

Аналіз судової практики



Судова практика розгляду цивільних справ, що виникають з договорів страхування¹

Страхування як система захисту майнових інтересів фізичних, юридичних осіб та держава — необхідний елемент соціально-економічної системи суспільства. Страхування є інститутом гарантування поновлення майнових інтересів та одним із найбільш стабільних джерел довгострокових інвестицій.

Страхування — одна з найдавніших категорій у сфері суспільних відносин. Вважається, що первинні форми страхування виникли ще у давнину, за 2 тис. років до н. е. (зокрема, в законах вавилонського царя Хаммурапі передбачалось укладання угоди між учасниками торговельного каравану про сумісну відповідальність за збитки, яких зазнавав будь-хто з його членів внаслідок розбійного нападу)².

Однак страхування в сучасному його розумінні виникло набагато пізніше, в капіталістичному суспільстві. З розвитком виробництва та суспільних відносин зростало бажання зберегти матеріальне благополуччя, що зумовило доцільність впровадження страхового захисту. Базуючись на природному прагненні людини убезпечити себе і своє майно від різних катаклізмів, стихійних лих тощо, у процесі історичного розвитку страхування набуло характеру високопрофесійної діяльності, якою займаються особливі організації — страхові.

Матеріали, надані судами для проведення зазначеного аналізу, свідчать про наявність неординарної судової практики при розгляді цієї категорії спорів і помилок при застосуванні судами норм матеріального та процесуального права.

Питання, що пов'язані з укладенням договору страхування

Поняття «договір страхування» закріплено в ЦК (ст. 979), Господарському кодексі України (ст. 354) та в Законі № 85/96-ВР. Так, згідно зі ст. 16 цього Закону договір страхування — це

Відносинам у сфері страхування присвячені, зокрема, гл. 67 розд. III (статті 979—999) Цивільного кодексу України (далі — ЦК) і Закон від 7 березня 1996 р. № 85/96-ВР «Про страхування» (далі — Закон № 85/96-ВР). Норми, що стосуються обов'язкового страхування, містяться у спеціальному законодавстві (наприклад, у законах: від 1 липня 2004 р. № 1961-IV «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» (далі — Закон № 1961-IV), від 2 березня 2000 р. № 1533-III «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», від 9 липня 2003 р. № 1058-IV «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», від 18 січня 2001 р. № 2240-III «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням»), а також у постановах Кабінету Міністрів України, які прийняті на підставі зазначених вище та інших законів.

Обов'язкове особисте страхування передбачено також в законах, що регулюють питання професійної діяльності певних категорій працівників. У них, зокрема, визначені категорії осіб, які підлягають обов'язковому особистому страхуванню, випадки, при настанні яких виплачується страхова сума, права та обов'язки сторін.

Предметом дослідження у пропонованому матеріалі є найбільш поширені форми зазначеної категорії спорів, а саме: добровільне страхування та обов'язкове страхування, що регулюються Законом № 1961-IV.

письмова угода між страхувальником і страховиком, відповідно до якої страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується

¹ Витяг із аналізу до друку підготували суддя Верховного Суду України **Я.М. РОМАНЮК** та головний консультант відділу вивчення судової практики управління вивчення та аналізу судової практики, канд. юр. наук **З.П. МЕЛЬНИК**.

² Див.: Хрестоматія по всеобщей истории государства и права: В 2 т. / Под ред. К.И. Батыра, Е.В. Поликарповой. — М., 1996. — Т. 1. — 23 с.

сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Отже, договір страхування є двостороннім, оплатним, строковим, консенсуальним. Його також можна віднести до договорів про надання послуг та на користь третьої особи.

Договір відповідно до Закону № 1961-IV є публічним, на користь третьої особи.

Істотними умовами договору страхування відповідно до ст. 982 ЦК є:

- 1) предмет договору;
- 2) страховий випадок;
- 3) розмір грошової суми, в межах якої страховик зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку (страхова сума);
- 4) розмір страхового платежу і строки його сплати;
- 5) строк договору;
- 6) інші умови, визначені актами цивільного законодавства.

До умов, визначених актами цивільного законодавства, можна віднести умови, які мають бути визначені у договорі відповідно до ст. 16 Закону № 85/96-ВР. Зокрема, такими можуть бути індивідуальні ознаки транспортних засобів, які становлять масу застрахованого майна, та територія страхового покриття.

Так, М. звернувся до Жовтневого районного суду м. Запоріжжя із позовом до ВАТ СК «Гарантія», третя особа — АТ КБ «Надра», про стягнення страхового відшкодування. Позивач зазначив, що уклав з АТ КБ «Надра» кредитний договір та договір застави. Відповідно до умов договору предмет застави, яким є автомобіль марки «Ауді», повинен бути застрахований за програмою «повне КАСКО» і вигодонабувачем призначено АТ КБ «Надра». Згідно з умовами договору добровільного страхування М. сплатив страховику страховий платіж 26 листопада 2007 р. Проте 25 грудня 2007 р. автомобіль позивача був викрадений невідомими особами, на підставі чого слідчі органи порушили кримінальну справу. Цього ж дня позивач повідомив страховика про настання страхового випадку, але останній відмовився виплатити страхове відшкодування.

Суд, відмовляючи позивачу в задоволенні позову, послався на ч. 1 ст. 626 ЦК, якою передбачено, що договором є домовленість двох або більше сторін, спрямована на встановлення, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків, а також на приписи ст. 983 ЦК, яка встановлює момент набрання чинності договором страхування. Відповідно до п. 16 договору він вступає в силу не раніше дня наступного за днем надходження страхово-

го платежу або його першої частини на поточний рахунок страховика та моменту складання акта щодо забезпечення транспортного засобу електронними та механічними засобами проти викрадення. Такий акт складений не був, оскільки позивач не виконав умови договору. З огляду на зазначені вище порушення суд дійшов висновку про відсутність у страховика обов'язку здійснювати позивачеві виплату страхового відшкодування.

Законодавець у ст. 18 Закону № 85/96-ВР розмежовує поняття «укладення» договору і «набрання ним чинності». Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Тобто момент укладення договору може не збігатися з моментом набрання ним чинності. У випадку, що розглядається, моментом укладення договору є момент набрання ним чинності. **Юридичне значення має той факт, що коли договір страхування укладено, але перший платіж не внесено (тобто договір не набрав чинності), страховик не зобов'язаний здійснювати страхову виплату, навіть якщо випадок відбувся.**

Наприклад, Апеляційний суд Хмельницької області рішенням від 4 листопада 2009 р. скасував рішення Славутського міськрайонного суду від 10 серпня 2009 р. у частині стягнення 19 тис. 896 грн 55 коп. страхового відшкодування з АТ «Українська пожежно-страхова компанія», а позовні вимоги С. у цій частині задовольнив і постановив стягнути на його користь з П. зазначену суму.

Під час розгляду справи встановлено, що 28 грудня 2008 р. в м. Славуті з вини власника автомобіля ВА3-2110 П. сталася дорожньо-транспортна пригода (далі — ДТП), через що був пошкоджений автомобіль «Форд Фіеста», яким керував С.

Суд першої інстанції, постановляючи стягнути заподіяну шкоду з АТ «Українська пожежно-страхова компанія», виходив із того, що між П. та страховиком укладено договір обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, що підтверджується страховим полісом, і цей правовин не визнаний судом недійсним.

Проте суд першої інстанції не врахував, що договір страхування набирає чинності з моменту внесення страховальником першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором. А оскільки страховий платіж П. не перерахував, договір страхування чинності не набрав, тому відповідальність за заподіяну шкоду має нести особа, яку визнано винною у вчиненні ДТП.

Стосовно моменту набрання чинності договором страхування, тобто здійснення першого платежу, слід враховувати, що коли він здійснюється готівкою, то цей факт має підтверджуватися видачею встановленого законодавством розрахункового документа — квитанції, касового чека тощо. При сплаті першого платежу у безготівковій формі договір набирає чинності з дати надходження коштів на рахунок страховика, якщо сторони не домовилися про інше в договорі.

Форма договору страхування є письмовою, причому недотримання цієї вимоги, встановленої ст. 981 ЦК, робить такий договір нікчемним. Проте в цьому випадку слід пам'ятати положення ч. 2 ст. 218 ЦК: якщо договір укладено усно і одна зі сторін здійснила платіж, а інша прийняла його, то позивач може звернутися до суду з позовом про визнання договору дійсним. Інакше договір є недійсним з моменту його укладення і жодних цивільно-правових наслідків, крім наслідків недійсності договору, не породжує.

Відповідно до ч. 1 ст. 981 ЦК, ч. 2 ст. 18 Закону № 85/96-ВР факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

У судах страхувальники нерідко посилаються на те, що вони не були ознайомлені з правилами страхування, хоча, як правило, у договорах зазначено, що страхувальник із правилами ознайомле-

ний. Такий обов'язок, закріплений у ст. 20 Закону № 85/96-ВР, не завжди виконується страховиком. Зрозуміло, що для ознайомлення з правилами страхування, які є багатосторінковим документом, містять значний обсяг специфічної інформації та термінології, незрозумілих для широкого загалу, недостатньо лише разового ознайомлення з ними в умовах обмеженого часу та можливостей під час укладення договору. Для повного ознайомлення із зазначеними правилами необхідно видати клієнту копію у постійне користування.

Правила страхування за своєю природою є локальним нормативним актом для страховика і, не будучи правовим актом, не мають юридичної сили, та не є обов'язковими для страхувальника. Для того, щоб ці правила стали джерелом регулювання страхового правовідношення та обов'язковими для обох сторін, вони тим чи іншим чином мають бути вписані у договір страхування.

Тобто первинним у взаємовідносинах сторін є договір, і якщо в ньому міститься посилання на правила страхування, то в такому випадку вони є обов'язковими для обох сторін. Якщо ж зазначеного посилання у договорі немає, то суд не може посилатися на правила страхування, а має надати перевагу договору. Так само за наявності колізії положень правил страхування з положеннями договору страхування пріоритет слід надавати положенням договору, на які погодився страхувальник, підписуючи його.

Умови та порядок здійснення страхових виплат у судовому порядку

Відповідно до ст. 8 Закону № 85/96-ВР страховий випадок — це подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі. **Яка саме подія визнається страховим випадком має бути детально зазначено у договорі страхування.**

Слід звернути увагу на те, що учасники страхових правовідносин нерідко ототожнюють поняття «страхова виплата» і «страхове відшкодування», проте закон їх розмежує. Так, **страховою виплатою** вважають грошову суму, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку. А **страховим відшкодуванням** — страхову виплату, яка здійснюється страховиком у межах страхової суми за договорами майнового страхування і страхування відповідальності при настанні страхового випадку.

Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається страховиком у строк, не більший за передбачений договором і правилами страхування, та повідомляється страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови. Така відмова може бути оскаржена в судовому порядку.

Вирішуючи спори щодо відмови страховика у здійсненні страхової виплати за договорами страхування, суди керуються як ст. 991 ЦК, так і ст. 26 Закону № 85/96-ВР, в яких перелічені підстави для відмови майже ідентичні. При цьому відповідно до ст. 991 ЦК страховик має право відмовитися від здійснення страхової виплати у разі:

– навмисних дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без пере-

вищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

– вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

– подання страхувальником завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

– одержання страхувальником повного відшкодування збитків за договором майнового страхування від особи, яка їх завдала;

– несвоєчасного повідомлення страхувальником без поважних на те причин про настання страхового випадку або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

– наявності інших підстав, встановлених законом.

Виникають спірні питання стосовно застосування вимог п. 5 ч. 1 ст. 989 ЦК щодо неповідомлення страховика про настання страхового випадку у строк, встановлений договором, і створення йому в такий спосіб перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків. Наслідком невиконання страхувальником цього обов'язку є відмова страховика від здійснення страхової виплати відповідно до п. 5 ч. 1 ст. 991 ЦК.

Відповідно до п. 5 ч. 1 ст. 991 ЦК страховик має право відмовитися від здійснення страхової виплати у разі несвоєчасного повідомлення страхувальником без поважних на те причин про настання страхового випадку.

У системному зв'язку з п. 5 ч. 1 ст. 989 ЦК, яким на страхувальника покладено обов'язок повідомити страховика про настання страхового випадку у строк, встановлений договором, правове значення має повідомлення страховика про настання страхового випадку у строк, який дає страховику можливість дослідити обставини справи та дійти висновку про визнання його страховим випадком чи відмову в цьому. **Сам факт порушення страхувальником визначеного договором страхування строку подання документів, що стосуються страхового випадку, за наявності факту своєчасного повідомлення страховика про настання страхового випадку не може бути підставою для відмови від здійснення страхової виплати.**

За змістом ч. 1 ст. 991 ЦК та ч. 1 ст. 26 Закону № 85/96-ВР страховик має право відмовитися від здійснення страхової виплати **у разі одержання страхувальником повного відшкодування збитків за договором майнового страхування**

від особи, яка їх завдала. Отже, якщо суд уже вирішив питання щодо відшкодування матеріальної шкоди, заподіяної внаслідок ДТП винною особою, то під час розгляду справи про відшкодування такої шкоди за рахунок страховика **суд має з'ясувати, чи виконане таке рішення, тобто чи одержав потерпілий відшкодування збитків від винної особи.**

Наприклад, позивач Р. у грудні 2007 р. уклав договір добровільного страхування автомобіля, який належав йому на праві власності. У період дії договору мав місце страховий випадок — автомобіль був пошкоджений внаслідок ДТП. При наданні страховій компанії пакета документів, передбаченого договором, остання відмовила у виплаті страхового відшкодування з підстав експлуатації автомобіля з технічними несправностями, у технічному стані, що не відповідає вимогам Правил дорожнього руху (далі — Правила) та правил технічної експлуатації транспортного засобу. Така відмова була обґрунтована тим, що автомобіль позивача на день страхової події вже мав пошкодження, які свідчили про несправний технічний стан, зокрема пошкодження правої сторони автомобіля, правого дзеркала заднього виду та задньої підвіски.

Червоногвардійський районний суд м. Макіївки своїм рішенням, яке в апеляційному порядку не оскаржувалося, задовольнив позов Р., постановивши стягнути на його користь зі страхової компанії суму страхового відшкодування.

Задовольняючи вимоги про стягнення страхового відшкодування, суд виходив із того, що у страхової компанії не було підстав для відмови у проведенні відповідної виплати, оскільки згідно з Правилами та правилами технічної експлуатації транспортних засобів зазначені вище пошкодження автомобіля не віднесені до категорії пошкоджень, за яких забороняється керувати автомобілем. Згідно з умовами договору страхування, якщо технічний стан транспортного засобу не відповідає вимогам Правил та/або правил його технічної експлуатації, то це страховим випадком не визнається.

Слід враховувати, що відповідно до ч. 2 ст. 991 ЦК договором страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови здійснити страхову виплату, **якщо це не суперечить закону.**

З цього приводу необхідно зазначити таке. У ст. 979 ЦК, ст. 16 Закону № 85/96-ВР роз'яснено, що за договором страхування страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку виплатити страхувальникові або іншій особі, ви-

значеній у договорі, грошову суму (страхову виплату), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови договору.

Тобто, виходячи зі змісту цих норм, можна зробити висновок, що коли виникає страховий випадок, страховик зобов'язаний виплатити страхове відшкодування, а інші умови договору є підставою для відмови лише в тому разі, якщо таке порушення положень договору страхувальником перешило страховику переконатися, що ця подія є страховим випадком, і має оцінюватись окремо у кожному випадку.

Зокрема, несвоєчасне повідомлення страховика про настання страхового випадку саме по собі не може бути підставою для відмови від страхового відшкодування, а лише в тому випадку, коли воно позбавляє страховика можливості дізнатися, чи є ця подія страховим випадком, тобто якщо буде доведено, що відсутність у страховика відомостей про це могло вплинути на його обов'язок виплатити страхове відшкодування.

Слід також враховувати, що закон пов'язує обов'язок страховика здійснити відшкодування саме зі страховим випадком, а не з наданням певних доказів страхувальником. Зокрема, відсут-

ність довідки ДАІ не є підставою для часткового відшкодування чи відмови у ньому.

Так, *Ленінський районний суд м. Миколаєва рішенням від 27 березня 2009 р. у справі за позовом Д. до ЗАТ «Страхова компанія «АХА Україна» про стягнення страхової виплати на користь позивача постановив стягнути 20 тис. 879 грн страхової суми. У рішенні суд зазначив, що відповідач безпідставно, керуючись страховим актом, закрити страхову справу, оскільки позивач додатково не надав розгорнутої довідки ДАІ щодо страхового випадку, як передбачено у п. 6.1 умов страхування. Так, суд керувався тим, що відповідно до положень п. 6.2 зазначених умов страховик може запросити або надіслати запити у відповідні установи для отримання документів, яких не вистачає, однак останній цього не зробив. Враховуючи, що таких підстав, як ненадання страхувальником необхідних документів для встановлення обставин страхового випадку і здійснення відповідної виплати страхової суми не передбачено наведеними правовими нормами, умовами страхування та договором, суд згідно з п. 3 ст. 988 ЦК та ст. 20 Закону № 85/96-ВР ухвалив рішення про задоволення позову. Рішення суду не було оскаржене та виконане відповідачем добровільно.*

Визначення розміру страхової виплати та шкоди, заподіяної застрахованому майну

Визначаючи розмір заподіяної шкоди при страхуванні наземного транспорту, суди у разі виникнення спору щодо визначення розміру заподіяної шкоди, як правило, виходять із фактичної (реальної) суми, встановленої висновком судової автотоварознавчої експертизи, або відповідними документами станції технічного обслуговування, на якій проводився ремонт автомобіля.

При цьому нерідко до виплати заявляється сума ремонту автомобіля з урахуванням податку на додану вартість (далі — ПДВ). Зазначена сума, виходячи з умов договорів, укладених на підставі чинного законодавства та правил, розроблених кожною страховою компанією, виплачується останньою або стягується судом після надання документів про такі витрати. **Судам у таких випадках слід з'ясувати наявність двох обставин: 1) фактичне здійснення ремонту автомобіля; 2) чи зареєстрований надавач послуг з ремонту автомобіля є платником ПДВ.**

Крім того, постановивши стягнути страхове відшкодування, суди не завжди звертають увагу, що страхові компанії, зазвичай, в умовах договору не беруть на себе відповідальність за втрату

товарного вигляду транспортного засобу та до розміру страхового відшкодування включають відсоток зносу. Інколи суди не звертають уваги на франшизу та її розмір, встановлений відповідно до умов договору.

Поняття «франшиза» міститься у ст. 9 Закону № 85/96-ВР і його слід розуміти як частину збитків, що не відшкодовуються страховиком згідно з договором страхування. Крім того, застосування франшизи передбачено у ст. 12 Закону № 1961-IV. Розмір франшизи, що визначений у зазначеному Законі, встановлюється при укладенні договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності та не може перевищувати 2 % від ліміту відповідальності страховика. На практиці у більшості досліджених договорів страхування, які знаходяться у справах, наданих для аналізу, встановлено більший розмір франшизи. Однак страхувальники ці умови договорів не оспорювали.

Якщо внаслідок ДТП, що сталася з особою, цивільно-правова відповідальність якої була застрахована, шкоду було заподіяно майну, то згідно з вимогами абз. 2 п. 12.1 ст. 12 та п. 37.5 ст. 37 Закону № 1961-IV компенсувати позивачу суму

франшизи у повному обсязі має страхувальник або особа, відповідальність якої застрахована. Ухвалюючи рішення про стягнення зі страховика розміру франшизи, деякі суди роблять помилкові висновки про включення франшизи до суми майнового збитку та стягнення її зі страховика.

Матеріали аналізу свідчать, що правильною є практика місцевих судів, коли різницю між сумою відшкодування, визначеною цим Законом та фактичним розміром збитків, які підтверджуються належними та допустимими доказами у справі, суди постановляють стягнути з особи, винної у заподіянні збитків, яка також притягується до участі у розгляді справи як співвідповідач. У випадках, коли позивач такі вимоги пред'являв лише до страховика і в суді не порушувалося питання про залучення до справи особи, винної в заподіянні збитків, суди робили правильні висновки про відмову в задоволенні позовних вимог, розмір яких перевищував ліміти відповідальності страховика.

Проте не завжди при вирішенні питання про розмір збитків, завданих транспортному засобу, суд першої інстанції з'ясовував дійсну вартість автомобіля, вартість його ремонту та обставини щодо економічної обґрунтованості ремонту пошкодженого транспортного засобу, чим допускав порушення ст. 30 Закону № 1961-IV.

Наприклад, *Корольовський районний суд Житомирської області рішенням від 18 травня 2009 р. постановив стягнути із ЗАТ «Українська страхова компанія «Княжа» на користь Л. 25 тис. 306 грн 64 коп. недоплаченої суми страхового відшкодування. Заперечуючи проти позову, відповідач послався на те, що при складанні висновку експертного автотранспортного дослідження від 6 березня 2008 р. № 88 була завищена вартість відновлювального ремонту автомобіля, що підтверджується висновком товарознавчого дослідження від 27 червня 2008 р. № 1159, згідно з яким розмір матеріального збитку становить 35 тис. 798 грн 21 коп., який і був виплачений позивачу як страхове відшкодування відповідно до договору добровільного страхування транспортного засобу (КАСКО) від 22 грудня 2007 р.*

За наявності двох суперечливих висновків автотоварознавчого дослідження щодо вартості відновлювального ремонту застрахованого автомобіля суд належним чином не перевірів заперечення відповідача на порушення вимог ч. 4 ст. 10 ЦПК, не роз'яснив останньому право заявити клопотання про призначення експертизи та розглянув справу без участі сторін у судовому засіданні.

Страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими, якщо це передбачено договором страхування.

У разі недостатності страхової виплати (страхового відшкодування) для повного відшкодування завданої шкоди суди на підставі ст. 1194 ЦК постановляють стягнути з винної особи, яка застрахувала свою цивільну відповідальність на користь потерпілої особи, різницю між фактичним розміром шкоди і страховою виплатою (страховим відшкодуванням). При вирішенні спорів щодо відшкодування шкоди, заподіяної у результаті пошкодження транспортного засобу, у більшості випадків ця різниця утворюється внаслідок того, що страхові компанії вартість відновлювального ремонту обраховують з урахуванням коефіцієнта зносу транспортного засобу, тоді як фактичні витрати на ремонт здебільшого перевищують зазначену суму.

Щодо вирішення цього питання слід звернути увагу й на практику Верховного Суду України.

Так, Верховний Суд України ухвалою від 11 березня 2009 р. скасував рішення Кіровського районного суду м. Донецька від 18 квітня 2007 р. та рішення Апеляційного суду Донецької області від 26 червня 2007 р. у справі за позовом І. до Н. та ЗАТ «Страхова група «ТАС» про стягнення матеріальної та моральної шкоди і в зустрічному позові Н. до зазначеного товариства про стягнення страхового відшкодування, моральної шкоди, пені та судових витрат.

У результаті ДТП, яка сталася з вини відповідача Н., автомобілі останньої та позивача отримали механічні пошкодження. Страхова компанія прийняті на себе зобов'язання за договором добровільного страхування наземного транспорту та договором обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності не виконала.

Суд першої інстанції позовні вимоги І. задовольнив у повному обсязі та постановив стягнути на його користь зі страхової компанії матеріальну шкоду в розмірі 20 тис. 506 грн 97 коп. та грошову компенсацію в рахунок відшкодування моральної шкоди — 10 тис. грн. Зустрічний позов Н. суд задовольнив частково і постановив стягнути на її користь зі страхової компанії страхове відшкодування в розмірі 19 тис. 942 грн 46 коп., пеню в розмірі 40 тис. 854 грн, збитки від інфляції — 3 тис. 433 грн, три проценти річних у розмірі 1 тис. 125 грн 42 коп. та грошову компенсацію в рахунок відшкодування моральної шкоди в розмірі 15 тис. грн.

Апеляційний суд своїм рішенням рішення місцевого суду в частині стягнення грошової компенсації в рахунок відшкодування моральної шкоди на користь І. скасував і в задоволенні цієї частини вимог останньому відмовив.

Верховний Суд України, скасовуючи судові рішення, виходив із того, що відповідно до умов договору добровільного страхування наземного транспорту, укладеного між Н. та страховою компанією, страхування здійснюється з урахуванням коефіцієнта експлуатаційного зношення транспортного засобу.

Згідно з роз'ясненнями, що містяться у постанові Пленуму Верховного Суду України від 27 березня 1992 р. № 6 «Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди», при стягненні на користь потерпілого вартості пошкодженого майна враховується зношеність пошкодженого майна. Розрахунок зношеності проводиться відповідно до Методики товарознавчої експертизи та оцінки дорожніх транспортних засобів, затвердженою наказом Міністерства юстиції України та Фондом державного майна України від 24 листопада 2003 р. № 142/5/2092 (зареєстровано у Міністерстві юстиції України 24 листопада 2003 р. за № 1074/8395).

Крім того, згідно з Положенням про порядок та умови проведення обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28 вересня 1996 р. № 1175, страхувальником відшкодовується третій особі завдана внаслідок пошкодження транспортного засобу саме пряма шкода, в якій враховується вартість пошкоджених деталей транспортного засобу на момент ДТП, а саме з урахуванням фізичного зношення транспортного засобу, а не вартість нових деталей.

Суди зазначені вимоги не врахували, що стало підставою для скасування судових рішень із направленням справи на новий судовий розгляд до суду першої інстанції.

Вирішення судами спорів про відмову у страховій виплаті на підставі інших обставин

Відповідно до ч. 3 ст. 991 ЦК рішення страховика про відмову здійснити страхову виплату повідомляється страхувальникові у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови. Така відмова має бути направлена страхувальнику у строк, визначений законом або договором.

Однак не завжди страхові компанії дотримуються цього правила, зокрема затягують розгляд питання про виплату страхового відшкодування

У деяких випадках місцеві суди при вирішенні цієї категорії спорів зменшують розмір відшкодування шкоди, завданої особою, залежно від матеріального становища, посилаючись при цьому на положення ч. 4 ст. 1193 ЦК.

Так, у справі, що розглянув Вінницький районний суд Вінницької області за позовом ЗАТ «Страхова група «ТАС» до М.В.О. про відшкодування збитків (справа № 2-99/09), позивач пред'явив позов до відповідача про відшкодування майнової шкоди, завданої внаслідок ДТП, у порядку регресу в сумі 11 тис. 19 грн 11 коп. Суд рішенням від 27 січня 2009 р. постановив стягнути на користь позивача 3 тис. 500 грн. При цьому місцевий суд, зменшуючи суму стягнення збитків, послався на те, що відповідач має поганий стан здоров'я, на його утриманні перебувають члени сім'ї (інваліди II групи), його сім'я є малозабезпеченою. Зазначене рішення в апеляційному порядку не оскаржувалося.

Цей суд аналогічно вирішив справу за позовом ЗАТ «Українська інноваційна страхова компанія «Інвестсервіс» до М.В.Н. про відшкодування завданої шкоди (справа № 2-98/09).

Слід враховувати, що коли до відшкодування заявляється вартість деталей в іноземній валюті, а робіт — у національній валюті, то суд може перерахувати вартість в іноземній валюті згідно з офіційним курсом Національного банку України на день ухвалення рішення.

У тому разі, коли на час виконання рішення про відшкодування шкоди, виправлення пошкодження за одержані за рішенням кошти, збільшились ціни на майно або роботи, на придбання чи проведення яких воно було присуджено, потерпілий з цих підстав може заявити додаткові вимоги до особи, відповідальної за шкоду, якщо не було його вини в тому, що виконання проводилося вже після зростання цін і тарифів (п. 9 постанови Пленуму Верховного Суду України від 27 березня 1992 р. № 6 «Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди»).

і не надають стороні відмову у виплаті, хоча і не здійснюють її. Суди приймають і розглядають по суті всі спори, що стосуються стягнення страхових виплат, навіть у тому випадку, коли в матеріалах справи відсутнє письмове рішення страхової компанії про відмову в такій виплаті.

Аналіз матеріалів, наданих судами, свідчить про наявність випадків стягнення страхових виплат у судовому порядку за відсутності рішення

про відмову страховика. Позивачі заявляють вимоги про визнання події страховим випадком та стягнення страхового відшкодування.

Так, Ф. звернувся до Орджонікідзевського районного суду м. Запоріжжя із позовом до ЗАТ «Фінансова група «Страхові традиції» про стягнення страхового відшкодування. У позові він зазначав, що уклав із відповідачем договір добровільного страхування належного йому автомобіля, який за умовами договору був застрахований від незаконного заволодіння у будь-який час та у будь-якому місці. У зв'язку з виїздом на автомобілі за кордон позивач надав страховику заяву про оформлення додаткової угоди до основного договору про розширення території дії договору на країни Європи і сплатив за це страховий платіж.

У м. Варшаві, Республіка Польща, автомобіль позивача було викрадено, про що останній повідомив страховика та надав постанову відділу поліції м. Варшави про припинення слідства у зв'язку з невикриттям виконавця злочину. З цього приводу було складено акт, відповідно до якого ця подія визнана страховим випадком, що відповідає умовам страхування, а також було видано наказ про виплату страхового відшкодування.

Разом з тим відповідач фактично страхове відшкодування позивачу не сплатив без пояснення причин, представник відповідача у судові засідання повторно не з'явився без поважних причин, а тому суд обґрунтовано задовольнив позов шляхом ухвалення заочного рішення у справі на підставі наявних доказів та з посиланням на норми матеріального права, які регулюють правовідносини сторін, у тому числі й на відповідні положення договору страхування та додаткової угоди до нього.

Договір страхування та закон передбачають строки виплати відшкодування, але страховик може перевіряти обставини страхового випадку, тому цілком можливо на законних підставах затягувати процес щодо прийняття рішення про визнання випадку страховим та виплату страхового відшкодування.

Прикладом цього є справа Київського районного суду м. Полтави за позовом М. до страхової компанії «Інком страх». Під час розгляду справи суд встановив, що після настання страхового випадку страхувальник на виконання своїх зобов'язань своєчасно надав страховику всі необхідні документи. Страховик, незважаючи на встановлений умовами договору строк для прийняття рішення про виплату страхового відшкодування або відмову у такій виплаті, таких рішень не прийняв. На підтвердження своїх вимог про отримання страхового відшкодування страхувальник неодноразово

направляв заяви-вимоги про страхові виплати, що також залишалися без реагування. Після сплину піврічного строку очікування рішення страхової компанії про виплату страхового відшкодування або про відмову в цьому позивач звернувся до суду за захистом свого права.

Зважаючи на це, на думку колегии суддів зазначеного суду, відсутність як такого рішення страховика про відмову у виплаті страхового відшкодування не може вважатися підставою для відмови у задоволенні позову про стягнення таких виплат, оскільки останнє може свідчити про зловживання страховиками своїми правами та мати на меті навмисне затягування строків виконання зобов'язань перед страхувальниками.

У кожному окремому випадку суду необхідно зібрати докази та оцінити, чи було затягування та бездіяльність страховика **фактичною відмовою у виплаті страхового відшкодування**.

Стосовно застосування судами поняття «**інші умови договору**» (ст. 979 ЦК, ст. 16 Закону № 85/96-ВР) при вирішенні питання про відмову у здійсненні страхової виплати можна навести такі приклади.

Справа № 2-143/09 за позовом К.О. до ЗАТ СК «ВУСО» про стягнення страхового відшкодування з нарахуванням пені та відшкодування моральної шкоди. Чоловіку позивачки на праві власності належав автомобіль, придбаний у кредит у період перебування в зареєстрованому шлюбі. У серпні 2006 р. між її чоловіком — К.І. та страховою компанією було укладено договір добровільного страхування наземного транспорту та договір добровільного страхування від нещасного випадку (життя та здоров'я). У період дії зазначених вище договорів К.І. загинув (насильницька смерть), а автомобіль було викрадено, розкомплектовано та знищено. Тобто події, які відбулися за обома договорами, належать до страхових випадків.

Відповідно до умов договору страхування від нещасного випадку в разі смерті страхувальника виплата проводиться у розмірі суми заборгованості банку за кредитним договором на момент настання страхового випадку, але не більше страхової суми. Зазначені вимоги договору страховою компанією були виконані та банку була перерахована певна сума.

Стосовно виплати за договором страхування наземного транспорту позивачці було відмовлено у виплаті з тих підстав, що збитки були заподіяні в результаті використання транспортного засобу як таксі. При укладенні договору страхування страхувальник у графі «Особливості вико-

ристання транспортного засобу» зазначив автомобіль як приватний, у зв'язку з чим страхування проведене за загальним тарифом. Під час проведення розслідування кримінальної справи було встановлено використання автомобіля за іншим призначенням.

Ворошиловський районний суд м. Донецька рішенням від 18 вересня 2009 р., з яким погодився суд апеляційної інстанції, у задоволенні позову К.О. відмовив.

Стосовно спорів, **пов'язаних із випадками, які за договором страхування не визнаються страховими**, можна навести такий приклад.

Івано-Франківський міський суд рішенням від 6 квітня 2009 р. відмовив у задоволенні позову П., третя особа, яка не заявляла самостійних вимог щодо предмета спору, на стороні позивача — ВАТ КБ «Приватбанк» — до ВАТ «Страхове товариство «Гарантія», про стягнення страхового відшкодування в сумі 80 тис. 957 грн 82 коп. у рахунок покриття позики за кредитним договором від 31 серпня 2007 р. № 263К. Суд встановив, що 31 серпня 2007 р. між П. та ВАТ «Страхове товариство «Гарантія» було укладено договір добровільного страхування автомобіля П. Вигодонабувачем за цим договором є ЗАТ КБ «Приватбанк».

У ніч з 2 на 3 вересня 2007 р. застрахований автомобіль був викрадений з подвір'я будинку по вул. 22-го Січня, 44/18 у смт Брошнів-Осада невідомими особами. Наведена обставина підтверджувалася довідкою Рожнятівського РВ УМВС в Івано-Франківській області.

На виконання договору страхування 5 вересня 2007 р. П. звернувся із заявою до Івано-Франківської регіональної дирекції «Філії ВАТ СТ «Гарантія» про настання страхового випадку, однак 29 жовтня 2007 р. йому було відмовлено у виплаті страхового відшкодування.

Відповідно до п. 20.3.11 укладеного договору страхувальник зобов'язаний забезпечити зберігання транспортного засобу в нічний час доби (з 23:00 до 06:00) згідно з умовами, зазначеними у договорі. У будь-якому випадку транспортний засіб не має залишатися в місцях, що не охороняються, коли водій залишає транспортний засіб з метою ночівлі.

Не є страховим випадком пошкодження, знищення транспортного засобу або заволодіння транспортним засобом третіми особами, що виникли внаслідок залишення в салоні транспортного засобу або у доступному третім особам місці ключів до цього транспортного засобу чи реєстраційних документів (п. 6.9 Правил добровільного страхування наземного транспорту від 1 липня 2005 р. № 1-08/06). Крім того, як убачається з

матеріалів справи, договір страхування вступає в силу за ризиком «незаконне володіння» лише з моменту обладнання (у разі відсутності) транспортного засобу електронним або механічним засобом проти викрадення та підписання сторонами відповідного акта огляду транспортного засобу.

За таких обставин суд першої інстанції дійшов обґрунтованого висновку, що позивач як страхувальник не виконав зобов'язань укладеного договору добровільного страхування, зокрема, що стосується умов зберігання транспортного засобу, передбаченого п. 8, та не обладнав автомобіль протиугінним засобом, про який власноручно зазначив у п. 13 заяви на страхування транспортного засобу, а тому відмовив у задоволенні позову.

Іншим прикладом є справа № 2-945/09 за позовом М. до ЗАТ СК «Провідна» про стягнення страхового відшкодування та застосування відповідальності, передбаченої ст. 625 ЦК.

Позивачу на праві власності належав автомобіль. Між сторонами укладено договір добровільного страхування наземного транспорту, у період дії якого автомобіль було викрадено. При належному повідомленні про страховий випадок і наданні відповідних документів у виплаті страхового відшкодування було відмовлено з тих підстав, що викрадений автомобіль не пройшов черговий технічний огляд.

Ясинуватський міськрайонний суд рішенням від 3 грудня 2009 р. позов М. задовольнив: зі страхової компанії на користь позивача постановив стягнути страхове відшкодування з урахуванням встановленого індексу інфляції 43 тис. 890 грн, три проценти річних — 1 тис. 187 грн 16 коп.

Суд першої інстанції, задовольняючи позовні вимоги, виходив із того, що факт викрадення автомобіля мав місце, при цьому суд вважав, що перебування транспортного засобу без руху на майданчику для паркування не вважається його експлуатацією, тому у страхової компанії не було підстав для відмови у виплаті страхового відшкодування у зв'язку з непроходженням технічного огляду у встановленому законом порядку.

Апеляційний суд Донецької області рішенням від 16 лютого 2010 р. зазначене рішення суду першої інстанції скасував та ухвалив нове, яким у задоволенні позову відмовив, оскільки автомобіль позивача дійсно у 2007 р. не пройшов черговий технічний огляд у встановленому порядку. Згідно з умовами договору страхування та правил страхування відповідача у разі непроходження чергового технічного огляду подальші випадки з автомобілем не визнаються страховими і виключають відповідальність страховика.

Спори щодо здійснення страхових виплат третім особам, на користь яких укладено договір страхування

Відповідно до ст. 985 ЦК страхувальник має право укласти із страховиком договір на користь третьої особи, якій страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату у разі досягнення нею певного віку або настання іншого страхового випадку.

Страхувальник має право при укладенні договору страхування призначити фізичну або юридичну особу для одержання страхової виплати (вигодонабувача), а також замінювати її до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено договором страхування.

Стаття 3 Закону № 85/96-ВР у страховому зобов'язанні виділяє два види третіх осіб. Перший вид — це застраховані особи, якими слід розуміти фізичних осіб, у житті яких можуть трапитися події, у разі настання яких виникає обов'язок страховика здійснити страхові виплати такому застрахованому або вигодонабувачу (наприклад, медичне страхування роботодавцем своїх працівників). Введення застрахованої особи до кола суб'єктів відносин страхування допускається лише за її згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування. Другим видом є вигодонабувачі.

Із зазначеного випливає, що договір страхування надає третій особі право вимагати від страховика здійснити страхову виплату на свою користь, тобто наділяє вигодонабувача **правами** страхувальника, але не покладає на нього **обов'язків** останнього.

При спричиненні шкоди потерпілий має право отримати відшкодування від її заподіювача, а також обирати, до кого цю вимогу пред'являти — до заподіювача чи до страховика.

Часто на практиці виникає питання: чи може страхувальник через суд примусити страховика виплатити страхове відшкодування потерпілому-вигодонабувачу?

Такі позови страхувальників є реакцією на вимогу потерпілих про відшкодування шкоди. Страхувальник, отримавши таку претензію, звертається до суду з позовом про виконання договору страхування і виплату страхового відшкодування потерпілому з метою звільнити себе від такої виплати.

Суди повинні відмовляти у таких позовах, мотивуючи своє рішення тим, що коли потерпілий, який виступає як третя особа, на користь якої укладено договір страхування, не скористався

своїм правом на отримання страхової виплати, то страхувальник не вправі вимагати від страховика виконання договору на користь третьої особи. Стягувати чи не стягувати зі страховика страхову виплату — це право зазначеної третьої особи.

Зокрема, Самарський районний суд м. Дніпропетровська відмовив у задоволенні позовних вимог Л. до ЗАТ «Страхова компанія «ІНКОМСТРАХ», третя особа — АБ «Металург», про стягнення страхового відшкодування, пені та трьох процентів річних, у тому числі частини суми страхової виплати на користь третьої особи, оскільки у ЦПК не передбачено пред'явлення позову в інтересах таких осіб. Відповідно до ст. 34 ЦПК АБ «Металург» із самостійними позовними вимогами до суду не звертався.

При розгляді справ щодо стягнення страхового відшкодування виникали труднощі стосовно складу осіб, тобто у визначенні учасника цивільного процесу, якого залучають до участі у справі, зокрема банку, якщо він зазначений у договорі страхування вигодонабувачем. Якщо вигодонабувач (банк) відмовився від права, наданого йому на підставі договору, сторона, яка уклала договір на користь третьої особи, може сама скористатися цим правом, тоді банк буде третьою стороною у справі, якщо ж ні — належним позивачем має бути вигодонабувач (банк).

Так, Апеляційний суд Херсонської області ухвалою від 13 травня 2009 р. залишив без змін рішення Дніпровського районного суду м. Херсона від 3 березня 2009 р., яким було задоволено позов К. до ВАТ «Страхова компанія «Універсальна» про виплату страхового відшкодування. Незважаючи на те, що відповідно до договору страхування вигодонабувачем було передбачено ВАТ «Райффайзен Банк Аваль», страхову виплату суд постановив стягнути на користь страхувальника К. При цьому місцевий суд виходив із того, що банк, який відповідно до п. 1.3 договору добровільного страхування має першочергове право на отримання страхового відшкодування у разі настання страхового випадку, не пред'являє претензій до страховика з приводу переадресації йому страхової виплати. Апеляційний суд Херсонської області зазначив, що посилення на порушення прав ВАТ «Райффайзен Банк Аваль» безпідставні, оскільки зазначене товариство притягнуто до участі у справі як третю особу, однак інтересу до вирішуваного спору не має, рішення суду не оскаржувало.

Поширеними на практиці є випадки, коли при страхуванні предмета застави, вигодонабувачем за страховим договором є заставадержатель, тобто банківська установа, яка є кредитором власника предмета страхування. Тому у суддів виникають питання щодо можливості розгляду в одному провадженні з позовом страхувальника окремих самостійних вимог третьої особи, банківської установи, оскільки страховик та банк є юридичними особами.

Підсумовуючи, слід зазначити, що **право вимоги позивач (потерпілий, страхувальник)**

Можливість поширення на відносини страхування норм Закону «Про захист прав споживачів»

Матеріали, надані для аналізу, свідчать про поширеність випадків прямого чи опосередкованого застосування до страхових відносин Закону від 12 травня 1991 р. № 1023-ХІІ «Про захист прав споживачів» (далі — Закон № 1023-ХІІ). Це стосується насамперед питань про підсудність за місцем проживання споживача або за місцем заподіяння шкоди, виконання договору, звільнення від сплати судового збору, можливості вимагати відшкодування моральної (немайнової) шкоди.

Суди, задовольняючи такі позови, мотивували свої рішення тим, що страхування згідно з п. 9 ст. 4 Закону від 12 липня 2001 р. № 2664-ІІІ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» є різновидом фінансових послуг. Суди також посилалися на п. 2 постанови Пленуму Верховного Суду України від 12 квітня 1996 р. № 5 «Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів», відповідно до якого Закон № 1023-ХІІ не визначає певних меж своєї дії, та до відносин, які ним регулюються, належать, зокрема ті, що виникають із договорів страхування.

Деякі суди, вирішуючи спори цієї категорії, не поширювали на спірні правовідносини, що випливають з договорів страхування та відповідно врегульовані спеціальними законами (Законом № 85/96-ВР та Законом № 1961-ІV), положення Закону № 1023-ХІІ з огляду на те, що предметом спору є не якість страхових послуг, а права та обов'язки сторін згідно з умовами договору страхування. Тобто має місце протилежна судова практика, зокрема щодо визначення підсудності розгляду справ зазначеної категорії.

Так, *Калуський міськрайонний суд Івано-Франківської області ухвалою від 4 червня 2009 р. відкрив провадження у справі за позовом Я. до ЗАТ «Фінансова група «Страхові традиції» про*

може мати лише на підставі уповноваження його належним чином вигодонабувачем. Якщо ж вигодонабувач не наділив позивача такими повноваженнями, то останній не має права на одержання страхової виплати і на цій підставі є неналежним позивачем у позові про її стягнення.

Потрібно також мати на увазі, що коли вигодонабувач та страховик є юридичними особами, то спір у цій частині підлягає розгляду в порядку цивільного судочинства.

зобов'язання виплатити страхове відшкодування. Оскаржуючи цю ухвалу, представник страховика посилався на те, що юридичною адресою є м. Київ, а тому за загальним правилом підсудності справа має розглядатися у Подільському районному суді м. Києва.

Залишаючи зазначену ухвалу без змін, апеляційний суд виходив із того, що спір між сторонами виник із приводу виконання договору про надання страхових послуг, а тому правовідносини, крім Закону № 1961-ІV, регулюються ще й Законом № 1023-ХІІ, тобто позивач вправі був звернутися для вирішення спору за місцем свого проживання.

Інший приклад. Долинський районний суд Івано-Франківської області ухвалою від 5 березня 2009 р. відкрив провадження у справі за позовом К. до ЗАТ «Страхова група «ТАС» про стягнення боргу за договором страхування.

Скасовуючи цю ухвалу та передаючи справу на новий розгляд до суду першої інстанції, апеляційний суд керувався тим, що згідно з договором страхування транспортного засобу позивачка уклала договір із страховиком в особі виконуючого обов'язки директора філії у м. Івано-Франківську, а тому вона має право звернутися з позовом за місцем знаходження юридичної особи або філії, а не за місцем проживання.

Вивчення цивільних справ свідчить про те, що суди, розглядаючи такі спори, по-різному вирішують позовні вимоги про відшкодування **моральної шкоди**.

В одних випадках позовні вимоги про відшкодування моральної шкоди суди задовольняють на підставі ст. 22 Закону № 1023-ХІІ, згідно з якою при задоволенні вимог споживача суд одночасно вирішує питання щодо відшкодування моральної (немайнової) шкоди, або на підставі ч. 1 ст. 1167 ЦК, відповідно до якої моральна шкода, завдана фізичній або юридичній особі неправомірними

рішеннями, діями чи бездіяльністю, відшкодовується особою, яка її завдала, за наявності її вини, крім випадків, встановлених ч. 2 цієї статті, або на підставі ст. 23 ЦК, за змістом якої особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав.

В інших — позовні вимоги про відшкодування моральної шкоди залишаються без задоволення з таких підстав: вони не ґрунтуються ні на законі, ні на договорі; договірні відносини, які мають місце, не передбачають відшкодування моральної шкоди; з посиланням на ст. 23 ЦК з тих підстав, що не було доведено порушення відповідачем прав та охоронюваних законом інтересів позивача або заподіяння душевних страждань внаслідок відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування.

Позовні вимоги також залишаються без задоволення з посиланням на п. 5 ч. 1 ст. 4 Закону № 1023-ХІІ, згідною з якою споживачі під час придбання, замовлення або використання продукції, яка реалізується на території України, для задоволення своїх особистих потреб мають право на відшкодування шкоди (збитків), завданих дефектною чи фальсифікованою продукцією або продукцією неналежної якості, а також майнової та моральної (немайнової) шкоди, заподіяної небезпечною для життя та здоров'я людей **продукцією у випадках, передбачених законодавством**. Відповідно до цього суди відмовляють у задоволенні позову з тих підстав, що в судовому засіданні не були підтверджені обставини про те, що порушення відповідачем споживчих прав позивача з боку відповідача було пов'язане з небезпекою для життя та здоров'я першого.

Щодо цього випадку слід зазначити таке. **Правовідносини, що існують між сторонами, є зобов'язальними. У разі порушення зобов'язання моральна шкода може відшкодовуватися лише тоді, якщо це встановлено договором або законом (ст. 611 ЦК).**

У таких випадках судам потрібно виходити з того, що між сторонами існують договірні відносини, які врегульовані спеціальним Законом № 85/96-ВР та ЦК, норми статей 625, 992 якого не передбачають такого виду відповідальності страховика, як відшкодування моральної шкоди. Можливість відшкодування моральної шкоди у таких правовідносинах не виключається у випадку, якщо сторони передбачили таку відповідальність в укладеному договорі.

Відповідно до п. 22.3 ст. 22 Закону № 1961-IV потерпілому відшкодовується моральна шкода, передбачена пунктами 1, 2 ч. 2 ст. 23 ЦК. При

цьому страховик відшкодовує не більше, ніж 5 % ліміту, визначеного в п. 9.3 ст. 9 цього Закону. Різницю між сумою відшкодування, визначеною судом, та сумою, яка має бути відшкодована страховиком, сплачує особа, яку визнано винною у вчиненні ДТП.

Відшкодування потерпілому моральної шкоди з підстав, передбачених пунктами 3, 4 ч. 2 ст. 23 ЦК, проводиться в розмірі, визначеному судом, особою, яку визнано винною у вчиненні ДТП.

Матеріали аналізу свідчать, що правильною є практика місцевих судів, коли різницю між сумою відшкодування, визначеною цим Законом, та фактичним розміром збитків, які підтверджуються належними та допустимими доказами у справі, суди постановляють стягувати з особи, винної в заподіянні збитків, яка також притягується до участі у розгляді справи як співвідповідач. У випадках, коли позивач такі вимоги пред'являв лише до страховика і суд не обговорював питання про залучення до справи особи, винної в заподіянні збитків, суди робили правильні висновки про відмову в задоволенні позовних вимог, розмір яких перевищував ліміти відповідальності страховика.

Щодо поширення норм Закону № 1023-ХІІ на правовідносини, що регулюються Законом № 1961-IV, то слід враховувати сферу дії зазначених законів.

У преамбулі Закону № 1023-ХІІ зазначено, що цей Закон регулює відносини між споживачами товарів, робіт і послуг та виробниками та продавцями товарів, виконавцями робіт і надавачами послуг різних форм власності, встановлює права споживачів, а також визначає механізм їх захисту та основи реалізації державної політики у сфері захисту прав споживачів.

Споживачем є фізична особа, яка придбаває, замовляє, використовує або має намір придбати чи замовити продукцію **для особистих потреб, безпосередньо не пов'язаних із підприємницькою діяльністю або виконанням обов'язків найманого працівника.**

Закон № 1961-IV регулює відносини у сфері обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів і спрямований на забезпечення відшкодування шкоди, заподіяної життю, здоров'ю та майну потерпілих при експлуатації наземних транспортних засобів на території України.

У ст. 1 цього Закону визначено, що страховальники — це юридичні особи та дієздатні громадяни, що уклали із страховиками договори обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності за шкоду, **заподіяну життю,**

здоров'ю, майну третіх осіб під час експлуатації наземного транспортного засобу. Тобто цей Закон направлений на захист життя, здоров'я та майна третіх осіб.

Відповідно, Закон № 1023-IV, що регулює відносини, які впливають із договорів купівлі-продажу (виконання робіт, надання послуг) та спрямовані на задоволення виключно особистих потреб, безпосередньо не пов'язаних із підприємницькою діяльністю або виконанням обов'язків найманого працівника, не може поширюватися на правовідносини, що впливають із Закону № 1961-IV.

Стосовно поширення Закону № 1023-IV на **добровільне страхування** слід зазначити таке.

Суди не вправі керуватися законодавством про захист прав споживачів при вирішенні спорів, що впливають з відносин **між фізичними особами**, які вступають у договірні відносини між собою з метою задоволення особистих потреб, не пов'язаних зі здійсненням підприємницької діяльності, а також із відносин, що виникають у зв'язку із придбанням фізичною особою-підприємцем товарів, виконанням для нього робіт чи наданням послуг **не для особистих потреб**, а для здійснення підприємницької діяльності або у зв'язку із придбанням товарів, виконанням робіт і наданням послуг з метою задоволення потреб юридичних осіб.

Щодо **майнового страхування** слід зазначити таке. Закон № 1023-IV регулює відносини, які виникають між споживачами і виробниками, виконавцями, продавцями під час продажу товарів (виконанні робіт, наданні послуг), встановлює

права споживачів на придбання товарів (робіт, послуг) належної якості та безпечних для життя і здоров'я, а також визначає механізм захисту та основи реалізації державної політики.

Згідно зі ст. 1 Закону № 85/96-ВР страхування — це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів. У ст. 4 цього Закону зазначено, що предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону, і пов'язані з володінням, користуванням і розпорядженням майном (майнове страхування).

Метою страхування при укладенні договору майнового страхування є погашення за рахунок страховика ризику майнової відповідальності перед іншими особами чи ризику виникнення інших збитків у результаті страхового випадку.

Аналіз наведених норм свідчить, що відносини, які виникають з майнового страхування, не підпадають під предмет регулювання Закону № 1023-IV і положення цього Закону не застосовуються до відносин майнового страхування.

Зазначений Закон може застосовуватися, коли позивач прямо вказує на порушення норм, гарантованих цим Законом, наприклад, права на інформацію при ненаданні для ознайомлення правил страхування тощо.

Застосування судами норм ст. 625 ЦК щодо відповідальності за порушення грошового зобов'язання у спорах, що виникають з договорів страхування

Вивчення надісланих справ свідчить про те, що суди при вирішенні цих спорів по-різному застосовують положення ч. 2 ст. 625 ЦК. За її змістом боржник, який прострочив виконання грошового зобов'язання, на вимогу кредитора зобов'язаний сплатити суму боргу з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення, а також три проценти річних від простроченої суми, якщо інший розмір процентів не встановлений договором або законом.

В одних випадках суди задовольняють повністю позовні вимоги про стягнення страхових виплат (страхового відшкодування) з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення, а також трьох процентів річних

від простроченої суми за наявності підстав, що ґрунтуються на нормах закону.

В інших — суди відмовляють у задоволенні позовних вимог у частині стягнення інфляційних втрат та трьох процентів річних за прострочення у виплаті страхового відшкодування (здійсненні страхових виплат) з таких підстав: у договорі страхування не передбачено зазначених виплат; сторони повинні нести відповідальність, передбачену договором страхування, за несвоєчасне проведення розрахунків; між сторонами виникли правовідносини з договору страхування і ці відносини регулюються Законом № 85/96-ВР та гл. 67 ЦК; позивач не є кредитором, а відповідач не є боржником за грошовими зобов'язаннями; пи-

тання відповідальності страховика у разі несплати ним страхової виплати регулює спеціальна норма — ст. 992 ЦК, яка передбачає сплату неустойки в розмірі, встановленої договором або законом.

Так, у справі за позовом АСТ «АИС-Поліс» до С. про стягнення грошових коштів Компаніївський районний суд Кіровоградської області дійшов висновку, що відповідач зобов'язаний повернути страховій компанії отримане ним страхове відшкодування, оскільки завдана йому матеріальна шкода відшкодована винною особою.

Рішенням від 10 вересня 2009 р. у задоволенні вимог про стягнення суми з урахуванням індексу інфляції та трьох процентів річних від простроченої суми суд відмовив та зазначив, що не може застосувати вимоги ст. 625 ЦК, оскільки відповідач за договором добровільного страхування автотранспорту є стороною-страхувальником, а не боржником.

У більшості випадків місцеві суди виходять із того, що ст. 25 Закону № 85/96-ВР гарантує здійснення страхових виплат і виплата страхового відшкодування проводиться страховиком відповідно до договору страхування. Несвоєчасну виплату страхового відшкодування суди вважають простроченням грошового зобов'язання, за яке настає відповідальність, передбачена ч. 2 ст. 625 ЦК, у вигляді сплати боргу з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення, а також трьох процентів річних від простроченої суми.

Наприклад, Ленінський районний суд м. Кіровограда рішенням від 5 березня 2009 р. задовольнив позов З. до ЗАТ «Українська страхова компанія «Княжа» про стягнення страхової суми з урахуванням індексу інфляції, трьох процентів річних за порушення грошового зобов'язання та пені. Суд постановив стягнути із ЗАТ «Українська страхова компанія «Княжа» на користь З. суму

страхового відшкодування з урахуванням індексу інфляції у розмірі 12 тис. 139 грн 2 коп., трьох процентів річних від простроченої суми в розмірі 116 грн 71 коп. та пеню — 778 грн 4 коп.

Суд дійшов висновку, що страхова компанія безпідставно відмовила позивачу у виплаті страхового відшкодування та задовольнила позов у повному обсязі.

Така позиція судів є правильною, оскільки у ст. 979 ЦК встановлено, що у разі настання страхового випадку страховик зобов'язаний виплатити страхувальникові грошову суму (страхову виплату).

Оскільки зобов'язання страховиків у разі настання страхового випадку зводиться до здійснення страхової виплати, то таке зобов'язання є грошовим і в разі прострочення його виконання настає відповідальність, передбачена ч. 2 ст. 625 ЦК, зокрема сплата боргу з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення. Процентні річних, так само як і інфляційні втрати на суму боргу, входять до складу грошового зобов'язання і на відміну від пені не є санкцією за порушення грошового зобов'язання, а виступають способом захисту майнового права та інтересу, який полягає у відшкодуванні матеріальних витрат кредитора від знецінення грошових коштів унаслідок інфляційних процентів і отриманні компенсації (плати) від боржника за користування отриманими ним грошовими коштами, належними до сплати кредиторів, а тому ці кошти нараховуються незалежно від вини боржника та незалежно від сплати ним неустойки (пені) за порушення виконання зобов'язання. **Таким чином, інфляційні нарахування на суму боргу та три проценти річних є наслідком невиконання грошового зобов'язання.**

Спори щодо відшкодування збитків у порядку суброгації

Відповідно до цивільного законодавства шкода, завдана майну та особистим немайновим правам фізичної або юридичної особи, відшкодується в повному обсязі особою, яка її завдала. Відшкодування шкоди потерпілому можливе у двох випадках: 1) внаслідок невиконання контрагентом потерпілого своїх договірних зобов'язань; 2) внаслідок дій особи, що не пов'язана з потерпілим будь-якими договірними відносинами (деліктна відповідальність).

Якщо дії третьої особи, якими страхувальнику спричинені збитки, є страховим випадком,

то у такого потерпілого (страхувальника за договором страхування) є дві можливості відшкодування шкоди: за рахунок безпосереднього заподіювача шкоди; за рахунок страховика шляхом отримання страхового відшкодування. Право вибору належить самому потерпілому.

Перехід права вимоги від страхувальника (вигодонабувача) до страховика називається суброгацією. При суброгації нового зобов'язання із відшкодування збитків не виникає — відбувається заміна кредитора: потерпілий (а ним є страхувальник або вигодонабувач) передає страховику

своє право вимоги до особи, відповідальної за спричинення шкоди. Внаслідок цього страховик виступає замість потерпілого.

За результатами вивчення надісланих матеріалів можна зробити висновок, що суди нерідко не розрізняють поняття «регрес» та «суброгація».

Прикладом цього є рішення Комсомольського районного суду м. Херсона, за яким у порядку регресу постановлено стягнути з особи, винної у заподіянні шкоди через пошкодження транспортного засобу, і яка не застрахувала свою цивільно-правову відповідальність, на користь страхової компанії, яка сплатила страхове відшкодування потерпілому.

Із встановлених судом обставин вбачається, що винним у вчиненні ДТП визнано А., який не застрахував свою цивільно-правову відповідальність. Страхова компанія «Моторне (транспортне) страхове бюро» виплатило своєму страховальнику С., який постраждав внаслідок ДТП, страхове відшкодування і звернулася до суду з позовом про відшкодування з А. понесених витрат у порядку регресу. Суд, ухвалюючи рішення, також визначив, що правовідносини між сторонами регулюються ст. 1191 ЦК (регрес). При цьому суд не звернув уваги, що зобов'язання з відшкодування шкоди, яке виникло в А. перед С., збереглося, однак у ньому змінилася сторона (кредитор) і ці правовідносини мають регулюватися ст. 993 ЦК (суброгація).

Також наявні випадки, коли суди, ухвалюючи рішення за правилами ст. 993 ЦК, одночасно посилаються і на ст. 38 Закону № 1961-IV, яка передбачає, що страховик, який виплатив страхове відшкодування, має право подати регресний позов.

І регрес, і суброгація виникають на підставі закону. Наприклад, право регресної вимоги встановлено для страховика за договорами обов'язкового страхування цивільної відповідальності власників транспортних засобів до особи, яка заподіяла шкоду, у разі, коли ця шкода заподіяна життю та здоров'ю умисно, а також внаслідок вчинення ДТП у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння тощо. Суброгація також виникає на підставі закону — ст. 993 ЦК та ст. 27 Закону № 85/96-ВР.

Проте між зазначеними поняттями існують відмінності. За суброгації відбувається лише зміна осіб у вже наявному зобов'язанні (зміна активного суб'єкта) зі збереженням самого зобов'язання. Це означає, що одна особа набуває прав і обов'язків іншої особи у конкретних правовідносинах. У процесуальному відношенні страховальник передає свої права страховику на підставі

договору і сприяє реалізації останнім прийнятих суброгаційних прав. При **регресі** одне зобов'язання замінює собою інше, але переходу прав від одного кредитора до іншого не відбувається.

Ці інститути мають різний режим правового регулювання. Так, регрес регулюється загальними нормами цивільного права, а для суброгації відповідно до ст. 993 ЦК встановлений особливий правовий режим.

Регрес у страхуванні виникає стосовно вузького кола осіб, тоді як суброгація застосовується щодо будь-якої особи, відповідальної за настання страхового випадку. При суброгації перебіг строку позовної давності починається з моменту виникнення страхового випадку. При регресі — з моменту, коли страховик виплатив страхове відшкодування, тобто зазнав збитків.

У чинному законодавстві термін «суброгація» у страхуванні застосовується лише в Кодексі торговельного мореплавства (ст. 269), де також обумовлюється перехід прав до страховика за договором морського страхування на застраховане майно.

Розглядаючи такі справи, суди мають встановлювати не лише факти здійснення виплати страхового відшкодування, але й те, чи була застрахована цивільно-правова відповідальність осіб, винних у заподіянні збитків, до яких заявлено позов та в якому розмірі.

У порядку суброгації страховик може стягнути із заподіювача шкоди лише ту суму, яку він сам виплатить страховальнику. Тому, якщо страхове відшкодування лише частково погашає спричинені потерпілому збитки, то до заподіювача шкоди є можливість пред'явлення двох вимог: перша — вимога страховика в розмірі виплаченого потерпілому страхового відшкодування, друга вимога — потерпілого в розмірі тієї частини завданої шкоди, яка не була покрита страховим відшкодуванням. Заподіювач шкоди може висувати проти страховика лише ті вимоги (заперечення), які він має до потерпілої особи.

При суброгації до страховика переходить лише частина вимоги страховальника до заподіювача шкоди, яка дорівнює розміру страхового відшкодування. Таким чином, розмір страхового відшкодування має визначатися за правилами, встановленими у договорі страхування. Страховик не вправі вимагати від заподіювача шкоди суму, яку він виплатив страховальнику з порушенням умов договору страхування. Якщо розрахунок здійснювався за іншими правилами, ніж зазначено в договорі страхування, то при визначенні розміру вимоги страховика, який підлягає

задоволенню, до заподіювача шкоди із суми, виплаченої страховиком страхувальнику, виключається виплата, не передбачена договором.

Слід зазначити, що у порядку суброгації страховик не має права вимагати відшкодування вартості експертизи у зв'язку з тим, що такі витрати страховика не є страховим відшкодуванням, а спрямовані на визначення розміру збитків. Ці витрати належать до звичайної господарської діяльності страховика і не підлягають стягненню з особи, яка відповідальна за спричинену шкоду.

Крім того, особа, відповідальна за збитки, відшкодовані у результаті страхування, не відповідає за прострочення, яке допустив страховик. Таким чином, страхувальник не має права вимагати від особи, відповідальної за шкоду, сплати процентів за прострочення страховика, який несвоєчасно виплатив відшкодування. Тому таке право не може перейти в порядок суброгації. Процентів виплачуються страховиком через несвоєчасне виконання ним власного зобов'язання перед страхувальником і не можуть бути стягнуті у порядку суброгації.

Слід також зазначити, що оскільки при суброгації відбувається заміна особи в зобов'язанні, та, враховуючи, що відповідно до ст. 515 ЦК заміна кредитора не допускається у зобов'язаннях, нерозривно пов'язаних з особою кредитора, **відповідно, при укладенні договору особистого страхування у страховика немає правових підстав для стягнення виплаченого страхувальнику (вигодонабувачу) страхової виплати у порядку**

суброгації. Тобто суброгація може застосовуватися лише до майнового страхування.

Зокрема, Верховний Суд України ухвалою від 12 березня 2009 р. відхилив скаргу відділення виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України (далі — Фонд) у м. Кіровограді. Рішення Апеляційного суду Кіровоградської області від 19 лютого 2008 р. та ухвалу Верховного Суду України від 9 липня 2008 р. залишено без змін.

Встановлено, що страхування від нещасного випадку на виробництві є обов'язковим особистим страхуванням. Оскільки сфера дії Закону від 23 вересня 1999 р. № 1105-XIV «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» (далі — Закон № 1105-XIV) поширюється виключно на застрахованих осіб, страхувальників та страховика й цим Законом, а також іншими нормативно-правовими актами не врегульовано правовий механізм відносин Фонду як страховика з іншими особами, відповідальними за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю застрахованої особи, то до таких правовідносин підлягають застосуванню загальні положення ЦК щодо страхування.

Враховуючи наведене та керуючись положеннями статей 993, 999 ЦК, Закону № 1105-XIV, Фонд як страховик за обов'язковим особистим страхуванням не має права вимоги до особи, відповідальної за заподіяння шкоди потерпілому.

Підсудність

Встановлено неоднакове застосування норм процесуального права при визначенні підсудності справ, зокрема не враховуються вимоги ст. 112 ЦПК щодо договірної підсудності.

Так, Кіровський районний суд м. Кіровограда ухвалою від 31 березня 2009 р. відкрив провадження у цивільній справі за позовом Ш. до ЗАТ ФГ «Страхові традиції» про розірвання договору страхування, стягнення сплачених страхових внесків, відшкодування моральної шкоди.

ЗАТ ФГ «Страхові традиції» звернулася на цю ухвалу з апеляційною скаргою, в якій зазначила, що суд, відкриваючи провадження у справі, не дотримався правил підсудності, оскільки відповідно до письмового договору між сторонами визначено територіальну підсудність за місцем знаходження страховика, тобто в м. Києві.

Апеляційний суд Кіровоградської області ухвалою від 9 грудня 2009 р. апеляційну скаргу відхилив

та залишив без змін ухвалу районного суду. При цьому апеляційний суд посилається на те, що відповідно до ч. 7 ст. 110 ЦПК передбачено, що позови, які виникають з діяльності філії або представництва юридичної особи, можуть пред'являтися також за їх місцезнаходженням і тому позивач мав право вибору щодо подачі позову до суду за місцем знаходження Кіровоградської дирекції — представництва ЗАТ ФГ «Страхові традиції».

В іншій справі Кіровський районний суд м. Кіровограда ухвалою від 26 лютого 2010 р. відкрив провадження у цивільній справі за позовом З. до ЗАТ «СК Інгосстрах», третя особа — ЗАТ КБ «Приватбанк» в особі Кіровоградської філії, про стягнення страхового відшкодування та захист прав споживача.

У поданій апеляційній скарзі ЗАТ «СК «Інгосстрах» просило скасувати ухвалу суду з тих підстав, що відповідно до умов укладеного договору страхування сторонами визначено територіаль-

ну підсудність за місцем знаходження відповідача — у Бабушкінському районному суді м. Дніпропетровська.

Апеляційний суд Кіровоградської області ухвалою від 13 травня 2010 р. апеляційну скаргу задовольнив, а ухвалу районного суду скасував. В основу ухвали покладено роз'яснення постанови Пленуму Верховного Суду України від 12 червня 2009 року № 2 «Про застосування норм цивільного процесуального законодавства при розгляді справ у суді першої інстанції», де зазначено, що письмовий договір сторін про визначення територіальної підсудності є обов'язковим не тільки для сторін, які в односторонньому порядку не можуть від нього відмовитися чи змінити, але й для суду.

Спірним виявилось питання про визначення підсудності, коли договір страхування укладений у безбалансовій одиниці (відділенні) страхової компанії.

Так, К. звернулася до Ленінського районного суду м. Кіровограда з позовом до ЗАТ «АХА Страхування» (раніше ЗАТ «СК Веско»), третя особа — КОФ АКБ «Укрсоцбанк», про стягнення страхової суми.

Під час попереднього судового засідання ухвалою суду від 26 березня 2009 р. справу передано на розгляд до Подільського районного суду м. Києва у зв'язку з тим, що там знаходиться місце розташування відповідача, а позовну заяву було прийнято до розгляду з порушенням правил підсудності.

В апеляційній скаргі К. просила скасувати ухвалу суду з тих підстав, що відповідно до умов договору вигодонабувач (КОФ АКБ «Укрсоцбанк») знаходиться на території Ленінського району м. Кіровограда.

Апеляційний суд Кіровоградської області ухвалою від 13 травня 2009 р. апеляційну скаргу відхилив із посиланням на те, що суд першої інстанції правильно визначив, що відповідно до п. 1.2 Положення про виробничу структурну безбалансову одиницю (відділення) у складі Головного офісу ЗАТ «СК Веско» у м. Києві відділення є постійно діючим виробничим структурним підрозділом (віддаленим робочим місцем для працівників відділення, який є частиною ЗАТ «СК Веско») і не є функціонально самостійним, не має статусу відокремленого підрозділу юридич-

ної особи (філії чи представництва), не має свого поточного та валютного рахунків в установах банку, не має власної каси, не може бути позивачем і відповідачем у суді або будь-яким іншим учасником судового процесу, не має печатки зі своїм найменуванням.

У цьому випадку слід враховувати, що згідно зі ст. 93 ЦК місцезнаходженням юридичної особи є адреса органу або особи, які відповідно до установчих документів юридичної особи чи закону виступають від її імені.

Відповідно до п. 7 ст. 110 ЦПК позови, що виникають з діяльності філії або представництва юридичної особи, можуть пред'являтися також за їх місцезнаходженням.

Філією є відокремлений підрозділ юридичної особи, що розташований поза її місцезнаходженням та здійснює всі або частину її функцій. Філії та представництва не є юридичними особами та наділяються майном юридичної особи, що їх створила, і діють на підставі затвердженого нею положення (ст. 95 ЦК).

Правовий статус відділення страховика на законодавчому рівні не регламентований. Проте, як відомо, відділення діють від імені страховика та можуть бути як на балансі страховика, так і на балансі філії. Тому, оскільки відділення є частиною філії та уповноважене на отримання страхових платежів від страхувальника, слід вважати, що це діяльність філії через своє відділення і, відповідно, потрібно подавати позов у районний суд за місцезнаходженням відділення.

Результати проведеного аналізу свідчать, що суди загалом дотримуються вимог норм матеріального та процесуального права при розгляді цивільних справ, що виникають з договорів страхування, проте наявність помилок та неоднакової судової практики свідчать, що суди не завжди достатньо повно з'ясовують фактичні обставини справи, дають правильну юридичну оцінку доказам, належним чином перевіряють пояснення сторін, у зв'язку з чим постановлені судові рішення не повною мірою відповідають вимогам статей 213—215 ЦПК.