Карташов, Александр Сергеевич. Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Карташов Александр Сергеевич; [Место защиты: Рос. эконом. акад. им. Г.В. Плеханова].- Москва, 2010.- 144 с.: ил. РГБ ОД, 61 11-8/581

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава I. Теоретические основы финансовых претензий потребителей страховых услуг**

1.1. Финансовые претензии потребителей страховых услуг и их причины 9

1.2. Финансовые претензии потребителей страховых услуг на национальном рынке 30

**Глава II. Система урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг 52**

2.1. Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг страховыми и саморегулируемыми организациями 52

2.2. Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг органами страхового надзора 82

**Глава III. Направления совершенствования урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг 97**

3.1. Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг за рубежом 97

3.2. Пути развития системы урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг в Российской Федерации 109

Заключение 124

Список литературы 132

Приложения 139

**Введение к работе**

Актуальность темы исследования. Целью страхования является защита от ущерба и потерь, причиненных неблагоприятными событиями в жизни и деятельности человека, в форме полного или частичного возмещения понесенных убытков, а также выплаты денежных сумм в определенных законом или договором случаях. Между тем, наличие договора страхования еще не означает, что проявление страхового риска будет иметь для страховой компании последствия наступления страхового случая, то есть обязанность урегулирования убытка. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации страховщик имеет ряд оснований для отказа в страховой выплате, при этом отдельные нормы страхового права не имеют однозначного толкования. Кроме того, ряд оснований для отказа определяют непосредственно страховщики в правилах страхования. Такое положение дел обусловило большое число финансовых претензий потребителей страховых услуг. Лишь в 2009 году число претензий к страховым организациям, поступивших в органы страхового надзора, превысило 30 тысяч и возросло за пять лет в 9 раз. Следует отметить, что основная часть финансовых претензий потребителей страховых услуг является обоснованной, что свидетельствует об игнорировании страховщиками базового принципа страхования – принципа наивысшей добросовестности.

Невыполнение страховщиками своей главной обязанности приводит к недоверию страховым организациям, что является одной из основных причин, сдерживающих развитие страхования в стране.

Система урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг является многосложной, требует от потребителей страховых услуг временных и материальных затрат и не гарантирует справедливое разрешение споров между страховщиками и потребителями страховых услуг, в том числе через судебные инстанции. Все изложенное свидетельствует об актуальности избранной темы диссертации и необходимости разработки механизмов урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг.

Степень научной разработанности проблемы. Различные аспекты наиболее актуальных проблем урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг рассмотрены в научных трудах таких известных российских исследователей, как Архипов А.П. Ахвледиани Ю.Т., Гомелля В.Б., Зубец А.Н., Ивашкин Е.И., Ионкин В.В., Коломин Е.В., Ломакин-Румянцев И.В., Котлобовский И.Б., Орланюк-Малицкая Л.А., Рябикин В.И., Турбина К.Е., Федорова Т.А., Цыганов А.А., Юлдашев Р.Т. Вместе с тем, в научной литературе отсутствует комплексное исследование финансовых претензий потребителей страховых услуг, не разработаны механизмы их урегулирования, поэтому изучение данной проблемы является актуальным.

Цель и задачи диссертационного исследования. Целью диссертационного исследования является разработка теоретических и методологических положений и механизмов, обеспечивающих минимизацию финансовых претензий потребителей страховых услуг и совершенствование системы их урегулирования.

В соответствии с целью диссертации в работе решались следующие задачи:

- исследовать теоретические аспекты финансовых претензий потребителей страховых услуг и их основания;

- осуществить анализ финансовых претензий потребителей страховых услуг на страховом рынке;

- изучить практику урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг в страховых организациях, саморегулируемых страховых организациях, органах страхового надзора;

- проанализировать систему урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг за рубежом;

- разработать предложения по минимизации финансовых претензий потребителей страховых услуг на национальном рынке и совершенствованию системы их урегулирования.

Объектом исследования являются экономические отношения между участниками страховой деятельности по поводу урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг.

Предметом исследования выступают финансовые претензии потребителей страховых услуг к страховым организациям.

Область исследования.

Диссертационное исследование выполнено в соответствии с п. 6 Страхование, п. 6.1. Современные тенденции и функционирование системы социального страхования и рынка страховых услуг; п. 6.3. Государственное регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования; п. 6.5. Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны, паспорта специальности ВАК России 08.00.10 – «Финансы, денежное обращение и кредит».

Теоретические и методологические основы исследования. Методологическую и теоретическую основу диссертации составляют современная теория страхования, труды отечественных и зарубежных ученых и специалистов по проблемам финансовых претензий потребителей страховых услуг и их урегулирования, страхового законодательства, методам оценки эффективности страховой деятельности. В процессе исследования изучены законодательные и нормативные акты по урегулированию финансовых претензий потребителей страховых услуг.

В работе использованы общенаучные методы исследования – анализ и синтез, индуктивный и дедуктивный методы, обобщение, метод логических аналогий, классификация и группировка, исторический и логический методы, экономико-статистические методы.

Научная новизна результатов диссертационного исследования состоит в разработке системы теоретико-методологичесих и организационно-правовых положений по урегулированию финансовых претензий потребителей страховых услуг в России.

К наиболее важным научным результатам, характеризующим новизну диссертации, относятся следующие:

- предложено определение финансовой претензии потребителя страховой услуги как денежного требования страхователя, застрахованного лица или выгодоприобретателя к страховой организации, обусловленного неисполнением страховщиком принятых страховых обязательств, отказом в страховой выплате, несогласием с размером страховой премии и страховой выплаты, несвоевременностью выполнения принятых обязательств;

- выявлены основания финансовых претензий потребителей страховых услуг, которые связаны с проявлением страховых рисков, возможностью досрочного расторжения договоров страхования, правовыми основаниями отказа в страховой выплате, ограниченным размером страховой выплаты, штрафными санкциями и возможным умыслом;

- на основе анализа действующей практики урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг выявлены основные недостатки и негативные тенденции в этой области: непрерывный рост числа претензий, высокая доля обоснованных претензий, увеличение дифференциации объема финансовых претензий по федеральным округам и страховым организациям, изменение структуры претензий в направлении добровольного страхования, превалирование претензий по автострахованию;

- установлены причины роста числа финансовых претензий потребителей страховых услуг: уведомительная практика применения правил страхования, неоднозначность норм страхового законодательства, недостаточная квалификация персонала страховых организаций, игнорирование страховыми компаниями законных интересов потребителей страховых услуг;

- обоснована целесообразность принятия страховых кодексов поведения и повсеместного применения типовых правил страхования по массовым видам страхования, разработан общий страховой кодекс поведения страховщиков;

- определены базовые принципы страхового омбудсмена на национальном рынке, включая законодательное определение его правового статуса, обязательное участие всех страховщиков в институте страхового омбудсмена, организацию главного страхового омбудсмена и территориальных страховых омбудсменов, независимость в принятии решения, финансирование страхового омбудсмена страховщиками.

Практическая значимость работы определяется тем, что теоретические и методологические положения, составляющие научную новизну исследования, воплощены в конкретных рекомендациях и предложениях по снижению числа финансовых претензий потребителей страховых услуг и совершенствованию системы их урегулирования. Результаты диссертации могут быть использовании законодательными органами, Федеральной службой страхового надзора, страховыми компаниями, саморегулируемыми страховыми организациями для повышения эффективности системы урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг.

Апробация результатов диссертационного исследования.

Результаты исследования использованы в деятельности органов страхового надзора и страховой организации ООО «РОСГОССТРАХ».

Положения диссертационного исследования прошли апробацию в выступлениях на двух Международных Плехановских чтениях (2009-2010 гг.); Международной научной конференции Ярославского государственного университета (2009 г.).

Материал диссертации используется в преподавании дисциплин «Страхование», «Страховой рынок», «Экономика и организация страхового дела» на финансовом факультете и в магистратуре Российской экономической академии им. Г.В. Плеханова.

Публикации. Основные положения диссертации отражены в 5 опубликованных статьях общим объемом 2,5 п.л., в том числе в двух статьях в журналах из обязательного перечня ВАК.

Логика и структура диссертационной работы. Логика исследования определяет структуру работы, состоящую из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 84 наименований и 2 приложений.

## Финансовые претензии потребителей страховых услуг на национальном рынке

Не стоит забывать о том, что страхование занимает одно из лидирующих мест по мошенничеству со стороны юридических и физических лиц. Поэтому возможны случаи когда страховщик для принятия решения о страховом случае; сознательно идет на нарушение законодательства для выяснения всех причин и обстоятельств предполагаемого страхового события.

Большое число финансовых претензий и их рост свидетельствуют как о недостатках в страховом законодательстве, так и его игнорировании страховщиками, что ущемляет права потребителей страховых услуг. Кроме того это указывает на проблемы в платежеспособности страховых организаций, на низкий уровень цивилизованности российского страхового рынка, а также на недостатки в системе государственного регулирования и; страхового надзора. С другой стороны увеличение числа финансовых претензий потребителей страховых услуг говорит о повышении страховой грамотности и правовой культуры потребителей страховых услуг.

Большое число жалоб потребителей страховых услуг, количество которых ежегодно удваивается, направляется в различные инстанции, в том числе Президенту Российской Федерации. Финансовые претензии потребители страховых услуг предъявляют в страховые организации, профессиональные объединения страховщиков (саморегулируемые страховые организации), Администрацию Президента Российской Федерации, Правительство Российской Федерации, в органы Прокуратуры Российской Федерации, Роспотреб- надзор, правоохранительные органы, Министерство Финансов Российской Федерации, Федеральную службу страхового надзора и территориальные органы страхового надзора, судебные органы (рис. 1).

Как правило, первые финансовые претензии потребителей страховых услуг направляется непосредственно в страховые организации. Жалобы в страховые организации направляются различными способами. Несогласное лицо непосредственно обращается в страховую организацию с заявлением об урегулировании финансовой претензии, либо делает сообщение по телефону, факсу или по электронной почте. В страховой организации, как правило, фиксируются лишь финансовые претензии потребителей страховых услуг, заявленные в письменной форме - в форме заявления. Все виды финансовых претензий потребителей страховых услуг, поступающие1 в адрес страховщика являются его внутренней информацией, которая не становится публичной.

Финансовая претензия потребителя страховой услуги может быть урегулирована непосредственно страховой организацией и это идеальный вариант. В случае несогласия потребителя страховой услуги с решением страховщика, он обращается в административные органы или органы судебной власти Российской Федерации. Общая статистика финансовых претензий потребителей страховых услуг отсутствует. В страховой организации соответствующая информация является закрытой.

Открытой информацией о финансовых претензиях потребителей страховых услуг являются лишь те обращения потребителей страховых услуг, которые поступают в Федеральную службу страхового надзора или которые поступают в различные государственные и правительственные инстанции -Администрация, Президента Российской Федерации, Правительство Российской Федерации, органы Прокуратуры Российской Федерации, Роспотреб-надзор, правоохранительные органы, Министерство Финансов Российской Федерации. Последние пересылают обращения в органы страхового надзора. Следует отметить, что статистика жалоб потребителей страховых услуг, которую ведет Федеральная служба страхового надзора находится на стадии формирования и не;всегда позволяет её классифицировать по различным основаниям. Имеющаяся информационная база финансовых претензий потребителей страховых услуг Федеральной службы страхового надзора включает статистику общего; числа обращений потребителей страховых услуг, претензии по отдельным компаниям, формам проведения страхования, а также по отдельным,группам претензий: При этом в обязательных видах страхования выделено лишь обязательное страхование- гражданской ответственности владельцев транспортных средств. Информационная база финансовых претензий потребителей страховых, услуг по г добровольному страхованию не структурирована подотраслям; и? видам?страхования.-Исключением является страхование автотранспорта. Однако последняя1 статистика ведется, на.непо-стояннойюснове иютличаетсяіфрагментарностью. Основной статистический показатель.финансовых претензий?потребителей страховых услуг является; абсолютныйшоказатель числа обращений.

Статистика финансовых претензийшотребителей,страховых услуг Федеральная служба страхового; надзора ведет с 2004 г., когда вместе с подведомственными территориальными органами поступило13350: обращений: В- 2009= году поступило уже 30194 жалоб, число которых за лет возросло в 9 раз. Мы наблюдаем резкое увеличение жалобе потребителей страховых услуг, которое не: уступает. многим параметрам развития страхового; рынка. В .частности можно-отметить, что за соответствующий период сборы страховой премии возросли лишь,в два раза:

## Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг страховыми и саморегулируемыми организациями

Основная, масса финансовых претензий потребителей страховых услуг поступает непосредственно в страховые организации. Это по существу первичные жалобы потребителей страховых услуг и от качества их урегулирования на местах зависит дальнейшее движение претензий в различные организации, ведомства и инстанции, а также формируемое общественное мнение о компаниях. Претензии потребителей страховых услуг в страховые организации направляются в различных формах — передаются-устно, в том числе по телефону, а также факсом, по электронной почте, заказным письмом, в форме заявления. Претензии потребители страховых услуг, как правило, адресуют непосредственно руководителям страховых организаций:

Анализ организационных систем управления страховщиков показал, что в структурных подразделениях, как правило, отсутствуют специализированные подразделения по урегулированию финансовых претензий потребителей страховых услуг.

Применяемые страховщиками организационные структуры управления можно разделить на две группы. В первую группу входят компании, в которых выделено структурное подразделение, ответственное за урегулирование убытков, например департамент урегулирования убытков или отдел выплат. Во вторую группу страховых организаций входят компании, в которых нет единого центра, ответственного за урегулирование убытков, а соответствующие функции возложены на центры, департаменты, управления или отделы, осуществляющие соответствующие виды страхования. Примером первой группы компаний является ОАО «САК «Энергогарант» где рассмотрение жалоб и их урегулирование осуществляется в Департаменте урегулирования убытков (рис. 6).

При этом разрешение неочевидных претензий осуществляется с привлечением Центра страхования имущества и ответственности промышленных предприятий, энергетики и технических рисков и департаментов по отдельным видам страхования, Юридического управления и Управления режима, экономических и страховых расследований. Между тем центра по урегулированию-финансовых претензий потребителей страховых услуг в компании нет. Подобный порядок урегулирования претензий применяется преимущественно в крупных страховых организациях.

Претензии потребителей страховых услуг направляются в,те структурные подразделения, которые сопровождают соответствующие договоры страхования - департамент страхования физических лиц, департамент страхования юридических лиц. При этом к урегулированию претензий привлекаются юридический отдел и служба безопасности.

Организационная система второй группы также действует в одной из крупнейших компаний российского страхового рынка. Работа с обращениями регулируется- «Порядком работы с обращениями граждан», утвержденным приказом генерального директора страховой организации. Жалобы принимаются в письменном, и устном виде через контакт - центр если обратившийся просит зарегистрировать свое обращение в качестве жалобы. Также жалобы отправляются по почте, факсом, по электронной почте, заносятся в книгу жалоб и предложений.

Жалоба регистрируется в отделе контроля качества, затем заносятся в автоматическую информационную систему. Направляются жалобы в отдел, на который потребитель страховой услуги жалуется. Если жалоба типовая, то соответствующее подразделебние самостоятельно отвечает потребителю, если не типовая, то подготовленные документы направляются в отдел контроля качества.

При подготовке ответа могут привлекаться иные подразделения, в частности юридический департамент.

Срок рассмотрения жалобы, в соответствии с «Порядком работы с обращениями граждан», составляет 10 дней. При необходимости получения объяснений от партнеров (ассистов, ассистанских компаний и т.п.) — 15 дней. При необходимости получения объяснений от медицинских учреждений — 30 дней.

По результатам рассмотрения жалобы клиенту могут быть предоставлены льготы и иные привилегии в качестве компенсации за доставленные компанией неудобства.

В случае выявления нарушений инициируется проведение служебного расследования.

Следует обратить внимание, что маркетинг в страховых организациях используется в основном на этапе привлечения клиентов и заключения договоров страхования. Между тем оценить оказанную страховую услугу можно только на этапе урегулирования убытков. При наступлении страхового случая потребителем страховой услуги занимается департамент урегулирования убытков или отдел страховых выплат, которые в своей работе практически не связаны с маркетинговым подразделением. В результате маркетологи практически не используют информационный массив жалоб потребителей страховых услуг, анализ которого может обеспечить повышение качества страховых услуг, в том числе в режиме урегулирования.

## Урегулирование финансовых претензий потребителей страховых услуг органами страхового надзора

Страховая деятельность является объектом государственного страхового надзора. Необходимость государственного страхового надзора за страховой деятельностью обусловлена тем, что она затрагивает финансовые интересы населения, предприятии и государства в целом. Исторический опыт свидетельствует, что в России возникла одна из первых систем страхового надзора. В 1894 году функции страхового надзора были возложены на два министерства — Министерство внутренних дел и Министерство финансов. В настоящее время функции государственного страхового надзора возложены на Федеральную службу страхового надзора Министерства финансов Российской Федерации (далее - Росстрахнадзор).

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 330 «Об утверждении положения. Федеральной службы страхового надзора» Федеральная служба страхового» надзора является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела)1. Федеральная служба страхового надзора осуществляет свою деятельность непосредственно и через свои территориальные органы во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного само-управления, общественными объединениями и иными организациями.

Положением «О Федеральной службе страхового надзора» установлено, что Росстрахнадзор организует прием граждан, обеспечивает своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, принимает по ним решения и направляет заявителям ответы в установленный законодательством Российской Федерации срок.

Делопроизводство, связанное с обращением потребителей страховых услуг в качестве подлежащих или не подлежащих рассмотрению в соответствии с компетенцией Росстрахнадзора и его территориальных органов, срок рассмотрения претензий основанье на положениях Федерального закона от мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Обращения потребителей страховых услуг в Росстрахнадзор поступают не только от населения и предприятий, но и как упоминалось выше от органов государственной власти: Администрации Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Прокуратуры Российской Федерации, Правоохранительных органов, Министерства финансов Российской Федерации, Союза потребителей и других организаций и учреждений, куда непосредственно обращаются физические и юридические лица. Принципы рассмотрения жалоб граждан определены в Федеральном законе от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», но вначале совершим краткий экскурс в историю нормотворчества в этой сфере. Институт права граждан на обращение в России имеет точную историческую дату появления. Он зародился в 1497 году с утверждением на Руси Судебника, который, предоставил право подавать челобитные вплоть до самого государя.

На протяжении трех последующих веков формировалось само право на обращение, уточнялись субъекты обращений, порядок работы и меры ответственности. Так, Петр Первый предписывал при рассмотрении жалоб решать дела "по регламенту, по присяге, по злобе не посягая, по дружбе и свойству не маня".1 В эпоху Екатерины Второй было введено разделение обращений для рассмотрения в административном и судебном производстве. Позже был установлен особый порядок производства по каждому виду обращений, введено обязательное уведомление заявителя о положении дел и об окончательном рассмотрении или передаче жалобы в другую инстанцию.

После 1917 года создавались специальные службы и бюро по работе с жалобами, а контроль за соблюдением прав трудящихся на протяжении 50 лет регулировался постановлениями ЦИК СССР и ЦК КПСС, а 12 апреля 1968 года Президиум Верховного Совета СССР принял Указ «О порядке рассмотрения предложений, заявлений и жалоб граждан». Этот указ с небольшими уточнениями продолжал действовать на территории России и ушел в историю недавно, после вступления в силу Федерального закона «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Вслед за принятием в 1993 году новой Конституции Российской Федерации, статья 33 которой закрепила право граждан обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления, встал вопрос о законодательном закреплении порядка реализации этого конституционного права. Однако; многолетняя работа депутатов Госдумы. над проектом федерального закона «Об обращениях граждан» результата не дала.

По прямому поручению главы государства в Администрации Президента Российской Федерации был подготовлен новый» текст законопроекта, который получил название «О порядке рассмотреншг-обращений граждан Российской Федерации» и принят, как уже отмечалось в 2006тоду.

Федеральный закон предусматривает рассмотрение обращений граждан на принципах всеобщего права на обращение и свободы направления, обращений, гласности и объективности при их рассмотрении, равной ответственности должностного лица и заявителя при разбирательстве поставленных вопросов. При этих условиях конституционная норма о праве на обращение превращается в действенный инструмент системы внесудебной защиты прав, свобод и законных интересов граждан.

## Пути развития системы урегулирования финансовых претензий потребителей страховых услуг в Российской Федерации

Полноценная зашита прав потребителей страховых услуг является- объективной- предпосылкой развития национального страхового рынка. Выявленные масштабы и непрерывный рост финансовых претензий потребителей страховых услуг показал, что- основными причинами негативной тенденции являются несовершенство страхового законодательства, пренебрежительное отношение страховых организаций к потребителям страховых услуг, отсутствие внесудебного-института урегулирования споров. Остановимся на основных направлениях повышения уровня-разрешения финансовых претензий потребителей страховых услуг.

Первое направление связано с совершенствованием страхового законодательства. Следует отметить, что Федеральная служба страхового надзора неоднократно на заседании экспертного совета ставила вопрос о совершенствовании законодательного регулирования договора страхования;

Анализ претензий потребителей страховых услуг и мнений специалистов-свидетельствует, что «самое важное для страхователей и- выгодоприобретателей — ясно и четко понимать правила игры, а именно то: - от каких рисков они страхуют свои имущественные интересы; - какие события будут считаться страховыми; - в каких случаях страховщик освобождается от обязанности осуществить страховую выплату даже при условии наступления страхового случая; - какие условия страхования можно определять по соглашению сторон договора страхования, а какие следует принимать как данность в силу императивности нормы, установленной законодательно; - какие последствия наступают в случае, если стороны нарушают договоренности предусмотренные договором страхования; - как определяется размер страховой выплаты и т.д.»1 Поиск исчерпывающих ответов по урегулированию финансовых претен зий потребителей страховых услуг в.48 главе Гражданского кодекса Россий ской Федерации даже для специалистов часто является безрезультатным. Большое число норм 48 главы Гражданского кодекса допускают их неодно значное толкование. «Надо называть вещи своими именами: нормы допус кающие неоднозначное толкование следует признавать юридическим браком, которого у нас с начала 90-х годов Накопилось предостаточно.»2 И при этом следует иметь в виду, что соответствующая неоднозначность используется в финансовых интересах страховых организаций, а не в интересах страховой защиты потребителей страховых услуг, что и характеризует пренебрежи-тельное отношение страховщиков ю потребителям страховых услуг. Кроме того, следует сказать, что объем регулирования договора страхо { вания, а также права и обязанности участников страховых отношений явля ются недостаточными. В результате одинаковые положения, сформулиро ванные в правилах страхования, на практике имеют противоположные по следствия. Такое положение дел сохраняется- и при судебном разрешении споров,между страховыми организациями потребителями страховых услуг. Поэтому условием справедливого разрешения претензий? потребителей стра » ховых услуг является законодательное установление основных условий договора страхования, детальное законодательное регулирование очевидных про блем договорных отношений страхователя и страховщика, включая исключения из страховых случаев, освобождение страховщика от страховой выплаты. При этом условия договоров страхования необходимо, в первую очередь, формировать под массовые виды страхования, включая страхование автокаско, страхование грузов, страхование имущества граждан и другие. И такие условия договоров страхования уже разрабатываются. В частности, подготовлены проекты законов договоров страхования грузов и автотранспорта.

Во многих развитых и развивающихся странах используются Кодексы поведения участников страхового рынка, в которых стандартизирован уровень их приемлемого поведения при осуществлении страховой деятельности. В частности Кодексы поведения охватывают вопросы, деловой этики по-отношению к потребителям страховых услуг. Кодексы выступают в качестве руководства ведения страхового дела для всех участников страхового рынка.

Особо значима роль Кодексов поведения для стран, в которых страховое договорное право менее детализировано и это в полной мере касается Российской Федерации. В этом случае Кодекс поведения становится дополнением к закону, по существу устанавливая стандарты добросовестного ведения страхового дела, которые, в том числе, учитываются при урегулировании финансовых претензий потребителей страховых услуг в судебном порядке.

В ряде стран профессиональные объединения страховщиков используют несколько видов Кодексов поведения различающихся по объему и характеру рассматриваемых вопросов. Например, имеются Кодексы поведения по страхованию жизни, автострахованию и другим видам страхования. Используются отдельные кодексы поведения по работе с юридическими и физическими (частными) лицами.

На развитых рынках соблюдение Кодексов поведения является частью режима саморегулирования, а соблюдение норм Кодекса является обязательным условием членства в саморегулируемой страховой организации, а в отдельных странах, например, в Австралии, орган страхового надзора требует от страховщиков обязательного соблюдения Кодекса поведения в качестве одного из условий получения лицензии на осуществление страховой деятельности. В результате урегулирование убытков и финансовых претензий потребителей страховых услуг осуществляется по существу на стандартизированной основе и с учетом их нравственного наполнения, что минимизирует число жалоб потребителей страховых услуг.

Российский Кодекс поведения, разработанный Всероссийским союзом страховщиков, предназначен для субъектов страхового дела (страховщиков, перестраховщиков, страховых брокеров и независимых экспертов) и не имеет обязательной силы. Поэтому разработка и применение на практике Кодексов поведения российскими страховщиками нами рассматривается как необходимый шаг в формировании цивилизованных форм взаимоотношений участников страхового рынка, включая минимизацию оснований для возникновения финансовых претензий потребителей страховых услуг и справедливое их разрешение. Представляется, что структура кодексов поведения должна включать общий Кодекс поведения, в котором должны быть определены цели, задачи, принципы и базовые нормы поведения и Кодексы поведения по отдельным, наиболее массовым видам страхования.