

Страховое мошенничество в корпоративном сегменте распространено не меньше, чем в секторе физических лиц. Страховые компании становятся заложниками тех, кто знает их слабые места, хорошо ориентируется в страховом законодательстве и, как правило, имеет опыт в реализации мошеннических схем с договорами страхования. Эксперт ФБЖ разбирает конкретные ситуации и ищет бреши в работе страховщиков, которые чаще всего используют против них.

Недобросовестное поведение страхователей наиболее наглядно проявляется в массовых видах страхования. Но оно встречается и в корпоративном страховании, например, в страховании товаров на складе, грузов, различного оборудования и техники. Условно можно выделить две основные проблемы страховщиков, которые связаны как с внешними, так и внутренними причинами.

Непопулярные меры

Страховщикам не хватает формальных оснований, чтобы предъявить страхователю обвинения в недобросовестности или мошенничестве. Страховщик боится показать недостаточную ориентированность на клиента. В результате компания оттягивает принятие решения об отказе в выплате. Когда же клиент подает в суд, у судьи возникают вопросы к страховщику: почему вы не платите или почему вы не написали письменный отказ в выплате? Чтобы не загнать себя в угол, страховщикам иногда необходимо принимать в том числе и непопулярные меры. Например, подать заявление о проведении доследственной проверки по признакам недобросовестного поведения страхователя (подделок документов и прочее).

Борьба интересов

При столкновении с недобросовестностью страхователей возникает конфликт интересов внутри самой страховой компании. Конфликтуют продающие подразделения и отделы, обеспечивающие работу страховщика. Первые нацелены на продажи и всегда заинтересованы в том, чтобы клиенту заплатили, ведь в противном случае они потеряют его. Продавцы зачастую хотят обеспечить продажи всеми возможными способами, даже в ущерб конечному финансовому результату самой компании. Другие подразделения направляют свои усилия на противодействие таким случаям, чтобы показать, что компания платит, когда должна. Такой конфликтной ситуацией пользуются недобросовестные клиенты, понимая, на кого можно оказывать давление, чтобы получить выплату. Эта проблема существует во всех страховых компаниях.

Единственный способ ее решить — попытаться изменить систему мотивации внутри подразделений.

Согласованность действий

Практика показывает, что универсальных методов борьбы с недобросовестными страхователями не существует. Они постоянно следят за ситуацией на страховом рынке, за нововведениями, актуальными изменениями и тенденциями, становясь все более подкованными в страховом деле. Они довольно легко выявляют слабые места в работе страховщика, в его документации, рабочих процессах и пользуются этим. Поэтому на самом деле единственным методом борьбы является повышение качества работы страховщика. Необходимо обеспечить согласованность действий всех подразделений компании, наладить качественную работу на стадии заключения договора страхования, своевременно приводить договоры в соответствие с законодательными изменениями.

Это позволит снизить вероятность возникновения ситуаций, когда недобросовестные клиенты смогут использовать упущение страховщика против него самого.

Прецеденты. Судебная практика.

Говоря о судебных спорах с недобросовестными страхователями, скажу, что наша практика показала: эффективно сочетать арбитражные и уголовно-процессуальные средства, выстраивая линию защиты страховщика. Практика показывает, что судебные процессы по защите интересов страховой компании в арбитраже часто сопровождаются уголовным производством. В частности, так бывает, если для подтверждения страхового случая необходимо обращение в правоохранительные органы (например, при хищении и пожаре). При этом документы предварительного следствия по уголовному делу зачастую оказывают решающее влияние на исход судебного дела.

Приведу примеры из практики, иллюстрирующие возможности страховщика.

В первом случае некий госорган заключает с коммерческой структурой четыре однотипных госконтракта на поставку импортной техники. Ответственность за неисполнение контрактов в силу действовавших ранее норм законодательства страхуется этой коммерческой структурой в одной из компаний. Госорган перечисляет авансы — в общей сложности около 200 млн руб. Но госконтракты не исполняются. Госорган фиксирует неисполнение госконтрактов и обязанность возврата денег и обращается с исками сначала к исполнителю, а затем к страховщику. Поскольку договоров страхования было четыре, столько же было составлено и исков. В дальнейшем они рассматривались разными судьями. Страховщик проанализировал представленные документы и пришел к выводу, что страхователь действовал недобросовестно. Деньги, которые планировалось направить на приобретение техники, были израсходованы нецелевым образом. Для освобождения от выплаты страховщику необходимо было доказать, что имел место умысел страхователя на неисполнение контракта. С этой целью он подал заявление о возбуждении уголовного дела. Трудности возникали и в арбитраже, и при рассмотрении заявления о возбуждении уголовного дела. Судьи по-разному реагировали на ходатайства, направленные на доказывание нецелевого расходования выделенных бюджетных средств. Для возбуждения уголовного дела было необходимо истребовать информацию о движении денег по банковским счетам страхователя. А на стадии доследственной проверки банки отказывались предоставлять такую информацию правоохранительным органам. Некоторые ходатайства все-таки удовлетворялись. Таким образом, мы получали часть информации в рамках арбитражного процесса и предоставляли ее сотрудникам правоохранительных органов для уголовно-правовой оценки. А результаты проверок, проведенных правоохранительными органами, предоставляли судьям. При этом одни судьи считали, что они сами будут давать оценку действиям сторон, другие же полагали, что при деяниях с составом преступления оценку должны давать правоохранительные органы.

В другой ситуации ООО заключило со страховой компанией договор страхования грузов на перевозку газотурбинного оборудования. При погрузке на тягач оборудование было повреждено. В результате ООО обратилось в страховую компанию с заявлением о наступлении страхового случая. Однако страховщик отказал в выплате, поскольку посчитал данный случай мошенническим. В результате ООО попыталось взыскать со страховщика через суд 86,8 млн рублей.

Предстояло расследование по признакам страхового мошенничества. В результате было

возбуждено уголовное дело в отношении мошенников.

Изначально суд встал на сторону страхователя. Однако в ходе работы удалось не только добиться отмены решения суда о взыскании, но и привлечь к уголовной ответственности мошенников, которые были признаны виновными, приговорены к условным срокам и штрафам на общую сумму 1 млн рублей. Реальное уголовное наказание для страховых мошенников является крайне редким в судебной практике. Поэтому в целом для страховой отрасли данное дело стало прецедентом в части привлечения к уголовной ответственности недобросовестного клиента страховщика. В обоих случаях, сочетая арбитражно-процессуальные и уголовно-процессуальные инструменты, удалось убедить арбитражные суды в правомерности позиции страховщика. Справедливости ради надо отметить, что примеров такого удачного доказывания недобросовестного поведения страхователей в арбитражной практике крайне мало.

Нельзя не сказать о предубежденности к страховщикам со стороны судебского корпуса, мнение о котором широко распространено как среди самих страховщиков, так и среди страховых юристов. Действительно, статистика показывает, что решения в пользу клиентов выносятся чаще, чем в пользу страховщиков. Чем это в действительности может быть вызвано?

В чем истоки предвзятости?

Во-первых, это результат часто встречающихся примеров непрофессионального подхода страховщиков к заключению договоров. При рассмотрении судебных споров выясняются многочисленные нелепые упущения, включая отсутствие подписей на приложениях к договорам страхования, заявлениях, анкетах, на которые страховщики в дальнейшем могут ссылаться, небрежность и другие ошибки, допущенные при андеррайтинге рисков. Кроме того, нередки случаи, когда всплывает прямое несоответствие в страховой документации, например, условий договоров страхования правилам страхования, приложенным к этим же договорам. Подобные недоработки вызывают вполне объяснимое недовольство со стороны судебского корпуса. Являясь профессиональным участником страхового рынка, страховщик в данной ситуации выглядит не так уж профессионально.

Во-вторых, стоит учитывать субъективный фактор. Порой судьи лично (или кто-то из их окружения) сталкиваются с непрофессионализмом или с излишне формальным подходом к урегулированию убытков страховыми компаниями. Отсюда и их субъективизм по отношению к страховщикам, дела которых потом попадают к ним.

В-третьих, само страховое законодательство нацелено на защиту интересов страхователя, и судьям проще следовать этому направлению. Вот почему у страховщиков появляется ощущение предвзятого к ним отношения.

Путь к победе

Что же необходимо учесть для увеличения шансов на победу страховой компании в суде? Необходимо более внимательно отнестись к следующим факторам.

Упорядочение собственной системы отслеживания, согласование, заключение нестандартных и сверхлимитных договоров страхования. Опыт показывает, что страховщики часто проигрывают только по причине того, что не была проведена правовая экспертиза таких договоров, или страховщик вовремя не актуализировал условия своих правил страхования.

Дифференцированный подход между сложными страховыми спорами и обычной

судебной работой. Согласитесь, сложные споры либо по сумме, либо по составу требуют более серьезного подхода, а также определенной квалификации юриста, который представляет интересы страховой компании. Зачастую этого не происходит, и в судах мы видим одно и то же качество работы судебных представителей — и в спорах на 100 тысяч рублей, и в спорах на 100 млн рублей.

Уделять больше внимания досудебному урегулированию отношений с клиентом. Свои шансы в суде зачастую можно повысить, пользуясь более широким спектром правовых инструментов, включая, например, возможность доказать неправильную квалификацию оспариваемого события компетентными органами. Необходимо своевременно и активно реагировать на любые действия клиента на стадии досудебного урегулирования убытков. В частности, это касается расследования уголовных дел, которые возбуждаются по факту события. Картина происшествия и находящиеся в распоряжении страховщика документы, которые ее отображают, должны соответствовать действительности.

В общем и целом для того, чтобы защититься от неправомерного притязания со стороны недобросовестного клиента, не стоит ждать, когда он начнет действовать. Куда более правильной практикой является постоянный контроль за всем процессом взаимодействия со страхователем, начиная с преддоговорной экспертизы риска и заканчивая судебной работой при предъявлении иска.

Бизнес-журнал, 25.03.2020 г.