

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ЕКАТЕРИНБУРГ»**

УТВЕРЖДЕНЫ
Генеральным директором
ООО «СК Екатеринбург»
01 марта 2011 г.
Приказ № 11 от 18.02.2011 г.

ПРАВИЛА № 57

**СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ (ГРАЖДАНСКОЙ)
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ**

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Понятие страхового риска. Страховые случаи
4. Страховая сумма и лимит ответственности
5. Франшиза
6. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф. Порядок применения повышающих и понижающих коэффициентов.
7. Срок страхования. Порядок заключения договора страхования
8. Порядок прекращения договора.
9. Изменения степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Порядок определения размера убытка и суммы страховой выплаты (страхового возмещения)
12. Выплата страхового возмещения (страховая выплата)
13. Исковая давность. Порядок разрешения споров
14. Непреодолимая сила

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами об охране здоровья граждан и страховании настоящие Правила страхования профессиональной (гражданской) ответственности врачей (далее – Правила страхования, Правила) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования его профессиональной (гражданской) ответственности и возмещения вреда жизни и здоровью¹, нанесенного другим (третьим) лицам в результате непреднамеренных ошибок², в связи с осуществлением Страхователем медицинской деятельности³.

При этом под (другими) третьими лицами для целей настоящих Правил понимаются пациенты (клиенты), обратившиеся к Страхователю (в лечебное учреждение или к лицу, занимающемуся частной медицинской практикой) за медицинской помощью⁴ (далее по тексту – «третьи лица»).

1.2. На основании настоящих Правил заключаются два вида договоров страхования в зависимости от субъектов страхования:

- профессиональной ответственности физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой;
- гражданской ответственности лечебного учреждения (включая лечебные учреждения системы государственного, муниципального и частного здравоохранения).

1.3. По договору страхования профессиональной (гражданской) ответственности врачей Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить потерпевшему третьему лицу причиненный вследствие этого события вред жизни или здоровью (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором страховой суммы.

1.4. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания Екатеринбург» (ООО «СК Екатеринбург»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

¹ Согласно Гражданскому кодексу РФ (ст. 1068, 1084-1094) «Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина», а также Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 66) юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей (п. 7 ч. 1 ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

² Медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей (п. 7 ч. 1 ст. 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

³ В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 54) право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, и на занятие определенными видами деятельности (перечень устанавливается Минздравсоцразвития РФ), также и сертификат специалиста и лицензию. Лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах допускаются к медицинской деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях РФ в порядке, устанавливаемом Правительством РФ, а также после получения лицензии на занятие определенными видами деятельности.

⁴ Медицинская помощь включает в себя первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь и специализированную помощь.

1.5. Страхователи:

- физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой⁵ на основании лицензии, выдаваемой в порядке и на условиях определяемых Правительством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования профессиональной ответственности;
- юридические лица – лечебные учреждения любых типов государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения⁶, имеющие сертификат соответствия условий их деятельности установленным стандартам и лицензию (лицензии) на оказание соответствующих видов медицинской помощи, заключившие со Страховщиком договор страхования гражданской ответственности.

1.6. По договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациентов при оказании им медицинской помощи, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена. При этом такое лицо должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре страхования не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя.

В случае, когда по договору страхования принята на страхование ответственность лица иного, чем Страхователь, последний вправе в любое время до наступления страхового случая заменить это лицо другим, письменно уведомив об этом Страховщика.

1.7. Договор страхования риска ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациентов при оказании им медицинской помощи считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред (Выгодоприобретателей), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

В случае, когда по договору страхования риска ответственности за причинение вреда застрахована ответственность лица иного, чем Страхователь, последний вправе в любое время до наступления страхового случая заменить это лицо другим, письменно уведомив об этом Страховщика.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им сведения о Страхователе, потерпевших третьих лицах (пациентах) и их имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

⁵ Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

⁶ К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и другие лечебные учреждения; к муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и иные лечебные учреждения; к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий. Осуществляется в соответствии с Основами и другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ. Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности.

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензии на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам, в порядке определяемом Правительством РФ (Постановление от 25.03.1996 г. № 350). Выдачу лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта РФ или местной администрацией.

- 1.9. В соответствии с настоящими Правилами не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом, в том числе:
- расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников;
 - убытков от участия в играх, лотереях и пари.
- 1.10. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования.
- 1.11. Страховщик вправе на основе настоящих Правил разрабатывать конкретные условия (Программы, Акции и т.п.) страхования к отдельному Договору (Полису), заключаемому в соответствии с настоящими Правилами, ориентированные на конкретного Страхователя, группу Страхователей, при условии их соответствия законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Таким условиям (Программам, Акциям и т.п.) Страховщиком могут быть присвоены маркетинговые названия.
- 1.12. Если договором страхования не предусмотрено иное, страхование действует исключительно на территории Российской Федерации.
- 1.13. В тексте настоящих Правил понятия, перечисленные ниже, имеют следующие значения:
- Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком лицу, в пользу которого заключен договор страхования, при наступлении страхового случая.
- Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.
- Страховая сумма – определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату и исходя из которой определяется размер страховой премии.
- Страховой риск – предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.
- Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.
- Франшиза – предусмотренная условиями договора страхования часть убытков Страхователя (в абсолютном размере или в процентном отношении), не подлежащая возмещению Страховщиком.
- Медицинская (профессиональная) ошибка – это непреднамеренное ненадлежащее действие (бездействие) медицинского работника, повлекшее причинение вреда жизни или здоровью пациента, не связанное с небрежным или халатным выполнением им профессиональных обязанностей.

Медицинская ошибка должна обладать следующими признаками:

- неправильное, ненадлежащее профессиональное действие (бездействие) медицинского работника;
- непреднамеренные действия врача;
- наличие недобросовестного заблуждения врача (незнание, неумение, самонадеянность, невнимательность, непредусмотрительность и т.п.);
- наличие возможности избежать негативных последствий для пациента.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования по договору страхования профессиональной ответственности являются имущественные интересы Страхователя – физического лица, о страховании которого заключен договор, связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном гражданским законодательством, вред жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок в процессе оказания медицинской помощи.
- 2.2. Объектом страхования по договору страхования гражданской ответственности являются имущественные интересы Страхователя – юридического лица, связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном гражданским законодательством, вред жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок в процессе оказания медицинской помощи.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.
Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
При страховании в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) при оказании медицинской помощи.
- 3.2. Страховым случаем по страхованию профессиональной (гражданской) ответственности врачей признается факт возникновения у Страхователя обязанности возместить вред, причиненный потерпевшим третьим лицам (пациентам) вследствие непреднамеренных ошибок Страхователя при оказании медицинской помощи, подтвержденный вступившим в законную силу решением суда или на основании беспорной гражданско-правовой претензии (досудебное урегулирование спора), признанной Страхователем в добровольном порядке по письменному согласованию со Страховщиком.
- 3.3. В соответствии с настоящими Правилами могут быть застрахованы следующие риски ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда пациентам при оказании медицинской помощи (в т.ч. при оказании первой неотложной помощи и/или экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях):
 - 3.3.1. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения.

- 3.3.2. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции.
- 3.3.3. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств.
- 3.3.4. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях.
- 3.3.5. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.
- 3.4. Договор страхования по усмотрению Страхователя может быть заключен на случай наступления всех событий, перечисленных в п. 3.3 настоящих Правил, или отдельных из них.
- При заключении договора страхования на условии включения в него всех или части рисков, предусмотренных настоящими Правилами, базовая тарифная ставка определяется как сумма тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты, указанные в Приложении № 1 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.
- 3.5. Страховой случай считается имевшим место и ответственность Страховщика наступает, если причиненный гражданину вред явился следствием непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при оказании медицинской помощи и не связанной с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей при наличии причинно-следственной связи между причинением вреда и осуществлением Страхователем указанной в договоре страхования профессиональной врачебной деятельности.
- Обязанность Страховщика по страховой выплате возникает, когда страховой случай наступил, Страхователем выполнены все обязанности по договору страхования и отсутствуют основания для освобождения Страховщика от выплаты или отказа в выплате страхового возмещения.
- 3.6. Страховщик несет ответственность по возмещению вреда потерпевшему лицу как в течение всего срока действия договора страхования, так и по его истечении, если последствия события, признанного страховым случаем и происшедшего в период действия договора, проявились после окончания договора страхования, но в пределах срока исковой давности, предусмотренного гражданским законодательством.
- 3.7. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает убытки потерпевшего лица, заявляемых в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации, в связи с причинением вреда его жизни или здоровью в результате наступления страхового случая, включая:
- 3.7.1. Заработок, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья.
- 3.7.2. Дополнительные расходы, необходимые для восстановления здоровья при наличии медицинских показаний (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение, специальный медицинский уход,

- протезирование, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и т.д.).
- 3.7.3. Часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания.
- 3.7.4. Расходы на погребение – в случае смерти пациента (в качестве получателей выплаты выступают наследники умершего пациента).
- 3.8. В соответствии с настоящими Правилами произошедшее событие не может быть признано страховым и страховой защитой не покрываются события и связанные с ними убытки, если оно произошло вследствие:
- 3.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 3.8.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 3.8.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 3.8.4. Действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 3.8.5. Действий (бездействия) Страхователя, связанных с нарушением профессиональной врачебной⁷ тайны.
- 3.8.6. Действий (бездействия) Страхователя – физического лица (сотрудников Страхователя – юридического лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- 3.8.7. Неустранения Страхователем в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, заметно повышающих степень риска, на необходимость устранения которых Страховщик указывал Страхователю.
- 3.8.8. Незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания указанными органами и должностными лицами документов, не соответствующих законам или другим правовым актам.
- 3.8.9. Несоблюдения требований стандартов качества медицинской помощи, если это подтверждено документами профессиональной медицинской ассоциации или независимой экспертизы.
- 3.8.10. Совершения Страхователем, занимающимся частной медицинской практикой, непреднамеренных ошибок при оказании медицинской помощи после отзыва лицензии (приостановления ее действия), подтвержденного решением суда (в случае обжалования решения в суде).
- 3.9. Настоящие Правила страхования не предусматривают возмещения потерпевшим третьим лицам (пациентам) морального вреда.
В соответствии с настоящими Правилами не подлежат возмещению неполученные третьим лицом доходы, которые он получил бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода), а также утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб).
- 3.10. Не признаются страховыми случаями и не покрываются по настоящим Правилам убытки, возникающие прямо или косвенно в результате:
- 3.10.1. Заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п. при использовании Страхователем (лицом, риск ответственности которого застрахован) шприцев не одноразового использования.

⁷ Врачебная тайна – информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (за исключением случаев, когда это делается с согласия пациента или его законного представителя и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством).

- 3.10.2. Заражения при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови и Страхователь (лицо, риск ответственности которого застрахован) знал об этом.
- 3.10.3. Использования потерпевшим лицом лекарственных средств, приобретенных самостоятельно либо с просроченным периодом действия.
- 3.10.4. Выполнения медицинским работником действий, не соответствующих его должностным обязанностям и квалификации.
- 3.10.5. Ошибок, недостатков или заводских дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны Страхователю или его представителям до наступления страхового случая.
- 3.11. Условия страхования по настоящим Правилам не распространяются:
- на работников Страхователя – юридического лица, которые оказывали медицинские услуги не по месту своей основной работы частным образом;
 - на иски по рецидивной нетрудоспособности, которая возникает, если потерпевшее лицо после получения временной нетрудоспособности возвращается к активной трудовой деятельности (за исключением назначенного врачом реабилитационного режима работ) и, проработав не менее 3-х месяцев, снова становится нетрудоспособным по причине перенесенного заболевания или связанного с ним лечения.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

- 4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.
- 4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страхователем и Страховщиком по их усмотрению.
- 4.3. При заключении договора страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться предельные суммы выплат страхового возмещения (лимиты ответственности Страховщика⁸) по каждому страховому случаю и видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения).
- 4.4. Если при наступлении страхового случая выплаченное потерпевшим лицам страховое возмещение окажется менее размера страховой суммы (лимита ответственности), определенной договором страхования, то после произведенной выплаты действие договора страхования продолжается, а страховая сумма (лимит ответственности) уменьшается с момента наступления страхового случая на размер подлежащей страховой выплаты. В этом случае по желанию Страхователя страховая сумма (лимит ответственности) может быть восстановлена путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей части страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

⁸ Лимит ответственности (термин, широко применяемый в международной практике страхования) – страховая сумма, устанавливаемая в договоре страхования, по каждому страховому случаю, видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения). При наступлении страхового случая страховая выплата производится в пределах лимита ответственности.

- 4.5. В период действия договора страхования Страхователь может увеличить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или лимиты ответственности по каждому страховому случаю, а также включить в договор другие, предусмотренные настоящими Правилами страховые риски, путем заключения дополнительного соглашения.
- 4.6. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению (в связи с увеличением Страхователем страховой суммы или ее восстановлением после произведенной страховой выплаты) производится по формуле:

$$Д = \frac{(C_2 - (C_1 - B)) * T * n}{ND} \text{ где:}$$

C_1 – первоначальная страховая сумма;

C_2 – увеличенная страховая сумма;

B – сумма выплаченного страхового возмещения (в т.ч. подлежащая выплате);

T – первоначальный страховой тариф по договору;

n – количество дней, оставшихся до конца действия договора;

ND – срок действия договора страхования в днях.

Дополнительный договор вступает в силу на условиях пункта 7.8. настоящих Правил.

5. ФРАНШИЗА

- 5.1. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования. Франшиза различается на условную и безусловную.

При условной франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает франшизу. При безусловной франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом франшизы. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

- 6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.
- 6.2. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.
Страховой тариф определяется исходя из размера базовой тарифной ставки, срока действия Договора страхования и размера поправочных коэффициентов.
- 6.3. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы

(Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы.

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенность имущественных интересов конкретного лица, связанных с причинением вреда третьим лицам, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать особенности оказываемой Страхователем медицинской помощи, возможные факторы риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении № 1 к настоящим Правилам, определены экспертным путем с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

- 6.4. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов (Приложение № 1 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком и осмотра места деятельности Страхователя; заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования, определить особенности осуществляемой Страхователем деятельности.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску (рискам) Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке конкретных повышающих или понижающих коэффициентов, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.

- 6.5. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих особенности деятельности, осуществляемой Страхователем, уровень профессиональной подготовки сотрудников, наличие факторов риска; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе, его опыте и виде оказываемой им медицинской помощи; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.
- 6.6. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон индивидуально для каждого Страхователя.
- 6.7. Уплата страховой премии производится:
- наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика;
 - путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика в течение 5-ти банковских дней с даты подписания договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.
- Днём (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается день поступления страховой премии (взноса) на расчётный счёт Страховщика или день уплаты наличными деньгами.
- 6.8. Страховая премия по договорам страхования, заключённым на срок до одного года, уплачивается единовременно.
- При страховании на срок не менее одного года страховая премия может быть внесена в два срока, причем первая часть страховой премии не должна быть меньше 50 % от ее годового размера, а вторая часть должна быть уплачена в течение первых 3-х месяцев с начала страхования.
- При заключении договора страхования стороны могут установить иной порядок рассроченной уплаты страховой премии. При этом в договоре страхования (полисе) стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей. Страхователь обязан уплачивать взносы в сроки, предусмотренные договором страхования, и в полном объеме.
- 6.9. По договорам, заключенным на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц – 25%, 2 месяца – 35%, 3 месяца – 40%, 4 месяца – 50%, 5 месяцев – 60%, 6 месяцев – 70%, 7 месяцев – 75%, 8 месяцев – 80%, 9 месяцев – 85%, 10 месяцев – 90%, 11 месяцев – 95%.
- 6.10. При заключении договора страхования на срок более одного года, страховая премия рассчитывается Страховщиком ежегодно в течение десяти дней до момента истечения предыдущего годичного периода действия договора страхования или в иные сроки, оговоренные сторонами при заключении договора страхования. По

соглашению сторон страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременным платежом. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования.

Базовая тарифная ставка в этом случае определяется путем умножения годичной тарифной ставки на количество лет страхования. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от результатов оценки Страховщиком страхового риска.

- 6.11. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу и никакие выплаты по нему не производятся, или Страховщик оставляет за собой право отказаться от заключения договора страхования.
- 6.12. В случае неуплаты очередного взноса при рассроченной уплате страховой премии в установленный договором страхования срок, договор считается прекращенным, при этом уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, если иное не предусмотрено договором страхования.
Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого по согласованию сторон отсрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму отсроченного страхового взноса.
- 6.13. Страхователь обязан сохранить документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявить их по требованию Страховщика. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

7. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается на 1 год или иной согласованный сторонами срок, с учетом срока действия лицензии на медицинскую деятельность Страхователя, условий ее осуществления, методов лечения.
- 7.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет письменное заявление по установленной Страховщиком форме, в котором сообщает обо всех известных Страхователю обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), запрошенных Страховщиком в форме заявления на страхование и/или ином письменном запросе, с приложением документов, указанных в заявлении на страхование и/или ином письменном запросе. В необходимых случаях к заявлению прилагается список лиц, риск ответственности которых Страхователь планирует застраховать.
При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать:
- копию лицензии на право занятия медицинской деятельностью;
 - копии дипломов о медицинском образовании и сертификатов специалистов;
 - копии (выписки) приказов о назначении врачей на должности и их должностные обязанности;
 - иные документы и информацию по требованию Страховщика.

- 7.3. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:
- 7.3.1. Об объекте страхования.
 - 7.3.2. О характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом случае).
 - 7.3.3. О размере страховой суммы.
 - 7.3.4. О сроке действия договора.
- 7.4. Страховщик рассматривает заявление на страхование и представленные Страхователем материалы, проводит их экспертизу с целью оценки степени страхового риска и определения соответствующей этому риску тарифной ставки в течение 5-ти рабочих дней с момента получения заявления. В случае положительного решения сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключён договор страхования.
- 7.5. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме, путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и/или вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. При этом договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.
- В течение 5-ти рабочих дней с даты зачисления на счет Страховщика страховой премии (взноса) Страховщик обязан выдать Страхователю страховой полис с указанием дат начала и окончания действия договора страхования, если иное не предусмотрено условиями договора.
- При наличном расчете договор (полис) вручается в момент уплаты страховой премии (взноса).
- 7.6. 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. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.
- При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.
- 7.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.
- 7.8. Договор страхования, если в нём не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого взноса наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю, но не ранее 00 часов 00

минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования. При безналичном расчете – с даты поступления страховой премии или первого взноса на расчетный счет Страховщика, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования.

Договор страхования заканчивается в 24 часа дня, указанного в договоре как день окончания, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

При реоформлении на новый срок договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днём окончания действия предыдущего договора страхования при условии досрочного внесения страховой премии или первого взноса по новому договору.

Условиями конкретного договора может быть предусмотрен другой порядок вступления в силу и период ответственности Страховщика. Момент поступления (зачисления) средств на счет Страховщика определяется временем их зачисления в соответствии с установленными законодательством правилами ведения банковских операций.

- 7.9. Если по договору страхования к установленному сроку уплаты страховой премии поступило менее исчисленной суммы, то такой договор страхования может быть признан Страховщиком:
- а) состоявшимся в части ответственности, пропорциональной отношению поступившей страховой премии к исчисленной сумме страховой премии;
 - б) несостоявшимся с возвращением части уплаченной страховой премии за вычетом расходов Страховщика.
- О принятом решении Страховщик в письменном виде сообщает Страхователю в течение 3-х рабочих дней с момента получения соответствующей суммы премии.
- 7.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.
- 7.11. В случае утраты Страхователем страхового полиса или договора страхования в период его действия выдается дубликат. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся.
- 7.12. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь – физическое лицо подтверждает своё согласие Страховщику на обработку в течение всего срока действия договора, а также в течение срока архивного хранения договоров Страховщиком своих персональных данных. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, адрес Страхователя, данные основного документа, удостоверяющего личность, и иную информацию о Страхователе указанную в договоре либо заявлении на страхование или полученную Страховщиком в ходе исполнения договора. Обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора страхования, а также в целях операционного учета, проведения анализа страховых рисков и в статистических целях посредством выполнения действий, предусмотренных ст. 3 ФЗ № 152 – ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в том числе трансграничной передачи, как с использованием средств автоматизации, так и без таковых, посредством сбора,

систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе, передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Страховщик обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления Страховщику письменного уведомления.

После прекращения договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных, согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 8.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия).
 - 8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме.
 - 8.1.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса, оформив письменное соглашение (с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём, установленным в договоре страхования как день уплаты очередного страхового взноса, страховая премия в этом случае не возвращается).
 - 8.1.4. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом.
 - 8.1.5. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации (при отсутствии согласия Страхователя на передачу договора другому Страховщику).
 - 8.1.6. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.
- 8.2. Действие договора страхования прекращается до окончания срока, на который он был заключен, если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
- 8.3. При расторжении договора страхования по инициативе Страховщика в связи с нарушением Страхователем настоящих Правил и (или) положений договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов (на ведение дела, подлежащих выплате или произведённых страховых выплат), если договором не установлено иное.
- 8.4. В случае досрочного прекращения договора по инициативе Страхователя Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов (на ведение дела, подлежащих выплате или произведённых страховых выплат). Досрочное расторжение договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя по

установленной Страховщиком форме с приложением к нему договора страхования (страхового полиса).

Договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня получения письменного заявления Страховщиком, при этом дата представления заявления не может быть позднее даты досрочного прекращения договора страхования.

- 8.5. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны письменно уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.
- 8.6. При расторжении договора страхования по взаимному согласию сторон составляется письменное соглашение о досрочном прекращении договора. Обязательства сторон в случае расторжения договора страхования по соглашению сторон, за исключением обязательств по уплате страховой премии и обязательств по страховым случаям, возникшим до подачи одной из сторон заявления о расторжении договора, считаются прекращенными с момента заключения соглашения сторон о расторжении договора, если иное не вытекает из текста этого соглашения.
- 8.7. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, а также в связи с существенным изменением обстоятельств, препятствующих частичному или полному исполнению одной из сторон обязательств по договору страхования, не зависящих от сторон и которые стороны не могут предотвратить, дальнейшее исполнение обязательств по договору осуществляется по взаимному письменному согласию сторон.
Стороны обязаны своевременно письменно уведомлять друг друга о наступлении указанных обстоятельств.
Значительное изменение в обстоятельствах, сообщенных Страховщику Страхователем при заключении договора страхования, является основанием для его изменения или расторжения, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 8.8. Обстоятельства непреодолимой силы признаются сторонами таковыми на основании представленных доказательств, а в случае недостижения соглашения – в судебном порядке.
- 8.9. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным действующим гражданским законодательством Российской Федерации, а также, если он заключен после наступления страхового случая.
- 8.10. Изменение и расторжение сторонами договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (гл. 29 ГК РФ).
- 8.11. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием Страховщика, которому данный портфель может быть передан.
Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении 3-х месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому Страховщику в

порядке, установленном Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Передача страхового портфеля не может быть осуществлена в случае отсутствия выраженного в письменной форме согласия Страхователя на замену Страховщика.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

- 9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях). При этом значительными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.
- 9.2. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.
- 9.3. Если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора, то в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 10.1. Страховщик имеет право:
- 10.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем условий договора страхования.
 - 10.1.2. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, при необходимости направлять запросы в компетентные органы по факту наступления события.
 - 10.1.3. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.
 - 10.1.4. При изменении степени риска потребовать изменения условий договора страхования.
 - 10.1.5. Вступать от имени Страхователя в переговоры и соглашения о возмещении причиненного событием вреда.
 - 10.1.6. Представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя в связи со страховым случаем. Данное право Страховщика не является его обязанностью.

10.2. Страховщик обязан:

- 10.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и выдать ему один экземпляр.
- 10.2.2. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.
- 10.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, в т.ч. конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя, при их обработке (в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.).

10.3. После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

- 10.3.1. Выяснить обстоятельства наступления события.
- 10.3.2. После получения необходимых документов по наступившему событию и при признании события страховым случаем составить страховой акт и определить размер вреда, причиненного пациентам, и произвести расчет суммы страхового возмещения.
- 10.3.3. Произвести страховую выплату (или отказать в выплате при наличии оснований) в установленный настоящими Правилами страхования срок.

10.4. Страхователь имеет право:

- 10.4.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.
- 10.4.2. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.
- 10.4.3. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.
- 10.4.4. Назначить экспертов, адвокатов по вопросам, связанным с наступлением события, определением размера убытка и суммы страхового возмещения.

10.5. Страхователь обязан:

- 10.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования.
- 10.5.2. Уплачивать страховую премию в размерах и сроки, определенные договором страхования.
- 10.5.3. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 10.5.4. Соблюдать условия настоящих Правил, договора страхования, требования законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 10.5.5. Во время действия договора сообщать Страховщику в письменной форме о лишении или приостановлении его лицензии на осуществление медицинской деятельности.

10.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь обязан:

- 10.6.1. Незамедлительно, но не позднее 3-х рабочих дней с момента как ему стало известно о наступлении события, уведомить о случившемся Страховщика или его представителя. Если договором предусмотрен способ уведомления, оно должно быть сделано в условленный срок указанным в договоре способом.
Несвоевременное уведомление Страховщика о наступившем событии дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет

доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

- 10.6.2. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков (согласно ст. 962 ГК РФ расходы по уменьшению убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, если они были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, должны быть возмещены Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными).

Такие расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости.

- 10.6.3. Принять все необходимые меры для выяснения причин и последствий наступления события. Сообщать Страховщику о начале действий компетентных органов по факту причинения ущерба (расследование, вызов в суд и т.п.)

- 10.6.4. В течение 3-х рабочих дней с момента наступления события представить Страховщику заявление по установленной им форме.

Для подтверждения наступления страхового события Страхователь обязан представить следующие документы (материалы):

- письменную претензию потерпевшего третьего лица о возмещении причиненного вреда;

- решение суда о взыскании со Страхователя в пользу третьего лица суммы, в которую оценивается причиненный вред (в случае решения спора в судебном порядке);

- документы компетентных органов о фактах, последствиях и объемах причинения вреда, в том числе медицинских экспертных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, органов социального обеспечения;

- справки, счета и иные документы, подтверждающие произведенные расходы по страховому событию.

- 10.6.5. Обеспечить участие Страховщика в установлении размера причиненного вреда.

- 10.6.6. Незамедлительно известить Страховщика обо всех требованиях, предъявленных ему в связи с наступившим событием.

- 10.6.7. Оказывать возможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления третьими лицами требований о возмещении вреда.

- 10.6.8. Не оплачивать убытки, не признавать частично или полностью требования, предъявляемые ему в связи с событием, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без письменного согласия Страховщика.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКА И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ (СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ)

- 11.1. Согласно настоящим Правилам страхования под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права.

- 11.2. После получения от Страхователя сообщения и заявления о происшедшем событии Страховщик осуществляет следующие действия:

- 11.2.1. Устанавливает факт страхового случая: проверяет соответствие приведенных в заявлении Страхователя сведений (время, место, обстоятельства события и т.д.) условиям договора страхования и настоящим Правилам; определяет факт и причины возникновения события, вследствие которого был причинен вред жизни (здоровью)

потерпевшего (на основании документов соответствующих организаций); проверяет, было ли происшедшее событие и наступившие убытки предусмотрены договором страхования; определяет необходимость привлечения экспертов, осуществляет иные действия, направленные на установление факта страхового случая.

11.2.2. При признании события страховым случаем определяет размер убытков, страховой выплаты, составляет акт о страховом случае (страховой акт) и с учетом этого принимает решение о выплате страхового возмещения.

11.3. При отсутствии судебного спора между Страховщиком, Страхователем и потерпевшим лицом (пациентом) по поводу признания наступившего события страховым случаем, определения размера причиненного пациенту вреда и суммы страхового возмещения к заявлению Страхователя прилагаются договор (полис) страхования и следующие документы:

11.3.1. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при определении диагноза и проведении курса лечения – письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении вреда в связи с допущенной ошибкой (ошибками), выписка из истории болезни потерпевшего, заключения экспертов (экспертных комиссий⁹, в т.ч. МСЭК), иные документы, по усмотрению Страховщика, подтверждающие наличие причинно-следственной связи между поставленным диагнозом (проведенным курсом лечения) и причиненным вредом жизни или здоровью пациента.

11.3.2. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при проведении хирургической операции:

- в случае смерти пациента: свидетельство о смерти и медицинскую справку о причинах смерти; письменные претензии наследников умершего к Страхователю о возмещении убытков, документы, свидетельствующие о размере заработка (дохода или пенсии, пожизненного содержания, других подобных выплат) умершего, документы в отношении лиц, состоявших на иждивении умершего, заключения экспертов (экспертных комиссий).

- в случае причинения вреда здоровью пациента: письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении вреда, при установлении инвалидности – заключение соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы, выписки из истории болезни, заключения экспертов (экспертных комиссий), иные документы по усмотрению Страховщика, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного вреда.

11.3.3. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при выборе методов лечения и лекарственных средств – письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении причиненного вреда, выписка из истории болезни, выписанные рецепты на применение лекарственных средств (справки о примененных лекарственных средствах), заключения экспертов (экспертных комиссий, в т.ч. МСЭК), как по поводу оценки правильности выбранных Страхователем в отношении пациента методов лечения и лекарственных средств, так и по поводу оценки соблюдения пациентом требований инструкции (памятки) по применению выписанных

⁹ При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48 и 51 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы. Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации. При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов. В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом (ст. 53).

лекарственных средств и выполнению рекомендаций Страхователя иные документы по усмотрению Страховщика, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного потерпевшему лицу вреда.

- 11.3.4. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при принятии решения о прекращении процесса лечения пациента в амбулаторных либо стационарных условиях – письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении причиненного вреда, выписка из истории болезни потерпевшего, сведения о размере заработка (дохода) потерпевшего и о дополнительно понесенных расходах, вызванных повреждением здоровья, с приложением подтверждающих эти расходы документов (чеки, счета, квитанции и т.п.), заключение эксперта (экспертной комиссии, в т.ч. МСЭК), иные документы по усмотрению Страховщика, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.
- 11.3.5. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при проведении медицинской экспертизы (МСЭК) – письменные претензии потерпевшего лица по поводу организации, проведения и заключения медицинской экспертной комиссии, заключение и иные документы медико-социальной экспертизы, проводившей обследование и выдавшей заключение, заключения и иные материалы независимой медицинской экспертизы соответствующего вида, документы, полученные Страховщиком от учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения, иные документы по усмотрению Страховщика, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.
- 11.4. В случае, если представленных Страхователем и потерпевшим лицом документов недостаточно для принятия решения о признании имевшего место события страховым случаем и определения размера убытков, Страховщик вправе запросить у них соответствующие дополнительные документы, которые он определяет в зависимости от характера наступившего события и его последствий; назначить повторную независимую медицинскую экспертизу, а также запрашивать сведения, связанные с наступившим событием у правоохранительных органов, медицинских учреждений, других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах наступления события, осуществлять иные действия по выяснению обстоятельств страхового случая и определению размера убытка в зависимости от причин и последствий наступившего события.
- 11.5. После получения всех необходимых документов и сведений о наступившем событии Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о признании события страховым, страховой выплате или отказе в выплате.
Наступившее событие признаётся Страховщиком страховым случаем (или принимается решение о непризнании его страховым случаем) в срок не позднее 20-ти рабочих дней с момента получения письменного заявления и всех необходимых документов от Страхователя о наступлении этого события, если по факту данного события не было возбуждено уголовное дело и в пределах указанного срока Страховщиком получены все необходимые документы для подтверждения факта страхового случая и определения размера убытков или у Страховщика имеется решение суда, вступившее в законную силу (при рассмотрении спора между Страховщиком и Страхователем в судебном порядке).

11.6. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Страхователем и пострадавшими третьими лицами, а также дополнительно полученных им документов, в течение 10-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненного вреда, размер страховой выплаты пострадавшим третьим лицам.

Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Страхователя установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая. В этом случае Страховщик в течение 10-ти рабочих дней с даты принятия решения направляет Страхователю письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем.

11.7. Для участия в определении размера убытка и суммы страхового возмещения в необходимых случаях могут быть приглашены независимые медицинские эксперты, оплата услуг которых производится пригласившей стороной.

11.8. В сумму страховой выплаты включаются убытки, связанные с причинением вреда жизни и здоровью граждан (пациентов) в результате страхового случая, в частности:

11.8.1. Заработок, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья.

Определение размера подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) осуществляется в соответствии с гражданским законодательством.

В частности, размер заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности (профессиональной или общей). В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего включаются все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые подоходным налогом.

При определении размера утраченного заработка (дохода), пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему лицу в связи с увечьем или другим повреждением здоровья, иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, а также заработок (доход), получаемый после повреждения здоровья, не засчитываются в счет возмещения вреда.

В случае причинения вреда несовершеннолетнему лицу в возрасте от 14 до 18 лет, не имеющему заработка (дохода), возмещению подлежит, помимо расходов, вызванных повреждением здоровья, также вред, связанный с утратой или уменьшением его трудоспособности. Если на момент повреждения его здоровья он имел заработок, то вред возмещается исходя из размера этого заработка.

11.8.2. Дополнительные расходы на основании медицинских показаний, вызванные повреждением здоровья: расходы на лечение (определяются на основании счетов медицинских учреждений), дополнительное питание (на основании справки медицинского учреждения о рационе дополнительного питания и справки о ценах на продукты), приобретение лекарств (по предъявленным рецептам и чекам), санаторно-курортное лечение, включая стоимость проезда к месту лечения и обратно (санаторно-курортные путевки, проездные документы), приобретение специальных транспортных средств (в пределах стоимости того транспортного средства, которое показано решением соответствующего органа государственной службы медико-

социальной экспертизы), специальный медицинский уход, протезирование (счета медицинских учреждений), подготовку к другой профессии (счета учебных заведений о затратах на обучение).

- 11.8.3. Часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания.
- 11.8.4. Расходы на погребение. Расходы на погребение определяются Страховщиком на основании представленных родственниками потерпевшего документов (счета паталого – анатомических учреждений и ритуальных фирм об оплате оказанных услуг по погребению), но не более 25 000 (Двадцати пяти тысяч) рублей, если эти расходы не были возмещены государством в порядке, установленном законодательством.
- 11.9. При наличии судебного спора о том, имел ли место страховой случай и о размере причинённого убытка, и невозможности урегулирования спорных вопросов в порядке досудебного разбирательства страховая выплата осуществляется на основании вступившего в законную силу решения суда (арбитражного суда), установившего ответственность Страхователя за причинённый потерпевшему третьему лицу вред и его размер в пределах установленной страховой суммы (лимита ответственности).
В этом случае обязанность Страхователя возместить по гражданскому иску причинённый потерпевшему третьему лицу (лицам) вред устанавливается не более, чем в течение 15-ти рабочих дней с даты письменного подтверждения Страховщиком получения им вступившего в силу решения суда (арбитражного суда), на основании которого составляется страховой акт.
- 11.10. Размер страхового возмещения исчисляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, условиями договора страхования и настоящими Правилами в пределах страховой суммы (лимитов ответственности), установленной в договоре страхования.
- 11.11. Размер страхового возмещения устанавливается с учетом франшизы, определенной в договоре страхования, и ни при каких обстоятельствах не может превысить страховую сумму, установленную в договоре страхования.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА)

- 12.1. Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая.
- 12.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в соответствии с договором страхования на основании:
- заявления на страховую выплату;
 - страхового акта;
 - письменной претензии к Страхователю со стороны пациента о возмещении причиненного вреда;
 - документов, подтверждающих факт страхового случая и размер причиненного пациенту вреда;
 - решения суда, вступившего в законную силу, при разрешении спора в судебном порядке;
 - документа, удостоверяющего личность потерпевшего лица.

- 12.3. Страховщик производит страховые выплаты в течение 10-ти рабочих дней после даты утверждения им страхового акта или вступившего в законную силу решения суда, полученного Страховщиком.
- 12.4. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.
Днём страховой выплаты считается:
- при выплате безналичным путём – день списания денежных средств с расчётного счёта Страховщика;
- при выплате наличными деньгами – день получения наличных денег в кассе Страховщика.
После выплаты страхового возмещения Страховщик несёт обязательства по договору страхования в размере разности между страховой суммой и произведенными выплатами.
Если страховое (-ые) возмещение (-ия) выплачено (-ы) в размере обязательств Страховщика по договору страхования полностью, то действие договора страхования прекращается с момента окончательного расчета.
- 12.5. Если на дату наступления страхового случая в отношении Страхователя действовали также другие договоры страхования по аналогичным рискам, страховое возмещение выплачивается пропорционально отношению страховой суммы по договору страхования со Страховщиком к общей страховой сумме по всем договорам страхования, заключенным Страхователем со страховыми организациями. Страховщик выплачивает возмещение лишь в части, падающей на его долю по совокупной ответственности.
- 12.6. Выплата страхового возмещения производится потерпевшим третьим лицам. В случае смерти потерпевшего – его наследникам, при отсутствии таковых – лицу, понесшему эти расходы, по предъявлении необходимых документов.
Если после определения размера убытков и суммы страхового возмещения по согласованию со Страховщиком Страхователь компенсирует причиненный им вред в требуемом размере, то выплата страхового возмещения производится непосредственно Страхователю после предоставления им Страховщику соответствующих документов.
- 12.7. Страховщик не освобождается от выплаты страхового возмещения по договору страхования за причинение вреда жизни и здоровью потерпевшего, даже если вред ему причинен по вине Страхователя (п. 2 ст. 963 ГК РФ).
- 12.8. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате в случаях, когда Страхователь – физическое лицо (работник Страхователя – юридического лица):
- 12.8.1. Совершил умышленное преступление, находящееся в прямой причинной связи со страховым случаем.
- 12.8.2. Сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об объекте страхования.
- 12.8.3. Получил соответствующее возмещение при причинении ущерба здоровью третьих лиц от лица, виновного в причинении этого ущерба.
- 12.8.4. Совершил медицинские действия, требующие соответствующих навыков и специальных разрешений, если последние не подтверждены установленными документами.

- 12.9. Если после выплаты страхового возмещения обнаружится обстоятельство, лишающее права Страхователя (потерпевшее лицо) на получение страхового возмещения по договору страхования, то Страхователь обязан незамедлительно (в срок, не превышающий 5-ти рабочих дней) вернуть Страховщику полученную денежную сумму.
- 12.10. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 10-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком данного решения. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суд, арбитражный или третейский суды.

13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования ответственности врачей, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.
- 13.2. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда, арбитражного или третейского суда в соответствии с их компетенцией.

14. НЕПРЕОДОЛИМАЯ СИЛА

- 14.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, а также в связи с существенным изменением обстоятельств, препятствующих частичному или полному исполнению одной из сторон обязательств по договору страхования, не оговорённых предварительно в договоре страхования как условие страхового покрытия, не зависящих от сторон, и которые стороны не могут предотвратить, дальнейшее исполнение обязательств по договору осуществляется по взаимному согласию сторон.
Стороны обязаны своевременно уведомлять друг друга о наступлении указанных обстоятельств.
- 14.2. Обстоятельства непреодолимой силы определяются соглашением сторон на основании представленных доказательств, а в случае недостижения соглашения – в судебном порядке.