НЕРАВНЫЙ БОЙ

Интервью взяла Татьяна Робулец

ГЛАВСТРАХКОНТРОЛЬ

Основан в 2010 году. Оказывает услуги страхователям по защите их интересов в страховых спорах, является участником Американской национальной ассоциации независимых страховых эджастеров – NAPIA, а также учредителем Ассоциации защиты страхователей, объединяющей участников рынка в различных регионах России.

Николай Тюрников

окончил Государственный Университет – Высшую Школу Экономики, аспирантуру Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ. В разные годы работал заместителем начальника юридического управления ОСАО «Ингосстрах», входил в состав комитета по правовым вопросам Российского союза автостраховщиков, правовых комитетов Российского ядерного страхового пула и Российского антитеррористического страхового пула, являлся генеральным директором консалтинговой компании Uberrima Fides Company. В настоящее время – генеральный директор «ГлавСтрахКонтроль», президент Ассоциации защиты страхователей.

Процесс урегулирования убытков в России – нередко настоящая битва между страховщиком и страхователем. Причем последний, привлекая профессиональных экспертов и юристов, все чаще выигрывает этот бой в суде. Как отмечает генеральный директор «ГлавСтрахКонтроль» и президент Ассоциации защиты страхователей Николай Тюрников, в США более 99% споров страхователей со страховыми компаниями разрешается сегодня в досудебном порядке. Возможно, и российским страховщикам пора задуматься об изменении подхода к урегулированию убытков.

«Современные страховые технологии»: *Процесс урегулирования убытков сегодня является камнем преткновения для развития российского страхового рынка: страховщиков обвиняют в тотальном нежелании «платить по счетам», а они, в свою очередь, жалуются на «сложность» рынка, высокий процент мошенничества и выступают за повышение страховых премий. Почему так происходит?*

Николай Тюрников: Если углубиться в историю вопроса, поворотным моментом в формировании сегодняшнего страхового рынка в России стало введение ОСАГО, которое позволило страховщикам собирать огромные премии. Когда сегодня страховщики говорят, что ОСАГО убыточно, они лукавят. До 2003 года в России не было ни одного «миллиардера» в страховании. Сейчас они появились. Примерно у пяти ведущих страховых компаний в России капитализация доходит до двух миллиардов долларов. Именно введение ОСАГО стало серьезным толчком для их роста. При этом если проанализировать практику выплат по ОСАГО и КАСКО, то чаще всего страховые компании недоплачивают на основании заключений «карманных» экспертиз; не платят совсем или тянут с оплатой.

По сути, ОСАГО сегодня – это один из наиболее выгодных вариантов беспроцентного кредитования за счет клиентов. Беспредел со стороны страховых компаний сегодня достиг такого масштаба, что если страховщик хоть что-то заплатит клиенту, последний считает, что ему повезло, и не предъявляет больше никаких претензий.

Другой проблемой рынка является банкротство страховых компаний. ФСФР и ее предшественник (ФССН) выполняют свои функции неудовлетворительно, служба не умеет предвидеть банкротство страховщиков, страховщики

просто убегают с рынка, выводя со счетов сотни миллионов и оставляя клиентов ни с чем. Такое положение дел на страховом рынке, по моему мнению, связано, прежде всего, с низким уровнем квалификации сотрудников регулятора. Если бы проблема заключалась только в законодательстве, то за двадцать лет существования страхового рынка его можно было бы поменять. Хорошо известно, что ФСФР всегда получала поддержку правительства, но те рычаги и инструменты, которые она использует, не изменяют ситуацию на рынке в лучшую сторону.

«ССТ»: *Приведите, пожалуйста, пример.*

Н. Т.: С удовольствием! Страховые компании уходят с рынка одна за другой. Если у клиента было застраховано КАСКО, то он ничего не получает. Как я говорил, к процедуре банкротства страховая компания или ее собственники успели «подготовиться» и вывели все активы, приобретенные за счет премий своих клиентов. Если вред причинен по вине автомобилиста, ответственность которого застрахована в компании-банкроте, то потерпевший обращается за компенсационной выплатой в РСА, компенсационный фонд которого существенно оскудевает от ухода с рынка страховых компаний, особенно с большими портфелями по ОСАГО.

Например, к нам в мае 2011 года обратился за помощью клиент по КАСКО компании «Ростра» с просьбой помочь ему урегулировать убыток. *(Прим. Ред.: 19 июня 2012 года решением Арбитражного суда г. Москвы «Ростра» признана банкротом.)* Страховой случай, по которому обратился клиент, сомнения не вызывал, и компания была согласна заплатить, но записала клиента на получение страховой выплаты на сентябрь, то есть фактически взяла на себя право необоснованно задержать выплату на пять месяцев. Какой я, как думающий человек, делаю из этого вывод? – Бизнес-план у «Ростры» рассчитан до сентября, позже эта компания просто перестанет существовать, то есть взыскивать убыток будет уже не с кого. Регулятор отрасли серьезно на этот факт не отреагировал, не предпринял действий по предотвращению банкротства или хотя бы информированию клиентов «Ростры» о возможном банкротстве компании. В чем причина – в коррупции, некомпетентности или халатности сотрудников службы?

Огромные вложения в маркетинг «Ростры» привели к тому, что многие страхователи понесли в эту компанию премии. Как только пришло время платить по счетам, компания приказала долго жить. Раз-

умеется, эксперты рынка знали о положении дел в «Ростре» и могли прогнозировать такой исход еще два года назад. Но огромное количество людей в результате банкротства «Ростры» не получили выплаты по КАСКО и разочаровались в страховании как в инструменте финансовой защиты. Теперь проблемы «Ростры» пожинает весь страховой рынок, все страховщики из-за этого недополучают премии. Какие действия в этом случае должен предпринять регулятор? – Провести анализ ситуации и разработать комплекс мер для ее исправления. Что сделано? – Ничего или ничего из того, что реально изменило ситуацию к лучшему.

Банкротство «Ростры» на рынке – не первое и, к сожалению, не последнее. Бездействием контролирующих органов ситуация доводится до стадии, когда сделать уже практически ничего невозможно. Проблемы возникают всегда, но трагедия в том, что их никто на страховом рынке не решает или не умеет решать. А закон спиралевидного развития и гегелевская диалектика говорят нам о том, что если не искоренить источник беды вначале, то потом – на следующем витке – будет только хуже.

Сейчас мы наблюдаем позитивную тенденцию: у людей растет правосознание, они учатся требовать свои деньги и достигают успеха.

В качестве возможной альтернативы нашему страхованию я хотел бы представить американскую модель организации страховых выплат. В США страховая компания прикладывает максимум усилий по скорейшему закрытию убытков клиента. Физическое лицо не взаимодействует с сотрудниками страховой компании, ведение дел передается квалифицированным юристам и эджастерам. Они занимаются определением виновности или невиновности страхователя, согласуют от име-

Бездействием контролирующих органов ситуация доводится до стадии, когда сделать уже практически ничего невозможно. Проблемы возникают всегда, но трагедия в том, что их никто на страховом рынке не решает или не умеет решать. А закон спиралевидного развития и гегелевская диалектика говорят нам о том, что если не искоренить источник беды вначале, то потом – на следующем витке — будет только хуже.

ни клиента размер компенсации и пр. При любых разногласиях со страховой компанией клиенты предоставляют страховщику контактные данные своего юриста или эджастера.

У нас страхователи нередко занимаются «самодеятельностью». Американские граждане живут по принципу: не следует жить натуральным хозяйством, нужно пользоваться услугами профессионалов. В нашей стране люди привыкли по возможности все вопросы решать самостоятельно: и машину чинить, и ангину лечить, и бороться со страховыми компаниями. Отсюда и проблемы.

В американском праве есть такое понятие, как недобросовестность. Есть много причин, по которым страховщику в Штатах может быть предъявлен иск со стороны страхователя из-за его недобросовестного отношения к выполнению профессиональной деятельности. Например, если страховая компания не предпринимает шагов к урегулированию убытка, если она не высылает экспертов, если она не отвечает на звонки, если она уклоняется от принятия решений либо предлагает заведомо заниженную оценку ущерба, – все это основания для исков по недобросовестности. По этим искам клиент получает со страховой компании в разы больше, чем в случае добросовестного выполнения ею своих обязательств перед ним. Один мой друг попал в Канаде в ДТП, его здоровью был причинен совсем незначительный вред. Обошлось без сотрясения мозга, и чувствовал он себя абсолютно здоровым, но врач рекомендовал ему на время ограничить движения. На следующий же день представитель страховой компании привез ему домой три коробки всевозможных приспособлений для поддержания гигиены в условиях ограничения движения. Вот тут он почувствовал заботу и, естественно, никаких претензий к страховой компании после компенсации причиненного ему вреда не имел.

Для начала предлагаю избавиться от мифа, что страхование убыточно. Все эти разговоры представителей страховых компаний – откровенное вранье. Страхование – очень прибыльный бизнес.

«ССТ»: *Вероятно, страховой тариф в США существенно выше?*

Н. Т.: Нет. Страхование авто в Америке или Европе дешевле, чем в России.

«ССТ»: *За счет чего тогда страховая компания оплачивает такие расходы?*

Н. Т.: Для начала предлагаю избавиться от мифа, что страхование убыточно. Все эти разговоры представителей страховых компаний – откровенное вранье. Страхование – очень прибыльный бизнес. Посмотрите на рост капитализации страховых компаний в России. Где оказались активы ушедших с рынка страховщиков? В недвижимости? Но не компании вложили деньги своих клиентов в недвижимость, а собственники таких компаний вывели деньги и купили недвижимость себе. Так же как, несмотря на банкротство Mirax Group, господин Полонский остается небедным человеком. Если бы собственники страхового бизнеса не тратили ресурсы страховой компании (я говорю не о чистой прибыли и дивидендах, я говорю о резервах страховщиков) на свои личные нужды, отрасль бы процветала. В США такой ситуации быть не может. За банкротство компании отвечает ее собственник *(доктрина поднятия корпоративной завесы, «piercing the corporate veil»)*. Не может быть такого, чтобы предприниматель создал компанию, потом ее обанкротил, а сам остался миллиардером.

«ССТ»: *Тогда почему не открываются новые компании?*

Н. Т.: Потому, что входная планка очень высока. Для того чтобы стартовать, нужно вложить достаточно много денег и нанять высококвалифицированных специалистов.

«ССТ»: *Давайте вернемся к срокам страховых выплат.*

Н. Т.: В Америке, так же как и в России, страховая выплата должна быть произведена в определенный в договоре страхования или полисе срок. Так вот, если в США выплата в срок не произведена, клиент обязательно подаст иск о недобросовестности страховщика. Поэтому страховые компании платят исправно.

В России же получила повсеместное распространение практика занижений и отказов в выплатах. Страховщики максимально оттянули маятник на себя. По КАСКО можно не платить, по ОСАГО платится не более половины того, что должно платиться по закону. По всем убыткам, по которым мы производили пересчет через независимую экспертизу, была показана недопла-

та. В половине случаев она составляла более 50%.

Теперь постановлением Верховного суда маятник качнулся в сторону клиента. Страховщики в панике, но оснований для паники нет. Если страховая компания соблюдает закон и условия договора, вовремя и в полном объеме платит клиентам, ей бояться нечего! Паникуют те, для кого недобросовестное ведение бизнеса – основа личного финансового благополучия.

«ССТ»: *Страховщики опасаются роста мошенничества при поддержке юридических фирм.*

Н. Т.: У нас страховой рынок существует 20 лет. Идет период его становления. Участники рынка пока только учатся взаимодействовать друг с другом.

Страховщики должны правильно бороться с мошенничеством. Можно использовать базу недобросовестных клиентов, можно договариваться о правилах взаимодействия по выявлению мошенничества, можно изменять законодательство. Страховщики должны не придумывать отговорки для повышения тарифов, а работать над улучшением своих бизнес-процессов. В США также присутствует страховое мошенничество. Но оно никого не пугает, по крайней мере не в такой степени. Российские страховщики оценивают мошенничество на уровне 20% от всего объема выплат. Я думаю, что цифра сильно завышена. Если недоплачивать или отказывать 100% клиентам, то каждого, кто пробует отстаивать свои права, можно признать мошенником! В России страховой компании просто выгодно видеть в каждом клиенте жулика!

Страховщики любят говорить, что страхователи в целом довольны их услугой. Глава ВСС г-н Кигим сказал, что были проведены исследования и опросы, которые показали, что причинами недовольства клиентов страховы-

Я провел альтернативный опрос клиентов страховых компаний в Интернете. Проголосовало более 9 тыс. человек из разных регионов страны. Только 400 участников опроса сказали, что они полностью довольны работой страховой компании. Таким образом, полностью удовлетворенными деятельностью страховых компаний остались всего 5% респондентов.

ми компаниями в 18% случаев является сложность договоров страхования, 21% – высокие тарифы, 22% – недостаточная информированность о процессе урегулирования убытков. Это все. Других причин не выявлено!

Я провел альтернативный опрос клиентов страховых компаний в Интернете. Проголосовало более 9 тыс. человек из разных регионов страны. На вопрос «Довольны ли вы качеством услуг страховой компании?» я получил следующие ответы: около 4 тыс. человек указали, что они получили выплату только после обращения в суд; еще 4 тыс. опрошенных ответили, что страховая компания отказала им в выплате; около 700 респондентов посетовали на то, что компания заплатила мало; 350 – написали, что страховая выплата затянулась надолго, но в результате они все получили; и только 400 участников опроса сказали, что они полностью довольны работой страховой компании.

Таким образом, полностью удовлетворенными деятельностью страховых компаний остались всего 5% респондентов.

«ССТ»: *То есть от страховщиков трудно ожидать социального партнерства?*

Н. Т.: Да. Это бизнес не партнерский. Не надо говорить о социальной ответственности страховщиков, для них главное – заработать!

Более того, урегулирование убытков в России происходит в корне неверно. В случае когда клиент страховой компании сталкивается с крупным убытком, он перестает быть для нее интересен. Клиент интересен только на этапе оплаты премии. Если убыток в пределах оплаченной премии, то это неприятно, но терпимо. Если больше, то это уже не клиент, а субъект юридического спора.

Приведу пример. Наша компания представляет интересы клиента страховой компании, которая не хочет платить. Представитель страховщика на переговорах напрямую сообщает нам, что если страховая компания заплатит полную сумму ущерба, то их убыточность по нашему клиенту в текущем году составит более 500%, а по всей истории работы с клиентом убыточность составит 105%. Такое положение вещей, по мнению страховой компании, дает основание не платить клиенту добровольно, а только по решению суда. Но суд мы выиграли и деньги для клиента получили.

Я считаю, что это в принципе неверный подход. Что такое страхование? Страхование – это распределение рисков. Есть клиенты убыточные, есть прибыльные. Бизнес перестает быть справедливым, если

страховая компания стремится сделать прибыльным каждого клиента. Такой подход приводит к недоплатам и отказам.

В России независимые эксперты привлекаются страхователями к урегулированию убытков еще достаточно редко. Это очень большая проблема, так как «карманный» эксперт страховой компании действует в ее интересах, занижая выплату всеми возможными способами. Хотя эта проблема благодаря нашим усилиям и усилиям наших коллег постепенно начинает разрешаться.

«ССТ»: *Как же происходит согласование размера выплаты в России?*

Н. Т.: Считается, что в России страховая компания привлекает к оценке убытка независимых экспертов. Но как можно считать их независимыми, если они получают гонорары от страховщика? Ясно, что такие эксперты будут к нему лояльны. С таким же «беспристрастием» дается оценка страховому случаю – является событие страховым или нет. Кто платит, тот и заказывает музыку. В США существуют специальные профессионалы (независимые эджастеры, public adjuster), которые работают на стороне страхователей. Они определяют наличие страхового случая и размер компенсации. Количество споров клиентов со страховыми компаниями, которые доходят до суда в США, составляет менее 1%. Да и спорят, как правило, относительно оценки стоимости. Вопрос о наличии страхового случая практически не стоит.

Ураган прошел, и страховые компании не пытаются доказывать, что страхового случая не было. Перечень страховых случаев от компании к компании унифицирован. Условия по страхованию у разных компаний практически не отличаются. Клиенту все понятно.

А у нас на этапе определения цены за услугу страховщик демпингует, а потом признает чуть ли не любой случай не страховым. Признание или непризнание случая страховым очень часто служит предметом торговли страховой компании с клиентом в России. Страховщики говорят: «Да, мы признаем случай страховым и платим на 30% меньше. А если вы не согласны, то мы не признаем случай страховым, обращайтесь в суд – доказывайте. А вот когда докажете – приходите». Помимо этого в России урегулирование убытков часто сопряжено с обязательствами будущего страхования. Вот, дескать, мы вам платим, теперь вы обязаны страховаться у нас в течение пяти лет, чтобы мы смогли отбить свои убытки. В США такой подход

не применяется; если ущерб причинен, случай страховой, то страховая компания платит. И никаких «но» и «если».

«ССТ»: *А сколько стоят в Америке услуги эджастера?*

Н. Т.: В разных видах по-разному, но в целом стоимость услуг эджастера и в США, и в России составляет определенный процент от суммы выплаты. Обычно это около 10-15%. При этом услуги клиент оплачивает уже после получения возмещения от страховой компании. Эджастеров в США более 6 тысяч. Только во Флориде их порядка трех тысяч – в этом штате часто случаются ураганы. Стандартный договор клиента с эджастером и уведомление страховой компании может поместиться на одну страницу, настолько все отрегулировано законодательством. А клиенту остается только подписать соглашение и уведомление, а дальше ожидать выплаты от страховой компании. Почему так? Да потому, что бизнес клиентоориентирован. Кто такой страхователь? Это простой человек, без специальной подготовки и особых знаний в страховании. Он не обязан знать все тонкости страхового дела и разбираться в крючкотворстве юристов. Деятельность эджастеров и в США лицензируется, и они готовы взять на себя всю работу по расчету и получению компенсации.

Еще одна проблема России – недоверие страховых компаний к своим специалистам-выплатникам. Очень часто убытки свыше 10 млн. рублей рассматриваются правлением компании или даже собственниками, то есть сотрудникам выплатных отделов решение таких вопросов не доверяют. А собственники рассматривают такие выплаты практически как оплату из собственного кармана. В США урегулирование убытков – это часть бизнеса, а не личное дело. Если у клиента убыток – компания должна быстро, четко, в полном объеме заплатить!

«ССТ»: *Как можно изменить ситуацию на российском страховом рынке?*

Н. Т.: Нужно прекратить всеобщий обман. Страхование прибыльно! Страховщики никогда не занимались бы демпингом и не платили заоблачные комиссии за привлечение клиентов, если бы клиенты были для них убыточны. Нужно прямо смотреть на изменившуюся ситуацию. Пришло время отказаться от сверхприбылей и начать работать честно.