

КОПИЯ

РЕШЕНИЕ  
ИМЕНЕМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

26 февраля 2025 года пос. Ленинский  
Ленинский районный суд Тульской области в составе:  
председательствующего Тюрин Н. А.,  
при помощнике Федосеевой М.Н.,  
рассмотрев в открытом судебном заседании гражданское дело № 2-44/2025 по иску  
ПАО «Группа Ренессанс Страхование» к о  
признании договора страхования недействительным, применение последствий  
недействительности договора и иску к ПАО «Группа  
Ренессанс Страхование» о взыскании страховой выплаты, штрафа, компенсации  
морального вреда,

установил:

ПАО «Группа Ренессанс Страхование» обратилось в суд с иском к  
о признании договора страхования 0011Р-0729771/2023 J от 21.06.2023  
недействительным, применить последствия, предусмотренные ст. 167 ГК РФ и о  
взыскании госпошлины в размере 6 000 руб..

Требования мотивированы тем, что ПАО «Группа Ренессанс и  
заключили Договор страхования от несчастных случаев и болезней и/или  
недвижимого имущества № от 01.09.2023. Премия была  
уплачена Страхователем 01.09.2023. Срок страхования с 01.09.2023 по 31.08.2024  
Застрахованным лицом по Договору являлся Страхователь, а Выгодоприобретателем  
по Договору является ПАО «Сбербанк» в пределах суммы задолженности  
Страхователя на дату страхового случая. В остальной части выгодоприобретателем  
является Страхователь/ Застрахованное лицо, а в случае его смерти - наследники  
Застрахованного лица. Страховыми случаями для Застрахованного лица являлись, в  
том числе инвалидность 1-й или 2-й группы, установленная Застрахованному лицу  
в период действия настоящего Полиса. На страницах 5-6 Договора указаны состояния /  
заболевания, наличие которых на момент заключения Договора является  
обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения степени  
риска. Страхователь на момент заключения Договора был уведомлен об этих  
условиях и акцентировал договор путем его оплаты.

В 26 пункте Особых условий страхования обозначено, что  
Страхователь(и)/(Застрахованное (-ые) лицо (-а)) подтверждает (-ют), что заключает  
договор страхования на изложенных выше условиях и подтверждает, что все  
сведения, указанные в настоящем Полисе являются полными и достоверными, а  
также подтверждает получение указанных в настоящем Полисе Правил страхования.  
В случае, если Страхователь(и)/ (Застрахованное (-ые) лицо (-а)) сообщило  
Страховщику заведомо ложные сведения при оформлении настоящего Полиса,  
Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в  
порядке, предусмотренном законодательством РФ. При заключении Договора  
страхования Страхователь ознакомился с его условиями и его оплатой подтвердил,  
что на момент заключения Договора у него отсутствовали заболевания/ состояния,  
указанные на страницах 5-6 Договора. Разработанный Страховщиком стандартный  
бланк Договора применительно к правилам статьи 944 ГК РФ имеет такое же  
значение, как и письменный запрос. При акценте Договора ответчик указал, что на  
момент его заключения не проходит обследование и не ожидает результатов  
исследований. В ПАО ГРС поступило заявление от ответчика на получение  
страхового возмещения в связи с установлением ему 2 группы инвалидности в период  
действия Договора. В результате анализа представленной документации следует, что

2

06.02.2024 ответчику была установлена впервые 2 группа инвалидности по поводу  
основного заболевания: «Центральный рак нижней доли правого  
легкого/аденокарцинома с распространением на промежуточный и среднедолевой  
bronхи, лимфогенным карцероматозом легкого, инвазией в средостение, легочную  
артерию и легочные вены, билатеральными метастазами в медиалитарные лимфоузлы  
T4N3M1 стадия IVB».

Из предоставленных медицинских документов следует, что 29.08.2023  
ответчику было выполнено КТ, в заключении «картина больше характерна для  
перибронхиального разветвленной формы центрального рака правого легкого, мтс в  
кости и л/узлы средостения. Согласно Протоколу проведения медико-социальной  
экспертизы гражданина от 06.02.2024 ответчик считает себя больным с августа 2023  
г. То есть на момент заключения договора страхования ответчик проходил  
обследования, а с 05.09.2023 уже находился на стационарном лечении с диагнозом  
«центральный рак нижней доли левого легкого стадия IVB». Данный фактор не был  
указан Страхователем при акценте Договора, более того, отмечено, что Страхователь  
не проходит обследования.

ПАО «Группа Ренессанс Страхование» на момент заключения договора  
страхования не знало и не могло знать о фактическом состоянии здоровья Ответчика,  
так как он при заключении Договора указал недостоверную информацию, чем  
умышленно обманул страховщика и лишил последнего возможности объективно  
оценить состояние его здоровья лица, что является основанием для признания  
Договора страхования недействительной сделкой.

обратился с иском к ПАО «Группа Ренессанс Страхование» о  
взыскании суммы страховой выплаты в размере 3 000 000 руб., штрафа в размере 1  
500 000 руб., и компенсацию морального вреда в размере 150 000 руб., а всего: 4 650  
000 руб..

Требования мотивированы тем, что 01.09.2023 между им и ПАО «Группа  
Ренессанс Страхование» был заключен договор страхования №  
Согласно пункта «Страховые случаи для Застрахованного лица» в качестве  
страхового случая сторонами была согласована инвалидность 1-й или 2-й группы,  
установленная Застрахованному лицу в период действия настоящего полиса в  
результате несчастного случая и/или болезни (Заболевания). В соответствии с  
пунктом «Условия страховой выплаты для Застрахованного лица» является выплата  
по риску «Инвалидность», которая производится в размере 100 (ста) % от страховой  
суммы в размере 3 000 000 руб.. Срок действия полиса (договора) был согласован  
сторонами с 01.09.2023 по 31.08.2024. 01.09.2023 страховая премия в размере 19 794  
руб. была им оплачена.

27.03.2024 в адрес ПАО «Группа Ренессанс Страхование» было направлено  
заявление об осуществлении страховой выплаты в размере 3 000 000 руб. в связи с  
установлением инвалидности ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России  
06.02.2024. 03.05.2024 в ПАО по запросу последнего были предоставлены  
дополнительные документы. 20.05.2024 за исх. №Л.911 Ответчик сообщил об отказе в  
удовлетворении заявления на том основании, что 29.08.2023 им было выполнено КТ,  
в заключении которого, якобы, был установлен диагноз - рак легкого, который явился  
причиной установления группы инвалидности. Данный диагноз, по мнению ПАО,  
был установлен до начала действия договора страхования (действие страховой  
защиты начинается с 01.09.2023). 18.06.2024 им в адрес Ответчика была направлена  
досудебная претензия с требованием осуществить перечисление 3 000 000  
руб.. 18.06.2024 от ПАО поступил ответ, аналогичный ранее данному. 29.08.2023 ООО  
«Клиника Эксперт Тула» было проведено его обследование методом компьютерной

томографии и в заключении от 29.08.2023 отражено, что оно не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом. Диагностическое обследование проводится с целью необходимости оценки состояния пациента, исключения наличия у пациента состояний, требующих оказания экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой повлечёт ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью». Ответчиком не было принято во внимание, что заключение Компьютерной томографии является всего лишь методом диагностики, и не может выступать установленным диагнозом. Более того, формулировки «рак», «злокачественные опухоли», которые были отражены в ответах ПАО в качестве основания для отказа в удовлетворении заявления и претензии, отсутствуют в заключении КТ. Он не имеющий медицинского образования, не мог интерпретировать заключение компьютерной томографии. 29.08.2023 ему был проведен осмотр врача-терапевта Шаховой, согласно которого был поставлен диагноз: « Острый бронхит, затяжное течение, бронхообостренный синдром, правосторонняя пневмония под вопросом», что подтверждается поликлинической карты АО «КБП»

Вместе с тем, ответчиком не были учтены остальные медицинские документы: копия справки об инвалидности, выданная ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России от копия протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина, копия акта медико-социальной экспертизы гражданина, выписной эпикриз выписки из ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России от 04.10.2023, выписка из медицинской карты амбулаторного больного по месту наблюдения за последние 5 лет, протокол онкологического консилиума для взрослых № от 23.10.2023, протокол заседания врачебной подкомиссии по контролю обоснования назначения лекарственных препаратов и эффективности лечебно-диагностических мероприятий при лекарственной терапии от 23.10.2023, исследование: сцинтиграфия скелета в режиме «все тело» от 14.11.2023, иммуногистохимическое исследование опухолей др. локализаций от 27.11.2023, протокол приема онколога от 22.12.2023, выписной эпикриз (химиотерапевтическое отделение) от 05.01.2024. 03.05.2024 дополнительно были представлены: заверенная копия карты за период лечения 2022-2023 по месту наблюдения/первичного обращения; справка о проведенных флюорографиях за 2022-2023 г.г., КТ от от 12.09.2023 биопсия + результат цитологического исследования; извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе злокачественного новообразования/или выписка из Канцер-регистра на I листе. Из представленных медицинских документов следует, что: в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России ему был впервые поставлен диагноз «Центральный рак нижней доли правого легкого».

26.04.2024 ГУЗ «Тульский областной онкологический диспансер» был подтвержден указанный диагноз справкой №26 о том, что он состоит на учете в канцер-регистре Тульской области с диагнозом дата установления диагноза Диагноз предусмотренный Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих", был поставлен только 04.10.2023, то есть в период действия договора страхования.

Ссылаясь на Закон РФ от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей» потребитель полагает, что в рассматриваемом случае он испытывает физические страдания, начиная с даты постановки диагноза, то есть с 04.10.2023 по настоящее время, что оценивается в 150 000 руб.. На основании пункта 6 ст. 13

Закона РФ от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей» за несоблюдение в добровольном порядке удовлетворения требований потребителя подлежит взысканию штраф в размере пятьдесят процентов от суммы, присужденной судом в пользу потребителя, а именно 1 500 000 руб. (3 000 000р. (страховое возмещение) : 2).

Определением суда от 12.11.2024 гражданские дела по иску ПАО «Группа Ренессанс Страхование» к о признании договора страхования недействительным, применении последствий недействительной сделки, взыскании судебных расходов и по иску к ПАО «Группа Ренессанс Страхование» о взыскании страховой выплаты, штрафа, компенсации морального вреда, объединены в одно производство для совместного рассмотрения.

В последствии, уточнив свои требования, обратился с иском к ПАО «Группа Ренессанс Страхование» о взыскании суммы страхового возмещения, превышающей задолженность по кредитному договору от 01.09.2023 по состоянию на 12.02.2025, в размере 136 309,62 руб., суммы фактически уплаченных процентов по кредитному договору в размере 281 371, 72 руб. по состоянию на 12.02.2025., суммы штрафа в размере 208 840, 67 руб., компенсации морального вреда в размере 150 000 руб. и суммы страхового возмещения по полису ипотечного страхования от 01.09.2023 в размере 2 863 690, 38 руб., сославшись в дополнении на то, что 24.04.2024 должна была быть осуществлена выплата, в связи чем проценты, выплаченные им после 24.04.2024, являются его убытками. 27.03.2024 он обратился в ПАО «Группа Ренессанс Страхование» об осуществлении страховой выплаты. Согласно пункта 10.13 Правил страхования ПАО «Группа Ренессанс Страхование» страховая выплата осуществляется Страховщиком в 20-дневный срок (не считая выходных и праздничных дней), если иное не предусмотрено Договором страхования. С 06.05.2024 по 31.12.2024 было выплачено согласно Справке об уплаченных процентах и основном долге за период с 06.09.2023 по 12.02.2025 в размере 474 784, 54 руб. - (за минусом октябрь, ноябрь, декабрь 2023г., январь, февраль, март, апрель 2024 г.: 23 013, 70р. + 4 576, 68р. + 27460, 07р. + 909, 95р. + 27 298, 61р. + 28127, 79+28007, 93р.+ 26145, 79р. + 27 872, 30р. = 193 412, 82р.) = 281 371, 72 руб., итого, уплаченных процентов 281 371, 72 руб.. Согласно пункта «Сведения о выгодоприобретателе» Выгодоприобретателем I по Полису от 01.09.2023 выступает ПАО «Сбербанк», но в пределах суммы задолженности Страхователя на дату наступления страхового случая. В части страхового возмещения, превышающей задолженность Страхователя на дату наступления страхового случая по кредитному договору, выступает Страхователь с которым произошел страховой случай. Однако, после уведомления 25.03.2024 ПАО «Группа Ренессанс Страхование» о наступившем 06.02.2024 страховом случае, он продолжал осуществлять выплаты по кредитному договору от 01.09.2023 лично. ПАО «Группа Ренессанс Страхование» от исполнения своего обязательства уклонялось. Им согласно Справке об уплаченных процентах и основном долге за период с 06.09.2023 по 12.02.2025 были осуществлены платежи из суммы основного долга в размере 136 309, 62 руб.. Суммы, подлежащие выплате составляют 281 371, 72 руб. + 136 309, 62 руб.. В пользу ПАО «Сбербанк» подлежит к выплате 3 000 000 руб. - 136 309, 62 руб. = 2 863 690, 38 руб.= 417 681, 34 руб.. От указанной суммы подлежит начислению штраф в размере 50%, что составит 417 681, 34 руб. : 2 = 208 840, 67 руб..

Определением суда от 26.02.2025 производство по делу в части иска о взыскании суммы страхового возмещения, превышающей задолженность по кредитному договору от 01.09.2023 по состоянию на 12.02.2025 в размере 136 309,62 руб., и о взыскании в пользу ПАО «Сбербанк» суммы страхового

возмещения по полису ипотечного страхования №0021P-0855084/2023\_1 от 01.09.2023 в размере 2 863 690, 38 руб., прекращено. в связи с отказом от иска.

Представитель ответчика(истца) по ордеру Ройзен М.А. исковые требования ПАО «Группа Ренессанс Страхование» не признала, а уточненные исковые требования с учетом отказа от части иска, поддержала в полном объеме, дополнительно пояснив, что Ренессанс страхования выплатило страховое возмещение.

Ответчик и представители третьих лиц ПАО «Сбербанк России», Министерства здравоохранения Тульской области, Управления Роспотребнадзора по Тульской области, в судебное заседание не явились. извещены надлежащим образом.

Заслушав пояснение сторон, исследовав материалы дела и представленные доказательства, суд приходит к следующему.

В силу ст. 8 ГК РФ гражданские права и обязанности возникают из оснований, предусмотренных законом и иными правовыми актами, а также из действий граждан и юридических лиц, которые хоть и не предусмотрены законом или такими актами, но в силу общих начал и смысла гражданского законодательства порождают гражданские права и обязанности.

В соответствии с этим гражданские права и обязанности возникают из договоров и иных сделок, предусмотренных законом, а также из договоров и иных сделок, хоть и не предусмотренных законом, но не противоречащих ему.

Согласно п.1 ст.10 ГК РФ не допускаются осуществление гражданских прав исключительно с намерением причинить вред другому лицу, действия в обход закона с противоправной целью, а также иное заведомо недобросовестное осуществление гражданских прав (злоупотребление правом).

Добросовестность участников гражданских правоотношений и разумность их действий предполагаются (п.5 ст.10 ГК РФ).

Согласно ст. 420 ГК РФ договором признается соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей (п.1 ст.420 ГК РФ).

В соответствии со ст. 421 ГК РФ граждане и юридические лица свободны в заключении договора. Понуждение к заключению договора не допускается, за исключением случаев, когда обязанность заключить договор предусмотрена настоящим Кодексом, законом или добровольно принятым обязательством. Условия договора определяются по усмотрению сторон, кроме случаев, когда содержание соответствующего условия предписано законом или иными правовыми актами (статья 422) (п.1, п.4 ст.421 ГК РФ).

В силу ч. 1 ст. 432 ГК РФ договор считается заключенным, если между сторонами, в требуемой в подлежащих случаях форме, достигнуто соглашение по всем существенным условиям договора. Существенными являются условия о предмете договора, условия, которые названы в законе или иных правовых актах как существенные или необходимые для договоров данного вида, а также все те условия, относительно которых по заявлению одной из сторон должно быть достигнуто соглашение.

Ст. 434 ГК РФ предусмотрено, что договор может быть заключен в любой форме, предусмотренной для заключения сделок, если законом для договоров данного вида не установлена определенная форма. Если стороны договорились заключить договор в определенной форме, он считается заключенным после придания ему условленной формы, хотя бы законом для договоров данного вида такая форма не требовалась.

Согласно ч. 2 ст. 940 ГК РФ договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (п. 2 ст. 434) либо вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного страховщиком. В последнем случае согласие страхователя заключить договор на предложенных страховщиком условиях подтверждается принятием от страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта документов.

В соответствии с пунктом 1 статьи 944 ГК РФ при заключении договора страхования страхователь обязан сообщить страховщику известные страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 1 названной статьи, страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ (пункт 3 статьи 944 ГК РФ).

В силу п. 2 ст. 942 ГК РФ при заключении договора личного страхования между страхователем и страховщиком должно быть достигнуто соглашение, в том числе и о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая).

На основании п. 1 ст. 934 ГК РФ по договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровья самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста для наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая).

Частью 3 ст. 3 Закона РФ 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации" предусмотрено, что добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком или объединением страховщиков самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, настоящим Законом и федеральными законами, содержащими положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о страховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и обязанностях сторон, об определении убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о сроке осуществления страховой выплаты, а также исчерпывающий перечень оснований отказа в страховой выплате и иные положения.

Отношения, одной из сторон которых выступает гражданин, использующий, приобретающий, заказывающий либо имеющий намерение приобрести или заказать товары (работы, услуги) исключительно для личных, семейных, домашних, бытовых и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, а другой - организация либо индивидуальный предприниматель (изготовитель, исполнитель, продавец, импортер), осуществляющие продажу товаров, выполнение

работ, оказание услуг, являются отношениями, регулируемые Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей", другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (пункт 1 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей").

Как установлено судом и следует из материалов дела, 01.09.2023 между ПАО «Сбербанк России» и  был заключен кредитный договор №  по условиям которого банк предоставил кредит в сумме 3 000 000 руб. сроком на 180 месяцев с процентной ставкой 11.2% годовых.

Также 01.09.2023 ПАО «Группа Ренессанс» и  заключили Договор страхования от несчастных случаев и болезней и/или недвижимого имущества №  на основании которого выдан полис комплексного ипотечного страхования. Договор страхования заключен на условиях, содержащихся в тексте полиса и действующих на дату его заключения Правил комплексного ипотечного страхования утвержденных приказом №047 от 07.06.2023, сроком на 1 год с 01.09.2023 по 31.08.2024.

Договор являлся публичным, фактом присоединения к нему являлась оплата страховой премии, согласно ст. 438 ГК РФ.

Застрахованным лицом по Договору являлся Страхователь, а Выгодоприобретателем по Договору является ПАО «Сбербанк» в пределах суммы задолженности Страхователя на дату страхового случая. В остальной части выгодоприобретателем является Страхователь/ Застрахованное лицо, а в случае его смерти - наследники Застрахованного лица.

Согласно условий договора, страховыми случаями для Застрахованного лица являлись, смерть и инвалидность 1-й или 2-й группы, установленная Застрахованному лицу в период действия настоящего Полиса.

В соответствии с пунктом «Условия страховой выплаты для Застрахованного лица» страховой является выплата по риску «Смерть» и «Инвалидность», которая производится в размере 100 (ста) % от страховой суммы на Застрахованное лицо.

Страховая сумма была согласована сторонами в графе «Страховая сумма в валюте настоящего Полиса на Застрахованное лицо» в размере 3 000 000 руб..

При этом на страницах 5-6 Договора указаны состояния / заболевания, наличие которых на момент заключения Договора является обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения степени риска, в том числе о наличии имевших или имеющихся злокачественных или доброкачественных новообразований органов и тканей, в течении последних 10 лет, о прохождении обследований с ожиданием результатов исследования. Страхователь на момент заключения Договора был уведомлен об этих условиях и акцептовал договор путем его оплаты.

В 26 пункте Договора в Особых условий страхования отдельно обозначено, что принимая настоящий Полис и оплачивая страховую премию в срок и в размере, предусмотренном настоящим Полисом, Страхователь(Застрахованное лицо) подтверждает, что заключает договор страхования на изложенных выше условиях и, что все сведения, указанные в настоящем Полисе являются полными и достоверными, а также подтверждает получение указанных в настоящем Полисе Правил страхования. В случае, если Страхователь(Застрахованное лицо) сообщило Страховщику заведомо ложные сведения при оформлении настоящего Полиса, Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

При заключении Договора страхования Страхователь ознакомился с его условиями и его оплатой подтвердил, что на момент заключения Договора у него отсутствовали заболевания/ состояния, указанные в Договоре.

Премия была уплачена Страхователем  в размере 19 794 руб..

В случае сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным, в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Как следует из материалов дела и подтверждается поликлинической картой АО  29.08.2023  был проведен осмотр врача-терапевта  согласно которого был поставлен диагноз: « Острый бронхит, затяжное течение, бронхообостренный синдром, правосторонняя пневмония под вопросом».

ООО «Клиника Эксперт Тула» было проведено его обследование методом компьютерной томографии.

В представленном заключении ООО «Клиника Эксперт Тула» от  отражено, что картина больше характерна для перибронхиального разветвленной формы центрального с-г правого легкого, мтс в кости и л/узлы средостения. Гидроторакс справа. Параканкротная полисегментарная правосторонняя пневмония, рекомендована консультация онколога, и указано, что оно не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом.

Врачом-терапевтом Шаховой Е.Н. было предположено  пройти комплексное обследование, и он был направлен в НИИ Бурназяна в г. Москва, о чем она подтвердила в судебном заседании.

Согласно выписного эпикриза ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им.А.И.Бурназяна ФМБА России"  проходил обследование с 05.09.2023 по 04.10.2023 ему был поставлен основной диагноз «Центральный рак нижней доли правого легкого с распространением на промежуточный и средостенный бронхи, лимфогенным карциноматозом легкого, инвазией в средостение, легочную артерию и легочные вены, билатеральными метастазами в медиастинальные лимфоузлы  стадия Метастатический гидроторакс справа. Остеолитические метастазы в кости (Tn5 позвонок, 2,3,7,10 ребрах справа) ДН1. ECOG2 С34».

Согласно справки об инвалидности, выданной ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России  установлена вторая группа инвалидности по общему заболеванию с 06.02.2024 до 01.03.2025.

27.03.2024, в связи с установлением ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России 06.02.2024 второй группы инвалидности,  обратился в адрес ПАО «Группа Ренессанс Страхование» с заявлением о страховом случае и об осуществлении страховой выплаты в размере 3 000 000 руб. , а 18.06.2024 с досудебной претензией с требованием осуществить перечисление 3 000 000 руб. , а также предоставил медицинские документы, в том числе копия справку об инвалидности, выданную ФКУ «ГБ МСЭ по Тульской области» Минтруда России от 06.02.2024, копию протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина, копию акта медико-социальной экспертизы гражданина, выписной эпикриз выписки из ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России от 04.10.2023, выписку из медицинской карты амбулаторного больного по месту наблюдения за последние 5 лет, протокол онкологического консилиума для взрослых от 23.10.2023, протокол заседания врачебной подкомиссии по контролю обоснования назначения лекарственных препаратов и эффективности лечебно-

диагностических мероприятий при лекарственной терапии от 23.10.2023, исследование: сцинтиграфия скелета в режиме «все тело» от 14.11.2023, иммуногистохимическое исследование опухолей др. локализаций от 27.11.2023, протокол приема онколога от 22.12.2023, выписной эпикриз (химиотерапевтическое отделение) от 05.01.2024, заверенную копию карты за период лечения 2022-2023 по месту наблюдения/первичного обращения; справку о проведенных флюорографиях за 2022-2023 гг.; КТ от 29.08.2023; ФБС от 12.09.2023 биопсия + результат цитологического исследования; извещение о больном в впервые в жизни установленном диагнозе злокачественного новообразования/или выписка из Канцер-регистра, что не отрицалось ответчиком.

Страховщиком ПАО «Группа Ренессанс Страхование» были исследованы представленные медицинские документы, на основании которых он 20.05.2024 и 15.07.2024 сообщил об отказе в удовлетворении заявления и досудебной претензии на том основании, что 29.08.2023 им было выполнено КТ, в заключении которого, был установлен диагноз - рак легкого, который явился причиной установления группы инвалидности, который был установлен до начала действия договора страхования (с 01.09.2023).

При этом согласно доводам [ ] ему 04.10.2023 в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России был впервые поставлен диагноз «Центральный рак нижней доли правого легкого».

В целях проверки доводов сторон по ходатайству стороны истца [ ] по делу была проведена судебно-медицинская экспертиза.

Согласно выводов заключения судебно-медицинского эксперта ООО «Медицинский центр АРТМЕД» на основании изученных представленных материалов дела в соответствии с анализом данных в представленных медицинских документах, используя методы экспертного анализа установлено, что 04.10.2023 был установлен объективно обоснованный диагноз онкологического заболевания с занесением в канцер-регистр Тульской области:

а 06.02.2024 после установления онкологического диагноза, относящегося к общим заболеваниям, была установлена ему инвалидность.

до заключения договора страхования от 01.09.2023 проходил одно КТ-обследование-исследование 28.08.2023. Других обследований и исследований не проходил, результатов исследований и обследований не ожидал. Трудоспособность ограничена не была.

При проведении компьютерной томографии можно установить локализацию, провести метрические измерения, визуализировать данное изменение ткани организма, но невозможно установить свидетельство о наличии доброкачественного или злокачественного образования

01.09.2023 [ ] не были выявлены никакие состояния являющиеся следствием диагностированного заболевания, ставшего причиной установления ему инвалидности.

В судебном заседании эксперт [ ] подтвердил свои доводы изложенные в заключении эксперта, в том числе о том, что 04.10.2023 был установлен впервые диагноз онкологического заболевания.

При этом, сторонами не представлено суду достаточных, достоверных и объективных доказательств, опровергающих заключение эксперта или дающих основания сомневаться в его правильности и достоверности.

Заключение содержит подробное описание проведенных исследований, подробный анализ имеющихся данных, сделанные в результате исследования выводы и конкретные ответы на поставленные судом вопросы, является обоснованным,

последовательным и мотивированным, оно составлено судебным экспертом, имеющим необходимые для производства подобного рода экспертиз полномочия, обладает специальными познаниями в исследуемой области, имеет соответствующее образование, квалификацию, специальность, достаточный стаж экспертной деятельности, и эксперт предупрежден об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения, поэтому суд принимает его в качестве допустимого, достоверного и достаточного доказательства по настоящему делу, поскольку каких-либо оснований не доверять его результатам, каких-либо оснований для сомнения в его правильности, а также в беспристрастности и объективности эксперта не имеется.

Таким образом, на момент заключения договора страхования 01.09.2023 [ ] не знал о наличии у него заболевания в виде рака нижней доли правого легкого, в связи с которым была установлена 2-я группа инвалидности по общему заболеванию и не мог знать, а следовательно, не мог намеренно умолчать о диагностированном заболевании, повлекшем установление ему инвалидности, поскольку приведенный диагноз ему впервые был установлен 04.10.2023

При этом суд полагает, что поскольку страховщик осуществляет профессиональную деятельность по страхованию он мог проявить должную осмотрительность и предпринять меры для проверки сведений о фактическом состоянии здоровья страхователя на момент заключения договора страхования. В частности, страховщик при заключении договора страхования мог предложить представить медицинское освидетельствование, из чего следует, что страховщик осознавал риски, связанные с тем, что лицо, подписывающее договор страхования может не знать или не полностью располагать сведениями о своих заболеваниях и состоянии здоровья в силу объективных причин.

В соответствии с пунктом 2 статьи 945 ГК РФ страховщик наделен правом при заключении договора личного страхования провести обследование страховаемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Однако этим правом ответчик не воспользовался.

При таких обстоятельствах, суд считает, что оснований полагать, что намеренно не сообщила ПАО СК "Росгосстрах" о состоянии своего здоровья с целью извлечения выгоды, в том числе в связи с осознанием наступления у него злокачественного новообразования и последующего установления ему группы инвалидности, суду не представлено.

Тот факт, что страховщик не воспользовался предоставленным ему правом, свидетельствует о том, что он сознательно принял на себя риск отсутствия необходимой для заключения договора страхования информации.

В силу положений пункта 2 статьи 944 ГК РФ, если договор страхования заключен при отсутствии ответов страхователя на какие-либо вопросы страховщика, страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены страхователем.

В соответствии с пунктом 3 статьи 944 ГК РФ страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал страхователь, уже отпали.

С учетом того, что по договору страхования уже имело место обращение по страховому случаю до обращения его с иском, страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным.

Кроме того, поскольку страховщик, являясь лицом, осуществляющим профессиональную деятельность на рынке страховых услуг и вследствие этого более сведущим в определении факторов риска, не выяснил в полном объеме

обстоятельства, влияющие на степень риска, не воспользовался своим правом проверить состояние здоровья страхователя, а также достаточность предоставленных страхователем сведений, а страхователь не сообщил страховщику сведения о состоянии своего здоровья, то страховщик согласно пункту 2 статьи 944 ГК РФ правовых оснований для признания договора страхования недействительным не имеется.

Также установлено, что ПАО «Группа Ренессанс Страхование» признала данный факт страховым случаем и на основании сообщения ПАО «Сбербанк» о сумме задолженности в размере 2 949 231,33 руб. на момент установления инвалидности 06.02.2024, страхового акта 7649/2 от 19.02.2025 и платежного поручения № от 20.02.2025 перечислена вышеуказанная сумма ПАО «Сбербанк», а оставшаяся сумма в размере 53768,67 руб. на основании платежного поручения № от 20.02.2025 перечислена.

Из вышеизложенного следует, что поскольку страховщик признал данное событие страховым случаем и произвел выплату по договору страхования, в связи с чем оснований для удовлетворения исковых требований о признании договора страхования недействительным не имеется, поэтому полагает в иске ПАО «Группа Ренессанс Страхование» отказать.

Согласно пункта 10.13 Правил страхования ПАО «Группа Ренессанс Страхование» страховая выплата осуществляется Страховщиком в 20-дневный срок (не считая выходных и праздничных дней), если иное не предусмотрено Договором страхования. Указанный срок исчисляется со дня получения Страховщиком Заявления об убытке, всех надлежащим образом оформленных документов (последнего из необходимых документов), подтверждающих причины, характер и размер понесенных Страхователем убытков, документов, подтверждающих наличие имущественного интереса Страхователя (Выгодоприобретателя) на застрахованное имущество, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования, а также выполнения Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) всех обязанностей, связанных со страховым событием, предусмотренных настоящими Правилами.

Согласно ПП ВФ РФ от 25.06.2024 №19, Страхователь (выгодоприобретатель) не лишен возможности требовать возмещения убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением договора добровольного страхования имущества, например расходов на транспортировку и (или) хранение поврежденного имущества (статьи 15, 393 и 396 ГК РФ)(п.76).

Согласно ст. 15 ГК РФ, Лицо, право которого нарушено, может требовать полного возмещения причиненных ему убытков, если законом или договором не предусмотрено возмещение убытков в меньшем размере.

Под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб), а также неполученные доходы, которые это лицо получило бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода).

Как установлено, 27.03.2024 . обратился в ПАО «Группа Ренессанс Страхование» об осуществлении страховой выплаты в связи с установлением инвалидности и заявление было направлено в электронном виде, в связи с чем 24.04.2024 должна быть осуществлена выплата.

С 06.05.2024 по 31.12.2024 было выплачено согласно Справке ПАО «Сбербанк» об уплаченных процентах и основном долге за период с 06.09.2023 по 12.02.2025 в размере 281 371, 72 руб..

Следовательно, вышеуказанные проценты, выплаченные после 24.04. 2024, являются его убытками, подлежащими взысканию со Страховщика ПАО «Группа Ренессанс Страхование».

В силу ст. 15 Закона РФ "О защите прав потребителей" моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения исполнителем его прав, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей, возмещается причинителем вреда только при наличии вины.

Согласно разъяснениям, данным в п. 45 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 года N 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей". при решении судом вопроса о компенсации потребителю морального вреда достаточным условием для удовлетворения иска является установленный факт нарушения прав потребителя.

Размер компенсации морального вреда определяется судом независимо от размера возмещения имущественного вреда, в связи с чем, размер денежной компенсации, взыскиваемой в возмещение морального вреда, не может быть поставлен в зависимость от стоимости товара (работы, услуги) или суммы подлежащей взысканию неустойки. Размер присуждаемой потребителю компенсации морального вреда в каждом конкретном случае должен определяться судом с учетом характера причиненных потребителю нравственных и физических страданий исходя из принципа разумности и справедливости.

Оценив в совокупности указанные обстоятельства и доказательства по делу, установив, что в результате неправомерных действий ответчика по не возврату денежной суммы были нарушены права истца как потребителя и в силу положений статьи 15 Закона Российской Федерации от 07 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей", статьи 151 Гражданского кодекса Российской Федерации, истцу был причинен моральный вред, в связи с чем, с ответчика в пользу истца подлежит взысканию компенсация морального вреда, а потому руководствуясь принципами разумности и справедливости, суд приходит к выводу о том, что заявленная истцом сумма компенсации морального вреда в размере 150 000 руб., является завышенной, а потому считает правомочным взыскать с ответчика в пользу истца компенсацию морального вреда в размере 50 000 руб..

Согласно разъяснениям, данным в пунктах 69, 70, 71 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 25 июня 2024 года N 19 "О применении судами законодательства о добровольном страховании имущества" следует, что взыскание штрафа за неисполнение страховщиком в добровольном порядке требований потребителей, предусмотренного пунктом 6 статьи 13 Закона о защите прав потребителей, в силу прямого указания закона относится к исключительной компетенции суда. Наличие судебного спора о взыскании страхового возмещения указывает на неисполнение страховщиком обязанности по его осуществлению в добровольном порядке, в связи с чем страховое возмещение, произведенное страхователю (выгодоприобретателю) - физическому лицу в период рассмотрения спора в суде, не освобождает страховщика от уплаты штрафа, предусмотренного пунктом 6 статьи 13 Закона о защите прав потребителей. Штраф за неисполнение в добровольном порядке требований потребителя взыскивается в размере 50 процентов от присужденной судом в пользу потребителя суммы, а также суммы взысканных судом неустойки и денежной компенсации морального вреда.

В соответствии с пунктом 6 статьи 13 Закона РФ "О защите прав потребителей" при удовлетворении судом требований потребителя, установленных законом, суд взыскивает с изготовителя (исполнителя, продавца, уполномоченной организации или уполномоченного индивидуального предпринимателя, импортера) за несоблюдение в

добровольном порядке удовлетворения требований потребителя штраф в размере пятьдесят процентов от суммы, присужденной судом в пользу потребителя.

Принимая во внимание факт обращения истца к ответчику ПАО «Группа Ренессанс Страхование» в досудебном порядке с претензией и ее неудовлетворения, в соответствии с пунктом 6 статьи 13 Закона Российской Федерации от 07 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей" с ответчика в пользу истца подлежит взысканию штраф в размере 165 685,86 руб. (281 371,72 + 50 000 / 2). Оснований для уменьшения размера штрафа в соответствии с положениями статьи 333 ГК РФ не имеется.

При установленных обстоятельствах, суд находит искивые требования Лежнева А.И. подлежащие частичному удовлетворению.

В силу ч. 1 ст. 88, 94 ГПК РФ судебные расходы состоят из государственной пошлины и издержек, связанных с рассмотрением дела, в том числе, почтовые расходы, понесенные сторонами.

В соответствии с ч. 1 ст. 98 ГПК РФ стороне, в пользу которой состоялось решение суда, суд присуждает возместить с другой стороны все понесенные по делу судебные расходы, за исключением случаев, предусмотренных частью второй статьи 96 настоящего Кодекса. В случае, если иск удовлетворен частично, указанные в настоящей статье судебные расходы присуждаются истцу пропорционально размеру удовлетворенных судом искивых требований, а ответчику пропорционально той части искивых требований, в которой истцу отказано.

Согласно части 1 статьи 103 ГПК РФ, издержки, понесенные судом в связи с рассмотрением дела, и государственная пошлина, от уплаты которых истец был освобожден, взыскиваются с ответчика, не освобожденного от уплаты судебных расходов, пропорционально удовлетворенной части искивых требований.

Поскольку истец в силу закона освобожден от уплаты государственной пошлины, в связи с чем, с ответчика подлежит взысканию государственная пошлина, пропорционально размеру удовлетворенных требований в сумме 10 402,12 руб..

На основании изложенного и руководствуясь ст. 194 - 199 ГПК РФ, суд

р е ш и л:

исковые требования . удовлетворить частично,  
а в иске ПАО «Группа Ренессанс Страхование» к . о  
признании договора страхования от 21.06.2023  
недействительным, применить последствия, предусмотренные ст. 167 ГК РФ ,  
отказать.

Взыскать с ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022) в пользу . сумму  
фактически уплаченных процентов по кредитному договору от 01.09.2023  
в размере 281 371, 72 руб. по состоянию на 12.02.2025, сумму штрафа в размере 208  
840, 67 руб., компенсацию морального вреда в размере 50 000 руб..

Взыскать с ПАО «Группа Ренессанс Страхование» (ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022) в доход муниципального образования г. Тула государственную пошлину  
в размере 10 402,12 руб.

Решение может быть обжаловано путем подачи апелляционной жалоба в  
Тульский областной суд в течение месяца со дня /принятия, решения суда в  
окончательной форме.

Председательствующий

Н. А. Тюрин