

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Гражданское право и процесс»

(наименование)

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Гражданско-правовая

(направленность (профиль)/специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)**

на тему «Страхование жизни и здоровья гражданина по российскому
законодательству»

Обучающийся

Н. Р. Плужникова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.э.н., доцент А.А. Соколова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

Аннотация

Тема выпускной квалификационной работы: «Страхование жизни и здоровья гражданина по российскому законодательству». Актуальность темы обусловлена его ключевой ролью в обеспечении социальной защиты населения и поддержании финансовой стабильности общества. В условиях современного мира, где уровень неопределенности и рисков значительно возрос, страхование становится важным инструментом для компенсации непредвиденных расходов, связанных с утратой трудоспособности, болезнями и другими неблагоприятными событиями.

Цель выпускной квалификационной работы – провести комплексный анализ правового регулирования страхования жизни и здоровья граждан по российскому законодательству, выявление проблемных аспектов и разработка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы.

Данная цель определяет постановку следующих задач: рассмотреть историю и развитие законодательства о страховании жизни и здоровья в России; изучить понятие и сущность страхования жизни и здоровья; исследовать обязательное государственное страхование жизни и здоровья; проанализировать добровольное страхование жизни и здоровья; выделить проблемы правового регулирования страхования жизни и здоровья в современных условиях; проанализировать судебную практику по спорам о страховании жизни и здоровья гражданина.

Объект исследования - общественные отношения, возникающие в связи с осуществлением страхования жизни и здоровья граждан в Российской Федерации.

Предмет исследования - нормы российского законодательства, регулирующие отношения в сфере страхования жизни и здоровья граждан.

Структура работы включает в себя введение, три главы, подразделенные на шесть параграфов, заключение и список используемой литературы и используемых источников.

Оглавление

В

Б

в История и развитие законодательства о страховании жизни и

д з

в д

Б о

и р

а о

Б.И.

00.1 Проблемы правового регулирования страхования жизни и здоровья

б о

и р

з н

Б р

и р

д р

и р

р д

в н

и р

р н

в н

р.И.

и о

и н

в р

р р

и н

и н

и р

и р

Введение

Актуальность темы выпускной квалификационной работы обусловлена его ключевой ролью в обеспечении социальной защиты населения и поддержании финансовой стабильности общества. В условиях современного мира, где уровень неопределенности и рисков значительно возрос, страхование становится важным инструментом для компенсации непредвиденных расходов, связанных с утратой трудоспособности, болезнями и другими неблагоприятными событиями. В Российской Федерации развитие страхования жизни и здоровья приобретает особое значение, так как оно способствует повышению уровня жизни граждан, стимулированию долгосрочных сбережений и улучшению демографической ситуации. Несмотря на достигнутый прогресс в развитии страхового рынка, вопросы правового регулирования в этой области остаются актуальными. Необходимость постоянного совершенствования законодательства в сфере страхования жизни и здоровья граждан подчеркивает важность защиты прав и законных интересов страхователей, оптимизации страховых продуктов и повышения эффективности деятельности страховых организаций.

По состоянию на 1 января 2025 года, страховые резервы компаний, специализирующихся на страховании жизни, аккумулировали сумму, превышающую 1,5 триллиона рублей, что свидетельствует о значительной финансовой устойчивости данного сектора. Анализ структуры страховых премий, собранных в течение 2023 года, выявил доминирование взносов по накопительному страхованию жизни (НСЖ), составивших 45,5% от общего объема, в то время как инвестиционное страхование жизни (ИСЖ) и кредитное страхование жизни продемонстрировали доли в 26,8% и 26,4% соответственно; прочие виды личного страхования аккумулировали 1,3%. В 2024 году российский страховой рынок характеризовался сохранением тенденции опережающего роста премий в сегменте страхования жизни, при этом совокупный объем страховых взносов, собранных компаниями,

специализирующимися на страховании жизни, в первом полугодии 2024 года достиг 487,4 миллиарда рублей, что отражает прирост на 42,2% по сравнению с аналогичным периодом 2023 года. Драйверами роста страховых премий в данном сегменте рынка явились, прежде всего, инвестиционное страхование жизни (ИСЖ), продемонстрировавшее рост на 81,6% и достигнувшее суммы в 145,9 миллиарда рублей, и накопительное страхование жизни (НСЖ), рост которого составил 95%, а объем достиг 292,2 миллиарда рублей.

Цель выпускной квалификационной работы – провести комплексный анализ правового регулирования страхования жизни и здоровья граждан по российскому законодательству, выявление проблемных аспектов и разработка предложений по совершенствованию нормативно-правовой базы.

Данная цель определяет постановку следующих задач:

- рассмотреть историю и развитие законодательства о страховании жизни и здоровья в России;
- изучить понятие и сущность страхования жизни и здоровья;
- исследовать обязательное государственное страхования жизни и здоровья;
- проанализировать добровольное страхование жизни и здоровья;
- выделить проблемы правового регулирования страхования жизни и здоровья в современных условиях;
- проанализировать судебную практику по спорам о страховании жизни и здоровья гражданина.

Объект исследования - общественные отношения, возникающие в связи с осуществлением страхования жизни и здоровья граждан в Российской Федерации.

Предмет исследования - нормы российского законодательства, регулирующие отношения в сфере страхования жизни и здоровья граждан.

Теоретическая значимость выпускной квалификационной работы. Представленные результаты исследования обладают потенциалом для расширения теоретической базы знаний в области страхования жизни и здоровья, рассматриваемого в качестве правового института, а также могут служить основой для стимулирования дальнейших научных изысканий в данной предметной области.

Практическая значимость выпускной квалификационной работы заключается в предложениях и выводах, сформулированных в дипломной работе, а также в практической деятельности страховых организаций, юридических консультаций и судебных органов при рассмотрении споров, связанных со страхованием жизни и здоровья граждан.

При написании работы использовались следующие методы научного познания: метод анализа и обобщения, логический, формально-юридический методы исследования.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав и шести параграфов, заключения, списка используемой литературы и используемых источников.

Глава 1 Общая характеристика страхования жизни и здоровья граждан

История и развитие законодательства о страховании жизни и здоровья граждан в России

История и развитие законодательства о страховании жизни и здоровья граждан в России представляет собой сложный и многоступенчатый процесс, отражающий эволюцию социально-экономических отношений и государственного регулирования. Ранние формы страхования, зачастую основанные на принципах взаимопомощи и коллективной ответственности, существовали в дореволюционной России в виде различных благотворительных организаций и корпоративных фондов, однако не имели системного законодательного регулирования. Систематизация и легализация страховой деятельности начались в конце XIX века с принятием ряда нормативных актов, регулирующих деятельность частных страховых обществ, преимущественно в сфере имущественного страхования. Страхование жизни и здоровья занимало в этот период второстепенное место, ограничиваясь преимущественно деятельностью зарубежных компаний и небольшого числа отечественных обществ [32].

Процесс формирования законодательной базы о добровольном страховании жизни и здоровья граждан происходил постепенно, с учетом международного опыта и потребностей развивающейся рыночной экономики. Развитие законодательства сопровождалось совершенствованием нормативно-правовой базы, призванной защитить права застрахованных лиц, установить прозрачные правила страховой деятельности и обеспечить стабильность страхового рынка.

Становление системы личного страхования в Советском Союзе, инициированное в 1918 году, было обусловлено радикальными преобразованиями общественных отношений, последовавшими за

Октябрьской революцией 1917 года, что повлекло за собой трансформацию существовавшей системы страхования. В указанный период времени произошло утверждение государственной монополии в сфере страховой деятельности, юридически закреплённое декретом Совета народных комиссаров РСФСР, с последующей передачей функций управления данной отраслью Высшему Совету Народного Хозяйства (ВСНХ).

Были попытки введения и системы бесплатных государственных услуг, и запрета коммерческой деятельности, и ликвидирование страховых обществ, и аннулирование договоров страхования жизни. В 1921 году произошло становление Российской Государственной страховой организации. Название, которой было дано – Госстрах СССР. Им разрабатывались правила страхования в случае, если произойдет какое-либо несчастное событие» [36, с.77].

В период Новой экономической политики (НЭП) наблюдалась регенерация страховой системы, апогеем которой явилось законодательное оформление института личного страхования, последовавшее за реализацией финансовых реформ 1922 и 1923 годов. Народный комиссариат финансов (Наркомфин), осуществлявший управление через Главное управление Государственного страхования (Госстрах), обеспечил последнему автономию в финансовом отношении, обособив его от государственных обязательств по осуществляемым операциям. Постановлением Совета народных комиссаров (Совнарком) от 1924 года была закреплена монопольная позиция Госстраха, исключающая возможность ведения страховой деятельности иными субъектами. В период, предшествующий 1930-м годам, отмечалась тенденция к интенсивному развитию страхового сектора.

Однако в 1931 году личное страхование перестало принадлежать Госстраху. Оно перешло в систему сберегательных касс. Причиной этому стало проведение налоговой реформы 1930-1931 годов, что и повлекло за собой изменение в государственной страховой политике.

В 1934 году Госстраху снова передали дела личного страхования. А в 1936 году произошло объединение с Правлением Госстраха. Позже началась Вторая Мировая война, которая повлияла на историю страхования того периода. Средства Госстраха отправлялись в государственный бюджет на нужды фронта и тыла. Приблизительная сумма составила 5,8 млрд рублей» , с.80].

В послевоенный период из структуры государственного страхового монополиста произошло выделение открытого акционерного страхового общества «Ингосстрах», специализировавшегося с 1947 года на страховании внешнеэкономической деятельности, а также научно-технического и культурного взаимодействия СССР с иностранными государствами. «Начиная с 1950-х годов наблюдался существенный рост объемов личного страхования, что иллюстрируется увеличением числа застрахованных лиц с 1,8 млн в конце 1945 года до 5,9 млн к началу 1953 года. Данная тенденция обусловлена, в частности, проведением денежной реформы 1947 года, которая способствовала повышению роли денежного обращения в экономике, укреплению советского рубля, снижению инфляционных процессов и, как следствие, росту спроса на услуги личного страхования» [9, с.35].

В период 1962-1970 годов были введены новые виды личного страхования. Появилась система личного страхования с уплатой взносов по безналичным расчётам. Инициатором стал Госстрах. Личное страхование активно развивалось, благодаря чему страховалась жизнь, появилось страхование детей, страхование к бракосочетанию, страхование школьников от несчастных случаев.

К 1981 году существовало 23 вида государственного страхования, 9 из которых принадлежали личному страхованию. Оно делилось на две отрасли: страхование жизни и от несчастных случаев. Для сравнения, в 70-х годах доля застрахованных работников на предприятиях составляла ниже 17%, а в 80-х годах уже процент был больше 52. Объём выплат вырос с 1 млрд рублей до 5 млрд рублей» [23, с.183].

В годы перестройки СССР Госстрах и Ингосстрах стали разрушаться. Так как теперь страхование могло производиться не только в органах государственного страхования. То есть в этот период было разрешено акционерным, взаимным и кооперативным обществам конкурировать между собой на страховом рынке» [23, с.184].

Начиная с 1 января 1991 года, в нормативно-правовом поле Российской Федерации вступил в силу законодательный акт, регламентирующий обязательное страхование жизни и здоровья военнослужащих, проходящих действительную военную службу, от несчастных случаев. Внедрение данного механизма страхования явилось прецедентом в системе социальной защиты военнослужащих и было направлено на снижение финансовых последствий, обусловленных травматизацией или летальным исходом, наступившим в результате выполнения служебных обязанностей. Введение данного вида страхования стало реакцией на объективно существующие риски, сопряжённые с военной профессией, и отражало стремление государства к усилению социальной защищённости военнослужащих. Внедрение вышеупомянутой инновации явилось фундаментальным этапом в генезисе государственной системы страхования в Российской Федерации, обусловив дальнейшую траекторию ее эволюции. Реализация данной инициативы, осуществленная в контексте политических и социально-экономических преобразований, квалифицируется как значимая веха в процессе становления более эффективной системы социальной защиты населения.

Дальнейшее развитие системы страхования получило импульс с принятием Закона о медицинском страховании граждан РСФСР 28 июня 1991 года, заложившего правовую основу для реализации принципов обязательного медицинского страхования (ОМС). Этот законодательный акт, принятый ещё в период существования Советского Союза, стал предпосылкой к внедрению системы ОМС на территории всей Российской Федерации. Вступивший в силу 1 января 1993 года на территории уже суверенной Российской Федерации, Закон об ОМС обеспечил всем

гражданам равный доступ к медицинской помощи, основанный на принципах солидарности и страхового финансирования. Реализация данной программы требовала значительных организационных и финансовых ресурсов, а её эффективность зависела от множества факторов, включая развитие страховых медицинских организаций, совершенствование системы медицинского обслуживания и контроль за использованием страховых средств. Таким образом, введение обязательного страхования жизни военнослужащих и последующее внедрение ОМС представляют собой важные этапы в эволюции системы социального обеспечения в России, отражающие изменение приоритетов государственной политики в сфере социальной защиты населения. Эти мероприятия были направлены на повышение качества жизни граждан и обеспечение их доступа к необходимым медицинским услугам.

Развитие правового регулирования страхования жизни и здоровья в России после 1991 года характеризовалось переходом от советской системы государственного монополизма к рыночной модели с участием как государственных, так и частных страховых компаний. Изначально, правовая база была фрагментарной и несовершенной. Основным нормативно-правовым актом, регулировавшим страхование в начале 1990-х годов, являлся Закон РСФСР от 27.11.1992 № 4015-1 «О страховании», который заложил основы правового поля, но содержал общие положения и нуждался в детализации. Этот Закон определял общие принципы страхования, виды страхования, права и обязанности страховщика и страхователя, но не уделял достаточного внимания специфике страхования жизни и здоровья.

В последующие годы произошла консолидация законодательства. Значительным шагом стало принятие Гражданского кодекса Российской Федерации (часть вторая, от 26.01.1996 № 14-ФЗ), который регулировал договор страхования в общем виде, устанавливая основные принципы и условия ответственности сторон. Однако специфические вопросы страхования жизни и здоровья требовали более детального правового урегулирования.

В 2007 году был принят Федеральный закон от 27.12.2006 № 258-ФЗ «О страховой деятельности», кодифицировавший большинство ранее принятых законодательных актов, касающихся страхования. Этот закон установил более строгие требования к страховым организациям, регулируя их деятельность, в том числе в сфере страхования жизни и здоровья. «Закон содержит общие положения, относящиеся ко всем видам страхования, и отдельные нормы, касающиеся страхования жизни, в частности, устанавливая особенности договора страхования жизни, а также регулируя деятельность страховых медицинских организаций. В дальнейшем, были приняты и другие подзаконные акты, такие как постановления Правительства РФ, уточняющие требования к страхованию жизни и медицинскому страхованию, в том числе правила обязательного медицинского страхования (ОМС)» [23, с.185].

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ, регламентирующий обязательное медицинское страхование (ОМС), устанавливает нормативно-правовую базу функционирования данной системы, детерминируя права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, и одновременно осуществляя регуляцию деятельности страховых медицинских организаций, выполняющих функцию медиаторов между застрахованными лицами и организациями, оказывающими медицинские услуги.

Необходимо отметить, что правовое регулирование страхования жизни и здоровья продолжает развиваться, законодательство постоянно совершенствуется с учетом изменений в экономической и социальной сфере. Вносимые изменения направлены на повышение защиты прав потребителей страховых услуг, усиление контроля за деятельностью страховых организаций и повышение стабильности страхового рынка. В последние годы акцент делается на развитии индивидуального дополнительного медицинского страхования и популяризации страхования жизни с целью создания дополнительных гарантий для населения.

В 2025 году российский страховой рынок претерпевает трансформацию, обусловленную совершенствованием нормативно-правовой базы в области финансового мониторинга и регулирования, что направлено на повышение прозрачности и стабильности сектора. Внедряются унифицированные стандарты, призванные обеспечить защиту прав и законных интересов потребителей финансовых услуг, в частности, страховых. Центральный банк Российской Федерации продолжает деятельность по пресечению мисселинга, представляющего собой недобросовестную практику реализации сложных страховых продуктов инвестиционного характера. В целях повышения осведомленности потребителей о специфике и рисках, сопряженных с приобретением инвестиционных полисов, внедряются обязательные процедуры тестирования клиентов страховщиками, что позволит оценить уровень понимания предлагаемых продуктов и минимизировать риски, связанные с неинформированным выбором.

С 1 января 2025 года в Российской Федерации вводится новый вид долгосрочного страхования жизни, регламентируемый федеральным законом о долевом страховании жизни (ДСЖ). ДСЖ представляет собой комплексный финансовый инструмент долгосрочного инвестирования, интегрирующий страховую защиту клиента, аналогичную классическому страхованию жизни, и возможность самостоятельного инвестирования части страховой премии в активы, представленные паями инвестиционных фондов открытого и закрытого типов. При этом, риск, сопряженный с инвестиционной деятельностью, возлагается на клиента, а итоговая доходность определяется динамикой рыночной стоимости выбранных паев инвестиционных фондов на момент завершения срока действия договора. Договор ДСЖ регламентирует процентное распределение страховой премии между инвестиционной и страховой составляющими, устанавливает ответственность клиента за потенциальные риски, связанные с инвестициями, определяет срок окончания

программы и условия, регулирующие возможность получения выкупной стоимости полиса.

Подобные комбинированные инвестиционные программы страхования жизни *linked* уже давно (более 50 лет) известны на международном страховом рынке и пользуются заслуженным вниманием у зарубежных страхователей-инвесторов, а у компаний страховщиков жизни могут составлять более половины от всей суммы премий совокупного страхового портфеля» [17, с.

На российском финансовом рынке инвестиционное страхование жизни (ИСЖ) выступало в качестве прототипа и предшественника рассматриваемых продуктов, отличаясь от долевого страхования жизни отсутствием у страхователя возможности самостоятельного выбора инструментов для инвестирования части страхового взноса; в ИСЖ данные решения принимались страховщиком, основываясь на заранее определенных инвестиционных стратегиях, что исключало риск самостоятельного инвестирования со стороны клиента. Полисы ИСЖ характеризовались гарантированным возвратом 100% вложенного капитала, что обуславливало консервативный характер применяемых страховщиком инвестиционных стратегий и финансовых инструментов при управлении средствами клиентов.

Прогнозируется, что долевое страхование жизни (ДСЖ) постепенно заменит инвестиционное страхование жизни (ИСЖ) на рынке, что обусловлено законодательным запретом на продажу полисов ИСЖ страховыми компаниями, вступающим в силу с 1 января 2026 года. В соответствии с регуляторными требованиями Центрального Банка Российской Федерации, управление активами клиентов в рамках ДСЖ может осуществляться страховыми компаниями посредством привлечения профессиональных управляющих компаний в качестве инвестиционных партнеров, либо самостоятельно, при условии получения соответствующей лицензии. Согласно федеральному закону «Об инвестиционных фондах», с 1 января 2025 года страховые организации, осуществляющие деятельность в

сфере страхования жизни, имеют право на получение лицензии управляющей компании от Банка России для доверительного управления средствами страхователей по ДСЖ, при этом процесс лицензирования уже инициирован рядом российских страховщиков. Данные меры направлены на повышение прозрачности и контроля за структурой активов страховых организаций, соблюдением принятых инвестиционных стратегий, а также укрепление доверия потребителей к финансовым инструментам.

Страхование жизни и здоровья граждан во всем мире является поставщиком длинных денег для любой экономики страны, имеет огромный инвестиционный потенциал и используется в качестве источника финансирования национальных и государственных проектов. По оценкам специалистов финансового рынка сейчас в домашних хозяйствах и на руках у населения находится более 24 триллионов рублей, которые можно и нужно привлечь в качестве инвестиционного ресурса. Именно поэтому необходимо для привлечения средств населения и повышения его доверия к институтам страхования жизни обеспечить возврат вложений в страховые компании за счет создания специального государственного гарантийного фонда страховщиков, по аналогии с имеющимися гарантиями по страхованию банковских вкладов (АСВ). Законопроект о создании такого гарантийного фонда страховщиков жизни за счет отчислений страховых организаций давно обсуждался страховым сообществом, в текущем году уже был принят во втором чтении в правительстве, и эксперты страхового рынка с нетерпением ожидают его окончательного принятия в конце этого года» [42, с. 132].

Внедрение инновационных финансовых инструментов в практику страхования жизни, формирование государственного гарантийного механизма в данной сфере, повышение транспарентности операций участников инвестиционных программ страхования жизни, а также последовательная оптимизация регуляторного надзора создают предпосылки для привлечения страховым рынком значительных объемов долгосрочного капитала.

В настоящее время законодательство в данной сфере охватывает широкий круг вопросов, включая лицензирование, резервирование, порядок выплаты страховых возмещений, защиту прав потребителей страховых услуг. Однако, несмотря на значительные достижения, развитие законодательства о страховании жизни и здоровья в России продолжает оставаться актуальной задачей, требующей постоянного совершенствования и адаптации к меняющимся социально-экономическим условиям и международным стандартам. В частности, актуальными остаются вопросы повышения финансовой устойчивости страховых компаний, расширения доступа населения к качественным страховым услугам и повышения эффективности государственного регулирования.

1.2 Понятие и сущность страхования жизни и здоровья граждан

Российский страховой рынок, функционирующий в условиях трансформационной экономики, подвержен влиянию санкционных режимов и ограничений в использовании финансовых инструментов, что обуславливает возрастание роли страхования как института обеспечения экономической безопасности общественного воспроизводства и механизма компенсации и минимизации рисков природного, техногенного и социального характера.

На протяжении нескольких лет страхование жизни и здоровья граждан Российской Федерации демонстрирует устойчивую тенденцию к лидирующему положению и динамичному развитию в структуре страхового рынка. Увеличение объемов ежегодно аккумулируемых страховых премий в данном сегменте указывает на повышенный спрос со стороны населения и отражает заинтересованность граждан в инструментах страховой защиты жизни и здоровья, направленных на обеспечение сохранности доходов и поддержание достигнутого уровня благосостояния.

Страхование жизни и здоровья граждан представляет собой вид страховой деятельности, направленный на обеспечение финансовой защиты имущественных интересов страхователя при наступлении определенных событий, связанных с его жизнью и здоровьем, в частности, смерти. Смерть страхователя, как правило, является основным страховым случаем, предусмотренным договором страхования жизни. Однако, возможно расширение покрытия полиса с включением дополнительных рисков, таких как заболевания, инвалидность и иные неблагоприятные события, оказывающие влияние на состояние здоровья застрахованного лица. В более широком контексте термин «страхование жизни» может охватывать совокупность страховых продуктов, ориентированных на удовлетворение индивидуальных потребностей страхователя, включая страхование от потери работы и пенсионное страхование, что свидетельствует о многоаспектности данного вида страхования и его направленности на обеспечение финансовой стабильности и социальной защиты населения.

Система страхования жизни и здоровья населения, имплементированная в различных государствах, демонстрирует унифицированную структуру, характеризующуюся пролонгированными периодическими взаимодействиями между страховой организацией и лицом, приобретающим страховой полис. Первостепенной функцией страхования жизни является обеспечение защиты от двух фундаментальных рисков: достижения застрахованным лицом определенного возраста и наступления смерти. Тем не менее, страховой полис может включать в себя дополнительные рисковые события, такие как получение телесных повреждений, производственных травм, установление инвалидности или возникновение несчастного случая.

Обычно взносы по полису страхования жизни выплачиваются регулярно в течение определенного времени, например, до наступления страхового случая. В зависимости от вида страхования жизни страховая сумма может

выплачиваться только в случае болезни, смерти застрахованного или при других страховых событиях, прописанных в договоре» [1, с.272].

В сфере страхования жизни и здоровья граждан существуют продукты, предусматривающие выплату страховой суммы при наступлении события дожития, которое определяется окончанием срока действия договора страхования. В данном случае факт дожития рассматривается как страховой случай, при котором страхователю выплачивается сумма, аккумулированная за период действия договора, а также инвестиционный доход, полученный страховой компанией в результате инвестирования средств, предоставленных страхователем. В отличие от этого, классическое страхование жизни ориентировано на покрытие риска наступления смерти застрахованного лица. В рамках такого договора страхователь вносит страховые взносы (единовременно или периодически), а в случае смерти застрахованного лица выгодоприобретатели, указанные в договоре, получают страховую выплату. Смешанное страхование, представляющее собой дополнительную форму рискового страхования, предусматривает осуществление страховых выплат в ситуациях, связанных с возникновением заболеваний или получением производственных травм. Характерной чертой данного типа страхования является вероятность наступления страхового случая в любой момент времени, вне зависимости от наличия накоплений по страховому полису. Страхователь обладает правом выбора типа страхового риска, характера травмы и периода страхования. Указанный вид страхования характеризуется повышенным спросом среди лиц, занятых в профессиях с высоким уровнем профессионального риска. При этом, необходимо учитывать, что страховая организация проводит оценку степени опасности профессиональной деятельности страхуемого лица, что может повлечь за собой отказ в предоставлении страховой защиты или существенное увеличение страховой премии [3, с.82].

Кредитное страхование представляет собой разновидность рискового страхования, при котором бенефициаром страховой выплаты выступает

кредитная организация, предоставившая заем страхователю. Данная схема широко применяется при ипотечном кредитовании, где заемщик может застраховать себя от рисков смерти, заболеваний, потери трудоспособности и других непредвиденных обстоятельств. Традиционно страхование жизни и здоровья граждан рассматривается как приоритетный инструмент защиты для лиц, занятых в сферах деятельности, сопряженных с повышенным риском для здоровья. Однако, в действительности, страхование жизни может быть полезным для широкого круга лиц, поскольку позволяет компенсировать недостатки системы социального обеспечения, обеспечивая получение адекватных пособий в случае утраты трудоспособности и формирование дополнительной пенсии после достижения определенного возраста. При этом страхование жизни предоставляет возможность интеграции различных страховых продуктов в рамках одного полиса, что наглядно демонстрируется накопительным и инвестиционным страхованием жизни.

В ряде ситуаций страхование жизни и здоровья индивидуумов приобретает характер квази-обязательного требования, в частности, при оформлении ипотечных займов. Несмотря на законодательное закрепление обязательного страхования исключительно имущества, выступающего в качестве залога по ипотеке, страхование жизни заемщика де-юре квалифицируется как добровольное. Тем не менее, в период до завершения строительства объекта недвижимости и, следовательно, невозможности страхования имущества, страхование жизни заемщика фактически становится необходимостью. Необходимо также учитывать распространенную практику предоставления банками сниженных процентных ставок по ипотечным кредитам при условии оформления страхования жизни заемщика. Прекращение действия договора страхования жизни в течение срока действия кредитного договора может повлечь за собой пересмотр процентной ставки в сторону увеличения до первоначального уровня [13, с.56].

В ГК РФ не закреплено определение договора страхования. Вместо общего

определения договора страхования ГК РФ дает определения двух его видов: договора имущественного страхования и договора личного страхования.

Между тем договор страхования является основным юридическим документом, регламентирующим правоотношения сторон (страховщика и страхователя), в силу которого страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести выплату страхователю или иному лицу (выгодоприобретателю), а страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленный срок. Договор страхования может содержать и другие условия, определяемые по соглашению сторон» [10, с.13] .

При этом договор страхования обладает множеством специфических особенностей, что обуславливает повышенный интерес к возможным проблемам, связанным с нарушением прав и интересов сторон договора. Следует также отметить широкую регламентацию основных условий, элементов договора страхования, формы заключение договора, прав и обязанностей сторон, порядка прекращения и досрочного расторжения договора, что указывает на законодательное урегулирование проблемных вопросов и гражданско-правовых коллизий с целью минимизации нарушения прав сторон договора.

Существуют два вида страхования: добровольное и обязательное. Добровольное страхование призвано обеспечить дополнительные социальные гарантии отдельным категориям граждан (страхование личное, движимого, недвижимого имущества, автотранспорта, животных)» [11, с.167].

Страхование жизни и здоровья граждан является важным элементом финансового планирования. Корень слова «страх» указывает на защиту от финансовых рисков, связанных с потерей трудоспособности или утратой кормильца в семье. Страхование жизни и здоровья граждан можно рассматривать как инвестицию в будущее, обеспечивая защиту финансовой безопасности для себя и близких. В развитых странах страхование жизни является неотъемлемой частью социально-экономического благополучия.

Люди страхуются не на случай заболевания или смерти завтра, а для обеспечения стабильности в будущем и возможности жить полноценной жизнью после выхода на пенсию.

Страхование жизни и здоровья граждан предлагает разнообразные возможности для накопления капитала с учетом возможных рисков, включая долголетие и смерть. По завершении договора страхования человек может ожидать получения накопленных средств и инвестиционных доходов. Это подобно депозиту, но с дополнительными гарантиями. В случае наступления страхового случая, такого как болезнь или инвалидность, страховая компания гарантирует выплату страхового капитала, обеспечивая финансовую защиту как самому застрахованному лицу, так и его близким.

Учитывая все вышесказанное, страхование жизни и здоровья граждан является важным инструментом финансовой безопасности, который обеспечивает защиту от финансовых рисков и позволяет жить спокойно, зная, что даже в случае непредвиденных обстоятельств можно обеспечить себе и своим близким достойный уровень жизни.

Глава 2 Виды страхования жизни и здоровья граждан

2.1 Обязательное государственное страхования жизни и здоровья граждан

Первоначально в развитие конституционных идей социального государства реализация бюджетно-правового статуса государственных внебюджетных фондов осуществляется через институт расходных обязательств, которые устанавливаются системой базовых Федеральных законов. Данный вопрос регулируют следующие законы:

- Федеральный закон от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»; Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»;
- Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
- Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации» [38].

В целях обеспечения реализации социальных интересов граждан и государства, в законодательном порядке регламентировано обязательное государственное страхование, представляющее собой механизм протекции интересов, институционализированный в виде регулируемой государством системы финансово-правовых отношений, возникающих между участниками страхового рынка.

В главе 48 «Страхование» Гражданского кодекса Российской Федерации (далее: ГК РФ) сформулированы общие положения: «о формах страхования, правах и обязанностях субъектов правовых отношений; об интересах, страхование которых не допускается; о последствиях наступления страхового случая; об основаниях по освобождению страховщика от выплаты страхового обеспечения и страхового возмещения; о перестраховании, взаимном государственном страховании» [12].

Обязательное страхование регламентируется законами и подзаконными актами с установленными тарифами. Так, например, институт социальной защиты военнослужащих, сотрудников других силовых структур в последнее время активно развивается и совершенствуется. Так, обязательное государственное страхование предусмотрено Федеральным законом от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации».

Порядок организации работы по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья сотрудников данных служб, а также оформлению и учету документов, необходимых для принятия решения о выплате страховой суммы утвержден приказом ФСИН России от 22 декабря 2022 г. № 8932.

Так, например сотрудники Государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России выполняют широкий спектр задач и играют исключительную роль в предупреждении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, пожаров и техногенных катастроф, в повышении уровня подготовки населения к действиям в чрезвычайных ситуациях и формировании культуры безопасности жизнедеятельности. Они работают на благо общества, несут ответственность за человеческие жизни и окружающую среду, их служба – это пример высшего профессионализма и самоотверженности. Учитывая произошедшие в мире изменения, ГПС МЧС России постоянно совершенствует свою деятельность, чтобы эффективно реагировать на возрастающие вызовы и обеспечивать безопасность граждан в различных ситуациях.

Социальная защита сотрудников МЧС России – это не просто формальность, а вопрос национальной безопасности. Эти люди, рискующие жизнью и здоровьем ради спасения других, заслуживают особой заботы и внимания со стороны государства. Конституция Российской Федерации гарантирует право на жизнь, здоровье и имущество каждому гражданину. Именно поэтому обеспечение их социальной защиты является не просто моральным долгом, а стратегически важной задачей государства.

Актуальность страхования работников государственных служб Российской Федерации, в частности Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России), детерминирована рядом факторов. Во-первых, профессиональная деятельность данной категории лиц сопряжена с повышенным риском для жизни и здоровья, обусловленным необходимостью функционирования в условиях экстремальных ситуаций, включая стихийные бедствия и техногенные катастрофы, что потенциально влечет за собой возможность получения травм различной степени тяжести или летального исхода. Во-вторых, страхование сотрудников МЧС России выступает механизмом обеспечения финансовой стабильности семей в

ситуациях потери кормильца или наступления инвалидности вследствие исполнения служебных обязанностей, что приобретает особую значимость в контексте не всегда достаточного уровня оплаты труда, не позволяющего гарантировать адекватное материальное обеспечение иждивенцев в случае утраты трудоспособности. В-третьих, наличие страховой защиты оказывает позитивное влияние на эффективность деятельности МЧС России, поскольку уверенность сотрудников в социальной защищенности их семей способствует повышению ответственности при выполнении профессиональных задач и снижению вероятности принятия решений, несущих неоправданный риск для жизни и здоровья [6, с. 260].

Необходимость страхования сотрудников специальных служб Российской Федерации продиктована императивом обеспечения безопасности, охраны жизни и здоровья указанных специалистов, а также предоставления мер социальной поддержки их семьям в ситуациях наступления неблагоприятных событий. Следует отметить, что рассматриваемая проблематика не относится к числу неизученных в рамках научного дискурса. Специфика и общественная значимость деятельности например, ГПС МЧС России обуславливают необходимость специального страхования сотрудников этой службы. Обязательное страхование жизни и здоровья спасателей финансируется из федерального бюджета России и обеспечивает защиту от возможных рисков для жизни и здоровья. Данный вид страхования жизни и здоровья спасателей необходим, поскольку сотрудники ГПС МЧС России часто подвергаются риску причинения вреда в ходе исполнения своих прямых обязанностей.

Спецификой заключения договора страхования, страхователем в котором выступает государственный орган государственной власти, является тот факт, что страховые организации выбираются в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [39]. Обязательное

государственное страхование осуществляется страхователем за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых страхователю на осуществление обязательного государственного страхования.

«Сотрудники уголовно-исполнительной системы в данных страховых правоотношениях являются застрахованными лицами и одновременно выгодоприобретателями в случае получения ими увечья, установления инвалидности. Особым страховым риском является смерть сотрудника, когда выгодоприобретателями выступают его близкие родственники, и в этом случае кадровые подразделения учреждения или органа уголовно-исполнительной системы должны установить и уведомить выгодоприобретателя [40, с. 181]. Для застрахованным лицом увечья (ранения, травмы, контузии), гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения службы проводится служебная проверка в целях установления обстоятельств получения увечья, гибели (смерти) в соответствии с приказом Минюста России от 31 декабря 2020 г. № 341 «Об утверждении Порядка проведения служебных проверок в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации» [30]. «В процессе проведения служебной проверки выявляется причинно-следственная связь между действиями сотрудника или других лиц и наступившими нежелательными последствиями для здоровья и жизни застрахованного лица. Например, если травма получена сотрудником при участии в спортивных соревнованиях, выясняется, выполнение какого упражнения или приема борьбы стало причиной травмы, как именно двигались соперники на ринге (если речь идет о единоборствах, где часто случаются травмы)» [30].

Еще одним важным моментом являются фиксация и дальнейшее отражение в документации служебной проверки факта оказания срочной медицинской помощи на площадке проведения соревнования, если помощь была оказана до доставления травмированного сотрудника в медицинскую организацию. Отсутствие соответствующего документа может в последующем стать

препятствием для принятия положительного решения страховой организацией» [33].

Учитывая то, что «служба в правоохранительных органах регулируется в первую очередь специальными нормативными актами и отношения носят служебно-трудовой характер, при наступлении страхового случая необходимо незамедлительно уведомить своего непосредственного начальника и передать информацию в дежурную службу учреждения, где сотрудник проходит службу» [41, с.54].

Для инициирования служебной проверки необходимо учитывать, что при рассмотрении заявления выгодоприобретателя о страховой выплате в соответствии с Федеральным законом № 52-ФЗ от 28 марта 1998 г., первостепенной задачей страховой компании является установление непосредственной каузальной связи между наступлением страхового случая и состоянием алкогольного, наркотического или токсического опьянения застрахованного лица. Наличие подобной причинно-следственной связи является основанием для отказа в выплате страхового возмещения как застрахованному лицу, так и выгодоприобретателю. К обстоятельствам, исключающим страховую выплату, относятся случаи, когда наступление страхового случая находится в прямой причинной зависимости, установленной судебным решением, от алкогольного, наркотического или токсического опьянения застрахованного лица, либо является следствием умышленного причинения застрахованным лицом вреда своему здоровью, что также должно быть подтверждено соответствующим судебным актом.

Статьей 11 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ предусмотрено, что выплата страховых сумм производится страховщиком на основании документов, подтверждающих наступление страхового случая. Перечень документов, необходимых для принятия решения о выплате страховой суммы, устанавливается Правительством Российской Федерации.

Определение степени тяжести увечий (ранений, травм, контузий) застрахованных лиц осуществляется соответствующими медицинскими

организациями федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба [18].

Перечень увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, определяется Правительством Российской Федерации. Такой перечень утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855 «О мерах по реализации Федерального закона “Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации». При этом широкое толкование Перечня не допускается, что влечет за собой такие последствия, как невключение полученной травмы в страховой случай, если она отсутствует в данном Перечне [16].

В качестве одной из проблем обязательного страхования сотрудников уголовно-исполнительной системы называется также отсутствие в законе случаев заражения сотрудника определенными инфекционными заболеваниями как страховых» [21, с. 78].

Помимо вышеизложенного, судебная практика указывает на существенные затруднения, возникающие в связи с неполным предоставлением страхователями медицинской документации, подтверждающей состояние их здоровья. Данное обстоятельство создает объективные препятствия для всесторонней оценки страхового риска страховыми компаниями и, как следствие, адекватного определения страховой суммы. Неполнота информации, предоставляемой страхователем, зачастую служит основанием для оспаривания размера возмещения страховой выплаты, порождая многочисленные судебные разбирательства.

Необходимо отметить, что, хотя действующее законодательство предоставляет страховщику право запрашивать информацию в медицинских учреждениях для уточнения имеющихся данных, такое право носит декларативный характер и не гарантирует своевременного получения необходимой информации. В связи с этим, для обеспечения эффективного функционирования системы личного страхования и минимизации судебных споров, представляется целесообразным законодательное закрепление обязанности страховщика, осуществляющего личное страхование, инициировать запросы в медицинские организации с целью получения исчерпывающей информации о состоянии здоровья страхователя. Это позволит исключить ситуации, когда неполнота медицинской документации, предоставленной страхователем, становится причиной занижения страховой суммы или отказа в выплате. Более того, введение данной обязанности страховщика будет способствовать повышению прозрачности и предсказуемости страховых отношений, снижая уровень неопределенности, как для страхователей, так и для страховых компаний. Реализация данной инициативы позволит усилить защищенность прав страхователей, гарантируя более справедливое и обоснованное определение страховой выплаты, соответствующей действительному страховому риску, объективно оцененному на основании полной и достоверной медицинской информации, полученной страховщиком в рамках закрепленной законодательно обязанности инициирования запросов в медицинские учреждения.

Помимо обязательного страхования жизни и здоровья спасателей, для сотрудников и работников ГПС МЧС России Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. № 69-ФЗ «О пожарной безопасности» предусмотрено обязательное государственное личное страхование за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

Кроме того, Федеральным законом от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и

начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации» (ФЗ № 52-ФЗ) установлены основания, условия и порядок обязательного государственного личного страхования сотрудников ГПС МЧС России.

Следовательно, «наличие обязательного государственного страхования жизни и здоровья обеспечивает социальную защиту работников и их семей в случае неожиданных ситуаций и травм, возникших в ходе исполнения трудовых обязанностей. Обязательное государственное страхование жизни и здоровья сотрудников ГПС МЧС России можно определить как комбинированное, поскольку оно охватывает риски смерти и несчастного случая» [44, с. 57]. В данном случае в страхование сотрудников ГПС МЧС России включены аспекты защиты жизни, поскольку смерть пожарного в период страхования считается страховым случаем, и страхования от несчастных случаев, поскольку инвалидность, серьезные или легкие травмы также считаются страховыми случаями. Так как жизнь и здоровье сотрудников федеральной противопожарной службы (ФПС) ГПС МЧС России могут быть под угрозой в результате их служебной деятельности, то их страхование направлено на защиту нематериальных ценностей. Основными причинами возникновения страховых отношений являются опасность возникновения угроз жизни и здоровья от последствий опасных ситуаций и стремление государства и общества к защите их жизни и здоровья от этих последствий.

Страхование персонала Федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФПС ГПС МЧС России) классифицируется как личное страхование, что обусловлено объектами

страхования и страховыми рисками, связанными с потенциальной утратой жизни, трудоспособности и здоровья застрахованных лиц, на случай наступления, которых и осуществляется страховая защита. В контексте оптимизации нормативно-правовой базы в сфере страхования представляется целесообразным проведение унификации и консолидации законодательных актов, регулирующих обязательное государственное страхование отдельных категорий граждан, в рамках единого нормативного документа. Данный нормативный акт должен содержать чёткое определение целей, задач, принципов и общих условий обязательного страхования сотрудников ФПС ГПС МЧС России. Кроме того, рекомендуется включить исчерпывающий перечень видов обязательного страхования в Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Страховая защита сотрудников Государственной противопожарной службы (ФПС) МЧС России является императивной в силу специфики их профессиональной деятельности, сопряженной с повышенным риском для жизни и здоровья. Функционирование системы страхования для указанной категории работников регламентируется принципами обязательного государственного страхования. В случае наступления страхового события, а именно гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения службы или в течение одного года после ее окончания, выгодоприобретателям выплачивается страховая сумма в размере 2 000 000 рублей, распределяемая между ними в равных долях. При установлении инвалидности застрахованному лицу вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученного в период несения службы, размер страховой выплаты дифференцируется в зависимости от группы инвалидности и тяжести повреждения. Инвалидам I группы полагается страховая выплата в размере 1 500 000 рублей, инвалидам II группы – 1 000 000 рублей, а инвалидам III группы – 500 000 рублей. В случае получения тяжелого увечья (ранения, травмы, контузии) во время службы, размер страхового возмещения

составляет 200 000 рублей, а при легком увечье (ранении, травмы, контузии) – 50 000 рублей.

Данные категории сотрудников МЧС России часто выполняют схожие функции: спасатели могут быть задействованы в тушении пожаров, а пожарные – принимать участие в операциях по спасению. В связи с этим возникает вопрос о необходимости унификации норм страховой защиты для всех сотрудников МЧС России вне зависимости от подразделения. Необходимо провести дополнительную работу по обновлению и согласованию законодательства, регулирующего страховую защиту спасателей и пожарных, с целью обеспечения единого и справедливого подхода к страховым выплатам для всех сотрудников МЧС России, учитывая специфику их работы и риски, которым они подвергаются. Отметим, что обязательное государственное страхование распространяется на сотрудников системы ГПС МЧС России, в то время как защита гражданского персонала осуществляется по другим организационно-правовым формам. Ущерб, понесенный гражданским персоналом во время исполнения служебных обязанностей, возмещается двумя способами:

- через страховые выплаты;
- через предусмотренные законом компенсации [35].

Система компенсационных выплат, предоставляемых служащим Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ГПС МЧС России), определяется как механизм реализации государственных социальных обязательств. Следовательно, страхование персонала ГПС МЧС России является принципиально важным элементом в контексте обеспечения финансовой устойчивости сотрудников и членов их семей в ситуациях, связанных с возникновением несчастных случаев или получением травматических повреждений в процессе исполнения служебных обязанностей. Данная система включает в себя диверсифицированный спектр

страховых продуктов, охватывающий страхование жизни и здоровья, медицинское страхование, пенсионное обеспечение, а также страхование от несчастных случаев. Вместе с тем функционирование данной системы характеризуется наличием ряда проблемных аспектов, в частности, отмечается значительная величина страховых взносов и недостаточная осведомленность сотрудников о доступных страховых программах и их условиях. Для оптимизации системы страхования представляется необходимым интенсифицировать информационную работу с персоналом, разработать адаптируемые к индивидуальным потребностям программы страхования и стимулировать участие сотрудников в программах страхования. Кроме того, ключевым фактором является обеспечение надлежащего контроля за соблюдением нормативных требований в сфере страхования и налаживание взаимодействия с заинтересованными организациями для разработки и внедрения эффективных страховых механизмов.

Соблюдение нормативных положений, регламентирующих правовые отношения в области обязательного государственного страхования, является принципиально важным. В этой связи, дальнейшая оптимизация механизмов страхования и совершенствование процедур верификации страховых случаев представляются необходимыми для минимизации судебных разбирательств. Разрешение обозначенных проблем посредством правовых инструментов способно обеспечить улучшение условий труда сотрудников уголовно-исполнительной системы и, как следствие, повысить престиж данной сферы деятельности.

2.2 Добровольное страхование жизни и здоровья граждан

Добровольное страхование жизни и здоровья граждан – это вид страхования, при котором гражданин по собственной инициативе и на основании заключенного договора со страховой компанией уплачивает

страховые взносы, а страховая компания обязуется выплатить страховую сумму или страховое возмещение при наступлении определенных событий, связанных с жизнью и здоровьем застрахованного лица, указанных в договоре.

Добровольное медицинское страхование играет важную роль в системе здравоохранения, позволяя гражданам получать доступ к качественной медицинской помощи и расширяя возможности выбора врачей и учреждений здравоохранения. С одной стороны, оно выступает дополнительным механизмом обеспечения граждан медицинским обслуживанием, помимо обязательного медицинского страхования (ОМС). С другой стороны, позволяет получить более широкий спектр медицинских услуг, включая высокотехнологичные и дорогостоящие процедуры. А в условиях быстрого развития медицинских технологий, роста затрат на медицинскую помощь и повышения требований пациентов, ДМС становится все более актуальным и востребованным видом страхования» [22, с.134].

Одной из главных причин, в связи с которой ДМС приобретает все большую популярность, является возможность получения широкого спектра медицинских услуг по выбору и без необходимости ожидания в очередях. Владельцы полисов ДМС имеют возможность обратиться к квалифицированным специалистам и проходить обследования без лишних хлопот. Помимо этого, «ДМС предоставляет высокий уровень комфорта и удобства для пациентов. Люди могут выбирать клиники и врачей по своему усмотрению, определять время и дату приема, а также получать консультации и медицинскую помощь вне стандартных рабочих часов. Это особенно актуально для занятых людей, которые ценят свое время и желают обеспечить себе максимально комфортные условия при обращении за медицинской помощью.

Однако в России существуют проблемы, которые негативно влияют на функционирование рынка ДМС и достижение его основных целей. Одной из основных проблем в развитии ДМС в России является недоступность

данного вида страхования для всех слоев населения. Цены на полисы ДМС часто являются непосильными для граждан с низким уровнем дохода. Это создает неравенство в доступе к медицинским услугам и мешает развитию ДМС в РФ. Некоторые страховые программы ДМС могут иметь ограниченное покрытие, исключения или ограничения на определенные виды услуг, что делает их менее привлекательными для определенных групп населения» [27, с. 64].

Другими проблемами, существующие в рассматриваемой области, являются: ограниченный качественный контроль, некачественные услуги, неравномерное качество и доступность медицинских услуг для застрахованных лиц. Кроме того, страховые взносы по ДМС могут повышаться со временем, что делает страхование медицинских услуг недоступным для определенных групп населения или индивидуальных лиц. Также можно выделить отсутствие механизмов контроля качества медицинских услуг, предоставляемых по ДМС, что может привести к непредсказуемости в области качества услуги для застрахованных лиц» [19, с.260].

Отсутствие унифицированной нормативно-правовой базы, регламентирующей функционирование организаций, предоставляющих услуги добровольного медицинского страхования (ДМС) на территории Российской Федерации, а также определяющей права и обязанности субъектов страхования, является фактором, обуславливающим потенциальную нестабильность и неоднозначность в интерпретации условий предоставления услуг. Данное обстоятельство создает прецеденты для проявления дискреционных полномочий со стороны страховых организаций, что, в свою очередь, может приводить к снижению транспарентности в реализации договорных обязательств и, как следствие, к ущемлению интересов потребителей. Важно отметить, что в отличие от системы обязательного медицинского страхования, деятельность в сфере ДМС в настоящее время не подкреплена специализированным федеральным

законом, что свидетельствует о пробеле в нормативном регулировании данной области.

В связи с этим, отсутствие законодательного регулирования может привести к проблемам, связанным с отказами в осуществлении медицинской помощи или задержками в оплате медицинских услуг. Недостаточная прозрачность в договорах ДМС и непонятные условия страхования могут привести к ситуации, когда страхователю оказывается неожиданное ограничение в выборе врачей или лечебных учреждений, что ограничивает его право на получение качественной медицинской помощи» [15, с.30].

Для решения проблемы отсутствия законодательного обеспечения функционирования рынка ДМС в России необходимо разработать и принять соответствующий законодательный акт, который бы определил основные принципы и правила проведения добровольного медицинского страхования» , с.395].

Закон должен включать следующие основные элементы:

- определение основных понятий и терминов в области ДМС – страховая компания, страховой полис, страхователь, застрахованный и т.д.;
- установление основных прав и обязанностей сторон – страхователя и страховой компании. Например, страхователь должен иметь право на ознакомление с полными условиями страхования и прозрачностью в договоре, а страховая компания должна выполнять свои обязательства по своевременной оплате медицинских услуг;
- установление принципов оценки и контроля качества оказания медицинских услуг, а также разработка стандартов и критериев для оценки и контроля этого качества. Например, можно предусмотреть обязательную аккредитацию лечебных учреждений и сертификацию врачей.

В юридической литературе отмечается, что «одной из основных проблем ДМС в России является его полностью корпоративная

направленность. В большинстве случаев ДМС оформляется работодателем для своих сотрудников, что ограничивает доступ к страховому покрытию только для определенной группы лиц. Это исключает возможность для самозанятых и безработных лиц воспользоваться ДМС, ограничивая их возможности получения качественной медицинской помощи. Такая полностью корпоративная направленность также создает проблему неравенства в доступе к ДМС» [2, с. 20].

Другой проблемой, связанной с ДМС в России, является нехватка возможности оценки качества оказания медицинских услуг. В настоящее время отсутствуют средства, которые позволяют застрахованным лицам оценить качество медицинской помощи, которую они получают, и выбрать самых квалифицированных медицинских специалистов. Это может влиять на доверие застрахованных лиц к ДМС и приводить к непрозрачной ситуации в выборе медицинских услуг [16, с.33].

Связанной с предыдущей проблемой является вопрос, отсутствия единых стандартов оценки качества оказания медицинских услуг, в рамках ДМС. На сегодняшний день нет четких критериев и показателей, которые позволяют сравнивать качество услуг различных медицинских учреждений и выбирать наиболее эффективное обслуживание. Это создает проблему недостаточной прозрачности системы ДМС и ограничивает возможность застрахованных лиц сделать информированный выбор» [27, с.64].

В условиях современной экономической волатильности и инфляционных процессов наблюдается тенденция к перманентному росту стоимости добровольного медицинского страхования (ДМС), что оказывает негативное влияние на его доступность для широких слоев населения, в частности, для представителей среднего класса и лиц с низким уровнем дохода. Данное обстоятельство закономерно ограничивает их возможности в получении квалифицированной медицинской помощи, соответствующей современным стандартам. Параллельно с этим, увеличение страховых тарифов может повлечь за собой редукцию объема предоставляемых

медицинских услуг в рамках страхового полиса, что, в свою очередь, лишает застрахованных лиц полного доступа к необходимым диагностическим и лечебным процедурам, а также к фармакологическим препаратам.

Кроме того, в ответ на эскалацию тарифов, отдельные страховые организации могут прибегать к тактикам, направленным на снижение объема оказываемых медицинских услуг либо на ухудшение их качественных характеристик. Такая практика, безусловно, оказывает деструктивное воздействие на общую ситуацию в сфере здравоохранения и снижает уровень доступности квалифицированной медицинской помощи для населения.

В связи с вышеизложенным, представляется необходимым разработка и внедрение комплекса мер, направленных на осуществление контроля за динамикой роста страховых тарифов, стимулирование конкурентной среды на рынке страховых услуг, а также на разработку и реализацию эффективных стратегий, позволяющих сохранить доступность качественной медицинской помощи для всех социальных слоев и демографических групп населения. Это может включать в себя, в частности, совершенствование механизмов государственного регулирования страхового рынка, расширение программ государственной поддержки для социально уязвимых групп населения, а также стимулирование развития альтернативных форм финансирования здравоохранения, таких как обязательное медицинское страхование и развитие некоммерческих страховых организаций.

Вместе с тем, в последние годы наблюдается устойчивый рост интереса к ДМС со стороны населения, а также повышение качества предоставляемых услуг.

Перспективы развития ДМС в Российской Федерации связаны с несколькими факторами. Во-первых, дальнейшее увеличение спроса на ДМС среди населения. Повышение уровня благосостояния, осознание важности здоровья и доступность медицинского обслуживания будут способствовать росту интереса к ДМС.

Во-вторых, развитие технологий и медицинских инноваций будет иметь прямое влияние на ДМС. Внедрение новых методов диагностики и лечения, использование телемедицины, разработка персонализированной медицины и применение искусственного интеллекта в медицине открывают новые возможности для развития ДМС и повышения качества предоставляемых услуг» [23, с.185].

Формирование благоприятной среды для развития добровольного медицинского страхования (ДМС) детерминировано необходимостью разработки и имплементации эффективных механизмов государственного контроля и надзора, а также установлением унифицированных стандартов качества, регламентирующих деятельность страховых организаций и медицинских учреждений, участвующих в реализации программ ДМС. Контрактные обязательства в рамках ДМС оформляются в письменной форме, в соответствии с внутренними нормативными актами страховой компании, и должны содержать исчерпывающую информацию об условиях страхования, включая период действия соглашения, идентификационные данные застрахованных лиц, перечень страховых случаев и иные существенные параметры. Заключение договора ДМС осуществляется посредством письменного соглашения, допускающего использование электронных форм, в соответствии с положениями статьи 160, пункта 1, и статьи 940, пунктов 1 и 2 Гражданского кодекса Российской Федерации. Без указания срока действия договор будет признан недействительным. В большинстве случаев договор ДМС считается заключенным с момента подписания текста договора. Однако он может предусматривать иное. Это означает, что возможны два варианта:

- договор может предусматривать условие, согласно которому он считается заключенным с момента его подписания. На практике этот вариант наиболее распространенный;
- договор может вступать в силу с момента уплаты первого страхового взноса (п. 1 ст. 957 ГК РФ)» [23, с.185].

Стороны могут предусмотреть, что медицинская помощь, оказанная до момента заключения договора ДМС, также оплачивается. Возможна и обратная ситуация: оплата только тех медицинских услуг, которые будут оказываться с более позднего момента, чем момент заключения договора. Например, в договоре ДМС, который заключен 20 декабря, указывается, что медицинская помощь оплачивается с 1 января следующего года» [23, с.185].

Медицинское страхование может быть индивидуальным и коллективным. Договор ДМС начинается с представления страхователем заявления на страхование. Заявление может быть составлено:

- на самого страхователя, на членов его семьи (индивидуальное страхование);
- на работников организации (коллективное страхование).

При заключении договора ДМС работодателем в отношении работников работодатель является страхователем, а работники - застрахованными лицами.

В договоре ДМС должны быть указаны виды страховых случаев и исключения из них, на которые не распространяется действие страховки. Страховым случаем по ДМС, как правило, является обращение застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, предусмотренных программой ДМС, в медицинское учреждение, входящее в перечень медицинских учреждений, включенных в данную программу ДМС» [17, с.191].

В частности, «договором может быть предусмотрено оказание амбулаторно-поликлинической помощи, стоматологической помощи, помощи на дому, скорой и неотложной медицинской помощи, экстренной и плановой стационарной помощи. Подробный перечень таких услуг может быть приведен в приложении к договору.

Исключением из страховых случаев может являться, например, обращение за медицинской помощью при получении травмы в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Размер страховой премии (т.е. платы за страхование) определяется в соответствии с установленными страховыми тарифами. Сроки и порядок внесения страховой премии устанавливаются договором страхования. Так, договором страхования может быть предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку. При этом следует учитывать, что договором также предусматриваются последствия неуплаты в установленный срок страховых взносов (ст. 954 ГК РФ)» [23, с.184].

По общему правилу при заключении договора добровольного страхования страховщик должен предусмотреть условие о возврате страхователю уплаченной страховой премии. Данное условие предполагается как обязательное в случае отказа от договора в течение 14 календарных дней со дня его заключения (или более длительного срока - по решению страховой компании) при условии, что в этот срок не произошел страховой случай (п. п. 1, 2 Указания Банка России от 20.11.2015 № 3854-У).

Если страхователь отказался от договора в указанный срок, но до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме. Если страхователь отказался от договора в указанный срок, но после начала действия страхования, то страховая компания вправе удержать часть страховой премии пропорционально сроку действия договора (п. п. 5 - 6 Указания).

Возврат страховой премии должен быть произведен в срок, не превышающий десяти рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора (п. 8 Указания).

Право на получение страховой суммы принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор (п. 1 ст. 934 ГК РФ). Когда наступает страховой случай, застрахованный должен получить медицинскую помощь, а медицинское учреждение - оплату услуг по установленным в договоре тарифам.

На практике зачастую в течение действия договора ДМС предполагаемый объем услуг для застрахованного лица может меняться, поэтому желательно

предоставить страхователю право изменять размер страховой суммы путем подписания дополнительного соглашения со страховщиком. Например, может возникнуть ситуация, когда объем медицинских услуг, предоставленных медицинским учреждением, превышает сумму, указанную в договоре, и в связи с этим страховщик может потребовать от страхователя внести дополнительные страховые взносы» [10, с.13].

Основные обязанности страховщика по договору ДМС:

- выдавать страховой полис застрахованным лицам;
- организовывать оказание медицинских услуг застрахованным лицам в соответствии с программой страхования, заключая договоры с медицинскими учреждениями;
- производить оплату медицинских услуг в оговоренные договором сроки;
- не разглашать сведения о застрахованных лицах, если это не противоречит закону» [10].

Страховщик по договору ДМС вправе:

- проверять достоверность данных, указанных страхователем при заключении договора;
- проверять состав и обоснованность медицинских услуг, оказанных медицинским учреждением;
- отказывать в оплате медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором.

Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать страховую премию;
- сообщать при заключении договора обо всех известных ему обстоятельствах, влияющих на оценку страхового риска;
- в случае неоказания медицинских услуг по ДМС ставить об этом в известность страховщика» [10].

Страхователь вправе требовать от страховщика предоставлять

застрахованным лицам медицинские услуги в медицинских учреждениях, предусмотренные договором ДМС.

Страхователь имеет право на социальный вычет в части расходов на уплату страховых взносов по договорам ДМС, заключенным в свою пользу, в пользу своих супруга (супруги), родителей, детей и подопечных в возрасте до 18 лет, а в установленных случаях и в части расходов на уплату страховых взносов в пользу детей и бывших подопечных в возрасте до 24 лет (пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ)» [6, с.260].

В России добровольное страхование жизни и здоровья может быть приобретено практически любым гражданином, но чаще всего его оформляют для следующих категорий:

- спортсмены. Страхование покрывает риски, связанные с травмами, несчастными случаями и заболеваниями, которые могут возникнуть во время тренировок и соревнований. Полис может включать выплаты при временной или полной потере трудоспособности, инвалидности и даже смерти. Часто является обязательным условием участия в соревнованиях. Люди, занимающиеся спортом для себя, также могут застраховать свою жизнь и здоровье от травм и несчастных случаев, связанных с их увлечением. Это может быть актуально для тех, кто занимается травмоопасными видами спорта, такими как горные лыжи, сноуборд, экстремальные виды спорта, единоборства и т.д. [7];
- дети. Покрывает риски травм, ожогов, отравлений и других несчастных случаев, которые могут произойти с ребенком дома, в школе, на улице или во время занятий спортом [20];
- взрослые трудоспособного возраста. Люди, занимающиеся опасными профессиями: шахтеры, строители, спасатели, водители и другие работники, чья работа связана с повышенным риском для жизни и здоровья. Страхование жизни может обеспечить финансовую поддержку семье в случае смерти кормильца;

- пожилые люди. Помогает покрыть расходы на лечение и реабилитацию после травм, полученных в результате падений или других несчастных случаев, которые чаще происходят в пожилом возрасте;
- путешественники. Страхование путешественников включает в себя медицинскую страховку, а также страхование от несчастных случаев, потери багажа и других рисков, связанных с поездками. Люди, участвующие в мероприятиях, связанных с повышенным риском, таких как альпинизм, дайвинг, охота, и т.д. [28].

В целом, добровольное страхование жизни и здоровья в РФ доступно любому гражданину, независимо от возраста, профессии и состояния здоровья. Выбор конкретного страхового полиса зависит от индивидуальных потребностей и финансовых возможностей.

Добровольное страхование детей от несчастных случаев представляет собой вид страховой защиты, инициируемой законными представителями несовершеннолетнего, как правило, родителями. Возрастной диапазон для оформления страхового полиса определяется индивидуально каждой страховой организацией, при этом некоторые компании предлагают страхование, начиная с младенческого возраста. Данная услуга демонстрирует тенденцию к увеличению востребованности в связи с возможностью минимизации финансовых затрат, связанных с лечением травм и повреждений, полученных ребёнком. Страховое покрытие может быть реализовано в двух формах: круглосуточное, обеспечивающее защиту в любое время суток и при любых обстоятельствах, и частичное, действие которого ограничено определенными временными интервалами и видами деятельности, такими как спортивные тренировки, занятия физической культурой, пребывание в образовательных учреждениях или секциях, а также иные периоды, оговариваемые в страховом договоре [43].

Распространены полисы, охватывающие школьные занятия. Срок действия такого договора – 9 месяцев, то есть учебный год. Для детей дошкольного

возраста это время нахождения в детском саду. Минусом является то, что получение ребёнком травмы в другой период страховка не покрывает. Так, получение ребёнком травмы за границей обычно входит в страховку, но стоит уточнить этот момент при заключении договора.

Базовые риски могут быть расширены по желанию страхователя – с соответствующим увеличением стоимости услуг. Некоторые компании предлагают как отдельный пункт в договоре страхование от укуса клеща. Укусы других животных, например собак, входят в стандартную программу. Страхование от несчастных случаев может покрывать травмы, полученные при занятии спортом. Но при заключении договора, который включает такую опцию, стоит внимательно изучить условия выплаты компенсации. Так, имеет значение время, когда произошёл страховой случай, – полис может распространяться на любые тренировки или только на соревнования. Причём для детей, занимающихся спортом на профессиональном уровне, наличие полиса обязательно для доступа к турнирам» [20, с.350].

Страховая организация имеет право отклонить заключение договора страхования в отношении несовершеннолетнего лица, если последний попадает под критерии, определяемые как группы исключения, специфика которых подлежит уточнению непосредственно у страховщика. Умышленное сокрытие информации о наличии у страхуемого заболевания или состояния, являющегося фактором риска, служит основанием для аннулирования страхового договора и последующего возмещения убытков со стороны страхователя. В случае наступления страхового события при установленном факте сокрытия информации страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения. Договоры страхования от несчастных случаев для несовершеннолетних классифицируются по временному признаку действия полиса на два типа: договоры с круглосуточным покрытием и договоры с ограниченным периодом действия. Первый тип договоров предусматривает страховую защиту ребёнка в режиме 24/7, обеспечивая покрытие расходов при получении травм независимо от времени и обстоятельств их

возникновения. Второй тип договоров предусматривает действие страховой защиты только в строго определённые периоды времени, например, во время тренировочных занятий и соревнований, уроков физической культуры или иных учебных дисциплин, нахождения в образовательном учреждении или спортивной секции, в вечернее время суток и т.д., в соответствии с условиями договора. «Отдельно можно выделить накопительное страхование. Суть такого договора в том, что родители до совершеннолетия ребёнка систематически вносят деньги на счёт, с которого страховая компания покрывает расходы при наступлении несчастного случая. Если ничего не произошло, средства возвращаются, и это способ накопить, например, на образование детей. Заключение договора и стоимость полиса. Процедура оформления полиса стандартная. Отличие состоит в том, что застрахованный (ребёнок) и страхователь (заключающий договор) – разные лица. Остальные действия идентичны: выбираете компанию и программу, согласовываете условия и подписываете соглашение» [10, с.12]. В сфере страхования наблюдается тенденция предоставления преференциальных условий, в частности, в форме специализированных программ или дисконтированных тарифов, для семей, осуществляющих страхование двух и более несовершеннолетних. Процедура получения страховой выплаты, независимо от типа страхового полиса, регламентируется общим принципом необходимости документального подтверждения факта наступления страхового случая и оказания соответствующей медицинской помощи. В качестве легитимных доказательств рассматриваются медицинские справки, выданные компетентным врачом, заключения специализированных медицинских комиссий, констатирующие факт инвалидности, а также свидетельства о смерти.

Глава 3 Анализ современного состояния страхования жизни и здоровья гражданина

Проблемы правового регулирования страхования жизни и здоровья граждан в современных условиях

Очень часто возникают ситуации с навязыванием страховок при потребительских кредитах. В целом, наличие страхования влияет на процентную ставку кредита, и заемщику предлагаются два варианта: с и без страховки. Навязывание страховки незаконно и влечет административную ответственность. Однако, Указание Банка России № 6139-У, регулирующее страхование, вызывает вопросы из-за противоречий в его формулировках относительно предоставления информации (КИД) в случаях, когда страхование не связано с обеспечением исполнения обязательств по кредиту. В частности, непонятно, нужно ли предоставлять КИД, если кредитные условия (процентная ставка, срок) не зависят от наличия страховки, и кредитор не является выгодоприобретателем по договору страхования. Проблема заключается в неоднозначности трактовки цели страхования.

Примером из судебной практики, иллюстрирующим проблему навязывания страховок жизни и здоровья при потребительском кредитовании, является дело № 33-9513/2024, рассмотренное Московским городским судом банк за получением потребительского кредита. Банк, помимо кредитного договора, предложил заключить договор страхования жизни и здоровья, мотивируя это тем, что без заключения договора страхования одобрение кредита невозможно. Гражданин, нуждаясь в кредитных средствах, заключил договор страхования. Впоследствии, считая действия банка неправомерными и нарушающими его права как потребителя, обратился в суд с иском о признании договора страхования недействительным и возврате уплаченной страховой премии. Суд первой инстанции отказал в удовлетворении иска, мотивируя это тем, что договор страхования был заключен добровольно. Однако суд отменил решение суда первой инстанции и удовлетворил исковые

требования гражданина, указав на то, что заключение договора страхования было фактически обусловлено получением кредита, что свидетельствует о навязывании услуги и нарушении принципа свободы договора, гарантированного Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом РФ «О защите прав потребителей» [14]. Суд апелляционной инстанции также подчеркнул, что банк не предоставил потребителю полной и достоверной информации о возможности получения кредита без заключения договора страхования, что является нарушением прав потребителя на получение необходимой информации о товаре (услуге) [4].

Обычно наличие или отсутствие в договоре потребительского кредита условия о страховании жизни влияет на условия предоставления кредита. Кредитор понижает либо повышает размер процентной ставки по кредитному договору в зависимости от заключения или не заключения договора страхования (п. 2 Письма ФАС России от 17.11.2015 № АК/64595/15). При вынесении решения о возможности предоставления кредита кредитор, как правило, сразу сообщает заемщику два варианта условий кредитования - с учетом страхования и без него. В случае навязывания банками при заключении договоров потребительского кредита страховых продуктов необходимо обращаться в Банк России. При этом навязывание страховки влечет административную ответственность (ч. 2.1 ст. 14.8 КоАП РФ; пп. 5 п. 2 ст. 16 Закона от 07.02.1992 № 2300-1; Информация Минфина России).

В адрес саморегулируемой организации - Союза микрофинансовых организаций (далее по тексту - СРО, Союз) поступают обращения членов Союза относительно пределов действия Указания Банка России от 17.05.2022 № 6139-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления добровольного страхования жизни и здоровья заемщика по договору потребительского кредита (займа), к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования жизни и здоровья заемщика по договору потребительского кредита (займа), а также о форме, способах и порядке предоставления

указанной информации» (далее - Указание № 6139-У, Указание), а именно: действует предусмотренное Указанием № 6139-У требование о предоставлении физическому лицу, имеющему намерение заключить договор добровольного страхования жизни и здоровья заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), ключевого информационного документа (далее - КИД) в случаях, если указанное намерение относится к заключению добровольного страхования жизни и здоровья заемщика в целях, не связанных с обеспечением исполнения обязательств последнего по договору потребительского кредита (займа):

- кредитором не предлагаются разные условия договора потребительского кредита (займа), в том числе в части срока возврата потребительского кредита (займа) и (или) полной стоимости потребительского кредита (займа), в части процентной ставки и иных платежей, включаемых в расчет полной стоимости потребительского кредита (займа);
- кредитор по договору потребительского кредита (займа) не является выгодоприобретателем по договору страхования, то есть не получает страховую выплату в случае невозможности исполнения заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), и страховая сумма по договору страхования не подлежит пересчету соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа) - п. 2.4 ст. 7 Федерального закона от 21.12.2013 № 353-ФЗ «О потребительском кредите (займе)» (далее - Закон №353-ФЗ).

Возникновение указанного выше вопроса обусловлено противоречивостью содержащихся в Указании № 6139-У положений: из преамбулы и п. 8 Указания следует, что критерием состава информации, которая должна содержаться в КИД, является цель заключения договора добровольного страхования жизни и здоровья заемщика – направленность договора на обеспечение исполнения обязательств заемщика перед кредитором по договору потребительского кредита (займа). При этом

согласно п. п. 1.5, 1.10, 2 Указания страховщик или кредитная организация, микрофинансовая организация при осуществлении действий, в результате которых физическое лицо становится застрахованным лицом по договору добровольного страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), обязаны предоставить физическому лицу информацию не только о страховых рисках, принимаемых страховщиком по договору добровольного страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа) в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа) (основные страховые риски), но и об иных страховых рисках (дополнительные страховые риски), не связанных с обеспечением исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), с указанием выгодоприобретателя по таким рискам, а также о сроках осуществления страховых выплат как по основным, так и по дополнительным рискам.

Закономерным следствием указанного выше несоответствия цели Указания и требований, исполнение которых микрофинансовыми организациями как лицами, на которых они распространяются, должно обеспечивать достижение цели, является возникновение вопросов о том:

- должны ли микрофинансовые организации при предоставлении КИД ограничиться только физическими лицами, имеющими намерение заключить договор добровольного страхования жизни и здоровья в целях, связанных с обеспечением исполнения ими обязательств последнего по договору потребительского займа, или же микрофинансовые организации должны предоставлять КИД также и физическим лицам, вступающим в заемные отношения с ними и заключающим договор добровольного страхования жизни и здоровья в целях, не связанных с обеспечением исполнения их обязательств по договору потребительского займа, в том числе заключающих;

- относятся или нет страховые риски по договору добровольного страхования жизни и здоровья, выгодоприобретателем в случае наступления которых указан кредитор по договору потребительского кредита (займа), в случае, если возникновение этих рисков не влечет невозможность исполнения заемщиком обязательств и страховая сумма по договору страхования не подлежит пересчету соразмерно задолженности - сохраняют они статус дополнительных страховых рисков, платежи заемщика по которым не включаются в расчет полной стоимости потребительского кредита (займа) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 6 Закона № 353-ФЗ, или же, несмотря на заданное п. 2.4 ст. 7 Закона № 353-ФЗ содержание договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), эти риски следует считать основными со всеми вытекающими из этого последствиями.

В свою очередь, СРО сообщает о том, что придерживается позиции, что:

- продукты, которые клиент МФО покупает за счет собственных средств добровольно, даже если там есть риск страхования жизни и здоровья, не подпадают под действие Указания № 6139-У, так как не влияют на условия займа;
- необходимо размещать краткие условия не только страховых продуктов, не подпадающих под действие Указания № 6139-У, но и условия любых других дополнительных продуктов, предоставляемых МФО самостоятельно или с привлечением третьих лиц, для ознакомления с ними потребителей и осознанного принятия ими решений в отношении пользования такими продуктами.

Согласно п.1 ст.934 ГК РФ «страховщиком, при наступлении страхового случая в случае причинения вреда жизни или здоровью, как самого страхователя, так и другого указанного в договоре лица, либо

достижения им определенного возраста, выплачивается некая страховая сумма, прописанная в договоре. Страхователь при этом получает страховую премию» [3, с.82]. При страховании жизни определенная сумма выплачивается, если наступает смерть страхователя (застрахованного лица) либо наоборот его дожитие до определенного договором срока. Причем в случае расторжения такого договора по какой-либо причине досрочно, страхователю возвращается не вся сумма, а только в пределах так называемой выкупной суммы, то есть собранной к моменту расторжения. При инвестиционном страховании, к выплате добавляется еще и часть доходов о инвестиционной деятельности страховой организации. «При этом, для того, чтобы получить по данному виду страхования наибольшую прибыль, нужно заключить договор со страховой организацией на максимально длинный срок. Как правило, минимальный срок здесь составляет три года, но самым оптимальным является срок пять-десять лет» [13, с.60].

Рассмотрим примеры из судебной практики. Так, «решением Уваровского районного суда Тамбовской области от 24 ноября 2023 г. № 2-825/20232 было установлено, что в период прохождения службы сотрудник, в рамках выполнения своих непосредственных служебных обязанностей, находясь за рулем автомобиля, не справился с управлением и допустил съезд автомобиля с проезжей части с последующим опрокидыванием. От полученных травм сотрудник скончался на месте. При этом в крови сотрудника был обнаружен этиловый спирт в количестве 3,1 ‰. Судом установлена причинно-следственная связь между нахождением сотрудника в состоянии алкогольного опьянения и наступлением смерти, в связи с чем в выплате страховой премии выгодоприобретателям было отказано» [31].

Для того чтобы установить или исключить факт нахождения сотрудника в состоянии алкогольного или наркотического опьянения в момент получения травмы или гибели, как правило, опрашивают свидетелей происшествия. Однако на практике встречаются случаи, когда травма получена сотрудником без свидетелей. Например, сотрудник, находясь в отпуске, по дороге к дому

родителей поскользнулся на льду, упал и получил травму. В тот момент рядом с ним никого не было. Соответственно, возвратясь к месту службы, сотрудник предоставляет только медицинские документы и собственное объяснение. Отсутствие свидетелей осложняет работу комиссии в рамках проведения служебной проверки, ведь ей приходится устанавливать обстоятельства происшествия, основываясь исключительно на показаниях самого сотрудника» [41, с.55].

Инвестиционное страхование жизни имеет ряд особенностей. К примеру, при получении страхового взноса, страховщик часть средств оставляет на счете, для формирования фонда страхования жизни, а часть задействует в различных финансовых проектах. При удачной инвестиционной деятельности страховщика выгодоприобретатель может получить доход выше, чем, если бы открыл вклад в банке (хотя вклад был бы сам по себе застрахован согласно законодательству). В случае открытия наследства (смерти страхователя) выгодополучатели получают выплаты в полном объеме согласно договору страхования, независимо от того, сколько взносов было сделано при жизни страхователя. Если к примеру, страхователю не понравится инвестиционная политика страховщика, он может самостоятельно выбрать объект инвестирования, то есть выбрать, как и куда будут вкладываться его денежные средства» [45, с.192].

На современном банковском рынке наблюдается активное предложение страхования жизни с инвестиционными элементами (ИСЖ). Ключевым преимуществом ИСЖ перед традиционными видами страхования жизни является необратимость имущественных взысканий на страховой полис. В силу специфики данного финансового инструмента полис ИСЖ изъят из сферы действия исполнительного производства, не подлежит конфискации по судебному решению и не признается совместно нажитым имуществом в бракоразводных процессах. Наличие обозначенного в полисе выгодоприобретателя исключает включение страхового полиса в наследственную массу в случае смерти застрахованного лица. В отличие от

традиционных договоров страхования жизни, характеризующихся безвозвратностью страховых взносов при отсутствии страхового события, ИСЖ гарантирует возврат накопленной суммы и инвестиционного дохода по истечении срока действия договора, независимо от наступления страхового случая. Таким образом, ИСЖ представляет собой финансовый инструмент, сочетающий страховую защиту с элементами накопительного и инвестиционного планирования, обеспечивая клиенту, как страховое покрытие, так и гарантированный возврат инвестиций с доходом.

Это, безусловно, можно отнести к плюсам данного вида страхования. То, что по окончании срока договора выгодополучатель в любом случае получит денежные средства, которые вложил в страхование, а дополнительно к ним возможно получит еще и доход.

С такой инвестиционной деятельностью возможно, получить налоговый вычет в размере 13%, но при том, что договор будет заключен не менее, чем на пять лет. Ну и конечно к плюсам относится само страхование жизни.

Однако помимо плюсов можно отметить ряд отрицательных особенностей. К таковым можно отнести отсутствие гарантии в получении дохода. Другими словами, если, положив денежные средства на вклад в банке клиент гарантированно получит небольшой доход, то в случае инвестиционного страхования, гарантии дополнительного дохода нет. Так по данным банка России, в 2020 году не менее одной трети всех полисов ИСЖ не принесли дохода, около 20 % полисов показали доход до 1% и еще около 20% показали доход до 3%. Учитывая уровень инфляции, более половины клиентов банка, заключивших такие договоры, не только не заработали на данном виде инвестиций, а даже потеряли свои денежные средства» [45, с.193].

Инвестиционный инструмент, рассматриваемый в данном исследовании, характеризуется отсутствием гарантий сохранности капитала, поскольку риск банкротства страховщика влечет полную потерю вложенных средств страхователем. Максимальная доходность достигается при полном

соблюдении условий договора, преждевременное расторжение которого приводит к выплате выкупной суммы, величина которой обратно пропорциональна времени, прошедшему с момента заключения соглашения. В начальный период действия договора (например, первый год) выкупная сумма может быть равна нулю. Нарушение страхователем установленного графика платежей влечет за собой применение финансовых санкций в виде штрафных начислений и пени.

Решением этих проблем могло бы стать введение на законодательном уровне обязательства подписывать письменную форму документа до заключения договора, в котором были бы прописаны все эти особенности. Так же там должны указываться подробные данные по выкупным суммам. На практике, работники банков, для того, чтобы реализовать этот продукт, заостряют большое внимание именно на получении дохода от инвестиций. И клиент (страхователь), заключая договор инвестиционного страхования жизни, в первую очередь рассчитывает на получение дохода от вложения денежных средств. Тем большее разочарование он испытывает, если доход оказывается меньше, чем, если бы денежные средства были вложены другим способом (например, на вклад) или вовсе доход оказался нулевым» [45, с.

Наблюдается устойчивая тенденция роста интереса к инвестиционной деятельности среди населения, что объективно подтверждается увеличением количества открытых индивидуальных инвестиционных счетов (ИИС). Данная тенденция обусловлена, прежде всего, ускоряющейся глобальной инфляцией, которая делает неэффективным хранение денежных средств в форме наличности. Низкий уровень процентных ставок по банковским депозитам, не компенсирующий инфляционную составляющую, выступает дополнительным фактором, стимулирующим поиск альтернативных инструментов сохранения и приумножения капитала. Демократизация доступа к инвестиционным инструментам, активно поддерживаемая рекламными кампаниями, способствующими формированию представлений

о доступности инвестирования для широких слоев населения, также играет значительную роль в наблюдаемом процессе. Нельзя не отметить и влияние государственной политики, направленной на стимулирование частных инвестиций, например, через предоставление налоговых льгот. Эффективность инвестиционного страхования, подобно другим видам инвестиционной деятельности, существенно зависит от уровня инфляции. Необходимо обратить внимание на то, что страховая компания, занимаясь вложениями никогда не отдает 100% инвестиционного дохода. За свою деятельность организация возьмет 30-50 %, это будет зависеть от коэффициента участия «. Этот показатель всегда зафиксирован в договоре. Также по договору ИСЖ страховщик может производить ежегодные удержания, которые рассчитываются в % от суммы уплаченных страховых взносов. То есть независимо от того, будет ли доход от инвестиционной деятельности, страховщик все равно удержит некую сумму за свои услуги» , с.197].

Таким образом, «необходимо обращать внимание страхователя на то, что все-таки это в первую очередь договор страхования с возможным дополнительным бонусом. Зачастую, если целью договора является именно страхование жизни, то заключение договора не с банком, а со страховой компанией было бы значительно выгоднее. А если клиент хочет заниматься инвестированием, то необходимо попробовать другие инструменты (депозит, индивидуальный инвестиционный счет и т.д.). Целесообразно, обязать менеджеров финансовой организации разъяснять клиенту, что банк в данном случае является всего лишь посредником страховщика и что в случае финансовой несостоятельности последнего инвестиционного страхования жизни не будет покрыто из системы страхования вклада» [45, с. 198].

Анализ потребительской удовлетворенности инвестиционными страховыми продуктами (ИСЖ) свидетельствует о корреляции между негативным восприятием результатов и снижением рыночной доли данного финансового инструмента. Несмотря на значительный потенциал ИСЖ, его

дальнейшее развитие существенно затруднено отсутствием адекватного правового регулирования. Для повышения доверия и минимизации дисбаланса между ожиданиями и реальными результатами, необходимо законодательное регулирование, направленное на повышение прозрачности договоров ИСЖ, включая деятельность, как страховщиков, так и их агентов. Внедрение более строгих требований к раскрытию информации позволит снизить уровень завышенных ожиданий относительно доходности. Для разработки конкурентоспособного продукта и максимизации его потенциала целесообразно изучить и адаптировать успешные зарубежные практики в сфере ИСЖ [34].

Таким образом, навязывание страховок при потребительских кредитах распространено, но незаконно. Банки часто предлагают два варианта кредита — с и без страховки, при этом навязывание страховки запрещено и влечёт административную ответственность. Обычно наличие или отсутствие страхования жизни влияет на условия кредита — ставка может быть выше или ниже, в зависимости от заключения договора страхования.

Существуют противоречия в регулировании предоставления информации (КИД) по страховкам. Указание Банка России № 6139-У вызывает вопросы, особенно когда страхование не связано с обеспечением исполнения обязательств по кредиту (то есть кредитор не является выгодоприобретателем по страховке и условия кредита не меняются).

Вопросы по применению Указания № 6139-У активно обсуждаются среди микрофинансовых организаций. Члены Союза микрофинансовых организаций обращаются с вопросами о границах действия требований по предоставлению информации о добровольном страховании.

Законодательство и регуляторные акты содержат разночтения, что создаёт неопределённость для кредиторов и заемщиков, противоречия в формулировках Указания № 6139-У и Федерального закона № 353-ФЗ затрудняют однозначное понимание правил.

Таким образом, ключевая проблема — юридическая неопределённость в части информирования заемщиков и разграничения случаев, когда страхование действительно связано с кредитом и когда оно является просто добровольным дополнительным продуктом. Это влияет на права заемщиков и обязанности кредиторов.

Для решения существующей проблемы навязывания страховок при кредитах можно предложить следующие варианты:

- законодательное усиление ответственности кредитных организаций за навязывание дополнительных услуг. Необходимо внести изменения в законодательство, предусматривающие более строгие санкции за обусловливание предоставления кредита заключением договора страхования или приобретением иных дополнительных услуг;
- обязательное информирование потребителя о возможности получения кредита без страхования. Кредитные организации должны быть обязаны предоставлять потребителю полную и достоверную информацию о возможности получения кредита без заключения договора страхования, а также разъяснять все последствия отказа от страхования (например, повышение процентной ставки). Информация должна быть представлена в письменной форме и понятным языком;
- введение «периода охлаждения» для договоров страхования, заключенных при получении кредита. Необходимо предусмотреть законодательно "период охлаждения" (например, 14 календарных дней) в течение которого потребитель имеет право отказаться от договора страхования, заключенного одновременно с кредитным договором, и получить обратно уплаченную страховую премию в полном объеме;

- повышение финансовой грамотности населения. Необходимо проводить активную информационную кампанию, направленную на повышение финансовой грамотности населения, чтобы потребители могли осознанно принимать решения о заключении договоров страхования и кредитных договоров;
- усиление контроля со стороны Центрального банка Российской Федерации и Федеральной антимонопольной службы. Необходимо усилить контроль за деятельностью кредитных организаций со стороны регулирующих органов в целях выявления и пресечения случаев навязывания страховок и других дополнительных услуг;
- развитие института медиации. Необходимо развивать институт медиации для разрешения споров между потребителями и кредитными организациями, что позволит снизить нагрузку на судебную систему и обеспечить более оперативное и эффективное разрешение конфликтов.

Реализация указанных мер позволит повысить уровень защиты прав потребителей при кредитовании, исключить злоупотребления со стороны кредитных организаций и обеспечить добровольность заключения договоров страхования.

3.2 Судебная практика по спорам о страховании жизни и здоровья гражданина

Разбор судебной практики по теме страхования жизни и здоровья гражданина в контексте российского законодательства имеет значительное значение для понимания и интерпретации норм, регулирующих страховые отношения. Судебные решения не только служат источником правоприменительной практики, но и выступают важным инструментом для выявления пробелов и противоречий в законодательстве. Анализ конкретных дел позволяет оценить, как суды трактуют условия страховых договоров и

защищают права потребителей в случае возникновения споров. Кроме того, изучение судебной практики способствует формированию правосознания как граждан, так и страховых организаций, что помогает лучше понять права и обязанности сторон. В условиях динамично меняющегося законодательства исследование судебных актов становится необходимым для выявления тенденций и выработки рекомендаций по совершенствованию правового регулирования в сфере страхования жизни и здоровья.

Рассмотрим пример из судебной практики. 22 ноября 2019 г. между Банком и Камкиным В.Л. (заемщик) заключен кредитный договор, по условиям которого заемщику был предоставлен кредит в размере 420 169 руб. на 24 месяца под 16,2% годовых. В этот же день Камкин В.Л. подписал заявление, в котором выразил согласие на заключение Банком в отношении него с ООО «СК «Сбербанк страхование жизни» (далее также - страховщик) договора страхования по программе добровольного страхования жизни и здоровья заемщика в соответствии с условиями, изложенными в этом заявлении и Условиях участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья заемщиков, со сроком страхования 24 месяца с даты подписания заявления [5].

Страховыми рисками (с учетом исключений из страхового покрытия) по договору страхования при расширенном страховом покрытии - для лиц, не относящихся к категориям, указанным в пунктах 2.1 и 2.2 заявления, являются: «Смерть» (пункт 1.1.1); «Инвалидность I группы в результате несчастного случая и заболевания» (пункта 1.1.2); «Инвалидность II группы в результате несчастного случая» (пункта 1.1.3); «Инвалидность II группы в результате заболевания» (пункт 1.1.4); «Временная нетрудоспособность» (пункт 1.1.5); «Дистанционная медицинская консультация» (пункт 1.1.6).

Страховыми рисками при базовом покрытии - для лиц, относящихся к категориям, указанным в пункте 2.1 заявления, являются: «Смерть от несчастного случая» (пункт 1.2.1); «Дистанционная медицинская консультация» (пункт 1.2.2).

Страховыми рисками при специальном страховом покрытии - для лиц, относящихся к категориям, указанным в пункте 2.2 заявления, являются: Смерть» (пункт 1.3.1); «Дистанционная медицинская консультация» (пункт

При расширенном страховом покрытии страховая сумма составляет 420 169 руб.

При этом выгодоприобретателем по всем страховым рискам, за исключением рисков «Временная нетрудоспособность» и «Дистанционная медицинская консультация», является Банк в размере не погашенной на дату страхового случая задолженности застрахованного лица по потребительскому кредиту. В остальной части, а также после полного досрочного погашения задолженности застрахованного лица по кредиту выгодоприобретателем является застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники).

27 ноября 2019 г. Камкин В.Л. умер. Согласно материалам наследственного дела, открывшегося после его смерти наследство принято ответчиком Камкиным С.В.

28 января 2020 г. Камкин С.В. обратился в ООО «СК «Сбербанк страхование жизни» за разъяснением порядка представления документов для решения вопроса о страховой выплате в связи со смертью застрахованного лица.

29 января и 23 апреля 2020 г. страховщик уведомил Камкина С.В. о том, что для принятия решения по заявленному событию необходимо представить оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов.

9 декабря 2020 г. Камкин С.В. обратился в Банк с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая по договору страхования.

3 января 2022 г. страховщик отказал в выплате страхового возмещения, сославшись на смерть Камкина В.Л. в результате заболевания, что по условиям базового страхового покрытия не относится к страховым случаям

Отменяя решение суда первой инстанции в части отказа в удовлетворении требования о взыскании процентов за пользование кредитом, суд апелляционной инстанции указал, что погашение суммы основного долга за счет страхового возмещения не исключает задолженность из состава наследственного имущества и, как следствие, не освобождает наследника должника от обязанности уплатить проценты за пользование кредитом в срок и в порядке, которые предусмотрены договором.

Суд апелляционной инстанции также указал, что согласно пункту 3.9.1 Условий участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья заемщика именно на родственнике клиента лежит обязанность в случае наступления события, имеющего признаки страхового случая по рискам, указанным в подпунктах 3.2.1.1 (смерть) и 3.2.2.1 (смерть от несчастного случая) данных Условий, представить в банк необходимые документы, в том числе свидетельство о смерти застрахованного лица, официальный документ, содержащий причину смерти, медицинские документы, свидетельство о праве на наследство.

Условиями заключенного сторонами договора страхования предусмотрено, что к страховому риску «наступление смерти» не относятся случаи наступления смерти в состоянии алкогольного опьянения. Следовательно, поскольку, как установлено судом, в момент смерти застрахованный находился в состоянии алкогольного опьянения, постольку такое событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного условиями договора страхования, а потому обязанность у страховой компании по осуществлению страхового возмещения не наступила (Определение Второго кассационного суда общей юрисдикции от 03.03.2020 по делу № 88-5661/2020) [25].

Оценив волеизъявление сторон при заключении договора страхования с учетом отсутствия у потребителя специальных познаний, судебная коллегия приходит к выводу, что у суда первой инстанции не имелось оснований для выводов о том, что истцом была получена травма, не входящая в перечень

травм, предусмотренных Таблицей выплат в рамках заключенного договора личного добровольного страхования, и находит обоснованными требования истца о признании страховым случаем полученной истцом в результате несчастного случая травмы и взыскании в пользу истца страхового возмещения.

В случае сомнений относительно толкования условий договора и невозможности установить действительную общую волю сторон с учетом цели договора должно применяться толкование, наиболее благоприятное для потребителя, особенно тогда, когда эти условия не были индивидуально с ним согласованы.

Полученное истцом (страхователем) телесное повреждение является событием, предусмотренным договором страхования как страховой случай, произошло в период действия договоров страхования, в связи с чем заявленные истцом требования о взыскании страхового возмещения, неустойки, штрафа и компенсации морального вреда подлежат удовлетворению.

Смерть страхователя наступила от заболевания, а не из-за нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления в результате потребления алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача, поэтому оснований для отказа выгодоприобретателю в выплате страхового возмещения не имеется. Суд взыскал со страховщика в пользу истца сумму страхового возмещения, штраф и судебные расходы.

По мнению суда, у страховщика имелись основания для отказа выгодоприобретателю в выплате страхового возмещения, так как страхователь, который знал о неудовлетворительном состоянии своего здоровья, при заключении договора страхования сокрыл наличие у него заболевания, которое было диагностировано до вступления в силу договора. Отсутствие данных медицинского обследования страхователя по инициативе

страховщика не освобождает страхователя от обязанности сообщать известные ему достоверные данные о состоянии своего здоровья [26].

Если страховщик выплатил истцу лишь часть страхового возмещения и отказывает в доплате в связи с тем, что заявленное истцом событие не является страховым случаем, необходимо учитывать следующее. Добровольная выплата страховщиком части страхового возмещения свидетельствует о признании им факта наступления страхового случая, влекущем обязанность по доплате страхового возмещения.

Следовательно, если ответчик выплатил часть страхового возмещения, считается, что он признал событие страховым [29].

Если истец предъявляет иск о взыскании страхового возмещения в рамках Федерального закона от 28.03.1998 № 52-ФЗ, он должен уплатить госпошлину, размер которой рассчитывается на основании пп. 1 п. 1 ст. НК РФ исходя из цены иска. В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 91 ГПК РФ цена иска по искам о взыскании денежных средств определяется исходя из взыскиваемой денежной суммы.

Согласно разъяснениям, приведенным в п. 6 Обзора Верховного Суда РФ от 23.12.2015, к отношениям по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, урегулированным специальным законом - Федеральным законом от № 52-ФЗ, не применяются положения Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Полагаем, что в связи с этим истец по иску о выплате страхового возмещения по договору обязательного страхования, заявленному в рамках Федерального закона от 28.03.1998 № 52-ФЗ, не может освободиться от уплаты госпошлины на основании п. 3 ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей».

В зависимости от цены иска дела данной категории могут рассматриваться мировым судьей или районным судом. Исковое заявление о взыскании страхового возмещения в рамках Федерального закона от

Верховного Суда РФ от 23.12.2015, подается мировому судье, если цена иска не превышает 50 тыс. руб., или в районный суд, если цена иска выше этой суммы (п. 4 ч. 1 ст. 23, ст. 24 ГПК РФ).

Иск о взыскании денежных сумм, вытекающий из договора личного страхования (по риску «жизнь и здоровье»), с учетом приведенных выше разъяснений п. 2 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17, подается мировому судье, если цена иска не превышает 100 тыс. руб., или в районный суд, если цена иска выше этой суммы (п. 5 ч. 1 ст. 23, ст. 24 ГПК РФ).

Иск о взыскании страхового возмещения в рамках Федерального закона от 28.03.1998 № 52-ФЗ исходя из приведенных выше разъяснений п. 6 Обзора Верховного Суда РФ от 23.12.2015, нужно подавать в суд по адресу организации-ответчика (ст. 28 ГПК РФ).

Иск о взыскании денежных сумм, вытекающий из договора личного страхования (по риску «жизнь и здоровье»), с учетом приведенных выше разъяснений п. 2 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17, можно предъявить по выбору истца в суд по адресу ответчика-организации, по месту жительства или пребывания истца либо по месту заключения или исполнения договора (ст. 28, ч. 7, 10 ст. 29 ГПК РФ, п. 2 ст. 17 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»).

С 01.10.2019 ГПК РФ предусматривает возможность обращения граждан в суд в защиту прав и законных интересов группы лиц при наличии совокупности условий, перечисленных в ч. 1 ст. 244.20 ГПК РФ. Порядок и особенности рассмотрения дел о защите прав и законных интересов группы лиц установлены в гл. 22.3 ГПК РФ. К искам о защите прав и законных интересов группы лиц, в том числе прав потребителей, положения ч. 7 ст. 29 ГПК РФ не применяются. Такие иски подаются по правилам исключительной подсудности по адресу ответчика (ч. 4 ст. 30 ГПК РФ).

В обоснование требований и доводов искового заявления, истцу настоятельно рекомендуется представить суду исчерпывающие

доказательства, бесспорно подтверждающие надлежащее и своевременное обращение к ответчику с целью получения страхового возмещения. Для достижения этой цели, представляемые доказательства должны носить комплексный характер и охватывать все этапы взаимодействия истца с ответчиком. В качестве таких доказательств могут быть представлены, но не ограничиваются ими, следующие документы: официально оформленное заявление/обращение о выплате страхового возмещения или обеспечении, содержащее четкую формулировку требований истца и дату его подачи; подробно описанное заявление о наступлении страхового случая, включающее обстоятельное изложение фактов, хронологию событий и имеющихся доказательств; заявления о представлении дополнительных документов, подтверждающие активные действия истца по предоставлению всей необходимой информации; формально оформленная претензия с однозначным требованием о произведении страховой выплаты, с указанием конкретной суммы и обоснованием её расчета; вступившее в законную силу судебное решение, не только констатирующее наличие вреда здоровью истца, но и содержащее исчерпывающее заключение экспертизы, однозначно устанавливающее причинно-следственную связь между неправильно проведенными медицинскими манипуляциями и наступившим ущербом, с подробным описанием характера повреждений и их последствий; полный пакет выписных эпикризов и иных медицинских документов, содержащих исчерпывающие сведения о диагнозе, лечении, проведенных процедурах и их результатах, включая заключения лечащих врачей и результаты всех необходимых исследований; аудиозапись и подробная расшифровка стенограммы телефонного разговора истца с представителем ответчика, с точным указанием даты и времени разговора и содержанием, однозначно подтверждающим извещение ответчика о наступлении страхового случая; документы, подтверждающие факт обращения истца к ответчику по электронной почте, включая копии отправленных и полученных электронных писем с подтверждением доставки и прочтения, с указанием точного времени

и даты отправки и получения сообщений; выписка от компании оператора сотовой связи, содержащая детальную информацию о времени и дате всех телефонных звонков истца на «горячую линию» ответчика, однозначно подтверждающая попытки истца связаться с ответчиком по указанным каналам связи. Представление указанных доказательств в совокупности позволит суду объективно оценить действия истца и подтвердить его своевременное и надлежащее обращение к ответчику за страховым возмещением (например, Апелляционные определения Московского городского суда от 26.06.2019 по делу № 33-27300/2019, от 22.05.2019 по делу № 33-17916/2019).

Перед подачей в суд иска о выплате страхового возмещения следует обратить внимание на срок действия договора личного страхования и дату наступления страхового случая. Если страховой случай (к примеру, установление истцу инвалидности) наступил не в течение срока действия договора страхования, а после истечения этого срока, велика вероятность принятия судом решения в пользу ответчика.

Таким образом, Конституционный Суд РФ признал, что абзац 1 пункта 6 статьи 13 Закона РФ «О защите прав потребителей» не противоречит Конституции [29]. При этом этот абзац не может служить основанием для отказа в удовлетворении требований потребителя (страхователя), который заключил договор с включённым страхованием жизни и здоровья для погашения кредита. Если страховая компания не исполняет обязательства добровольно, потребитель имеет право требовать штраф, учитывающий страховое возмещение, даже если часть выплаты получает кредитная организация как третье лицо.

Пример из судебной практики: «сотрудник уголовно-исполнительной системы Г. вечером после работы получила травму левого глаза. Г. обратилась во ФКУЗ МЧС ФСИН России за разъяснением, относится ли полученная ею травма к легким увечьям, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая по обязательному государственному

страхованию жизни и здоровья сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы. ФКУЗ МЧС ФСИН России дало ответ, что данная травма к указанным увечьям не относится, и при получении травмы расстройства функций левого глазного яблока у Г. не зафиксировано. Не согласившись с данными разъяснениями, Г. обратилась в суд с требованием признать полученную ею травму тяжелым увечьем, при наличии которого принимается решение о наступлении страхового случая по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы. В ходе судебного разбирательства, в результате исследования представленных в суд доказательств, выяснилось, что полученное истицей повреждение (ссадина роговицы левого глаза) не включено в Перечень легких или тяжелых увечий, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья сотрудников уголовно-исполнительной системы. Решением районного суда иски Г. были оставлены без удовлетворения, суды последующих инстанций оставили данное решение в силе» [24].

В судебной практике подтверждается, что страховая компания не обязана выплачивать страховое возмещение по заболеваниям, которые были диагностированы до заключения договора страхования, если эти заболевания не были указаны в заявлении-анкете.

Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» в части страхования жизни и здоровья при кредитовании признан конституционно допустимым и не ограничивает права потребителей. Страховые выплаты зависят от точного соблюдения условий договора и правильного указания информации при страховании. Судебная практика подтверждает, что страховые выплаты возможны при наступлении страхового случая, если соблюдены условия договора и нет исключений.

В договорах страхования при кредитовании выгодоприобретателем чаще всего является банк, что связано с целью страхования — обеспечение возврата кредита.

Совершенствование правового регулирования страхования жизни и здоровья граждан представляет собой комплексную задачу, требующую многоаспектного подхода.

Необходима унификация и координация норм, регулирующих различные виды страхования жизни и здоровья, с целью устранения коллизий и пробелов в правовом регулировании. Особое внимание следует уделить согласованию норм гражданского законодательства, регулирующего страховые отношения, и специального законодательства о страховании, а также законодательства о защите прав потребителей.

Важным направлением является усиление защиты прав и законных интересов страхователей, особенно в части предоставления полной и достоверной информации о страховом продукте, условиях страхования, порядке выплаты страхового возмещения. Необходимо совершенствование механизмов досудебного и судебного разрешения споров между страхователями и страховщиками, включая развитие института финансового омбудсмена.

Необходимо ужесточение требований к финансовой устойчивости и платежеспособности страховых организаций, осуществляющих страхование жизни и здоровья, включая повышение требований к размеру уставного капитала, формированию страховых резервов, организации внутреннего контроля и управления рисками.

Целесообразно разработать и внедрить механизмы стимулирования развития добровольного страхования жизни и здоровья, в том числе путем предоставления налоговых льгот для физических лиц, уплачивающих страховые взносы по договорам страхования жизни и здоровья, а также для работодателей, заключающих договоры коллективного страхования жизни и здоровья работников.

Необходимо развитие инфраструктуры страхового рынка, включая создание и развитие информационных систем, обеспечивающих сбор, обработку и анализ статистических данных о страховании жизни и здоровья, а также создание и развитие систем профессиональной подготовки и переподготовки кадров для страховых организаций.

Активное внедрение цифровых технологий в сферу страхования жизни и здоровья, включая разработку и внедрение онлайн-сервисов для заключения договоров страхования, урегулирования убытков, получения консультаций и информации о страховых продуктах, позволит повысить доступность и удобство страховых услуг для граждан.

Усиление мер по противодействию страховому мошенничеству, как со стороны страхователей, так и со стороны страховых организаций, путем совершенствования механизмов выявления и пресечения мошеннических действий, а также повышения ответственности за совершение страхового мошенничества.

Реализация указанных направлений совершенствования правового регулирования страхования жизни и здоровья граждан позволит повысить эффективность страховой защиты, укрепить доверие граждан к страховым организациям и внести существенный вклад в повышение уровня социальной защиты населения.

Заключение

Подведем итоги исследования. Октябрьская революция 1917 года привела к национализации страхового бизнеса и созданию государственных монополий. В советский период страхование жизни и здоровья фактически сводилось к государственному социальному обеспечению, реализуемому через систему обязательного социального страхования, которая не носила рыночного характера и базировалась на принципах централизованного распределения ресурсов. Отсутствие конкуренции и низкий уровень финансовых возможностей государства привели к ограниченному объему предоставляемых страховых услуг и недостаточному качеству медицинского обслуживания. После распада СССР и перехода к рыночной экономике, законодательство о страховании претерпело существенные изменения. Были приняты законы, регламентирующие деятельность страховых компаний, определяющие виды страхования, устанавливающие порядок государственного надзора и контроля.

Необходимо отметить, что правовое регулирование страхования жизни и здоровья продолжает развиваться, законодательство постоянно совершенствуется с учетом изменений в экономической и социальной сфере. Вносимые изменения направлены на повышение защиты прав потребителей страховых услуг, усиление контроля за деятельностью страховых организаций и повышение стабильности страхового рынка. В последние годы акцент делается на развитии индивидуального дополнительного медицинского страхования и популяризации страхования жизни с целью создания дополнительных гарантий для населения.

Страхование жизни представляет собой вид страховой деятельности, направленный на обеспечение финансовой защиты имущественных интересов страхователя при наступлении определенных событий, связанных с его жизнью и здоровьем, в частности, смерти. Смерть страхователя, как правило, является основным страховым случаем, предусмотренным

договором страхования жизни. Однако, возможно расширение покрытия полиса с включением дополнительных рисков, таких как заболевания, инвалидность и иные неблагоприятные события, оказывающие влияние на состояние здоровья застрахованного лица. В более широком контексте термин «страхование жизни» может охватывать совокупность страховых продуктов, ориентированных на удовлетворение индивидуальных потребностей страхователя, включая страхование от потери работы и пенсионное страхование, что свидетельствует о многоаспектности данного вида страхования и его направленности на обеспечение финансовой стабильности и социальной защиты населения.

Обязательное страхование регламентируется законами и подзаконными актами с установленными тарифами. Так например, институт социальной защиты военнослужащих, сотрудников других силовых структур в последнее время активно развивается и совершенствуется. Так, обязательное государственное страхование предусмотрено Федеральным законом от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации».

Добровольное медицинское страхование играет важную роль в системе здравоохранения, позволяя гражданам получать доступ к качественной медицинской помощи и расширяя возможности выбора врачей и учреждений здравоохранения. С одной стороны, оно выступает дополнительным механизмом обеспечения граждан медицинским обслуживанием, помимо обязательного медицинского страхования (ОМС).

С другой стороны, позволяет получить более широкий спектр медицинских услуг, включая высокотехнологичные и дорогостоящие

процедуры. А «в условиях быстрого развития медицинских технологий, роста затрат на медицинскую помощь и повышения требований пациентов, ДМС становится все более актуальным и востребованным видом страхования.

В данном исследовании выделяются несколько ключевых проблем, связанных с навязыванием страховок при потребительских кредитах и недостатками в правовом регулировании страхования жизни и здоровья.

Во-первых, существует проблема незаконного навязывания страховых продуктов, что нарушает права потребителей и приводит к административной ответственности для кредитных организаций. Противоречия в Указании Банка России № 6139-У относительно предоставления информации о страховании создают неопределенность как для заемщиков, так и для кредиторов, что затрудняет понимание правил и условий кредитования.

Во-вторых, судебная практика показывает, что многие случаи навязывания страховок не рассматриваются должным образом, что приводит к отказам в удовлетворении исков потребителей, что подчеркивает необходимость более четкого регулирования и защиты прав заемщиков, особенно в контексте предоставления полной и достоверной информации о возможностях получения кредита без страхования.

Для решения указанных проблем предлагаются несколько путей.

Во-первых, необходимо усилить законодательную ответственность кредитных организаций за навязывание дополнительных услуг, что позволит снизить количество случаев нарушения прав потребителей.

Во-вторых, обязательное информирование заемщиков о возможности получения кредита без страхования должно стать стандартом, что обеспечит прозрачность и защиту прав потребителей.

В-третьих, введение "периода охлаждения" для договоров страхования, заключенных при получении кредита, позволит потребителям отказаться от навязанных услуг без финансовых потерь. Повышение финансовой

грамотности населения также является важным шагом, который поможет потребителям осознанно принимать решения о заключении договоров.

Кроме того, усиление контроля со стороны Центрального банка и развитие института медиации могут способствовать более эффективному разрешению споров между потребителями и кредитными организациями. Данные меры помогут создать более безопасную и прозрачную среду для заемщиков, исключая злоупотребления со стороны кредиторов.

Таким образом, реализация предложенных мер позволит повысить уровень защиты прав потребителей при кредитовании, исключить случаи навязывания страховок и обеспечить добровольность заключения договоров страхования, что, в свою очередь, будет способствовать укреплению доверия к финансовым институтам и улучшению общего состояния рынка страхования.

Список используемой литературы и используемых источников

бзалетдинов М. Р. Особенности заключения и формы договора страхования жизни и здоровья / М. Р. Абзалетдинов // Вестник науки. 2023. Т. 3, № 12(69). С. 271-275.

Абубакиров А. С. Страхование здоровья при взаимодействии с финансовыми учреждениями / А. С. Абубакиров // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования : сборник статей по материалам LXVI международной научно-практической конференции. – М.: Общество с ограниченной ответственностью «Интернаука», 2022. Том 11 (60). С. 18-22.

Авакян А. М. К вопросу о публичности договора личного страхования / А. М. Авакян // Евразийский юридический журнал. 2023. № 8(183). С. 82-83.

апелляционное определение Московского городского суда от 02.05.2024 № 33-9513/2024 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения

апелляционное определение Московского городского суда от 08.11.2019 по делу № 33-50757/2019 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

Арбузова Д.А. Правовое регулирование личного страхования в России на современном этапе // Поколение будущего: взгляд молодых ученых - 2020. Сборник научных статей 9-й Международной молодежной научной конференции. Курск, 2020. С. 259-262.

Болокова Д. М. Проблемы личного страхования профессиональных спортсменов / Д. М. Болокова // Актуальные вопросы общества, науки и образования : сборник статей VIII Международной научно-практической конференции, Пенза, 05 ноября 2023 года. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2023. С. 194-197.

Белинова О.С. Существенное условие договора личного страхования // Вопросы устойчивого развития общества. 2021. № 5. С. 394-399.

Белощук Р. Д. Нормативно-правовое регулирование института страхования

жизни и здоровья людей в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) / Р. Д. Волощук // Теория государства и права. 2023. № 4-1(34). С. 35-51.

орошилов И. И. Проблема публичности договора личного страхования // Студенческий вестник. 2022. № 6-2 (198). С. 12-15.

алаева Л. А. Проблемы правовой регламентации категории страхового случая при страховании жизни и здоровья прокуроров / Л. А. Галаева, А. А. Гурьянова // Проблемы экономики и юридической практики. 2022. Т. 18, № 3. С. 166-172.

гражданский кодекс Российской Федерации часть 2 (ГК РФ ч.2) [Электронный ресурс]. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9027/ (Дата обращения 23.05.2025).

акирова О. В. Страхование: ключевой фактор благополучия государства и его граждан / О. В. Закирова // Вестник Поволжского государственного технологического университета. Серия: Экономика и управление. 2024. № 1(60). С. 55-65.

акон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 08.08.2024) «О защите прав потребителей» // «Российская газета», № 8, 16.01.1996.

ванцов О. А. Обязательное государственное страхование жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации: проблемы и пути совершенствования / О. А. Иванцов // Студенческий. 2022. № 27-4(197). С.

щенко В. А. Актуальные задачи страхования жизни и здоровья военнослужащих / В. А. Ищенко // Организация финансового и банковского обеспечения военной организации государства в условиях современных вызовов : материалы итоговой военно-научной конференции 3 факультета (финансово-экономического), Москва, 28 февраля 2023 года. – М.: Военный университет, 2023. С. 104-107.

аримуллина А. Э. Новеллы страхового законодательства: вопросы теории и практики / А. Э. Каримуллина // Современные тенденции развития гражданского и гражданского процессуального законодательства и практики

его применения. 2023. № 9. С. 190-194.

урмангалиева А. Т. Гражданско-правовой аспект обязательного государственного страхования жизни и здоровья сотрудников полиции / А. Т. Курмангалиева // Научный Лидер. 2023. № 24(122). С. 57-60.

альков А. М. Договор личного страхования / А. М. Мальков // Молодой ученый. 2023. № 13(460). С. 259-262.

арянян К. Л. Безопасность и страхование детей при организации детского туризма / К. Л. Марянян // Детство - территория безопасности : Студенческий сборник материалов конференции, Москва, 17–18 ноября 2022 года. – М.: Издательство «Саратовский источник», 2022. С. 349-353.

ихайлова И. А. К вопросу о гражданско-правовом статусе выгодоприобретателя по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья государственных служащих / И. А. Михайлова // Государственная служба. 2022. Т. 24, № 3(137). С. 77-81.

аминова К. А. Итоги развития страхового рынка России, основные проблемы / К. А. Наминова, К. И. Макаева, Б. Б. Эренценова // Развитие законодательства в современных условиях: тенденции, проблемы и их решения : Сборник материалов II Национальной научно-практической конференции, Элиста, 25 ноября 2022 года / Под редакцией Н.В. Цуглаевой, С.С. Аштаевой. – Элиста: Калмыцкий государственный университет имени Б.Б. Городовикова, 2022. С. 133-135.

нопок Е. Ю. Страхование: теоретические основы развития, практический опыт применения / Е. Ю. Онопук, А. А. Месилова // Институты и механизмы инновационного развития: мировой опыт и российская практика : сборник статей 12-й Международной научно-практической конференции. – Курск: Закрытое акционерное общество «Университетская книга», 2022. С. 182-185.

пределение Девятого кассационного суда общей юрисдикции от 8 февраля 2024 Дело № 2-295/2023 27RS0002-01-2022-г. № 88-767/2024 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

пределение Второго кассационного суда общей юрисдикции от 03.03.2020 по

делу № 88-5661/2020 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

пределение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 07.08.2018 № 5-КГ18-118 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

анов Г. С. Проблемы развития личного страхования в России / Г. С. Панов // Факторы развития экономики России в условиях цифровой трансформации и импортозамещения : Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции, Москва, 06–07 декабря 2023 года. – М.: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2024. С. 63-70.

огодина И.В., Царев М.А. Зарубежный опыт страхования путешественников и перспективы его применения в Российской Федерации // Туризм: право и экономика. 2022. № 1. С. 26-29.

остановление Конституционного Суда РФ от 26.12.2024 № 59-П [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

риказ Минюста России от 31.12.2020 № 341 (ред. от 09.08.2023) «Об утверждении Порядка проведения служебных проверок в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.01.2021 № 62057) [Электронный ресурс]. – URL: <http://pravo.gov.ru> (Дата обращения 23.05.2025).

ешение Уваровского районного суда Тамбовской области от 24 ноября 2023 года №2-825/2023 [Электронный ресурс]. – URL: <https://sudact.ru/> (Дата обращения 23.05.2025).

оманова Д. В. Сравнительно-правовая характеристика договора страхования на дожитие в Российской Федерации и зарубежных странах / Д. В. Романова // Наука. Наследие. Университет : Сборник материалов Международной 56-й научной студенческой конференции. Посвящается Году культурного наследия народов Российской Федерации, Году выдающихся земляков в Чувашской Республике. – Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2022. С. 781-785.

трепетов А. Д. Страхование жизни, здоровья судей / А. Д. Стрепетов // Вестник науки и образования. 2022. № 6-1(126). С. 67-72.

Сембиева Л. М. Экономические проблемы безопасного труда и практика страхования от несчастных случаев на производстве в Японии / Л. М. Сембиева, М. Е. Карпицкая // Вестник Гродненского государственного университета имени Янки Купалы. Серия 5. Экономика. Социология. Биология. 2022. Т. 12, № 2. С. 6-14.

Тимченко Т. Н. Современные аспекты медицинского страхования здоровья и жизни членов экипажей судов / Т. Н. Тимченко, А. Л. Боран-Кешишьян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 3. С. 428-433.

Тришкина Е. А. История развития обязательного государственного страхования жизни и здоровья сотрудников органов внутренних дел в дореволюционной России / Е. А. Тришкина // Экономическая безопасность: актуальные вопросы теории и практики. – М.,: ИП Черняева Ю.И., 2023. С.

Лыбина Л.К., Степанова С.Ф., Сорока З.Н. Тенденции развития личного страхования// Тенденции развития науки и образования. 2021. № -3. - С. 78-

Федеральный закон от 28.03.1998 № 52-ФЗ (ред. от 13.07.2024) «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации» // «Российская газета», № 67, 07.04.1998.

Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ (ред. от 26.12.2024) «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения

государственных и муниципальных нужд» // «Российская газета», № 80,

Хатунцев О. А. Стандартизация соглашений по страховым обязательствам в отношении государственных служащих / О. А. Хатунцев // Проблемы экономики и юридической практики. 2022. Т. 18, № 2. С. 180-185.

Хатунцев О. А. Механизм реализации обязательного государственного страхования жизни и здоровья государственных служащих / О. А. Хатунцев // Пробелы в российском законодательстве. 2022. Т. 15, № 2. С. 53-57.

Аритонов А.П. Понятие и правовое регулирование личного страхования // Вопросы устойчивого развития общества. 2022. № 1. С. 131-135.

Чиракиди С. И. Особенности страхования в спорте / С. И. Чиракиди // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2023. Т. 13, № 6-1. С. 78-85.

Шарифзода Ф. Х. Правовая основа обязательного страхования жизни и здоровья военнослужащих и военнообязанных лиц в современных условиях / Ф. Х. Шарифзода // Вестник Педагогического университета. Естественные науки. 2022. № 1(13). С. 56-59.

Щекина Е. О. Страхование жизни и здоровья как составная часть финансового рынка: актуальные проблемы и вопросы / Е. О. Щекина, Е. П. Томилина, И. И. Глотова // Современные аспекты трансформации финансово-кредитной системы: Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции, Уфа, 23 ноября 2022 года. 2022. С. 192-202.