересах работодателя, приведших к нетрудоспособности либо смерти, если они произошли в течение рабочего времени на месте работы или в командировке либо в другом месте, нахождение в котором обусловлено выполнением трудовых или иных обязанностей, связанных с поручением работодателя или должностного лица организации.

Несчастный случай с Ердешовым А.П. произошел 14 января 2015 года. Согласно Акту специального расследования данного несчастного случая, составленному комиссией, назначенной приказом КГУ «Управление государственной инспекции труда и миграции города Алматы» № 05 от 15.01.2015 г., пострадавший Ердешов А.П. смертельную травму получил в течение рабочего времени, на оборудовании, принадлежащем работодателю, в результате воздействия движущегося устройства. В этой связи, комиссия коллегиально решила: в соответствии с п.п. 2 и 3 п. 2 ст. 322 Трудового кодекса Республики Казахстан, данный случай с Ердешовым А.П. считать связанным с производством. Работодателю предложено в течение трех дней утвердить акт о несчастном случае. Степень вины работника – 50%, степень вины работодателя – 50%. Работодателем составлен Акт о несчастном случае на производстве от 28.01.2015 г., согласно которому степень вины работодателя установлена 50 % и работника – 50 %.

Согласно свидетельству о заключении брака Ердешов А.П. состоял в зарегистрированном браке с Акжоловой Г.Т., от которого имеет 4-х детей, двое из них несовершеннолетние.

Решением от 13.04.2015 года АО «ДК БТА Банка «БТА Жизнь» Акжоловой Г.Т. отказано в осуществлении страховой выплаты. Отказ обоснован тем, что несчастный случай произошел при выполнении Ердешовым А.П. действий, не входящих в его функциональные обязанности, за пределами рабочего места, по собственной инициативе, не связанными с интересами работодателя, а также в состоянии алкогольного опьянения.

Апелляционный суд признал обоснованными доводы иска о незаконности отказа страховой компании в осуществлении страховой выплаты.

Указанные выше Акт специального расследования несчастного случая и Акт работодателя о несчастном случае на производстве имеют юридическую силу, не оспорены и не отменены.

Согласно подпункту 1) пункта 3 статьи 322 Трудового кодекса, не оформляются как производственные травмы и иные повреждения здоровья работников на производстве, в ходе расследования которых объективно установлено, что они произошли: при выполнении пострадавшим по собственной инициативе работ или иных действий, не входящих в функциональные обязанности работника и не связанных с интересом работодателя, в том числе в период междусменного отдыха при работе вахтовым методом, перерыва для отдыха и приема пищи, а также по причине, связанной с состоянием алкогольного опьянения, употребления токсических и наркотических веществ (их аналогов).

Как указано выше, 28.01.2015 года работодателем утвержден акт о несчастном случае на производстве № 1, в связи с чем, несостоятельны доводы ответчика о том, что несчастный случай произошел при выполнении Ердешовым А.П. действий, не входящих в его функциональные обязанности, за пределами рабочего места, по собственной инициативе, и не связанные с интересом работодателя.

Также не могут быть приняты доводы ответчика о том, что Ердешов А.П. в момент получения производственной травмы находился в состоянии алкогольного опьянения. Согласно выводам заключения эксперта судебно-медицинской экспертизы трупа № 133 от 13 февраля 2015 г. при химико-токсилогической экспертизе крови и мочи трупа обнаружен этиловый спирт в концентрации 0,51 % (промилле) в крови, что обычно у живых лиц вызывает легкую степень алкогольного опьянения. Имеется примечание о том, что результат исследования имеет относительное значение, так как объекты были доставлены в гнилостном состоянии.

Из показаний эксперта Тулепова Н.Н. суду, следует, что новообразования алкоголя могут образоваться за счет гниения, в связи, с чем в примечаниях к выводам указано, что результат исследования относительный, так как объекты доставлены в гнилостном состоянии.

Согласно пункту 11 Нормативного постановления Верховного суда Республики Казахстан «О судебном решении» решение не может быть основано на предположениях об обстоятельствах дела. Изложенное выше свидетельствует о несостоятельности доводов ответчика, положенных в основу решения об отказе в осуществлении страховой выплаты.

В силу требований пункта 4 статьи 20 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» (далее Закон) выгодоприобретателем является пострадавший работник (в случае его смерти - лицо, имеющее согласно законам Республики Казахстан право на возмещение вреда в связи со смертью работника). Согласно пункту 1 статьи 940 Гражданского кодекса в случае смерти гражданина право на возмещение вреда имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания; супруг либо другой член семьи, независимо от трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, не достигшими четырнадцати лет (малолетними) либо хотя и достигшими указанного возраста, но, по заключению медицинских органов, нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе.

В соответствии со статьей 816 Гражданского кодекса при наступлении страхового случая выгодоприобретатель вправе предъявить непосредственно страховщику требование о выплате ему страховой выплаты, предусмотренной договором страхования. С учетом положений статьи 9 Гражданского кодекса, предусматривающих право защиты гражданских прав путем признания права, пресечения действий нарушающих право, выгодоприобретатель по договору страхования имеет право обжаловать отказ страховщика в осуществлении страховой выплаты.

На основании изложенного апелляционный суд удовлетворил исковые требования Акжоловой Г.Т.

2. В соответствии со статьей 2 Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам страхования и исламского финансирования» от 27.04.2015 года, нормы указанного Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев, распространяются на случаи установления либо продления степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие данного Закона, то есть после 10.05.2015 года.

Решением Бостандыкского районного суда г. Алматы от 02.12.2015 года Назарбекову А.К. отказано в удовлетворении исковых требований.

По обстоятельствам дела, в соответствии с Актом № 1 о несчастном случае на производстве от 09.04.2015 года, несчастный случай, произошедший 03.04.2015 года с Назарбековым Аскаром Кушербайулы, признан связанным с производством. Степень вины работодателя 80 %, работника – 20 %. В результате указанного несчастного случая, по результатам освидетельствования от 23.07.2015 г., Назарбекову А.К. установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в размере 70 % сроком с 03.08.2015 г. до 03.08.2016 года.

Между АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE» и ТОО «SALAVAT-STROY» 03.02.2015 года был заключен договор обязательного страхования работников от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей №41030215001/050115/19-1. В рамках исполнения условий указанного договора, 26.08.2015 г. между страховой компанией и работодателем заключен договор аннуитетного страхования, с определением ежемесячной аннуитетной выплаты Назарбекову А.К. в размере 45 133 тенге, на период выплат с 03.08.2015 г. по 03.08.2016 г., в возмещение утраченной заработной платы, в связи с установлением степени утраты трудоспособности.

Вместе с тем, страховая компания отказала истцу в осуществлении страховой выплаты в размере 1 500 МРП в возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья.

Суд признал правомерным отказ ответчика в осуществлении единовременной страховой выплаты в размере 1 500 МРП. В соответствии со статьей 2 Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам страхования и исламского финансирования» от 27.04.2015 года, нормы указанного Закона в части обязательного страхования работника от несчастных случаев, распространяются на случаи установления либо продления степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после введения в действие данного Закона, то есть после 10.05.2915 года.

Как указано выше, по несчастному случаю, имевшему место 03.04.2015 года, степень утраты профессиональной нетрудоспособности истцу установлена с 03.08.2015 года, то есть после вступления в законную силу указанных изменений в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей».

Согласно положениям статьи 383 Гражданского кодекса, если после заключения договора, законодательством устанавливаются обязательные для сторон правила, иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда законодательством установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

Поскольку Законом от 27.04.2015 года предусмотрено его действие на случаи установления степени утраты профессиональной трудоспособности работника, возникшие после 10.05.2915 года, несостоятельны доводы истца о том, что страховая компания обязана осуществить единовременную страховую выплату в соответствии с условиями договора обязательного страхования от 03.02.2015 года, заключенного между страховой компанией и работодателем.

Отказ страховой компанией в осуществлении истцу страховой выплаты в возмещение расходов по причинению вреда здоровью, не лишает истца права на получение указанных выплат в соответствии с внесенными изменениями в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей».

*Вопросы регулирования страховым омбудсменом споров между участниками страховых правоотношений.* В соответствии со статьей 30-3 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» решение страхового омбудсмана подлежит исполнению страховщиком.

В случае неисполнения страховщиком решения страхового омбудсмана в установленный им срок, страховой омбудсман обязан незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, информировать об этом уполномоченный орган с приложением документов, подтверждающих факт нарушения требований указанного Закона и нормативных правовых актов уполномоченного органа.

Решение страхового омбудсмана по взаимоотношениям между страховщиками является обязательным, по взаимоотношениям между страхователем (выгодоприобретателем) и страховщиком обязательно для страховщика в случае принятия его страхователем (выгодоприобретателем). В случае несогласия с решением страхового омбудсмана страхователь (выгодоприобретатель) вправе обратиться за защитой своего права в суд в соответствии с законодательством Республики Казахстан. При этом исполнение решения страхового омбудсмана для страхователя (выгодоприобретателя) не является обязательным.

На практике имеют случаи обращения страхователей (выгодоприобретателей) в суд с иском к страховщику о взыскании страховой выплаты, при наличии решения страхового омбудсмана о взыскании страховой выплаты, которое не исполняется страховщиком.

Не обжалованное страховщиком решение страхового омбудсмана, было бы правильным включить в перечень исполнительных документов (ст.9 Закона «Об исполнительном производстве и статусе судебных исполнителей»). Или по спорам, по которым страховой омбудсман уполномочен принимать решение, предусмотреть обязательный досудебный порядок урегулирования путем обращения к страховому омбудсману.

**Ертаева Роза Мырзақұлқызы**

Судья Акмолинского областного суда

 **Тайна страхования. Групповое страхование, сострахование. Вопросы правоприменения, примеры**

В соответствии со статьей 830 ГК тайна страхования включает в себя сведения о размерах страховой суммы, выкупной суммы и оплаченных страховых премий, иных условиях договора страхования (перестрахования), относящихся к личности страхователя, застрахованного или выгодоприобретателя. Не относятся к тайне страхования сведения о заключенных договорах страхования (перестрахования) страховой (перестраховочной) организацией, находящейся в процессе ликвидации.

Сведения, содержащие тайну страхования, предоставляются:

1) представителю страхователя (выгодоприобретателя) - на основании нотариально удостоверенной доверенности;

2) органу дознания и предварительного следствия - по находящимся в его производстве уголовным делам;

3) суду - по находящимся в его производстве делам на основании определения или постановления суда;

4) прокурору - на основании постановления о производстве проверки в пределах его компетенции по находящимся у него на рассмотрении материалам;

4-1) уполномоченному органу по финансовому мониторингу - в целях и порядке, предусмотренных [Законом](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000191_#z163) «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;

4-2) Государственной корпорации «Правительство для граждан» в целях, предусмотренных [пунктом 4](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1300000105#z311) статьи 59 Закона «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан»;

 4-3) уполномоченному государственному органу, осуществляющему руководство в сфере обеспечения поступлений налогов и других обязательных платежей в бюджет в соответствии с налоговым законодательством Республики Казахстан в отношении:

договоров страхования, заключенных проверяемыми физическими лицами;

договоров накопительного страхования, выгодоприобретателями по которым являются физические лица-нерезиденты;

договоров накопительного страхования, выгодоприобретателями по которым являются физические лица, указанные в запросе уполномоченного органа иностранного государства, направленном в соответствии с международным договором Республики Казахстан;

4-4) органам национальной безопасности и Службе государственной охраны Республики Казахстан с санкции прокурора в целях предупреждения, вскрытия и пресечения разведывательных и (или) подрывных акций;

5) уполномоченному государственному органу - по вопросам, связанным с осуществлением надзора за страховой деятельностью;

5-1) страховому холдингу-резиденту Республики Казахстан – для целей расчета пруденциальных нормативов страховой группы, а также формирования системы управления рисками и внутреннего контроля страховой группы;

6) иным лицам в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

6. Сведения, содержащие тайну страхования, в случае смерти страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя выдаются:

1) наследникам;

2) судам и нотариусам по находящимся в их производстве наследственным делам на основании определения, постановления суда или письменного запроса нотариуса, заверенного его печатью. К письменному запросу нотариуса должна быть приложена копия свидетельства о смерти страхователя;

3) иностранным консульским учреждениям - по находящимся в их производстве делам о наследовании.

Общие условия осуществления страховой деятельности, перечень предлагаемых страховых услуг, страховые тарифы, сроки страхования, а также иные основные условия договора страхования (перестрахования) являются открытой информацией и не могут быть предметом тайны страхования и коммерческой тайны.

В случае разглашения страховщиком сведений, составляющих тайну страхования, страхователь (застрахованный, выгодоприобретатель) вправе потребовать возмещения причиненных убытков, а в надлежащих случаях - компенсации морального вреда

Тайна страхования включает в себя сведения о размерах страховой суммы, выкупной суммы и оплаченных страховых премий, иных условиях договора страхования (перестрахования), относящихся к личности страхователя, застрахованного или выгодоприобретателя. Не относятся к тайне страхования сведения о заключенных договорах страхования (перестрахования) страховой (перестраховочной) организацией, находящейся в процессе ликвидации. Профессиональные участники страхового рынка, страховой агент не вправе разглашать полученные ими в результате своей профессиональной деятельности сведения, составляющие тайну страхования, за исключением случаев предоставления информации другому профессиональному участнику страхового рынка либо страховому агенту, связанных с заключением договоров перестрахования или с отношениями по сострахованию, а также случаев, предусмотренных пунктами 4, 5 и 6 ст.830 ГК РК. Должностные лица, работники страховой (перестраховочной) организации, страховые брокеры, страховые агенты и иные лица, которые в силу осуществления своих служебных обязанностей получили доступ к сведениям, составляющим тайну страхования, за их разглашение несут ответственность, предусмотренную законодательными актами Республики Казахстан. Тайна страхования может быть раскрыта третьему лицу на основании письменного согласия страхователя (застрахованного, выгодоприобретателя).

В соответствии со статьей 822 ГК при групповом страховании одним договором страхования охватывается несколько застрахованных, являющихся одновременно выгодоприобретателями. Групповое страхование может быть как личным, так и имущественным, как персонифицированным, так и обезличенным, охватывающим определенную категорию лиц.

При обезличенном страховании круг застрахованных должен быть конкретизирован в договоре страхования в той мере, в которой это необходимо для индивидуализации страхового случая, его последствий в отношении каждого застрахованного и размера причитающейся ему страховой выплаты. Коллективное страхование работодателем своих работников может быть только личным страхованием.

При групповом страховании одним договором страхования охватывается несколько застрахованных, являющихся одновременно выгодоприобретателями. Групповое страхование может быть как личным, так и имущественным, как персонифицированным, так и обезличенным, охватывающим определенную категорию лиц. При обезличенном страховании круг застрахованных должен быть конкретизирован в договоре страхования в той мере, в которой это необходимо для индивидуализации страхового случая, его последствий в отношении каждого застрахованного и размера причитающейся ему страховой выплаты. Коллективное страхование работодателем своих работников может быть только личным страхованием. Объект страхования может быть застрахован по одному договору совместно несколькими страховщиками (сострахование). При этом в договоре должны содержаться условия, определяющие права и обязанности каждого страховщика в согласованных долях. Если в таком договоре не определены права и обязанности каждого из страховщиков, они солидарно отвечают перед страхователем (выгодоприобретателем) за осуществление страховой выплаты.

В соответствии со статьей 823 ГК, объект страхования может быть застрахован по одному договору совместно несколькими страховщиками (сострахование). При этом в договоре должны содержаться условия, определяющие права и обязанности каждого страховщика в согласованных долях.

Если в таком договоре не определены права и обязанности каждого из страховщиков, они солидарно отвечают перед страхователем (выгодоприобретателем) за осуществление страховой выплаты.

Для совместного страхования крупных или особо крупных рисков состраховщики могут создавать на основе договора о совместной деятельности простые товарищества (страховые пулы).

При наличии соответствующего соглашения между состраховщиками один из них может представлять всех состраховщиков во взаимоотношениях со страхователем, оставаясь ответственным перед последним только в своей доле.

Сострахование – способ разделения риска между двумя или более страховщиками путем отнесения на каждого из них заранее обусловленной доли возможных убытков и причитающейся страховой премии. Непременным условием сострахования является его осуществление в отношении одного и того же объекта на случай наступления одного и того же события (страхового случая).

Сострахование может осуществляться по договорам как имущественного, так и личного страхования. Деление риска производится по инициативе сторон. Инициатором выступает страхователь, когда он сомневается в финансовой устойчивости одного страховщика и, в целях более надлежащего обеспечения риска, требует распределить его между несколькими. Такое волеизъявление должно быть отражено в договоре, в соответствии с чем, страховщик обязан передать обусловленную долю риска одному или нескольким страховщикам. Страхователь вправе указать состраховщиков и долю участия каждого из них в риске. Такое требование должно признаваться существенным условием договора.

Сострахование может осуществляться по инициативе страховщика, когда речь идет о большей страховой сумме и в целях обеспечения своей финансовой устойчивости он передает часть риска другому лицу на условия солидарной с ним ответственности. В таком случае требуется согласие страхователя.

**Бакытжанова Амангуль Арыстанбаевна**

Судья Актюбинского областного суда

 **Сведения, представляемые страхователем при заключении договора. Замена страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя**

Сведения, предоставляемые страхователем при заключении договора страхования, обозначает информацию, предоставляемую страхователем страховщику при заключении договора страхования.

Для определения страхового риска страхователь при заключении договора страхования обязан сообщить страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если такие обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику.

Данная обязанность у страхователя не возникает, если такие обстоятельства неизвестны страхователю или не признаются существенными, а также в тех случаях, когда они известны сторонам договора. Данное правило устанавливается статьей 944 ГК.

Исходя из принципа добросовестности, страхователь обязан максимально полно раскрывать информацию о риске, который он передает, а страховщик принимает на страхование, поскольку при заключении договора страхования его стороны неодинаково информированы о существенных обстоятельствах, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков.

При этом существенными признаются во всех случаях те обстоятельства, определенно оговоренные в правилах страхования, разработанные страховщиком или в его письменном запросе.

В связи с тем, что законодательством не установлены критерии оценки степени значимости обстоятельств, влияющих на определение страховых рисков, страховщик вправе самостоятельно устанавливать (в пределах закона) перечень сведений, предоставляемых страхователем при заключении договоров страхования.

Следовательно, закон не запрещает сторонам определять условия договора по своему усмотрению, они могут договориться об изменении или исключении отдельных положений правил страхования и о дополнении правил.

Подписание сторонами договора страхования означает, что стороны согласовали объем содержащихся в тексте договора сведений и достаточность ответов страхователя.

Согласно пункта 2 статьи 832 ГК, если договор страхования заключен при отсутствии ответов страхователя на какие-либо вопросы страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены страхователем.

Из указанного следует, что в случае недостаточности сообщенных страхователем существенных обстоятельств либо сомнений в их достоверности страховщик может сделать письменный запрос в адрес страхователя для их конкретизации. Поскольку страховщик, являясь лицом, осуществляющим профессиональную деятельность на рынке страховых услуг и вследствие этого более сведущим в определении факторов риска, а страхователь не сообщил страховщику заведомо ложные сведения о застрахованном имуществе, то страховщик согласно п. 2 статьи 832 не может требовать признания договора страхования недействительным как сделки, совершенной под влиянием обмана.

Общие основания, по которым сделки признаются недействительными, установлены статьей 159 ГК. При заключении договора страхования страховщик вправе потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 1 указанной статьи.

Свои права страховщик может защищать в суде, если умысел страхователя будет установлен. В статье 832 ГК речь идет только о тех обстоятельствах, которые известны страхователю до заключения договора. Если страхователю стало известно о подобных обстоятельствах после заключения договора, применяются правила предусмотренные статьей 834 ГК, предусматривающие последствия увеличения страхового риска в период действия договора.

*Замена страхователя.* В соответствии со статьей 813 ГК, страхователь - лицо, заключившее договор страхования со страховщиком. Страхователями могут быть юридические лица и граждане. Страхователь свободен в выборе страховщика как по добровольным, так и по обязательным формам страхования.

В случае смерти страхователя, заключившего договор страхования его имущества, договор страхования не прекращает свое действие, права и обязанности переходят к лицу, принявшему это имущество в порядке наследования. В других случаях замены страхователя его права и обязанности переходят к новому собственнику с согласия страховщика, если договором или законом не установлено иное. В данном случае, новый страхователь обязан сообщить страховщику все сведения о себе для определения страхового риска.

 В случае смерти страхователя, заключившего договор личного страхования в пользу другого (застрахованного) лица, права и обязанности, определяемые этим договором, переходят к застрахованному с его согласия.

При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, осуществляющим в соответствии с законодательством РК обязанности по охране прав и законных интересов застрахованного лица.

При реорганизации страхователя, являющегося юридическим лицом, в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору переходят с согласия страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательными актами РК, так как последнему не безразлично, с кем он будет иметь дело.

При договоре обязательного страхования замена транспортного средства, срока договора и страхователя не допускаются. При переходе права собственности, права хозяйственного ведения и оперативного управления на транспортное средство от страхователя к иному лицу новый владелец обязан заключить новый договор обязательного страхования гражданской правовой ответственности.

*Замена застрахованного.*

1.В соответствии со статьей 837 ГК, в случае, когда по договору страхования ответственности за причинение вреда застрахована ответственность лица иного, чем страхователь, последний вправе, поскольку иное не предусмотрено договором, в любое время до наступления страхового случая заменить это лицо другим, письменно уведомив об этом страховщика.

 2. Не являющийся страхователем застрахованный, названный в договоре личного страхования, а также имущественного страхования, может быть заменен другим лишь с согласия самого застрахованного (за исключением группового личного страхования) и страховщика.

3. Если страхование третьего лица вытекает из требований законодательных актов об обязательном страховании, замена застрахованного осуществляется в порядке, установленном указанными законодательными актами и основанном на них договоре.

Застрахованное лицо в договоре страхования риска ответственности за причинение вреда третьим лицам, которое назначается страхователем и вступает в страховое правоотношение по воле страхователя.

Кроме того, указанный вид договора страхования заключается в пользу третьего лица выгодоприобретателя, которому может быть причинен вред действиями застрахованного лица. То есть договор страхования риска ответственности за причинение вреда заключается не в пользу застрахованного лица, названного в договоре страхования, а в пользу другого лица – выгодоприобретателя.

Законом предусмотрено обязательное условие при замене застрахованного - письменное уведомление об этом страховщика.

Данное требование связано с тем, что фигура застрахованного лица, указанного в договоре страхования риска ответственности за причинение вреда, имеет для страховщика существенное значение для оценки его состояния здоровья и иных рисковых обстоятельств, связанных с его жизнью и здоровьем, с целью правильного расчета страховой премии.

Так, в соответствии со статьей 832 ГК, страхователь при заключении договора страхования и называя в договоре конкретное застрахованное лицо, обязан сообщить всю информацию об этом лице, касающуюся непосредственно его профессиональной или иной деятельности.

Полученная от страхователя подобная информация позволит страховщику провести оценку страхового риска, в том числе путем определения признаков вероятности наступления страхового случая, после чего принять решение о заключении договора страхования.

Поэтому нарушения процедуры по информированию страховщика о предстоящей замене застрахованного лица может лишить последнего возможности оценить страховой риск, связанный с профессиональной характеристикой нового застрахованного лица, и, как следствие, повлечь за собой досрочное расторжение договора страхования по инициативе страховщика, по правилам статьи 841 ГК.

Для страховщика малейшее изменение условий договора страхования, связанное с изменением страхового риска, имеет существенное значение. Правильная оценка страхового риска позволяет страховщику с учетом результатов оценки провести все необходимые мероприятия, связанные с обеспечением покрытия данного риска.

*Замена выгодоприобретателя***.**

1.В соответствии со статьей 838 ГК, страхователь вправе до наступления страхового случая заменить не являющегося застрахованным выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом страховщика.

2. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил определенные обязанности по договору страхования, вытекающие из его соглашения со страхователем, или предъявил страховщику требование по осуществлению страховой выплаты.

3. Замена выгодоприобретателя, являющегося застрахованным, производится в порядке, предусмотренном статьей 837 ГК.

Выгодоприобретатель может быть заменен путем одностороннего волеизъявления страхователя, несмотря на то, что при заключении договора условие о выгодоприобретателе согласовывалось обеими сторонами.

Выгодоприобретатель, также как и застрахованное лицо, является третьим лицом в договоре страхования. Поэтому процедура замены третьего лица в договоре страхования должна соответствовать общим правилам правового положения третьего лица в гражданско-правовых договорах, предусмотренным статьей 391 ГК. В частности, с момента выражения третьим лицом должнику намерения воспользоваться своим правом по договору стороны не могут расторгать или изменять заключенный ими договор без согласия третьего лица. Следовательно, после того, как выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил страховщику требование о выплате страхового возмещения или страховой суммы, он не может быть заменен другим лицом (уплата страховых премий, или исполнения иных обязанностей страхователя, предусмотренных договором страхования).

Замена выгодоприобретателя является правом страхователя, которое может быть реализовано только после письменного уведомления об этом страховщика, у которого возникает право проверить факт наличия страхового интереса. При отсутствии страхового интереса, договор считается прекращенным. Однако, согласие страховщика на замену выгодоприобретателя не требуется.

**СЕССИЯ 4: ПРИМИРИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ**

**Модератор:Жумаксанов Елдос Шаганович-**судья Восточно-Казахстанского областного суда.

**Ертаева Роза Мырзақұлқызы**

Судья Акмолинского областного суда

 **Медиация в сфере страхования**

Понятие медиации происходит от латинского слова «mediare» и означает буквально «посредничать». Медиация - это метод посредничества в разрешении спора, цель которого состоит в содействии сторонам в самостоятельном урегулировании спора к взаимному удовлетворению и обоюдной пользе. Эффективность подобного урегулирования достигается благодаря раскрытию посредником - медиатором в спорящих сторонах способности к кооперации и коммуникации.

Крупнейшие корпорации – General Electric, Motorola, Toyota – разрешают 50 % своих споров посредством медиации. Весьма широкое развитие получила медиация и в странах Азии. Согласно экспертным оценкам более 30 % споров в Китае разрешаются во внесудебном порядке с использованием посредничества. В Китае и Южной Корее для исполнения медиативных соглашений предусмотрена возможность государственного принуждения. В Индии соглашения, достигнутые в ходе медиации, имеют одинаковую силу с третейскими (арбитражными) решениями независимо от того, была ли данная процедура возбуждена в рамках уже имеющегося судебного производства или нет. Медиация, как инструмент разрешения внутренних споров распространена в Японии, что связано с традиционно негативным отношением общества к обращению сторон для урегулирования спора к государственным органам.

С января 2016 года вступил в силу новый Гражданский процессуальный кодекс Республики Казахстан. С 1 февраля 2017 года в стране осуществляется реализация пилотного проекта по внедрению досудебного урегулирования споров (конфликтов) по отдельным категориям споров в порядке медиации. Распоряжением Председателя Верховного Суда РК от 26 января 2017 года утверждено Положение о реализации пилотного проекта по внедрению досудебного урегулирования споров (конфликтов) по отдельным категориям споров в порядке медиации. Данное положение разработано в целях дальнейшего развития и внедрения в гражданское судопроизводство обязательной медиации.

Главой 17 Гражданского процессуального кодекса предусмотрены примирительные процедуры и процессуальный порядок их практического осуществления при рассмотрении гражданских дел.

Мировое и медиативное соглашения являются одним из превосходных способов завершить судебный процесс. В настоящее время стороны с не большой охотой идут на урегулирование спора (конфликта), обосновывая тем, что должник до обращения в суд длительное время уклоняется от исполнения обязательств, и после утверждения соглашения затягивается время на его исполнение и поэтому настаивают на вынесении судебного решения.

Между тем мировое и медиативное соглашение – это обычное гражданско-правовое соглашение, которым стороны прекращают судебный спор и устанавливают новые права или обязанности по договоренности. Преимущество этих соглашений от других гражданско-правовых соглашений заключается в том, что:

- Во-первых, оно утверждается судом и имеет силу решения суда и исполняется в таком же порядке.

- Во-вторых, заключение соглашений имеют дополнительные процессуальные последствия, установленные частью 2 статьи 278 ГПК, то есть после утверждения мирового или медиативного соглашения стороны не могут обращаться в суд с иском с этим предметом иска и по тем же основаниям.

- В-третьих, привлекательность соглашения должна состоять и в том, что истец, зачастую, отступает от части своих требований, то есть прощает долг, а остальное признается ответчиком и оплачивается добровольно в вполне определенный и разумный срок (отсрочка, рассрочка платежа).

- В-четвертых, стороны добровольно распределяют судебные расходы, при этом, уплаченная при подаче иска государственная пошлина, подлежит возврату из соответствующего бюджета. Необходимо помнить, что, если в мировом соглашении отсутствует условие о распределении судебных расходов, то они считаются взаимно погашенными.

- В-пятых, соглашения крайне редко оспариваются в вышестоящих судебных инстанциях. А по медиативному соглашению, стороны еще и могут отойти от предмета спора и включить дополнительные требования, чем предусмотрены предметом иска. К примеру, если у ответчика имеются какие-либо притязания к истцу, то, не предъявляя встречного иска, данный конфликт так же возможно исчерпать.

Законодатель предусмотрел возможность проведения медиации не только профессиональным медиатором, но и судом первой, апелляционной и кассационной инстанций. По ходатайству сторон медиация может быть проведена судьей, в производстве которого находится дело.

Заключить мировое и медиативное соглашения возможно на любой стадии гражданского процесса – от стадии подготовки дела к судебному разбирательству и до вынесения решения, а так же после вступления решения суда в законную силу в порядке его исполнения. При этом, в последнем случае, оно так же утверждается судом. В соответствии с действующим Законом «О страховой деятельности», страховая деятельность - деятельность страховой организации, связанная с заключением и исполнением договоров страхования, осуществляемая на основании лицензии уполномоченного государственного органа в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан.

В соответствии с Гражданским кодексом страхование подразделяется на определенные формы.

Формами страхования являются:

- по степени обязательности - добровольное и обязательное;

- по объекту страхования - личное и имущественное;

- по основаниям осуществления страховой выплаты - накопительное и не накопительное.

Каждый вид обязательного страхования является отдельным классом страхования, к которым относятся страхование жизни, аннуитетное страхование, страхование от несчастного случая и болезней, медицинское страхование, страхование средств транспорта, страхование грузов, страхование имущества, страхование предпринимательского риска, страхование гражданско-правовой ответственности владельцев средств транспорта, страхование гражданско-правовой ответственности перевозчика, страхование гражданско-правовой ответственности по договору, страхование гражданско-правовой ответственности за причинение вреда.

Обязательное страхование - это страхование, осуществляемое в силу требований законодательных актов. Виды, порядок и условия обязательного страхования устанавливаются законодательными актами.

Изучение гражданских дел, рассмотренных судами Акмолинской области свидетельствует о наличии в судах небольшого количества дел по исполнению договоров обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев автотранспортных средств, гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента, договора о добровольном страховании жизни. При этом не рассматривались дела об изменении или расторжении договора страхования.

Так, за 2015 год всего поступило 47 заявлений, из них возвращено -5, возбуждено производство по делу - 42, рассмотрено с вынесением решения - 23, из них с удовлетворением иска - 18, с отказом в иске - 5. По 2 делам производство прекращено в связи с утверждением мирового соглашения.

За 2016 год всего поступило 108 заявлений, из них возвращено - 9, возбуждено производство по делу - 99, рассмотрено с вынесением решения - 83, из них с удовлетворением иска - 71, с отказом в иске - 12. И только по 1 делу производство прекращено в связи с утверждением соглашения об утверждении спора в порядке медиации.

Из поступивших в производство суда заявлений по анализируемой категории большинство исков заявлены выгодоприобретателями о взыскании страховой суммы, возмещении материального и морального вреда, иски к страхователям о взыскании суммы страховой выплаты в регрессном порядке, ввиду совершения ими дорожно-­транспортных происшествий в состоянии алкогольного опьянения либо ввиду оставления ими места дорожно-транспортного происшествия.

Рассмотрены также иски о взыскании страховой выплаты за неисполнение договора на туристическое обслуживание, а также иск о добровольном страховании жизни по договору банковского займа.

Например, Пасечник А.И., ТОО «ЯНА» обратились в суд к АО Страховая компания «АСКО» об оспаривании действий страховой компании и взыскании страховой выплаты.

Решением Кокшетауского городского суда от 29 октября 2015 года исковые требования удовлетворены.

Судом установлено, что 6 февраля 2015 года ТОО «ЯНА» и АО СК «АСКО» заключили договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента, о чем имеется страховой полис Т-1 № 000155. Страховая сумма составляет 3 964 000 тенге.

Срок действия полиса определен 6 февраля 2016 года.

29 октября 2013 года между ТОО «ЯНА» и ТОО «TENGRI TRAVEL SYSTEM» заключен договор оказания услуг. Согласно п. 1.1 договора, турагент заказывает и оплачивает, а туроператор оказывает услуги по бронированию и продаже туристского продукта (совокупность туристских услуг, достаточных для удовлетворения потребностей туриста в ходе путешествия) согласно заявке турагента. Согласно п. 1.2 договора, права и обязанности по сделке, заключенной турагентом с туристом, возникают непосредственно у турагента.

15 мая 2015 года ТОО «ЯНА», действуя на основании договора от 29 октября 2013 года, заключило с Пасечник А. и Пасечник Р. договор оказания услуг. Согласно договору, ТОО «ЯНА» (исполнитель) по поручению Пасечник А.И. (клиент) приняло на себя обязательства по бронированию, оплате, получению и передаче клиенту выездных документов для осуществления туристической поездки согласно договору, а клиент обязуется произвести оплату по цене тура. По договору турпакет на двоих человек включает авиаперелет по маршруту Астана–Анталия–Астана в период с 4 сентября по 17 сентября 2015 года, проживание, питание, медицинское страхование.

Судом установлено, что истец Пасечник А.И. обязательства по оплате стоимости туристских услуг выполнил, перечислив ТОО «ЯНА» 600 000 тенге, что подтверждается квитанцией от 15 мая 2015 года и не оспаривается сторонами. ТОО «ЯНА» перечислено ТОО «TENGRI TRAVEL SYSTEM» 548 600 тенге, что подтверждается счетом к оплате от 16 мая 2015 года. Как следует из пояснений представителя истца и третьего лица, разница в сумме 51400 тенге составляет комиссию за оказанные услуги ТОО «ЯНА». Туристическая поездка была сорвана по причине того, что деятельность ТОО «TENGRI TRAVEL SYSTEM» приостановлена, о чем сообщено в средствах массовой информации. Сторонами данный факт не оспаривается.

Таким образом, Пасечник А. и Пасечник Р. не вылетели в г. Анталию, в связи с чем, истец обратился с требованием о возврате выплаченной по договору от 15 мая 2015 года суммы.

Определением судебной коллегии по гражданским делам Акмолинского областного суда данное решение отменено с прекращением производства по делу, в связи с утверждением мирового соглашения.

Однако следует отметить, что условия мирового соглашения практически полностью удовлетворяют исковые требования истца.

В 2016 году Кокшетаускуим городским судом по гражданскому делу по иску АО «Дочерняя страховая компания «Народного банка «Халык-Казахинстрах» к Малгаждарову Т.А., Садыковой Г.М. о взыскании суммы страховой выплаты утверждено соглашение об урегулировании спора в порядке медиации.

Из материалов дела следует, что 7 мая 2012 года между АО «Дочерняя страховая компания Народного банка Казахстана «Халык-Казахинстрах» и Малгаждаровым А.Н. был заключен договор обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств. 7 ноября 2012 года было совершено дорожно-транспортное происшествие и причинен материальный ущерб Мукановой А.В. повреждением автомашины. Малгаждаров А.Н. был признан виновным в совершении ДТП, Муканов А.Н. находился в состоянии алкогольного опьянения. Страховой компанией была произведена страховая выплата Мукановой А.В..

Решением Кокшетауского городского суда от 8 ноября 2013 года с Малгаждарова А.Н. в пользу страховой компании была взыскана сумма в размере 414 306 тенге.

29 сентября 2014 года исполнительное производство было прекращено в связи со смертью Малгаждарова А.Н. Ответчики являются наследниками Малгаждарова А.Н.

Согласно соглашению об урегулировании спора в порядке медиации, ответчик Садыкова Г.М. обязалась оплачивать сумму иска ежемесячно, в течение 6 месяцев, согласно графика.

Акмолинским областным судом в целях дальнейшего развития и внедрения в гражданское судопроизводство обязательной медиации 24 февраля 2017 года на базе Кокшетауского городского суда, проведен семинар с участием судей Кокшетауского городского суда специализированного межрайонного экономического суда, приглашением представителей страховых компаний по вопросам досудебного урегулирования споров по отдельным категориям споров в порядке медиации.

**Жекенова Нургуль Жекеновна**

Судья Алматинского областного суда

 **Применение примирительных процедур по страховым спорам**

 Гражданским процессуальным кодексом от 31 октября 2015 года уделяется особое внимание институту примирительных процедур. Положением о реализации пилотного проекта по внедрению досудебного урегулирования споров (конфликтов) по отдельным категориям споров в порядке медиации, утвержденным Председателем Верховного Суда 26 января 2017 года, в качестве одной из категории споров (конфликтов), по которым необходимо проведение медиации, являются споры по поводу страхования.

На основании ст. 803 ГК, по договору страхования одна сторона (страхователь) обязуется уплатить страховую премию, а другая сторона (страховщик) обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

Статьей 817 ГК дано понятие страхового случая, которым признает событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

Виды страховых случаев по обязательному страхованию определяются законодательными актами об обязательном страховании, а по добровольному страхованию - соглашением сторон.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления за исключением событий, которые могут быть предусмотрены по договору накопительного страхования.

Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на страхователе (выгодоприобретателе, застрахованном).

Как показывает судебная практика, наиболее распространенный вид страховых споров, рассматриваемых судами, это споры по искам страховых компаний о требовании выплатить страховые суммы с виновных в порядке регрессного требования. В основном, это суммы, выплаченные в качестве возмещения ущерба, причиненного источником повышенной опасности.

В соответствии с п. 1 ст. 840 ГК, если договором имущественного страхования не предусмотрено иное, к страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования. Однако, условие договора, исключающее переход к страховщику права требования к лицу, умышленно причинившему убытки, недействительно.

На основании с п. 1 ст. 933 ГК, возместивший вред, причиненный другим лицом (работником при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей, лицом, управляющим транспортным средством и т.п.), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу в размере выплаченного возмещения, если иной размер не установлен законодательными актами.

Пунктом 1 ст. 28 Закона от 01.07.2003 года «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», оговорены случаи, когда страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы.

 Споров данная норма не вызывает, поскольку если случай, по которому страховщик выплатил страховую сумму подпадает под вышеназванный список, то эта сумма взыскивается с виновного лица, а если нет, то такое требование подлежит отказу в удовлетворении.

К примеру, решением от 21.02.2014 года Панфиловского районного суда отказано в удовлетворении искового заявления АО «СК «Альянс Полис» к Дуйсембаеву Джумабаю Нусупбаевичу о взыскании суммы по тем основаниям, что на момент совершения дорожно-транспортного происшествия 30.06.2012 года у ответчика Дуйсембаева Д.Н. имелась зарегистрированная в органах дорожной полиции доверенность на управление автомашиной марки «ЗИЛ», гос.номер В 583 СКN, что подтверждалось соответствующим документом. Тогда как истец утверждал об обратном со ссылкой на п.п. 3 п. 1 ст. 28 Закона от 01.07.2003 года «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», где указано, что страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в случаях, если лицо, управляющее транспортным средством, не имело права на управление им. А решением Панфиловского районного суда Алматинской области от 29 мая 2015 года наоборот, удовлетворены исковые требования АО «Страховая компания «Цесна гарант» к Айсаеву Е.Е. о взыскании суммы в порядке обратного требования. Истец мотивировал свои требования тем, что ответчик оставил место ДТП, что является основанием для взыскания выплаченной страховой суммы в порядке регресса.

Согласно п.п. 7 п. 1 ст. 28 Закона от 01.07.2003 года «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в случаях, если лицо, управляющее транспортным средством, скрылось с места транспортного происшествия.

Постановлением Специализированного межрайонного административного суда г. Алматы от 26.08.2014 года ответчик Айсаев Е.Е. был признан виновным в совершении дорожно-транспортного происшествия и оставлении места ДТП, в результате чего автомашине марки «Ниссан», гос.номер 027EYA02 причинены механические повреждения, что предусмотрено ч. 1 ст. 468 и ч. 2 ст. 469 КоАП РК и подвергнут административному штрафу в размере 10 МРП, то есть 18 520 тенге и лишения специального права управления транспортным средством сроком на 1 год. Указанное постановление вступило в законную силу.

На основании ч. 3-1 ст. 71 ГПК, виновность лица в совершении административного правонарушения, установленная вступившим в законную силу постановлением суда по делу об административном правонарушении, не доказывается вновь при рассмотрении дела о гражданско-правовых последствиях совершенного этим лицом административного правонарушения.

Поэтому вопрос о виновности Айсаева Е.Е. в оставлении места ДТП обсуждению не подлежал, что послужило основанием взыскания с него выплаченной суммы страховой суммы.

Как правило, по страховым спорам стороны не приходят к примирению. Это связано в большинстве случаев с тем, что в районных центрах и мелких городах находятся лишь страховые агенты страховых компаний. Сами же страховые компании находятся в крупных городах Казахстана, таких как Алматы и Астана. Подавая иски в районные суды областей, страховые компании не являются в заседания, подают заявления о рассмотрении дела без их участия в связи с отдаленностью места нахождения. Без одной стороны в судебном заседании практически невозможно привести стороны к примирению. В тех случаях, когда ответчики все же соглашаются прийти к какому-либо из видов примирительных соглашений, сторона истца не соглашается выехать к месту рассмотрения дела. Тогда как при заключении мирового соглашения или соглашения об урегулировании спора в порядке медиации в суд должны явиться обе стороны, обоюдно предъявить подписанное соглашение, и истцу и ответчику суд обязан разъяснить последствия прекращения дела.

Таким образом, одним из факторов невозможности привести стороны к примирению по страховым спорам является нежелание именно страховой компании пойти на такое соглашение.

Вторым фактором является государственная пошлина. Как известно, одним из преимуществ примирительных процедур является возврат истцу оплаченной государственной пошлины. А поскольку страховые компании освобождены от уплаты государственной пошлины, они не имеют стимула прибегать к примирительным процедурам.

В свете пилотного проекта Верховного Суда сведения о рассмотренных делах об административных правонарушениях по фактам дорожно-транспортных происшествий из программы «Төрелік», напрямую направляются в страховые компании, то есть им изначально становится известно о наступившем страховом случае. Это позволяет страховым компаниям изначально определиться с позицией по наступившему страховому случаю и в досудебном порядке потребовать немедленного исполнения обязательств виновных лиц по выплате выплаченной страховой суммы в порядке регресса. При таких обстоятельствах стороны быстрее могут прийти досудебному урегулированию спора в порядке примирения, не доводя дело до суда.

Резюмируя изложенное, можно предложить страховым компаниям более гибко отнестись к примирительным процедурам, учесть такие преимущества как право сторон выйти за пределы исковых требований, а также привлечь третьи лица для разрешения спора (конфликта) по существу.

**Бакытжанова Амангуль Арыстанбаевна**

Судья Актюбинского областного суда

 **Предварительные результаты Пилотного проекта**

**по внедрению обязательного досудебного урегулирования споров**

**в порядке медиации по страховым спорам**

Главой Государства Н.Назарбаев на VII съезде судей, прошедшем 21 ноября 2016 года было отмечено: «Мы не можем постоянно увеличивать численность аппарата судов....нужен тщательный анализ, почему меры по расширению действия примирительных процедур и механизмов внесудебного урегулирования споров не дают ожидаемого результата....очень важным является вопрос правового просвещения. Благодаря юридической грамотности граждан можно в разы сократить количество судебных споров».

В целях реализации поставленных Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбевым задач и в рамках Закона РК «О медиации» от 28 января 2011 года, а также Пилотного проекта по внедрению обязательной медиации по отдельным категориям споров в гражданском судопроизводстве, принятого Верховным Судом Республики Казахстан от 1 января 2017 года, Актюбинским областным судом запланированы мероприятия на 2017 год.

 Основной целью медиации является максимальное количество урегулирования споров (конфликтов) во внесудебном порядке, что в значительной мере может сказаться на снижении социальной напряженности и будет содействовать общественному согласию и взаимопониманию среди населения, что в свою очередь минимизирует число обращений граждан в суды и в перспективе снизит судебную нагрузку.

Введение нового Гражданского процессуального кодекса в действие отвечает задачам проводимой судебно-правовой реформы и позволит добиться позитивных правовых и социально-экономических последствий, повысить эффективность рассмотрения судами гражданских дел, что положительно может отразиться на качестве отправления правосудия и в дальнейшем укреплении независимости судебной власти, усилит гарантии прав участников гражданского процесса, обеспечит открытость и прозрачность судопроизводства.

 Содействие мирному урегулированию спора возведено в ранг задач гражданского судопроизводства.

В целом, за небольшой период действия Закона «О медиации», нового раздела ГПК, расширившего возможности примирительных процедур, судами Актюбинской области в сравнении с прошлыми годами успешно нарабатывается опыт в этом направлении.

Так, за 12 месяцев 2016 года судами области рассмотрено 30 798 гражданских дел, из которых прекращено производством в связи с заключением мирового соглашения – 931, с применением медиации - 667, путем урегулирования спора в порядке партисипативной процедуры – 50, что составляет 1 648 дел или 5,3 % к числу оконченных

За 2017 год судами Актюбинской области окончено 3 196 дел, из них, в порядке примирительных процедур 262 дела.

При этом прекращено ввиду заключения мирового соглашения – 60 дел, с применением медиации с участитем медиатора - 50 дел, в порядке судебной медиации – 148 дел, партисипативные соглашения - 4.

В соответствии с требованиями ч. 2 статьи 115 ГПК РК при заключении сторонами мирового соглашения или соглашения об урегулировании спора (конфликта) в порядке медиации, соглашения об урегулировании спора в порядке партисипативной процедуры, которые утверждены судами первой, апелляционной инстанций, подлежат возврату из бюджета уплаченная государственная пошлина в полном объеме.

Из представленных на изучение дел усматривается, что в феврале 2017 года судами области по оконченным производством делам с применением примирительных процедур (мирового соглашения, в порядке медиации и партисипативной процедуры) возвращена из бюджета государственная пошлина при заключении мирового соглашения в размере 756 874 тенге, при рассмотрении дел с применением медиации в размере 490 107 тенге, с применением партиспативного соглашения на сумму 4 674 тенге.

Таким образом, из государственного бюджета возвращена государственная пошлина на общую сумму 1 251 655 тенге, что значительно больше возвращенной государственной пошлины за аналогичный период 2016 года.

В соответствии с Пилотным проектом по внедрению обязательной медиации по отдельным категориям споров в гражданском судопроизводстве, к категориям споров, по которым необходимо проведение медиации – это страховые споры.

Обратимся к статистическим данным. Общее количество рассмотренных дел, по спорам, связанным с исполнением обязательств по договорам страхования в 2015 году составило 161 дело, в 2016 году - 165 дел, то есть количество дел в судах области по страховым спорам не уменьшается. К сожалению, за указанные два года по данной категории дел не было случаев завершения дел путем применения примирительных процедур.

Только после введения в действие Пилотного проекта и проведения разъяснительных работ среди судей, медиаторов, сторон в феврале, марте 2017 года по двум гражданским делам были утверждены медиативные соглашения.

Так, в суд обратилось АО «СК «Коммеск-Өмір» к Улибекову Б.Е. о взыскании суммы в порядке суброгации. Сторонами заявлено ходатайство о проведении медиации судьей.

Определением суда г. Актобе от 1 февраля 2016 года между сторонами утверждено медиативное соглашение, по условиям которого :

1. Улибеков Б.Е. обязуется выплатить АО «СК «Коммеск-Өмір» сумму денег в размере 150 000 (Сто пятьдесят тысяч) тенге к 05 февраля 2017 года.

2. АО «СК «Коммеск-Өмір» согласно получить указанную сумму денег и отказывается от иска.

Судом возвращена истцу уплаченная госпошлина в сумме 4 500 тенге.

Другой пример, в суд обратилось АО «Страховая компания «Салем» к Байтурсинову А.К. о взыскании осуществленной страховой выплаты в порядке регрееса. Медиация проведена судьей, в результате которого заключено медиативное соглашение, по условиям которого ответчик Байтурсинов А.К. обязуется выплатить сумму долга в размере 33 757 тенге в пользу АО «Страховая компания «Салем» до 01 мая 2017 года. Истец отказывается от своих исковых требований в полном объеме.

В настоящее время по нескольким делам стороны обратились в рамках возбужденного гражданского дела к профессиональным медиаторам для урегулирования страхового спора в порядке медиации.

В данных случаях судебная медиация показала себя как весьма эффективный способ работы по спорным ситуациям в страховании, поскольку споры были разрешены эффективно и оперативно. Так, оба гражданских дела были завершены на стадии подготовки к рассмотрению гражданских дел (в течение нескольких дней после возбуждении гражданского дела), страховой компании были возмещены оперативно также и расходы по госпошлине. Ответчик также не понес никаких дополнительных расходов (расходы по оказанию помощи адвоката, расходы по погашению уплаченной суммы госпошлины и т.д.).

Кроме того, данные гражданские дела ярко свидетельствуют о том, что иски в порядке регресса (суброгации), предъявляемые страховыми компаниями в суд, возможно разрешить путем урегулирования спора в досудебном порядке путем обращения к профессиональным медиатором.

К сожалению, в настоящее время страховщики не проявляют интерес к внесудебному урегулированию возникших споров, отдавая их на разрешение суда. При этом страховые компании несут существенные судебные издержки, связанные с уплатой государственной пошлины и возмещение расходов на услуги представителей, оплату судебных экспертиз.

Как и в любой другой сфере деятельности, внедрение нового требует времени, усилий для проведения информационно- просветительной работы. Должно сформироваться понимание возможностей и преимуществ использования медиации именно в данной области. Такая поступательная работа уже проводится судами Актюбинской области, и постепенно мы видим уже результаты.

Так, судьями области проведены два Круглых стола на тему «Медиация в сфере страхования», целью которых было повышение эффективности пилотного проекта Верховного Суда по внедрению обязательного досудебного урегулирования споров (конфликтов) в порядке медиации по страховым спорам, проведение разъяснительной работы среди страховых компаний по медиации.

В работе круглых столов приняли участие судьи, представители страховых компаний и профессиональные медиаторы.

 В ходе встреч состоялся конструктивный обмен мнениями, а судьи-координаторы консультировали по интересующимся присутствующих вопросам. Проведение круглых столов показало, что страховые компании не отрицают социальную важность мирного урегулирования возникающих конфликтов и понимают о необходимости внедрения этого института в жизнь. Вместе с тем, встречи на круглых столах показали о малоинформированности страховых компаний о процедуре медиации, об отсутствии полного осознания природы медиации, функции, места в обществе, отсутствие у них веры в успех и перспективу самостоятельного разрешения конфликта путем переговоров.

С целью повышения осведомленности населения о возможностях разрешения конфликтных ситуаций с помощью альтернативных методов разрешения споров, районными судами составлены планы работы, в котором отражены проведение семинаров, разъяснение населению института медиации через СМИ, проведение разъяснительной работы в аулах.

В зданиях судов области при входе и в залах ожидания размещены информационно-правовые стенды, которые по содержанию разъясняют сторонам, участвующим в деле, применение примирительных процедур, в том числе мирового соглашения, медиации, урегулирование спора в порядке партисипативной процедуры, а также разъяснение льготных условий возврата государственной пошлины, предусмотренных нормами процессуального права.

С целью активизации продвижения Института медиации и иных методов альтернативного разрешения споров, их профилактики, Актюбинским областным судом постоянно проводится анализ факторов, влияющих на эффективность примирительных процедур и механизмов внесудебного урегулирования споров, с выработкой предложений по их широкому применению.

Пилотный проект действует в республике два месяца и уже можно говорить о перспективе развития досудебного урегулирования споров по некоторым категориям споров, в том числе и страховых споров.

Мы, как действующие судьи, помним, как неоднозначно воспринимались новеллы при введении приказного производства, а потом и упрощенного (письменного) производства. Однако, в настоящее время судами активно применяются указанные нормы и в республике с каждым годом растут показатели по этим процедурам.

 Поэтому судебному корпусу нужно настойчиво работать по реализации Пилотного проекта и положительные результаты обязательно будут.

**Маманова Анар Амангельдиновна**

Судья СМЭС г. Астаны

 **Судебная практика**

**заключения мирового соглашения по делам страхования**

В целях реализации Плана нации «100 конкретных шагов» по улучшению правовой сферы РК, Главой государства 31.10.2015 года был подписан новый ГПК, который вступил в силу с 1 января 2016 года.

Гражданский процессуальный кодекс в новой редакции разработан во исполнение задач по совершенствованию судопроизводства и гражданского процессуального законодательства, поставленных Главой государства на VI съезде судей.

 Во исполнение постановленной задачи в Кодексе уделено внимание внесудебному и досудебному порядку урегулирования споров, примирительным процедурам в суде. Следует отметить, что никакого преимущества видам примирительных процедур не отдается в Кодексе. Право выбора остается за сторонами.

Судебная медиация или медиация важна по делам, когда спор (конфликт) сторон может быть исчерпан при изменении предмета и основания иска одновременно.

Впервые в практике в новом ГПК закрепили за адвокатами право на примирительные процедуры. Законом «Об адвокатской деятельности» предусмотрено проведение партисипативной процедуры адвокатами. Следовательно, до обращения в суд стороны могут проходить эту процедуру и в случае не достижения соглашения обратиться в суд. При таких обстоятельствах, суд обязывает стороны представить документы и доказательства, полученные в ходе ее проведения. Это значительно облегчит подготовку дела к судебному разбирательству и сократит сроки ее проведения.

Привести стороны к какому-то соглашению, будь то к мировому, медиативному, партисипативному - основной показатель эффективности деятельности судов. В связи с чем, в качестве одного из главных параметров оценки деятельности судов в рейтинг, проводимый Верховным Судом является количество дел, оконченных с применением примирительных процедур отдельно между районными (городскими) судами и отдельно между областными, то есть, когда судьи заинтересованы на состязательной основе привести стороны к мировому соглашению, и нацелены не на принуждение, а на убеждение, только тогда мы можем получить ожидаемый результат. Это, как следствие, приведет к улучшению позиции в рейтингах, наших судов на международной арене, повысит авторитет судебной власти, усилит доверие граждан судам и, соответственно, их доверие государству.

Конечно-же, привести стороны к мировому соглашению гораздо труднее, чем просто вынести решение. Это требует от судьи большого жизненного опыта, больше временных и психологических затрат, необходимость знания им основ конфликтологии и психологии, что дало бы реальные результаты еще на предварительном судебном заседании, не доводя дела до слушания по существу, даже в суде первой инстанции.

Расширение в Гражданском процессуальном кодексе применения примирительных процедур с участием медиаторов, адвокатов способствовало повышению числа людей, которые разрешают свой спор мирным путем, в связи с чем, для нас важно проводить среди населения разъяснительную работу о примирительных процедурах.

В законе закреплена обязанность осуществлять примирение не только медиаторами, но и судьями, а также адвокатами. Принятия мер для примирения сторон и содействие в урегулировании спора на всех стадиях судебного процесса вытекают из задач гражданского судопроизводства.

Таким образом, примирительная процедура позволяет участникам конфликта в более короткие сроки принять решение по спору, избежать судебного разбирательства, сократить судебные издержки, восстановить и сохранить взаимоотношения, и это будет способствовать повышению числа граждан, которые разрешает свой спор мирным путем.

В целях реализации задач по улучшению правовой сферы Республики Казахстан и внедрении альтернативных споров разрешения спора, изложенных в новой редакции Гражданского процессуального Кодекса внимание судей направлено на широкое применение примирительных процедур.

Судьями судов города Астаны при рассмотрении дел в строгом соответствии с Гражданским процессуальным кодексом Республики Казахстан разъясняются сторонам их права о возможности урегулирования спора посредством примирительных процедур.

Во исполнение поручения председателя Верховного Суда Республики Казахстан продолжается разъяснительная работа среди населения по применению примирительных процедур и условиями возврата государственной пошлины.

Так, за 12 месяцев 2016 года после применения в суде примирительных процедур, истцам возвращена государственная пошлина, уплаченная в бюджет в размере более 520 000 000 тенге. Согласно статистическим данным, за 12 месяцев 2016 года судами города Астаны рассмотрено с применением примирительных процедур более 2 000 дел, в том числе, с участием медиатора и в порядке судебной медиации более 1 600 дел.

Разработан и утвержден план на 2017 год по расширению сферы применения альтернативных способов разрешения споров, с проведением семинаров, круглых столов с государственными органами и НПО.

Судами на постоянной основе ведется работа по публикации и выступлениям в СМИ по разъяснению примирительных процедур. Так, судами проведено круглых столов 26, семинаров - 20, публикаций статей в СМИ - 58, выступлений на теле-радио - 26, интернет - 45.

Для всеобщей доступности информации о примирительных процедурах во всех судах г. Астаны размещены стенды со справочной информацией о процедуре медиации, издержками из Закона Республики Казахстан «О медиации», о примирительных процедурах в целом.

Специализированным межрайонным экономическим судом города Астаны проведен круглый стол с участием судей суда, представителей партии «НұрОтан», Акимата Астаны, профессиональных медиаторов, представителей государственных органов и неправительственных организаций, по итогам которого, участники обменялись мнениями, выработали практические рекомендации по применению медиации.

Судом г.Астаны проведен смотр-конкурс по примирительным процедурам в номинациях: «Лучший ролик по партисипативной процедуре», «Лучший видеоролик по проведению медиации» среди районных и приравненных к ним судов города Астаны.

По итогам обсуждения путем голосования комиссией, созданной распоряжением председателя суда города Астаны, были определены победители в номинациях: «Лучший ролик по партисипативной процедуре». Первое место определено за Специализированным межрайонным экономическим судом города Астаны. В номинации: «Лучший видеоролик по проведению медиации» первое место занял Алматинский районный суд города Астаны, второе место - Специализированный межрайонный экономический суд города Астаны, третье место- Есильский районный суд города Астаны.

В целях привлечения государственных органов и общественных организаций к активному участию в реализации института примирительных процедур, в суде города Астаны состоялось подписание «Меморандума о взаимном сотрудничестве по развитию института примирительных процедур, для урегулирования правовых споров (конфликтов)» между государственными органами и общественными организациями.

Из поступивших в производство судов г.Астаны заявлений, вытекающих из договоров страхования, большинство исков заявлены выгодоприобретателями о взыскании страховой суммы, возмещении материального и морального вреда. Также с исками в суд обращались страховые компании о взыскании суммы произведенной страховой выплаты в порядке суброгации, а также с заявлениями о взыскании суммы страховых премий.

В 2016 году возросло число дел, рассмотренных судами г.Астаны по договорам страхования, прекращенных в связи с заключением между сторонами примирительных процедур.

Применяя примирительные процедуры суды ссылаются на п.п.5,6 ГПК, указывая основания прекращения производства по делу при заключении мирового соглашения и заключения соглашения об урегулировании спора (конфликта) в порядке медиации, в порядке партасипативной процедуры.

При прекращении таких дел по вышеуказанным основаниям не возникает затруднений.

Верховным Судом в реализацию поручений Главы государства данных на VII съезде судей республики, в целях дальнейшего расширения сферы применения медиации запущен пилотный проект по внедрению обязательного досудебного урегулирования споров (конфликтов) по отдельным категориям споров в порядке медиации.

 Соответствующее Положение о реализации пилотного проекта утверждено распоряжением Председателя Верховного Суда 26 января 2017 года.

Целью пилотного проекта является внедрение в гражданское судопроизводстводосудебного урегулирования отдельных категорий споров (конфликтов) в порядке медиации.

Задачами пилотного проекта являются:

1) расширение сферы применения примирительных процедур;

2) минимизация судебных расходов граждан;

3) выявление заинтересованности населения во внесудебном урегулировании спора (конфликта).

Проектом будут охвачены такие категории споров (конфликтов), по которым обязательно проведение медиации, как в интересах детей (определение места жительства детей, порядка общения родителя с ребенком, об отобрании ребенка у других лиц), наследственные, о расторжении брака и разделе имущества, о выселении и по вопросам управления кондоминиумом, по договорам займа, некоторые трудовые споры и др. Пилотный проект реализуется в ювенальных судах, в специализированных межрайонных экономических и в районных и приравненных к ним судах, рассматривающих гражданские дела.

В рамках пилотного проекта судами проводится разъяснительная работа среди населения, в частности, в зданиях судов размещены информационные стенды, на интернет-ресурсах местных судов опубликована информация о ходе реализации пилотного проекта.

В рамках Меморандума по развитию института медиации, подписанного Верховным Судом и Ассамблеей народа Казахстана осуществляется взаимодействие по развитию и внедрению альтернативных и иных внесудебных способов разрешения споров в частности, медиации, способствующей снижению уровня конфликтности в обществе, проводится разъяснительная работа среди населения об институтах досудебного и внесудебного урегулирования споров (конфликтов), преимуществах их применения, упрощения процедуры взыскания сумм задолженностей за коммунальные услуги путем совершения исполнительной надписи нотариуса, открыты кабинеты медиации с привлечением судей в отставке.

Срок проведения пилотного проекта февраль-июль 2017 года. Судебная коллегия по гражданским делам ВС РК является координатором и осуществляет методическое и нормативное обеспечение проведения пилотного проекта, обобщает информацию, полученную от судов. По завершении пилотного проекта координатор представляет Председателю ВС РК отчетную информацию о ее результатах и предложения о целесообразности определения категорий дел, по которым обязательно досудебное урегулирование.

Развитие примирительных процедур является ярким примером успешной реализации Плана Нации – 100 конкретных шагов – обеспечение верховенства закона.

Несмотря на достижение определенных положительных результатов, на достигнутом останавливаться нельзя. Поэтому судам необходимо еще более активизировать работу, направленную на успешную реализацию альтернативных видов разрешения споров.

**Рекомендации участников семинара**

**«Судебная практика**

**рассмотрения споров с применением законодательства о страховании»**

Участники семинара, обсудив актуальные вопросы применения законодательства о страховании, признавая значимость обозначенной проблемы для охраны и осуществления прав и свобод человека и гражданина, приняли следующие рекомендации, направленные как на совершенствование законодательства, так и выработки единой судебной практики.

**I. Парламенту Республики Казахстан:**

1. Обсудить вопрос о внесении изменений в Гражданский кодекс, с включением в него норм, предоставляющих возможность одной из сторон в договоре (должнику), исполнившей своё обязательство, вытекающего из договора, в случаях, установленных законодательными актами, предъявлять регрессное требование к другой стороне (кредитору). Предусмотреть исключение права страховщика на обратное требование из названного Закона и Закона Республики Казахстан «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора или турагента».

Обоснование: Основанием возникновения обязанности страхователя по уплате страховой премии и обязанности страховщика осуществить страховую выплату при наступлении страхового случая является заключенный между ними договор (статья 803 Гражданского кодекса). Исполнение каждой из сторон договора страхования своих договорных обязательств, а не обязательства других лиц (статья 289 Гражданского кодекса) указывает на то, что у каждой из сторон исполнившей своё договорное обязательство право обратного требования (регресса) возникнуть не может. Между тем, Закон Республики Казахстан «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» допускает в предусмотренных им случаях возможность обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы, вопреки тому, что страховщик при осуществлении страховой выплаты исполняет свои договорные, а не внедоговорные обязательства.

1. Обсудить вопрос о возможности употребления одного из указанных терминов «освобождение» и «отказ» страховщика от осуществления страховой выплаты в статье 839 Гражданского кодекса и других его статьях с последующим внесением в них соответствующих изменений. Такие же изменения внести в законодательство об обязательных видах страхования, поскольку они не являются равнозначными по своему смысловому содержанию. В статье 839 Гражданского кодекса и других статьях Гражданского кодекса термины необоснованно употребляются как имеющие похожее лексическое значение.
2. Дополнить пункт 18 статьи 541 Налогового кодекса правилом об освобождении застрахованного (выгодоприобретателя) от уплаты государственной пошлины при предъявлении иска вытекающего из договора обязательного страхования.
3. Разрешить вопрос об обязательном досудебном урегулировании споров, связанных со страхованием.
4. Обсудить вопрос о необходимости сохранения в правовых актах одновременно права регресса и право отказа страховщика от осуществления страховой выплаты.

Обоснование: По смыслу содержащихся в подпунктах 1) и 2) пункта 1 статьи 19 Закона Республики Казахстан «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора или турагента» правил, страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю в пределах осуществленной страховой выплаты в следующих случаях: 1) умышленных действий страхователя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению; 2) совершения страхователем действий, признанных в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, умышленными уголовными либо административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

Однако указанные действия страхователя, согласно подпункту 6 пункта 2 статьи 20 названного Закона, одновременно предусмотрены в качестве оснований и для отказа в страховой выплате. Причем для обратного требования (подпункт 1) пункта 1 статьи 19 Закона) не имеют правового значения действия, совершенные страхователем в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости, при которых отказ в страховой выплате недопустим и при которых причинитель вреда (статьи 919, 920 Гражданского кодекса) освобождается от его возмещения.

1. Внести изменения в законодательство, закрепив положение об определении размера вреда экспертным путем, что позволило бы избежать судебных споров. Наделение страховщика полномочиями по оценке вреда, причиненного транспортному средству, без специальной квалификации и лицензии на данный вид деятельности, преждевременно.

Обоснование: С 1 января 2016 года действуют изменения, внесенные в Закон от 01 июня 2003 года № 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств». Внесены изменения в статью 22 Закона, регламентирующую порядок определения страхового случая и размер причиненного вреда. Если в прежней редакции статьи было указано, что размер вреда, причиненного имуществу, оценивает независимый эксперт в соответствии с нормативным правовым актом, установленным Министерством юстиции по согласованию с уполномоченным органом с учетом стандартов оценки и результат оценки является обязательным для страховщика. В действующем законодательстве предусмотрено, что определение размера вреда, причиненного транспортному средству, осуществляется страховщиком в соответствии с нормативным правовым актом уполномоченного органа – Национального Банка Республики Казахстан, постановлением Правления которого от 28.01.2016 года № 14, зарегистрированном в МЮ 15.03.16 года № 13460 утверждены Правила определения размера вреда, причиненного транспортному средству. В соответствии с Приложением 6 к указанным Правилам оформляется калькуляция размера вреда, причиненного транспортному средству. Какие сведения должна содержать калькуляция также регламентировано. Под страховщиком в указанном законе (п.15 ст. 1 Закона) понимается юридическое лицо, получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан, обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

В соответствии с пунктами 1, 5 статьи 533 Гражданского кодекса, при заключении договора страхования имущества страховщик вправе произвести осмотр и оценку страхуемого имущества, а при необходимости назначить экспертизу в целях установления его действительной стоимости. Оценка страхуемого имущества и причиненного вреда, осуществляемая страховщиком, является составной частью страхования и не требует дополнительного лицензирования. При обязательных видах страхования порядок и условия проведения оценки размера причиненного вреда в результате наступления страхового случая могут определяться законодательными актами Республики Казахстан.

Вместе с тем, в соответствии с Законом Республики Казахстан от 30 ноября 2000 года № 109 «Об оценочной деятельности», оценочная деятельность является лицензируемым видом деятельности, которая осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях. При этом, физические лица, претендующие на право занятия оценочной деятельностью, проходят квалификационный экзамен в целях выявления их квалификационного уровня, к которому допускаются лица, имеющие высшее образование по специальности «оценка» и (или) высшее техническое или экономическое образование. Таким образом, для проведения оценки необходимо, чтобы лицо имело специальное образование и квалификацию.

Как показала судебная практика, страховщик такими качествами не обладает, лицензии на данный вид деятельности не имеет, не является квалифицированным специалистом в этой области и, как следствие, результат оценки, проведенной страховщиком, нельзя признать соответствующим основным принципам оценочной деятельности – объективности и достоверности.

1. Консолидировать законодательство в области обязательного страхования.

**II. Верховному Суду Республики Казахстан:**

**1.** **Дать направление при обобщении судебной практики рассмотрения страховых споров по вопросам:**

* связанным с правильным применением понятийного аппарата при рассмотрении и разрешении дел связанных с требованиями выгодоприобретателей о взыскании со страховщиков страховых выплат путем разграничения страховых отношений с отношениями по возмещению вреда;
* правильного толкования содержания правил, установленных в статье 924 Гражданского кодекса и пункте 2 статьи 122 Трудового кодекса;
* порядка и возможности оспаривания страхователем размера вреда, причиненного транспортному средству, определенного страховщиком с учетом требований «Правил определения размера вреда, причиненного транспортному средству», утвержденных постановлением Правления Национального Банка Республики Казахстан от 28 января 2016 года № 14;
* правомерности отказа страховщика от осуществления страховой выплаты по договорам обязательного страхования, в случае если страхователь не известил или несвоевременно известил страховщика о наступлении несчастного случая или транспортного происшествия;
* правильного толкования содержания правил, установленных в пункте 3 статьи 835 Гражданского кодекса и привести примеры, в каких случаях отсутствие у страховщика сведений о наступлении страхового случая может, а в каких не может сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату;
* как следует поступать судам при предоставлении им документов выданных уполномоченной организацией Российской Федерации об установлении бывшим гражданам Республики Казахстан степени утраты профессиональной трудоспособности в размере 30 % и 60 %, если по нашим Правилам установленная им степень УПТ не могла составлять более 29 % или 59 %;
* момента наступления страхового случая при причинении вреда здоровью работнику на производстве;
* определения размера ущерба, при рассмотрении споров в порядке обратного требования (регресс, суброгация);
* возмещения дополнительных расходов работнику, получившему вред здоровью, с учетом изменений вносимых в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей»;
* разграничения порядка применения «суброгации» и «регресса»;
* формирования единообразной судебной практики по искам потерпевших, не согласных с результатами размера вреда, причиненного ДТП и определенного страховыми компаниями (подлежат ли обжалованию в порядке гражданского судопроизводства результаты оценки транспортного средства, проведенных страховыми компаниями);
* определения понятия фактический ущерб с разграничением его с понятием реального ущерба.

**2.** **Принять нормативное постановление «О судебной практике рассмотрения споров с применением законодательства о страховании», в котором рекомендовать судам учитывать следующее:**

* право на получение страховых выплат в возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья работника, возникает на основании заключения МСЭ при освидетельствовании работника на определение степени утраты трудоспособности и нуждаемости в дополнительных видах помощи и ухода, а не с момента установления профессионального заболевания;
* страховая компания обязана удерживать подоходный налог из ежемесячных аннуитетных страховых выплат, выплачиваемых по договору аннуитетного страхования;
* если утрата профессиональной трудоспособности у работника наступила после выхода изменений от 27 апреля 2015 № 311-V в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» и степень утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего не превышает 29 процентов, то у работника возникает право требования с работодателя возмещения утраченного заработка и расходов, вызванных повреждением его здоровья, но не возникает право на получение страховой выплаты со страховой компании. По искам работников, достигших к 10 мая 2015 г. пенсионного возраста, получавших возмещение утраченного заработка до 10 мая 2015 года, но не проходивших очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 года (при бессрочном установлении степени утраты профессиональной трудоспособности), обязанность по выплате возмещения вреда здоровью продолжает оставаться за страховой компанией, т.к. условия обратной силы закона, определенного в пунктом 2 статьи 2 вышеназванного Закона не наступили. Данные выплаты должны осуществляться страховой компанией пожизненно, за исключением случаев возможного последующего переосвидетельствования работника при изменении условий. Тогда возмещение вреда возлагается на работодателя;
* согласно пункту 2 статьи 937 Гражданского кодекса при определении утраченного заработка (дохода) пособия, назначенные потерпевшему, в связи с увечьем или иным повреждением здоровья, по инвалидности, не засчитываются. При этом социальные выплаты из государственного фонда социального страхования не относятся к пособиям, так как выплаты осуществляются из средств фонда социального страхования и только лицам, участвующим в системе обязательного социального страхования, в то время как пособия выплачиваются из средств бюджета лицам, участвующим и не участвующим в системе обязательного социального страхования;
* нетрудоспособным лицам, состоявшим на иждивении умершего кормильца и имеющим право на возмещение вреда в связи с его смертью, ущерб определяется в размере среднемесячного заработка умершего за вычетом доли, приходящейся на него самого и трудоспособных лиц, состоявших на его иждивении, но не имеющих права на возмещение ущерба;
* возмещение расходов вызванных повреждением здоровья лицом, застраховавшим свою ответственность в порядке обязательного страхования, возможно только при недостаточности страховой суммы для полного возмещения причиненного вреда и в виде разницы между страховой суммой и фактическим размером ущерба;
* возложение обязанности по выплате капитализированных платежей на государство может иметь место только в случае, когда капитализированные платежи не могут быть произведены конкурсным управляющим ввиду отсутствия или недостаточности имущества у ликвидируемого юридического лица;
* когда по договору добровольного страхования выгодоприобретателем является Банк, в случае отсутствия его письменного согласия на получение страхователем сумм возмещения, его следует привлекать в процесс, и с учетом его позиции, решать вопрос о взыскании страхового возмещения;
* страховщик не освобождается от выплаты страхового возмещения в случае нарушения страхователем сроков уплаты страховых взносов, если договор добровольного страхования имущества в установленном порядке не прекращен или не расторгнут;
* судам при рассмотрении административных споров в сфере дорожно-транспортных происшествия в постановлениях указывать степень вины правонарушителя (умышленное либо по неосторожности).

**III. Уполномоченным органам:**

1. Принять меры по согласованию «Правил проведения медико-социальной экспертизы», утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 и «Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 16 октября 2000 г. N 789, в части определения при освидетельствовании пострадавших работникам единого размера степени утраты профессиональной трудоспособности.

Обоснование: «Правила установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 года N 789, не учитывают особенности казахстанского законодательства, в части определения степени утраты профессиональной трудоспособности, что имеет существенное значение для правильного определения способа защиты гражданских прав (иск о возмещении вреда или о взыскании страховой выплаты) и надлежащего ответчика по гражданским делам (работодатель или страховщик).

1. Проводить разъяснительную работу среди субъектов страхования в целях внедрения процедуры медиации при досудебном урегулировании страховых споров.
2. Расширить полномочия омбудсменов по рассмотрению страховых споров.
3. Активизировать разъяснительную работу по имущественному страхованию населения.
4. Создать базу данных для преодоления информационной закрытости страхового рынка, создающей проблемы для потенциальных страхователей в выборе устойчивых страховых организаций. Организации по формированию и ведению базы данных обязаны обеспечить равные условия участия страховщиков в создании и доступе к информационным ресурсам базы данных.
5. Разработать Методику оценки транспортного средства.
6. Рассмотреть вопрос необходимости запрещения понуждения к заключению договора страхования здоровья заемщиками при заключении договора банковского займа (срок кредита до 1 года).
7. Рекомендовать страховым компаниям разъяснять страхователям при заключении договора страхования суть и положения объема ответственности страховщика.

**Вопросы для работы в группах.**

1. В соответствии с подпунктом 4) пункта 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» страховщик, осуществивший страховую выплату, имеет право обратного требования к страхователю (застрахованному) в пределах уплаченной суммы в случае, если в ходе судебного разбирательства было установлено, что страховой случай произошел вследствие технических неисправностей транспортного средства, о которых страхователь (застрахованный) знал или должен был знать. Обоснованно ли такое требование, если водитель выехал на исправном автомобиле и не знал и не мог знать, что в пути произойдет поломка?

Ответ: Требование будет необоснованным, если водитель докажет что выехал на исправном автомобиле и поломка автомобиля произошла во время пути.

1. Вправе ли выгодоприобретатель оспаривать договор страхования по тем основаниям, что этим договором на него были наложены определенные обязанности без его согласия?

Ответ: Если договором на выгодоприобретателя были наложены определенные обязанности без его согласия, он вправе их оспорить.

1. В случае если иск предъявлен и к страховой компании и к причинителю вреда, с кого необходимо взыскивать сумму?

Ответ: При наличии договора страховую сумму следует взыскивать со страховой компании. В соответствии со статьей 10 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» договором страхования не охватывается возмещение морального вреда и упущенной выгоды потерпевшего, включая утрату товарной стоимости имущества, а также возмещение неустойки в связи с нарушением потерпевшим сроков поставки товаров или производства работ (оказания услуг), иных его обязательств по контрактам (договорам). Поэтому если потерпевший кроме требования о возмещении вреда, причиненного транспортному средству, предъявил одновременно одно из указанных требований, то ответчиком по нему будет являться причинитель вреда.

1. Является ли бесспорным основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты несвоевременное уведомление страхователем страховщика о наступлении страхового случая?

Ответ: Несвоевременное уведомление страхователем страховщика о наступлении страхового случая не является основанием для отказа страховщика в выплате страховой суммы (статья 29 Закона).

1. Обоснованы ли требования потерпевшего, который получив страховое возмещение по акту оценки с учетом амортизационного износа, затем предъявляет требование о взыскании реально понесенных расходов по ремонту автомобиля? Если да, то кто должен возмещать разницу – страховая компания или причинитель вреда?

Ответ: Согласно п. 6 правил определения размера вреда, причиненного транспортному средству, размер вреда определяется исходя из расчета стоимости восстановления поврежденного транспортного средства за минусом амортизации (износа) транспортного средства на дату наступления страхового случая. Стоимость восстановления поврежденного транспортного средства рассчитывается исходя из рыночных цен, действующих на день наступления страхового случая. Поэтому такие требования не обоснованы.

1. По закону «Об автомобильном транспорте» прицепы также относятся к автомобильному транспорту. Насколько правомерен отказ страховой компании в выплате страховой суммы за ущерб по мотивам отсутствия в договоре страхования гражданско-правовой ответственности данных о прицепе?

Ответ: Отказ страховщика правомерен, так как прицепы подлежат обязательному страхованию, ответственность владельца транспортного средства подлежит страхованию по каждой единице эксплуатируемого им транспортного средства.

1. По правилам подпункта 2) пункта 1 статьи 839 Гражданского кодекса страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами РК порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем. Означает ли это, что не каждое административное правонарушение, совершенное страхователем, является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, а только лишь умышленное?

Ответ: Верно, из содержания указанной нормы следует, что не каждое административное правонарушение, совершенное страхователем, является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, а только лишь умышленное.

1. Может ли страховая компания требовать возмещения суммы страховой выплаты с собственника автотранспортного средства (юридического лица), если физическое лицо, виновное в дорожно-транспортном происшествии возместило потерпевшему лицу сумму причиненного ущерба. Если да, то, в каких случаях?

Ответ: Если физическое лицо, виновное в дорожно-транспортном происшествии, возместило потерпевшему лицу сумму причиненного ущерба, то в силу подпункта 1) пункта 2 статьи 29 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» возмещение может являться основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты. Если же страховая выплата в силу наступления гражданско-правовой ответственности владельца транспортного средства (юридического лица) уже осуществлена, то законных оснований для обратного требования ее от страхователя у страховщика нет.

Страховая компания не может требовать возмещения суммы страховой выплаты с собственника.

1. Должна ли страховая компания выплатить сумму страховой выплаты потерпевшей стороне, если в рамках уголовного дела потерпевшая сторона простила виновное лицо, поскольку виновным лицом полностью был возмещен причиненный ущерб?

Ответ: Нет, поскольку в силу подпункта 1) пункта 2 статьи 29 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств» получение выгодоприобретателем соответствующего возмещения убытка от лица, виновного в причинении убытка, является основанием для отказа страховщика в осуществлении страхового случая.

Если потерпевшим является страхователь по договору добровольного имущественного страхования, то в силу подпункта 3) пункта 4 статьи 839 ГК получение страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка, также является основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты.

1. Является ли истечение срока действия договора страхования основанием для отказа в страховой выплате, если требование об этом было заявлено после окончания срока действия договора, но по страховому случаю, имевшему место в период действия страховой защиты?

Ответ: Такое основание, как «истечение срока действия договора» не может содержаться в перечне оснований для отказа в осуществлении страховой выплаты, поскольку отказ может иметь место лишь в пределах срока действия договора страхования. Истечение срока действия договора означает прекращение его действия, а соответственно и прекращение обязательств сторон. Однако если страховой случай произошел в период действия договора страхования, то страховая компания должна осуществить страховую выплату.

1. При рассмотрении исков о возмещении ущерба, причиненного ДТП, размер ущерба должен быть подтвержден только актом оценки независимого оценщика или достаточно заключения (либо калькуляции) страховой компании, с которой согласились и виновник ДТП и потерпевшие лица и не обжаловали данное заключение?

Ответ:Достаточно заключения (либо калькуляции) страховой компании (п.11 Правил определения размера вреда, причиненного транспортному средству).

1. Подлежит ли обязательному страхованию гражданско-правовая ответственность лица, управляющего транспортным средством в силу исполнения своих служебных или трудовых обязанностей, в том числе на основании трудового или иного договора с владельцем транспортного средства, либо в присутствии владельца транспортного средства на основании его волеизъявления без оформления письменной формы сделки?

Ответ: Согласно пункту 5 статьи 5 Закона не подлежит обязательному страхованию гражданско-правовая ответственность лица, управляющего транспортным средством в силу исполнения своих служебных или трудовых обязанностей, в том числе на основании трудового или иного договора с владельцем транспортного средства, либо в присутствии владельца транспортного средства на основании его волеизъявления без оформления письменной формы сделки.

1. Выгодоприобретателем по договорам добровольного страхования имущества, приобретенного на заемные средства, как правило, является банк второго уровня. При наступлении страхового случая банк по разным причинам не предъявляет требование о перечислении страховой выплаты к страховой компании. В этой связи, будет ли законным предъявление иска застрахованным лицом к банку и страховой компании о признании, например ДТП, страховым случаем, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты?

Ответ: Если спор идет лишь о признании ДТП страховым случаем, то застрахованное лицо вправе заявить такие требования. Однако, обязывать страховщика перечислять выгодоприобретателю (Банку) страховую выплату суд не вправе, если Банк не заявит такие требования в качестве третьего лица, заявляющего самостоятельные требования на предмет спора. В силу пункта 2 статьи 2 ГК, граждане и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права, а также отказываются, если иное не установлено законодательными актами, от прав своей волей и в своем интересе.

1. При оспаривании отказа в страховой выплате, связанной с причинением вреда здоровью на производстве, применяются ли по требованию сторон сроки исковой давности к договору обязательного страхования?

Ответ: Сроки исковой давности применяются к договору обязательного страхования.

1. В каких размерах возмещаются страховые выплаты по общему виду страхования в связи с причинением вреда здоровью потерпевшему, выгодоприобретателю в результате дорожно-транспортного происшествия?

Ответ: В соответствии со статьей 24 Закона Республики Казахстан от 1 июля 2003 года N 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», предельный объем ответственности страховщика по одному страховому случаю (страховая сумма) составляет (в месячных расчетных показателях):

1) за вред, причиненный жизни или здоровью каждого потерпевшего и повлекший: гибель - 1000; установление инвалидности I группы - 800, II группы - 600, III группы - 500; «ребенок-инвалид» - 500; увечье, травму или иное повреждение здоровья без установления инвалидности – в размере фактических расходов на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но не более 300.

1. Следует ли внедрить и вести единый республиканский регистр выданных страховыми компаниями страховых полисов по страхованию гражданской правовой ответственности лиц, управляющих источниками повышенной опасности.

Ответ: Следует, так как это облегчит рассмотрение дел.

1. Означает ли выражение «в пределах уплаченной суммы» содержащее в статье 840 ГК, что лицо, виновное в причинении ущерба, обязано полностью возместить страховой компании выплаченную ею страховую сумму независимо от суммы реального ущерба?

Ответ: Не означает, поскольку в силу пункта 2 статьи 840 ГК, перешедшее в порядке суброгации право требования, осуществляется с соблюдением тех же самых правил, что право требования первоначального кредитора в этом обязательстве. В свою очередь, отношения между первоначальным кредитором (пострадавшим страхователем) и лицом, виновным в причинении вреда, регулируются нормами главы 47 ГК о возмещении ущерба. Поэтому виновный вправе заявлять свои возражения страховщику, в том числе и по размеру вреда. Выражение «в пределах уплаченной суммы» в данном случае следует понимать так, что если по документам, переданным страховщику страхователем размер вреда окажется выше чем страховая выплата, то страховщик может взыскать с виновного в порядке статьи 840 ГК лишь сумму страховой выплаты.

1. Необходимо ли определение взаимосвязи между кредитным договором и договором страхования?

Ответ: Оба договора (кредитный договор и договор страхования) в этой ситуации рассматриваются как взаимосвязанные обязательства, поскольку данные договоры направлены на достижение одной цели - на прекращение кредита путем его погашения.

Нередко одним из условий банка при подписании кредитного договора является заключение заемщиком договора имущественного или личного страхования в пользу кредитной организации. По своей экономической сути договор страхования выполняет функцию способа обеспечения исполнения обязательств. Более того, в практике судов отмечается, что «обязательство по погашению кредита является самостоятельным обязательством, возникшим из кредитных правоотношений», исполнение которого не зависит от наступления страхового случая (например, хищения транспортного средства), а также от выплаты страхового возмещения (страховой суммы — для договора личного страхования). Факт выплаты или невыплаты страхового возмещения не влияет на обязанность заемщика погасить кредит в установленные сроки, оплачивать проценты, указанные в кредитном договоре. Однако следует обратить внимание на то, что в этом случае цель заключения договора страхования с позиции заимодавца аналогична цели кредитного договора - возврат выданных заемщику денежных средств. В связи с этим, нередко возникает необходимость определения правовой связи между кредитным договором и договором страхования.

1. Необходимость определения правовой связи между кредитным договором и договором страхования может иметь важное правовое значение в ситуации, когда, к при примеру, за период со дня наступления по договору страхования обязанности по страховой выплате и до дня исполнения страховой компанией этой обязанности, заемщик выплачивает вознаграждение за пользование кредитом либо пеню, и сочтя в последующем указанную суммы убытками, возникшими вследствие несвоевременной выплаты страхового возмещения, предъявляет иск к страховщику о ее взыскании вследствие ненадлежащего исполнения договора страхования. При рассмотрении данного дела перед судом возникает вопрос: правомерны ли требования заемщика?

Ответ: Реализация кредитором своих прав по договору страхования, в котором он выступает как выгодоприобретатель, свидетельствует о его согласии на досрочное погашение кредита заемщиком путем осуществления страховщиком страховой выплаты, которая обеспечивала требование кредитора по кредитному договору.

Соответственно, кредитный договор прекращается путем его исполнения, а уплаченные заемщиком проценты по уже прекращенному договору подлежат возмещению заемщику со стороны страховщика, поскольку являются убытками заемщика. Неисполнение страховщиком своих обязательств влечет возникновение убытков у страхователя (заемщика) в виде уплаченных заимодавцу процентов, поскольку если бы страховщик свои обязательства исполнил, то кредитные правоотношения прекратились бы. Однако, существует и противоположная позиция, исходя из которой страховщик, несмотря на наличие заключенного между ним и страхователем-заемщиком договора страхования, не связан обязанностями заемщика по кредитному соглашению и последний должен исполнять указанные обязанности надлежащим образом независимо от существующего страхового обязательства.

Более того, «обязанность по своевременному возврату кредитных денежных средств обусловлена наличием самостоятельного кредитного обязательства, то есть существует и должна исполняться независимо от наличия или отсутствия договора страхования.

Проценты, начисляемые по кредитному договору, являются платой за пользование кредитными ресурсами. Утрата застрахованного имущества, являвшегося предметом залога по обеспечивающему кредитный договор обязательству, не имеет никакого отношения к правоотношениям сторон по кредитному договору. Срок выплаты страховщиком страхового возмещения не может повлиять на обязанности сторон по надлежащему исполнению обязанностей по другой гражданско-правовой сделке».

1. Не редки ситуации, когда заемщик, застраховавший свою жизнь (здоровье, трудоспособность) в пользу банка-заимодателя, утрачивает здоровье (трудоспособность) или умирает. Вправе ли банк в этом случае, будучи выгодоприобретателем по договору страхования, потребовать выплаты страховой суммы?

Ответ: Поскольку отношения сторон регулируются договором добровольного страхования, то при возникновении споров между его участниками следует исходить из условий договора, в том числе, предусматривающих ответственность сторон за ненадлежащее их исполнение.

1. Возможны ситуации, когда банк (выгодоприобретатель по договору страхования) не отказывается от своих прав даже несмотря на то, что кредит погашен. В данном случае возникает вопрос: правомерны ли его требования?

Ответ: Страховая выплата в такой ситуации неправомерна, поскольку погашение кредита или удовлетворение требований банка за счет заложенного имущества и одновременная выплата страховой суммы означает получение заимодавцем двойной суммы задолженности по кредитному договору, что не предусмотрено законом.

Суды опираются на то, что договор страхования использовался как способ обеспечения исполнения обязательств заемщика по кредитному договору. Как правило, это следует из содержания договора страхования, если из него можно вывести указание на то, что страховая выплата идет на погашение кредита. Таким образом, «…одновременное взыскание в пользу одного лица (банка) задолженности с заемщика по кредитному договору с обращением взыскания на заложенное имущество и взыскание страхового возмещения по договору страхования, заключенному в обеспечение исполнения обязательств заемщика, недопустимо в силу норм действующего гражданского законодательства».

1. Действующее законодательство, не содержит норм о переходе прав на компенсацию морального вреда другим лицам, поскольку моральный вред компенсируется гражданину, если он причинен действиями, нарушающими именно его неимущественные права либо посягающими на принадлежащие ему другие нематериальные блага. При этом, несмотря на то, что прямых норм предусматривающих такое право членов семьи - нет, практика идет по пути признания за ними права на компенсацию. Правильно ли это?

Ответ: Правомерно, тем более, что в в статью 951 ГК в этой части были внесены изменения Законом от 27 февраля 2017 года № 49-VI ЗРК.

1. Имеются ли правовые основания к оспариванию отчета страховой компании об оценке причиненного ущерба?

Ответ: В соответствии с пунктом 5 статьи 22 Закона Республики Казахстан от 1 июля 2003 года № 446 «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», при несогласии потерпевшего (выгодоприобретателя) с результатом определенного страховщиком размера вреда, потерпевший (выгодоприобретатель) вправе оспорить определенный страховщиком размер вреда в суде.

1. Подлежит ли взысканию страховая выплата в порядке регресса на основании подпункта 4) пункта 1 статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств», если из постановления административного суда следует, что ответчик признал вину и указанным постановлением административного суда признан виновным за нарушение водителями транспортных средств установленных правил обеспечения безопасности дорожного движения, повлекшее повреждение транспортных средств, грузов, дорог, дорожных и других сооружений или иного имущества.

Ответ: Да, подлежит, если из этого постановления следует, что причиной ДТП явилась неисправность транспортного средства, о которой водитель знал или должен был знать (отказали тормоза).

1. Правильно ли будет исходить из того, что если достоверно не доказано, что страхователь (застрахованный) знал или должен был знать о наличии технических неисправностей до наступления страхового случая, то требования истца по этому основанию не подлежат удовлетворению?

Ответ: Иск страховщика не подлежит удовлетворению, если достоверно не будет доказано, что страхователь (застрахованный) знал или должен был знать о наличии технических неисправностей до наступления страхового случая.

1. На практике имеются случаи подачи исковых заявлений о взыскании страховых выплат не выгодоприобретателями. При этом вправе ли физические лица (застрахованные) в случае отказа страховщика произвести страховую выплату, требовать взыскания сумм в свою пользу либо в пользу выгодоприобретателя, когда сам выгодоприобретатель таких требований не выдвигает? Каким образом подлежат защите права застрахованных лиц, когда выгодоприобретатель не инициирует иски в суд?

Ответ: Следует, прежде всего, различать понятия: «страхователь», «застрахованный» и «выгодоприобретатель».

Страхователь - лицо, заключившее договор страхования со страховщиком (статья 813 ГК).

Застрахованный - лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если иное не предусмотрено договором, страхователь одновременно является застрахованным.

Выгодоприобретатель - это лицо, которое в соответствии с договором страхования или законодательными актами об обязательном страховании является получателем страховой выплаты (пункт 1 статьи 816 ГК ).

С требованием о страховой выплате может обратиться только выгодоприобретатель.

В соответствии с пунктом 2 статьи 816 ГК,  если страхователь не является застрахованным, то выгодоприобретателем должен быть застрахованный, либо он назначается с письменного согласия застрахованного.

По договорам добровольного страхования имущества, приобретенного на заемные средства, выгодоприобретателем с письменного согласия застрахованного (заемщика) назначается банк.

Из этого следует, что застрахованный (заемщик) не обладает правом требования произвести страховую выплату в свою пользу или в пользу выгодоприобретателя, если последний не наделял его такими полномочиями.

В этом случае у заемщика остается только право предъявления иска о возмещении вреда, причиненного имуществу, с причинителя вреда.

1. Ответственность компании застрахована страховой компанией - резидента Республики Казахстан. Далее, данная страховая компания заключила договор перестрахования с компанией-резидентом Российской Федерации. При этом в договоре перестрахования указано, что по спорам, вытекающим из данного договора, действующим правом является право Российской Федерации. Суду какого государства, подсуден данный спор?

Ответ: Спор подсуден суду Российской Федерации (части 1,2 статьи 1112 ГК РК). Договор регулируется правом страны, выбранным соглашением сторон, если иное не предусмотрено законодательными актами РК. Соглашение сторон о выборе подлежащего применению права должно быть явно выражено или прямо вытекать из условий договора и обстоятельств дела, рассматриваемых в их совокупности (п.п. 12 ч.1 ст. 1113 ГК).

1. На какую категорию лиц распространен Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых (служебных) обязанностей», может ли он быть применен в отношении государственных служащих, работников государственных учреждений?

Ответ: Нет, в зависимости от классификатора профессиональных рисков.

1. Могут ли постановления административного суда служить для страховщика основаниями для предъявления к страхователю регрессных требований в порядке статьи 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств»?

Ответ: Да, могут.

1. Что означает выражение: «Лицо, управлявшее транспортным средством на момент совершения транспортного происшествия, не имело права на управление им»? (статья 28 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств».

Ответ: Лицом, не имеющим право на управление транспортным средством следует признавать лицо, которое не имеет водительского удостоверения, то есть у него на момент дорожно-транспортного происшествия отсутствовали необходимые знания и навыки в объеме типовых программ подготовки водителей транспортных средств соответствующей категории и он не сдал экзамены в установленном порядке; не имеет соответствующей категории ( к примеру на управление грузовым автомобилем) либо был лишен права управления.

1. Не является ли получение потерпевшим суммы в счет возмещения ущерба от страховой компании причинителя вреда по договору гражданско-правовой ответственности и одновременное погашение суммы автокредита потерпевшего страхователем по договору добровольного страхования неосновательным обогащением?

 Ответ: Это будет являться неосновательным обогащением. Получение страхователем страховой выплаты по договору добровольного страхования имущества и одновременное получение возмещения вреда от виновного в причинении вреда, лишает страховщика по договору добровольного страхования права предъявления иска к виновнику в порядке суброгации. В этом случае, в силу пункта 4 статьи 840 ГК, страховщик вправе потребовать от страхователя возврата выплаченной суммы.

1. Как применять требования статьи 152 части 1 пункта 1 ГПК РК о возвращении искового заявления по основанию несоблюдения установленного законом порядка досудебного урегулирования спора?

Ответ: По спорам о страховании согласно действующему законодательству досудебный порядок не предусмотрен, вместе с тем если это условие отражено в договоре страхования, то суд при принятии иска должен проверить соблюли ли стороны досудебный порядок урегулирования спора.

1. При подаче регресных исков страховыми компаниями подлежат ли взысканию с ответчика, расходы по оценке ущерба, оплата которой отнесена на страховые компании?

Ответ: Нет (части 1 статьи 933, статьи 934 ГК).

1. С какого момента наступает страховой случай, с момента составления акта о несчастном случае, с момента, когда работодателю стало известно о том, что заболевание является профессиональным или с того момента, когда решением суда было отказано в признании незаконным акта о результатах проверки и предписания инспектора труда?

Ответ: Датой несчастного случая в соответствии со статьей 13 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» является:

- при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья – дата несчастного случая, указанная в акте о несчастном случае;

- при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления профессионального заболевания – дата заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии (не путать с датой установления УПТ).

1. Каким образом возмещаются расходы страховщика, осуществившего страховую выплату, при возникновении страхового случая либо способствующих его наступлению, при действиях, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости?

Ответ: При действиях необходимой обороны и крайней необходимости расходы выплачиваются, однако основание требования в регрессном порядке в данном случае отсутствует.

1. С какого момента следует исчислять срок исковой давности о взыскании суммы в порядке суброгации по договорам страхования (с даты ДТП или с даты выплаты страховой суммы)?

Ответ: Срок исковой давности о взыскании суммы в порядке суброгации по договорам страхования исчисляется с даты исчисляется наступления страхового случая, а не с даты осуществления страховой выплаты, поскольку при суброгации происходит перемена лиц в обязательстве (переход прав кредитора к другому лицу). Согласно статье 181 ГК перемена лиц в обязательстве не влечет изменения срока исковой давности и порядка его исчисления.

 Кто является надлежащим ответчиком по делам о взыскании ущерба при ДТП - лицо, управлявшее автотранспортным средством при ДТП на основании страхового полиса или собственник (физическое лицо) автотранспортного средства?

Ответ: Надлежащим ответчиком по делам о ДТП является лицо, управлявшее транспортным средством при ДТП на основании страхового полиса.

1. По договору добровольного страхования жизни является ли смерть страховым случаем, если она произошла в период нахождения застрахованного лица в состоянии опьянения, за исключением тех случаев, когда состояние опьянения никак не могло повлиять на причинение травмы или смерть застрахованного?

Ответ: Страховой полис не является документом, дающим право на управление транспортным средством. Для определения лица, которое будет нести ответственность за причинение вреда, необходимо установить, кто на момент ДТП являлся владельцем источника повышенной опасности, поскольку именно он в соответствии со статьей 931 ГК несет ответственность за вред, причиненный этим источником. Таковым может являться и собственник транспортного средства, и иное лицо, владеющее им на законном основании. Наличие страхового полиса у владельца транспортного средства дает право потерпевшему предъявить требование к страховой компании о страховой выплате.

1. Что следует считать источником исходных данных при расчете страховых тарифов, а что таковым не может считаться?

Ответ: Источником исходных данных при расчете страховых тарифов следует считать статистические данные, которые характеризуют страховые риски, принимаемые на страхование (макроэкономические показатели, такие как показатель инфляции и значение МРП, данные о периоде времени за который получены исходные данные).

1. Как правильно определять размер убытков по договорам имущественного страхования?

Ответ: В размере реального ущерба (имущественный).

**40**. В случае, когда работник достиг пенсионного возраста в период действия внесенных изменений и дополнений в Закон «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых (служебных) обязанностей», а также в статью 944 ГК, касающегося достижения пенсионного возраста, возможно ли возложение ответственности на работодателя, исходя из даты несчастного случая, имевшей место до внесения изменений и дополнений в Закон, независимо от наступления пенсионного возраста?

Ответ: В Законе от 27 апреля 2015 года № 311-V ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам страхования и исламского финансирования» не предусмотрена обратная сила по распространению действия норм Закона на правоотношения, возникшие до введения его в действие, в частности, изменения, внесенные в статью 944 ГК. В этой связи, каждый случай возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника необходимо рассматривать индивидуально с установлением возникновения правоотношений, то есть устанавливать факт, имеющий юридическое значение.

Правоотношения по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью работника возникают с момента наступления несчастного случая. Именно с этого момента у работника и работодателя возникают субъективные права и обязанности. Следовательно, если они возникли до вступления в силу Закона от 27 апреля 2015 года, то действие этого Закона не будет распространяться на эти правоотношения и возложение ответственности на работодателя будет возможным, независимо от достижения работником пенсионного возраста.

1. Возможно ли в период действия страховой защиты применение изменений в законодательстве о страховании в редакции Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении трудовых (служебных) обязанностей» от 27 апреля 2015 года при взыскании единовременной страховой выплаты в возмещение расходов, вызванных повреждением здоровья работника?

Ответ: Возможно только в том случае, если работнику впервые была установлена степень утраты трудоспособности или он прошел очередноепереосвидетельствование после 10 мая 2015 года.

1. Следует ли в этом случае руководствоваться положениями пункта 2 статьи 819 ГК, согласно которому размеры страховых сумм устанавливаются договором, при обязательных видах страхования они не могут быть менее размеров, установленных законодательными актами, либо исходить из положений п.5 статьи 2 Закона, определяющего период действия Закона во времени?

Ответ: Следует исходить из положений пункта 5 статьи 2 Закона. Иными словами, если работнику впервые была установлена степень утраты трудоспособности или он прошел очередное переосвидетельствование после 10 мая 2015 года к нему будут применяться новые правила пункта 2 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» независимо от условий действующего договора страхования (статья 383 ГК).

1. Подлежат ли применению к спорным правоотношениям, возникшим в период действия страховой защиты, положения Закона от 27.04.2015 года в части обязательного страхования?

Ответ: Подлежат.

1. Факт несвоевременного заключения договора аннуитета не предусматривает возложение обязанности по уплате пени, предусмотренной подпунктом 9) пункта 2 статьи 9 Закона. Требуется дополнительное разъяснение в этой части, подлежит ли за данное нарушение уплате неустойка, предусмотренная статьей 353 ГК по ставке рефинансирования Национального Банка РК, либо по подпунктом 9) пункта 2 статьи 9 Закона, если несвоевременное заключение договора аннуитета является причиной несвоевременного осуществления страховых выплат.

Ответ: Если договор заключается с аннуитетной компанией, а ее вины в несвоевременном осуществлении страховой выплаты нет, то основания для взыскания неустойки не имеется. Следует иметь в виду, что в случае если не подлежат применению положения п.п.9 п.2 ст. 9 Закона, то могут быть применены положения п.п.8 ст.820 ГК (ст.353 ГК).

1. Применима ли норма пункта 6 статьи 938 ГК при возмещении вреда, причиненного смертью кормильца? (Следует иметь в виду, что данная норма действовала с 12 апреля 2011 года до 10 мая 2015 года).

Ответ: В настоящее время – нет.

1. Законом от 24.11.2015 года № 422-V внесены изменения и дополнения в статью 20 Закона «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности туроператора и турагента», в частности, пункт 2 дополнен подпунктом 5) о том, что основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть осуществление страховщиком страховой выплаты в размере страховой суммы, то есть, если страховая сумма исчерпана. Не приведет ли освобождение страховщика от страховой выплаты по указанному основанию к ущемлению прав и интересов потерпевших, выступающих в качестве выгодоприобретателей?

Ответ: Нет, поскольку в этом случае ответственность будет нести турагент.

1. На практике встречаются случаи, когда нетрудоспособность (профессиональное заболевание) работника наступает после его увольнения (по истечении срока действия договора обязательного страхования работника), но вследствие повреждения здоровья при выполнении им трудовых обязанностей. Какая страховая компания должна производить выплаты?

Ответ: В соответствии со статьей 13 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» в случае смерти или установления пострадавшему работнику степени утраты профессиональной трудоспособности страховая выплата осуществляется страховщиком, заключившим договор обязательного страхования работника от несчастных случаев, в период действия которого произошел несчастный случай. При этом датой несчастного случая является при смерти или установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате трудового увечья – дата несчастного случая, указанная в акте о несчастном случае; при установлении работнику степени утраты профессиональной трудоспособности в результате выявления профессионального заболевания - дата заключения организации здравоохранения, осуществляющей оказание специализированной медицинской, экспертной помощи в области профессиональной патологии (не путать с датой установления УПТ).

Следовательно, в данном случае имеет значение, что явилось причиной установления работнику степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Если это последствия травмы, которая была зафиксирована в Акте о несчастном случае в период работы работника на предприятии, то выплаты будет производить та страховая компания, в период действия договора с которой произошел этот несчастный случай.

Если профзаболевание было выявлено в период действия договора страхования, но УПТ установлено после увольнения работника, то страховые выплаты будет осуществлять та страховая компания, в период действия договора с которой было установлено профзаболевание.

Если же у бывшего работника профзаболевание было выявлено после истечения действия договора страхования, то страховая компания не будет нести ответственность. В этом случае выплаты должен будет производить работодатель.

1. Законом не совсем четко урегулирован вопрос о том, кто должен производить выплаты работнику в случае продления нетрудоспособности на второй год, и в случае ликвидации работодателя. При этом возникает вопрос, почему сама страховая компания по общему страхованию жизни, с которой работодателем был заключен договор страхования, не может выплачивать работнику страховые выплаты в аннуитетном порядке?

Ответ: В случае продления УПТ на второй год выплаты производит та же страховая компания, которая производила выплаты за первый год. Здесь надо иметь в виду, что если переосвидетельствование на второй год имело место после 10 мая 2015 года и степень УПТ составила от 5 до 29 %, то выплаты будет производить работодатель.

В соответствии с пунктом 1 статьи 19 Закона «Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» в случае ликвидации юридического лица, признанного в установленном порядке ответственным за вред, причиненный жизни и здоровью, договор аннуитета заключается с пострадавшим работником либо лицом, имеющим согласно [законодательным актам](http://zan.kz/rus/docs/K990000409_#z1098) Республики Казахстан право на возмещение вреда в связи со смертью работника, в порядке, предусмотренном соответствующим Законом.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Приветственное слово Председателя Восточно-Казахстанского областного суда Амирова Досжана Сарманкуловича........................................................

Приветственное слово судьи Верховного Суда Республики Казахстан

Исмаилова Ербола Жукатовича……………………………………………….

Приветственное слово председательствующий судья Федерального социального суда Германии Др.Томас ФЁЛЦХЕ…………………………..

**СЕССИЯ 1: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О СТРАХОВАНИИ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Комиршинов М.Г.**

История развития страхования в Республике Казахстан. Законодательство о страховании, краткий обзор..............................................................................

**Сабитова А.А.**

Актуальные вопросы развития института страхования. Теоретические и практические аспекты............................................................................................

**Кубенов Г.М.**

Общие положения о страховании в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан...........................................................................................

**Костубаев Е.М.**

Объект страхования. Личное и имущественное страхование. Последствия нарушения правил о личном и имущественном страховании.........................................................................................................

**Майя Машер**

Страховое право в Европейском Союзе:  общий обзор. Основное об обязательном страховании в Германии…………………………………………...

**Жетибаев Ж.К.**

Сравнительный анализ правового статуса и особенностей субъектов страхования по страховому законодательству. Международный опыт...............

**Завалов М.Н.**

Страховой случай. Уведомление страховщика о наступлении страхового случая.........................................................................................................................

**СЕССИЯ 2: СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТРАХОВАНИИ**

**Исмаилов Е.Ж.**

О некоторых вопросах определения наступления страхового случая.................

**Алимбаева С.М.**

Обязательное страхование работников от несчастных случаев – гарант защиты прав работника.............................................................................................

**Есенгельдина Л.О.**

Проблемные вопросы при определении размера вреда, причиненного здоровью работника.................................................................................................

**Манжуева Ш.С.**

Обязательное страхование работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей................................................................

**Проф. Др. Томас Фёлцхе**

Страховые случаи и выплаты страхового возмещения немецкими страховщиками от несчастных случаев. Примеры из практики...........................

**Мягкова Г.Б.**

Актуальные вопросы возмещения вреда, причиненного работнику при исполнении им трудовых обязанностей...........................................................

**Максутов Д.Н.**

Пределы отвественности страховых компаний по выплате страховых сумм при несчастном случае на производстве...........................................................

**Бертисканова Г.Т.**

Судебная практика по гражданским делам по применению законодательства о страховании ответственности работодателя за вред, причиненный работнику при исполнении им трудовых обязанностей......................................

**Ситдиков Г.Г.**

Освобождение страховщика от страховой выплаты и отказ в ней......................

**Рамазанова М.М.**

Проблемные вопросы по работе страхования работников от несчастных случаев и его возмещению.....................................................................................

**Дьяченко А.В.**

Проблемные вопросы, возникающие по спорам о страхованиии работника от несчастных случаев.................................................................................................

**Савинова А.С.**

Суброгация. Понятие и отличие от регресса.

Презентация главы пособия «Особенности рассмотрения отдельных категорий дел в части страхования»..................................................................

**Альжанов Г.У.**

Переход к страховщику прав страхователя по возмещению убытков (суброгация).........................................................................................................

**СЕССИЯ 3: СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О СТРАХОВАНИИ**

**Сейдалина Ж.К.**

О некоторых вопросах правоприменения законодательства о страховании. Основания освобождения страховщика от осуществления страховой выплаты.................................................................................................................

**Дорош И.Н.**

Судебная практика рассмотрения дел по спорам, вытекающим из договора страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств........................................................................................

**Юсупова Г.Х.**

Вопросы совершенствования действующего законодательства в сфере обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств.....................................................................

**Тарасов А.А.**

Законодательство в области страхования и применение его на практике..........

**Пичугин Ю.В.**

Порядок определения размера возмещения ущерба при дорожно-транспортном происшествии...................................................................................

**Реймер Р.Е.**

Вопросы, возникающие при определении размера ущерба при дорожно-транспортном происшествии................................................................................

**Джолдасбеков О.А.**

Влияние умысла в действиях страхователя при осуществлении страховой выплаты...............................................................................................................

**Тажина А.Д.**

Применение Закона «О туристской деятельности в Республике Казахстан» в части возмещения страховой выплаты и обратного требования к лицу, причинившему вред............................................................................................

**Олейник А.А.**

Обязательное страхование гражданско-правовой ответственности турагента и туроператора. Теория и практика.....................................................................

**Каирбаева Л.Е.**

О некоторых вопросах применения упрощенного производства поделам о страховании. Накопительное страхование. Взаимное страхование.................

**Кожаханова Г.С.**

Проблемные вопросы при рассмотрении споров, связанных с договором страхования.........................................................................................................

**Ертаева Р.М.**

Тайна страхования. Групповое страхование, сострахование. Вопросы правоприменения, примеры................................................................................

**Бакытжанова А.А.**

Сведения, представляемые страхователем при заключении договора. Замена страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя...................................

**СЕССИЯ 4: ПРИМИРИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ**

**Ертаева Р.М.**

Медиация в сфере страхования...............................................................................

**Жекенова Н.Ж.**

Применение примирительных процедур по страховым спорам...........................

**Бакытжанова А.А.**

Предварительные результаты Пилотного проекта по внедрению обязательного досудебного урегулирования споров в порядке медиации по страховым спорам....................................................................................................

**Маманова А.А.**

Судебная практика заключения мирового соглашения по делам страхования................................................................................................................

**Рекомендации участников семинара**

Судебная практика рассмотрения споров с применением законодательства о страховании………………………………………………….................................

1. BSG v. 12.04.2005 - B 2 U 11/04 R - BSGE 94, 262 ff. [↑](#footnote-ref-1)
2. BSG v. 05.09.2006 - B 2 U 24/05 B - SozR 4-2700 § 8 Nr. 18. [↑](#footnote-ref-2)