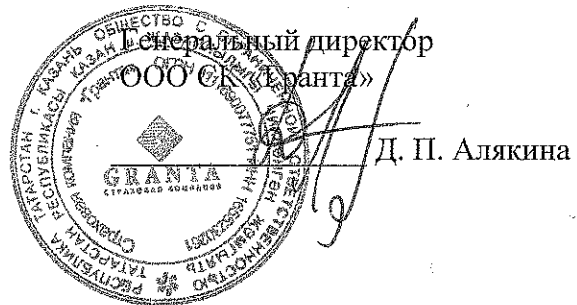


ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ “ГРАНТА”
(ООО «СК «ГРАНТА»»)

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом

от “ 28 ” ноября 20 17 г

№ 30-01



П Р А В И Л А

страхования ответственности медицинских работников

ОГЛАВЛЕНИЕ

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**
- 2. Субъекты страхования**
- 3. Объект страхования.**
- 4. Страховые риски. Страховые случаи.**
- 5. Исключения из страхового покрытия. Отказы в выплате страхового возмещения.**
- 6. Страховая сумма. Лимиты ответственности.**
- 7. Франшиза.**
- 8. Страховая премия.**
- 9. Порядок заключения договора страхования.**
- 10. Срок действия и порядок прекращения договора страхования.**
- 11. Изменение степени риска.**
- 12. Права и обязанности сторон.**
- 13. Действия сторон при наступлении страхового случая.**
- 14. Определение размера страхового возмещения.**
- 15. Сроки давности. Порядок разрешения споров.**
- 16. Обработка персональных данных**
 - Приложение №1**
 - Приложение №2**
 - Приложение №3**
 - Приложение №4**
 - Приложение №5**
 - Приложение №6**
 - Приложение №7**
 - Приложение №8**
 - Приложение №9**
 - Приложение №10**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила, в соответствии с гражданским законодательством, законом Российской Федерации “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными правовыми документами, регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования ответственности по обязательствам Страхователя, возникающим вследствие причинения вреда жизни и (или) здоровью граждан (далее - Третьи лица) при оказании им медицинской помощи в результате осуществления Страхователем медицинской деятельности, указанной в договоре страхования¹.
- 1.2. На основании настоящих Правил заключаются два вида договоров страхования в зависимости от субъектов страхования:
- гражданской ответственности медицинской организации;
 - профессиональной ответственности физических лиц, имеющих право на осуществление медицинской деятельности.²
- 1.3. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, последние становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.
- 1.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора до наступления страхового случая при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.
- 1.5. Страховщик вправе на основании настоящих Правил страхования формировать отдельные программы страхования с использованием отдельных условий страхования, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и/или комбинируя их, с присвоением таким программам страхования маркетинговых названий.
- 1.6. Термины, расположенные ниже, несут один и тот же смысл, где бы они ни применялись в данных Правилах страхования:

Третьи лица - физические лица, которым должны быть оказаны или оказывались медицинские услуги.

Врачебная тайна - сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Следующие определения даны в соответствии со статьей 2 ФЗ РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

¹ Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. (Ст. 98 ФЗ РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

² Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. (Ст. 69 ФЗ РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

До 1 января 2026 года право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста. (Ст. 100 ФЗ РФ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями. К видам медицинской помощи относятся: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

«Период охлаждения» — период времени, в течение которого Страхователь - физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме на условиях, указанных в настоящих Правилах и (или) договоре страхования. Продолжительность «периода охлаждения» устанавливается нормативными законодательными актами Российской Федерации.

Территория страхования – указанное в договоре страхования место осуществления Страхователем медицинской деятельности, в пределах которой распространяется действие страховой защиты.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

2.2. Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания “ГРАНТА”», осуществляет страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2.3. Страхователь - дееспособное физическое лицо, имеющее право на осуществление медицинской деятельности, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, заключившее или заключающее договор страхования.

2.4. По договору страхования может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена (далее Застрахованного лица). **Застрахованное лицо** – дееспособное физическое лицо, имеющее право на осуществление медицинской деятельности.

Застрахованное лицо должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре не названо, считается застрахованным риск ответственности Страхователя. В случае, когда по договору страхования риска ответственности за причинение вреда застрахована ответственность лица иного, чем Страхователь, последний вправе, если иное не предусмотрено договором, в любое время до наступления страхового случая заменить это лицо другим, заключив дополнительное соглашение к договору страхования. Положения настоящих Правил страхования, касающиеся взаимоотношений сторон по договору страхования, распространяются также на Застрахованное лицо, если по договору застрахована ответственность лица, иного, чем Страхователь.

2.5. Выгодоприобретателями по настоящим Правилам признаются:

- граждане, обратившиеся к Страхователю за медицинской помощью,

- законные представители недееспособных или частично дееспособных пациентов,
- лица, которые в случае смерти пациента имеют право на возмещение вреда в связи с утратой кормильца в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- Страхователь (Застрахованное лицо) в части возмещения судебных и внесудебных расходов.

2.6. 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.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном гражданским законодательством, вред жизни и (или) здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок Страхователя (Застрахованного) в процессе оказания им медицинской помощи, а также с компенсацией Страхователю судебных и внесудебных расходов, связанных с наступлением его ответственности за причинение вреда жизни и (или) здоровью третьих лиц.

3.2. Не является объектом страхования ответственность лиц и их работников, не имеющих в соответствии с действующим законодательством права заниматься медицинской деятельностью, а также лишенных в установленном законом порядке этого права, студентов и учащихся медицинских учебных заведений, врачей-интернов и медицинских работников, не имеющих допуск к медицинской деятельности в связи с имевшимся многолетним перерывом в работе по специальности.

В случае заключения договоров страхования с указанными лицами или в их пользу, эти договоры считаются недействительными с момента их заключения.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай которого осуществляется страхование.

4.2. Страховым случаем по страхованию ответственности медицинских работников 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 обоснованной претензией, признанной Страхователем в добровольном порядке.

4.3. Страховым случаем в части страхования судебных и внесудебных расходов Страхователя (Застрахованного лица) признаются обоснованные документально подтвержденные судебные и внесудебные расходы Страхователя (Застрахованного лица), которые он произвел или обязан будет произвести в связи с полученным требованием о возмещении вреда, причиненного в результате непреднамеренной ошибки при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности, при условии, что данные расходы были согласованы Страхователем (Застрахованным лицом) со Страховщиком путем получения письменных указаний Страховщика или с его письменного согласия.

4.4. В соответствии с настоящими Правилами могут быть застрахованы следующие риски ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациента при оказании медицинской помощи в результате:

- а) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения;
- б) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции;
- в) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств;
- г) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях;
- д) непреднамеренной ошибки при инструментальных методах исследований и лечения;
- е) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.

По усмотрению Страхователя договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

4.5. Договором страхования также могут покрываться судебные и внесудебные расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) по истечении срока действия договора страхования, но в связи с требованием, предъявленным Страхователю (Застрахованному лицу) по страховому случаю, произошедшему в период действия договора страхования.

4.6. 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, произошедшего в период действия договора страхования, проявились после его окончания, но в пределах срока исковой давности, предусмотренного гражданским законодательством.

Если причинение вреда жизни или здоровью гражданина наступило по причинам, имевшим место или начавшим действовать еще до даты начала страхования, страховое обеспечение подлежит выплате только в том случае, когда Страхователю ничего не было известно и не должно было быть известно о причинах, приведших к наступлению страхового случая.

4.7. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает убытки потерпевшего лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате наступления страхового случая, включая возмещение утраченного потерпевшим заработка (дохода), а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, транспортные расходы, подготовку к другой профессии), а также в случае смерти пациента - расходы на погребение (в качестве получателей выплаты выступают наследники умершего пациента).

4.8. Под «Судебными и внесудебными расходами» понимаются:

- расходы на защиту Страхователя (Застрахованного лица) при ведении дел в суде, арбитражном суде или коммерческом арбитраже, включая расходы на оплату услуг экспертов и адвокатов, которые Страхователь (Застрахованное лицо) понес в связи с требованием о возмещении вреда, причиненного в результате непреднамеренной ошибки при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности;

- необходимые и целесообразные расходы по выяснению обстоятельств событий, в результате которых Страхователю (Застрахованному лицу) было предъявлено требование о возмещении вреда, и (или) степени виновности Страхователя (Застрахованного лица). Расходы самого Страхователя (Застрахованного лица) по рассмотрению предъявленных ему требований (работа собственного персонала, и т.п.) к вышеуказанным расходам не относятся и страхованием не покрываются.

Страховщиком могут возмещаться расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) в результате предъявления ему требования о возмещении вреда, на внесудебное юридическое сопровождение, но только в порядке и случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, договором страхования и Правилами

страхования, при получении Страхователем (Застрахованным лицом) предварительного письменного согласия Страховщика в отношении размера и формы таких расходов.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОТКАЗЫ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.

5.1. Не покрываются страховой защитой события и связанные с ними убытки, возникшие в результате:

- 5.1.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 5.1.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 5.1.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 5.1.4. Действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 5.1.5. Незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, а также их должностных лиц.

5.2. В соответствии с настоящими Правилами страховая защита не распространяется на страхование ответственности за:

- 5.2.1. Противоправные действия или бездействия Страхователя, а также лиц, состоящих с ним в трудовых отношениях, направленных на причинение вреда жизни и (или) здоровью третьих лиц; действий, совершенных в нарушение какого-либо законодательного акта.
- 5.2.2. Возмещение потерпевшим третьим лицам (пациентам) морального вреда.
- 5.2.3. Действия (бездействия) Страхователя, связанных с нарушением профессиональной врачебной тайны;
- 5.2.4. Действия (бездействия) Страхователя – физического лица (сотрудников Страхователя – юридического лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

5.3. Страховщик также не несёт ответственности:

- 5.3.1. По любой претензии о возмещении вреда сверх объёмов и сумм возмещения, предусмотренных договором страхования.
- 5.3.2. При несоблюдении Страхователем требований стандартов качества медицинской помощи, если это подтверждено документами независимой экспертизы;
- 5.3.3. При оказании Страхователем медицинской помощи после отзыва лицензии (приостановления ее действия), подтвержденного решением суда (в случае обжалования решения комиссии в суде).

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

6.1. Страховая сумма – денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев) выплатить страховое возмещение.

6.2. Страховая сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем, с учетом специфики деятельности Страхователя, возможного объема вреда жизни и (или) здоровью третьих лиц при наступлении страхового события, иных факторов риска.

6.3. В договорах страхования, заключаемых на основании настоящих Правил, может быть установлена как агрегатная, так и неагрегатная страховая сумма. Если данное условие не указано в договоре страхования (полисе), то страховая сумма считается агрегатной.

6.3.1. Агрегатная страховая сумма - денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществлять страховые выплаты по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия договора страхования. При установлении агрегатной страховой суммы общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим за весь

срок страхования, не может превышать размера агрегатной страховой суммы. При этом размер страховой суммы уменьшается на величину произведенной страховой выплаты.

6.3.2. По желанию Страхователя страховая сумма может быть восстановлена путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей части страховой премии.

Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и том же порядке, что и договор страхования.

Расчет страховой премии по дополнительному соглашению (в связи с увеличением Страхователем страховой суммы или ее восстановлением после произведенной страховой выплаты) производится в следующем порядке:

а) общая страховая премия по дополнительному соглашению к договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца срока действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный).

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по основному договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (подпункт "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (подпункт "б").

6.3.3. **Неагрегатная страховая сумма** – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по каждому страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в течение срока страхования. При установлении неагрегатной страховой суммы размер страховой выплаты по каждому страховому случаю не может превышать размера неагрегатной страховой суммы, установленной в договоре страхования (полисе).

6.4. В договоре страхования могут быть установлены предельные суммы страховой выплаты (лимиты ответственности), в частности:

- по одному страховому случаю, произошедшему в течение договора страхования. При этом несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай;
- по одному потерпевшему;
- по видам медицинской помощи.

6.5. Отдельно оговариваются сторонами в договоре страхования лимиты ответственности по видам дополнительных и судебных расходов, указанных в настоящих Правилах и включенных в договор страхования, исходя из степени риска, возможного объема таких расходов Страхователя при наступлении страхового случая.

6.6. Лимит возмещения может быть установлен в абсолютном размере или в процентах от страховой суммы.

6.7. Выплаты страхового возмещения не могут превышать величину установленной договором страхования страховой суммы или лимита ответственности.

Если в результате страхового случая вред причинен нескольким лицам, то страховое возмещение выплачивается пропорционально размеру вреда, причиненного каждому.

7. ФРАНШИЗА

- 7.1.** При заключении договора страхования Страховщик может определить размер некомпенсируемого убытка – франшизу.
- 7.2.** Франшиза может быть условной или безусловной, установлена для всех или для отдельных видов вреда, в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) или в абсолютном размере.
 - 7.2.1.** При условной франшизе Страховщик освобождается от обязательства по выплате страхового возмещения, если размер страховой выплаты за причинение вреда не превышает размер установленной договором страхования (полисом) франшизы, а если размер страховой выплаты превышает франшизу, то Страховщик производит страховую выплату в полном объеме.
 - 7.2.2.** При безусловной франшизе Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения по каждой страховой выплате за причинение вреда в оговоренном размере франшизы (в абсолютном или процентном отношении к размеру убытка).
- 7.3.** Применение в договоре страхования франшизы может служить фактором, влияющим на снижение страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы служит неизменным условием принятия риска на страхование.
- 7.4.** Если в договоре страхования франшиза указана без указания ее вида, то считается, что установлена безусловная франшиза. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 8.1.** 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.
- 8.2.** При заключении договора страхования Страховщик определяет размер страховой премии (страхового взноса) по каждому риску, которую должен оплатить Страхователь либо его представитель. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующим на момент заключения договора страхования тарифами исходя из условий договора и оценки степени риска.
- 8.3.** Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска, в том числе от результата предыдущего страхования. В случае, если в период действия договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие уменьшение или увеличение степени страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по договору страхования.
- 8.4.** Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов 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; 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.

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 Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации” на оценку страхового риска.

8.5. По договорам, заключенным на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии:

- за 1 месяц -25%; за 7 месяцев -75%;
- за 2 месяца -35%; за 8 месяцев -80%;
- за 3 месяца -40%; за 9 месяцев -85%;
- за 4 месяца -50%; за 10 месяцев - 90%;
- за 5 месяцев -60%; за 11 месяцев - 95%.
- за 6 месяцев -70%;

При этом неполный месяц считается как полный.

8.6. При увеличении страховой суммы в период действия договора страхования Страхователем уплачивается дополнительный страховой взнос с части увеличения страховой суммы. Размер страховой премии определяется пропорционально сроку действия первоначального договора.

8.7. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным расчетом. Период рассрочки устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

8.8. При уплате страховой премии в рассрочку в договоре страхования (страховом полисе) Стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, полномочия и ответственность Сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей и другие положения о порядке и условиях уплаты страховой премии.

8.9. Днем уплаты страховой премии или первого ее взноса (при уплате в рассрочку) считается:

- при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его представителя;
- при наличной оплате – день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю.

8.10. Страховая премия по договору страхования уплачивается:

- наличными деньгами - при заключении договора страхования.
- при безналичной форме оплаты – в течение трех рабочих дней со дня подписания договора страхования.

8.11. При неуплате (неполной уплате) страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку) в установленный договором страхования срок, Договор страхования считается незаключенным.

8.12. Неуплата Страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок рассматривается Сторонами как досрочный отказ Страхователя от договора страхования, если договором не предусмотрено иное. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в случае неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов договор страхования считается расторгнутым с даты получения Страхователем уведомления о расторжении договора страхования, отправлен-

ного Страховщиком по адресу Страхователя, указанному в договоре страхования. Уведомление о расторжении договора страхования может быть отправлено Страховщиком любым способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (посредством электронной почты, факсимильной связи или другим способом, согласованным в договоре страхования). При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату. По страховым случаям, произошедшим с даты просрочки в оплате Страховщик ответственности не несет, и выплаты по этим страховым случаям не производятся.

8.13. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения по договору страхования зачесть сумму неоплаченного взноса либо потребовать у Страхователя досрочно уплатить неоплаченную часть страховой премии.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договором страхования является соглашение между Страховщиком и Страхователем, по которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), принять на себя обязанность по возмещению вреда, причиненного Страхователем (лицом, риск ответственности которого застрахован), жизни и (или) здоровью Третьих лиц (пациентов), обратившихся к Страхователю за медицинской помощью, в случае предъявления Страхователю основанных на законе требований, а также расходов Третьих лиц, вызванных предъявлением указанных требований, в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

9.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. По просьбе Страхователя и с его слов заявление может быть заполнено представителем Страховщика. Ответственность за достоверность данных, указанных в заявлении на страхование, несет Страхователь. Заполненное заявление подписывается и заверяется Страхователем или его уполномоченным представителем. Заявление на страхование является неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса) и содержит следующие сведения:

- фамилию, имя, отчество (*для физических лиц*), паспортные данные, адрес постоянного места жительства, телефон, факс, адрес электронной почты;
- полное наименование (*для юридических лиц*), юридический адрес, банковские реквизиты, телефон, факс, адрес электронной почты;
- о наличии лицензии на медицинскую деятельность: кем и когда выдана, виды медицинской деятельности, срок действия лицензии, условия осуществления указанного вида медицинской деятельности;
- о территории страхования: адрес места осуществления медицинской деятельности;
- предложение о сроке страхования и размере страховой суммы (лимитах ответственности);
- другие сведения, имеющие значение для заключения договора страхования и оценки страхового риска.

9.3. Договор страхования (полис) заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (полисе).

- 9.4.** Заключение договора (полиса) о страховании лица, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только договором страхования не предусмотрено иное, либо обязанности, лежащие на Страхователе, не выполнены лицом, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован.
- 9.5.** Договор страхования считается заключенным в пользу Третьих 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.
- 9.6.** Для оценки степени риска Страхователь обязан сообщить по установленной Страховщиком форме Заявления на страхование (с Приложениями) обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска (вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления). Страхователь обязан также дать ответы на все поставленные ему в заявлении на страхование вопросы.
- По требованию Страховщика Страхователь представляет следующие документы и сведения:
- копию свидетельства о регистрации юридического лица, выданную органами государственной регистрации, если Страхователь (Застрахованное лицо) является юридическим лицом;
 - копию справки о постановке на учет в налоговом органе Страхователя (Застрахованного лица);
 - доверенность на подписание со стороны Страхователя;
 - копию учредительных документов Страхователя (Застрахованного лица);
 - копию свидетельства о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, если Страхователь (Застрахованное лицо) является физическим лицом и осуществляет индивидуальную частную предпринимательскую деятельность;
 - копию документа, удостоверяющего личность, если Страхователь (Застрахованное лицо) является физическим лицом;
 - копию лицензии/разрешения на право осуществления медицинской деятельности;
 - копию документа о медицинском образовании, копию свидетельства об аккредитации специалиста (повышения квалификации) – для физического лица.
- 9.7.** Если будет установлено, что сведения, сообщенные Страхователем, не соответствуют действительности, в целом или в части, и что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право требовать признания договора страхования недействительным. Если такой договор страхования признан недействительным, то при наличии каких-либо выплат по договору страхования Страхователь возвращает Страховщику все произведенные выплаты в полном объеме.
- 9.8.** В случае утраты документа договора или страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю на основании его письменного заявления выдается соответствующий дубликат, после чего утраченные документы считаются аннулированными и страховые выплаты по ним не производятся. За выдачу дубликата документа договора (страхового полиса) Страховщик вправе потребовать уплаты денежной суммы в размере стоимости изготовления и оформления соответствующего документа.
- 9.9.** При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.
- При внесении изменений в условия страхования обеими сторонами заключается дополнительное соглашение, содержащее новые условия страхования и являющееся неотъемлемой частью Договора страхования.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.
Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

- 10.1.** Договор страхования может быть заключен на любой согласованный сторонами срок, с учетом срока действия лицензии на медицинскую деятельность Страхователя.
- 10.2.** Договор вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):
- 10.2.1. при уплате страховой премии путем безналичного перечисления - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;
- 10.2.2. при уплате страховой премии наличными денежными средствами - с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) представителю Страховщика или в кассу Страховщика.
- 10.3.** Факт оплаты страховой премии должен быть подтвержден соответствующим документом (платежным поручением, почтовым переводом, квитанцией).
- 10.4.** Если после заключения договора страхования страховая премия (или ее первый взнос) не будет уплачена Страховщику в установленные договором сроки и размере, договор страхования считается не вступившим в силу.
- 10.5.** Договор страхования (полис) прекращается в случаях:
- 10.5.1. истечения срока, на который был заключен договор, - в 24 ч.00 мин. даты, указанной в договоре (полисе) как день его окончания;
- 10.5.2. исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате в размере страховой суммы (в случае если договором установлена агрегатная страховая сумма), установленной в договоре (полисе). Датой досрочного прекращения действия договора считается дата наступления страхового события, повлекшего выплату страхового возмещения в полном размере страховой суммы;
- 10.5.3. ликвидации Страхователя – юридического лица, частного предпринимателя кроме случаев замены Страхователя. Датой досрочного прекращения действия договора страхования считается день подписания документа о таком решении уполномоченными на то лицами;
- 10.5.4. смерти Страхователя, являющегося физическим лицом. Датой досрочного прекращения действия договора страхования считается дата события, которое явилось основанием для его досрочного прекращения и возникновение которого подтверждено документами соответствующих государственных и иных органов;
- 10.5.5. ликвидации Страховщика в соответствии с установленными законом порядком и условиями или отзыва лицензии Страховщика в порядке, установленном законодательством РФ. Датой досрочного прекращения действия договора страхования считается день подписания документа о таком решении уполномоченными на то лицами;
- 10.5.6. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Датой досрочного прекращения действия договора страхования считается дата события, которое явилось основанием для его досрочного прекращения и возникновение которого подтверждено документами соответствующих государственных и иных органов;
- 10.5.7. неуплаты Страховщику страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные договором срок и размере;
- 10.5.8. при отказе Страхователя от договора страхования. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления

страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Датой досрочного прекращения действия договора страхования считается указанная в заявлении Страхователя дата, но не ранее даты поступления заявления Страховщику, или дата получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия договора страхования, если дата прекращения договора в заявлении не указана.

10.5.9. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или договором страхования.

10.5.10. по договоренности Страховщика и Страхователя. Датой досрочного действия договора страхования в этом случае считается дата соглашения Сторон.

10.6. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п.10.5.2-10.5.6 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Исчисление не истекшего срока действия договора начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования.

10.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае досрочного прекращения действия договора страхования по инициативе Страхователя (физического лица), уплаченная страховая премия по договору страхования:

1) подлежит возврату пропорционально неистекшему сроку действия договора страхования, в случае если Страхователь (физическое лицо) отказался от договора страхования в течение «периода охлаждения», но после даты начала действия договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

2) подлежит возврату в полном объеме, в случае если Страхователь (физическое лицо) отказался от договора страхования в «периода охлаждения», и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (даты начала действия договора страхования);

3) не подлежит возврату, если Страхователь (физическое лицо) отказался от договора страхования по истечении «периода охлаждения».

10.7.1. Для отказа от договора страхования с условием возврата страховой премии Страхователю – физическому лицу необходимо в течение «Периода охлаждения» предоставить Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика:

- заявление об отказе от договора страхования, собственноручно подписанное Страхователем;
- договор страхования;
- копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика средствами почтовой связи).

10.7.2. Договор страхования прекращает свое действие:

- с даты получения Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, поданного непосредственно в офис Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;
- с даты сдачи Страхователем письменного заявления об отказе от договора страхования в организацию почтовой связи на отправку в адрес Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

10.7.3. Возврат Страховщиком (уполномоченным представителем Страховщика) страховой премии при отказе Страхователя от договора страхования в «Период охлаждения» осуществляется не позднее 10 рабочих дней с даты получения соответствующего письменного

заявления Страхователя об отказе от договора страхования с указанным пакетом документов.

10.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае досрочного прекращения действия договора страхования Страхователем (юридическим лицом) по обстоятельству, указанному в п. 10.5.8 настоящих Правил, уплаченная страховая премия не подлежит возврату.

10.9. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных п.1. ст.958 ГК РФ.

10.10. Если требование Страховщика о расторжении договора страхования обусловлено нарушением Страхователем условий договора страхования или при неуплате (неполной уплате) страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку) в сроки, установленные договором страхования, возврат уплаченной страховой премии не производится.

10.11. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в пункте 10.5.10 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов Страховщика на ведение дел по Договору согласно структуры тарифной ставки, а также выплаченных и (или) подлежащих выплате убытков по данному договору, если иное не предусмотрено договором или соглашением Сторон. Исчисление неистекшего срока действия договора начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования.

10.12. Возврат страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней с даты соглашения о расторжении Договора страхования.

10.13. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или договор заключен после наступления страхового случая.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

11. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА.

11.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан в течение 3 (трех) рабочих дней сообщать Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.) о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

11.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение риска страхования, вправе потребовать от Страхователя изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

- 11.3.** Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса РФ.
- 11.4.** При неисполнении Страхователем обязанности, указанной пункте 11.1 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, согласно пункту 5 статьи 453 Гражданского кодекса РФ. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска, уже отпали.
- 11.5.** Независимо от того, наступило ли изменение степени риска или нет, Страховщик имеет право в течение срока действия договора страхования проверять правильность сообщенных ему Страхователем сведений.
- 11.6.** Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения по событиям, произошедшим при условиях изменения степени риска, о которых Страховщик не был уведомлен заранее.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик имеет право:

- 12.1.1. Запрашивать у Страхователя предоставления информации, необходимой для оценки степени риска при заключении договора страхования;
- 12.1.2. Направлять запросы Страхователю касательно предмета договора страхования;
- 12.1.3. Запрашивать у Страхователя и компетентных органов любую информацию, необходимую для установления факта страхового случая и/или размера, подлежащего выплате страхового возмещения, включая сведения, составляющие коммерческую тайну, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления страхового случая, проводить экспертизу для определения обоснованности предъявленных требований и установления наличия (отсутствия) страхового случая;
- 12.1.4. Получить от Страхователя надлежаще оформленную доверенность на имя указанных Страховщиком лиц для ведения судебного или арбитражного дела и совершения любых необходимых действий по защите интересов Страхователя и уменьшению убытков;
- 12.1.5. Принимать или указывать необходимые меры по уменьшению убытков, являющиеся обязательными для Страхователя, проводить совместные расследования, экспертные проверки.
Любые действия Страховщика, перечисленные в п.п. 12.1.3 – 12.1.5 не означают признания им своей обязанности выплачивать страховое возмещение;
- 12.1.6. Потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в случаях, предусмотренных главой 11 настоящих Правил;
- 12.1.7. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, если Страхователь при заключении договора страхования представил заведомо ложные;
- 12.1.8. При возбуждении уголовного дела, связанного с причинением вреда третьим лицам, приостановить решение вопроса об осуществлении страховой выплаты до прекращения производства по делу или вступления в законную силу приговора суда, если иного не предусмотрено в договоре страхования;
- 12.1.9. Отказать в выплате страхового возмещения в случаях, указанных в настоящих Правилах и договоре страхования или предусмотренных действующим законодательством.

12.2. Страховщик обязан:

- 12.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр;

- 12.2.2. После получения страховой премии или первого ее взноса в 3-хдневный срок выдать Страхователю страховой полис.
- 12.2.3. Обеспечить конфиденциальность информации, составляющей коммерческую тайну, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;
- 12.2.4. По факту страхового случая составить страховой акт и произвести страховую выплату в установленный срок, а при отсутствии для этого оснований – направить Страхователю мотивированный отказ в страховой выплате;
- 12.2.5. Договором страхования (полисом) могут быть установлены также другие права и обязанности сторон, не противоречащие действующему законодательству.

12.3. Страхователь имеет право:

- 12.3.1. В период действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой об изменении условий договора страхования (изменение страховой суммы, срока страхования и т.п.);
- 12.3.2. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;
- 12.3.3. На досрочное расторжение договора страхования в порядке, предусмотренном ГК РФ и разделом 10 настоящих Правил;
- 12.3.4. На получение от Страховщика информации, касающейся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

12.4. Страхователь обязан:

- 12.4.1. Уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и в срок, установленные в договоре страхования;
- 12.4.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- 12.4.3. Предоставлять Страховщику в период действия договора страхования возможность проведения контроля за деятельностью Страхователя в рамках ответственности по договору страхования;
- 12.4.4. В случае, если у Страхователя появится возможность прекращения или сокращения размеров выплаты страхового возмещения, поставить Страховщика в известность об этом и принять все доступные меры по прекращению или сокращению размера таких выплат;
- 12.4.5. Создавать необходимые условия Страховщику для проведения им мероприятий, связанных с заключением договора страхования и его сопровождением на период его действия;
- 12.4.6. Обеспечить Страховщику возможность обращения с регрессным требованием к виновнику причинения вреда;
- 12.4.7. На Страхователе лежит обязанность проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения этого договора в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.;
- 12.4.8. Не выплачивать возмещение, не признавать частично или полностью любые предъявленные к нему претензии или требования, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без письменного согласия Страховщика;
- 12.4.9. Соблюдать правила техники безопасности, пожарной безопасности и общепринятые нормы содержания производственных и иных помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность, эксплуатация медицинского или иного оборудования.
- 12.4.10. Совершать другие действия, предусмотренные действующим законодательством, настоящими Правилами страхования и/или договором страхования (страховым полисом).

13. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

13.1. В соответствии с условиями страхования, предусмотренными настоящими Правилами, Выгодоприобретатель вправе обращаться на прямую к Страховщику с требованием о выплате страхового возмещения. Для осуществления этого права Выгодоприобретателя Страхователь обязан сообщить ему соответствующую информацию.

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

13.2.1. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры по уменьшению убытков, а также по устранению причин, способствующих возникновению дополнительных убытков.

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, независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.

13.2.2. В течение 3-х дней, не считая выходных и праздничных дней, уведомить об этом Страховщика посредством телефакса, электронной почтой. В последующие дни, но не позднее 7-ми рабочих дней с момента уведомления направить заявление о страховой выплате. В договоре страхования могут быть оговорены иные сроки.

13.2.3. Уведомить лиц, которым причинен вред, что его ответственность застрахована, сообщить номер договора страхования ответственности, адрес и телефон Страховщика.

13.2.4. Собрать, доступную предварительную информацию относительно причин и обстоятельств страхового случая и передать ее Страховщику в целях последующего более правильного и объективного расследования страхового случая.

13.2.5. Незамедлительно известить Страховщика:

а) о возбуждении в связи с причинением вреда судебного дела, проведении компетентными органами расследования, проведении иных процессуальных действий;

б) о предъявлении потерпевшим лицом искового заявления в суд. В этом случае Страхователь по просьбе Страховщика обязан выдать доверенность указанному Страховщиком лицу на право представлять Страхователя в судебном процессе со всеми необходимыми процессуальными полномочиями.

13.2.6. Без письменного согласия Страховщика не признавать требования, предъявленные в связи с причинением вреда, не принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, а также не производить каких-либо выплат третьим лицам в связи с наступлением страхового случая.

13.2.7. Оказывать содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в связи с рассмотрением обстоятельств причинения вреда.

13.2.8. Обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых документов, имеющих отношение к причинению вреда третьим лицам.

13.3. Вопрос о возможности признания заявленного события страховым случаем рассматривается Страховщиком на основании представленных Страхователем (Выгодоприобретателем) следующих документов:

- письменного сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с указанием причин наступления страхового события;
- письменной претензии потерпевшего третьего лица о возмещении причиненного вреда;

- решения суда (арбитражного суда) о взыскании со Страхователя в пользу третьего лица суммы, в которую оценивается причиненный вред;
- имеющихся документов компетентных органов о фактах, последствиях и объемах причинения вреда, в том числе медицинских экспертных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, органов социального обеспечения;
- письменного заявления о предполагаемом размере ущерба по установленной Страховщиком форме;
- оригинала Договора страхования (Полиса);
- доверенности на право представления интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) у Страховщика;
- правоустанавливающих и/или учредительных документов Страхователя (Выгодоприобретателя);
- акта внутреннего расследования о причинах и обстоятельствах возникновения убытка и предпринятых мерах по ликвидации последствий, приведших к событию, имеющему признаки страхового случая;
- объяснительных обслуживающего персонала лиц, имеющих отношение к произошедшему событию;
- иных документов, необходимость предоставления которых определяется Страховщиком.

13.3.1. Дополнительно предоставляются:

При причинении вреда жизни и здоровью третьим лицам:

- заключения соответствующего медицинского учреждения с указанием характера полученных Выгодоприобретателем вреда здоровью, диагноза, периода нетрудоспособности;
- выданного в установленном порядке заключения медицинской экспертизы о степени утраты трудоспособности;
- при утрате профессиональной трудоспособности - выданного в установленном порядке заключения о степени утраты профессиональной трудоспособности;
- выписки из истории болезни, выданной лечебным учреждением;

При предъявлении требований о возмещении расходов на санаторно-курортное лечение:

- выписки из истории болезни, выданной учреждением, в котором осуществлялось санаторно-курортное лечение;
- копии санаторно-курортной путевки или иного документа, подтверждающего получение санаторно-курортного лечения;

При предъявлении претензий в связи со смертью кормильца:

- копии свидетельства о смерти, заверенной нотариально;
- свидетельства о рождении ребенка (детей), если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились несовершеннолетние дети, а также его детей, родившихся в течение 9 месяцев со дня смерти кормильца;
- справки, подтверждающей установление инвалидности, если на дату наступления страхового случая на иждивении погибшего находились инвалиды;
- справки образовательного учреждения о том, что член семьи погибшего, имеющий право на получение возмещения вреда, обучается в образовательном учреждении;
- заключения (справки медицинского учреждения, органа социального обеспечения) о необходимости постороннего ухода, если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились лица, нуждающиеся в постороннем уходе;
- справки органа социального обеспечения о том, что один из родителей, супруг либо иной член семьи погибшего не работает и занят уходом за его родственниками, если на момент наступления страхового случая на иждивении находились неработающие члены семьи, занятые уходом за родственниками;

- копии свидетельства о смерти.

13.4. Для определения размера ущерба Страхователь представляет Страховщику следующие документы:

- справку или иной документ о среднем заработке (доходе), стипендии, пенсии, пособиях, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью; иные документы, подтверждающие доходы Выгодоприобретателя, которые учитываются при определении размера утраченного заработка (дохода);
- документы, подтверждающие оплату приобретенных лекарств;
- справку медицинского учреждения о составе необходимого для потерпевшего суточного продуктового набора дополнительного питания;
- документы, подтверждающие оплату приобретенных продуктов из продовольственного набора дополнительных продуктов;
- при предъявлении требований о возмещении расходов на протезирование - документы, подтверждающие оплату услуг по протезированию;
- при предъявлении требований о возмещении расходов на посторонний уход - документы, подтверждающие оплату услуг по постороннему уходу;
- документы, подтверждающие оплату путевки на санаторно-курортное лечение;
- документы, подтверждающие произведенные необходимые расходы на погребение;
- акт осмотра, акт освидетельствования, акт диагностики, дефектная ведомость;

13.5. Страховщик вправе затребовать у Страхователя и другие документы, если с учетом конкретных обстоятельств причинения вреда, их отсутствие у Страховщика делает невозможным (или крайне затруднительным) установление факта причинения вреда и определение его размера.

13.6. Для получения более полной информации о происшедшем событии Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступлением события, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах наступления события, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства его возникновения.

При необходимости, к работе по определению причин наступления события и размера убытков могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

13.7. Если Страхователь нарушит какую-либо из своих обязанностей, указанных в пункте 13.2. настоящих Правил, Страховщик освобождается от обязанности выплачивать страховое возмещение.

13.8. Страховщик при получении уведомления о событии, имеющем признаки страхового случая, обязан:

13.8.1. При необходимости, запросить у Страхователя (лица, риск ответственности которого застрахован) документы, подтверждающие причины и размер вреда;

13.8.2. После получения всех необходимых документов, подтверждающих причины и размер вреда, принять решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем;

13.8.3. По случаю, признанному страховым, произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования в течение 20 рабочих дней с момента предоставления всех необходимых документов, подтверждающих причины и размер вреда.

13.8.4. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20 рабочих дней с момента предоставления всех необходимых документов, подтверждающих причины и размер вреда.

13.8.5. Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения, если:

- а) производилось дополнительное исследование причин и обстоятельств причинения вреда. При этом срок выплаты страхового возмещения увеличивается на период времени, в течение которого проводилась экспертиза;
- б) по факту причинения вреда возбуждено уголовное дело либо начат судебный процесс – до принятия соответствующего решения судом или установления обстоятельств, не препятствующих принятию решения о страховой выплате.

13.9. Выгодоприобретатель, получивший возмещение от Страховщика, обязан возвратить Страховщику полученные суммы возмещения (или их соответствующую часть), если в течение предусмотренных законодательством РФ сроков исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает его права на страховое возмещение.

14. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.

14.1. При урегулировании в судебном порядке размер страхового возмещения определяется исходя из величины, присужденной к взысканию со Страхователя компенсации за причинение вреда конкретному Выгодоприобретателю на основании судебного решения.

14.2. При внесудебном урегулировании претензии о причинении вреда размер страхового возмещения определяется исходя из величины признанной Страховщиком к уплате Страхователем компенсации за причинение вреда.

14.3. Сумма страхового возмещения в зависимости от вида причиненного вреда определяется, если иное не предусмотрено договором:

14.3.1. Расходы на погребение. Размер расходов определяется исходя из стоимости услуг по погребению, установленных органами исполнительной власти субъектов РФ по согласованию с соответствующими отделениями Пенсионного фонда РФ и Фонда социального страхования РФ в соответствующем регионе.

14.3.2. Вред в связи со смертью кормильца. Вред возмещается лицам, имеющим право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, происшедшей в результате страхового случая, размер вреда определяется в той доле заработка (дохода) умершего, определенного в соответствии с действующим законодательством, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни. При определении возмещения размера причиненного вреда этим лицам в состав доходов умершего наряду с заработком (доходом) включаются получаемые им при жизни пенсия, пожизненное содержание и другие подобные выплаты.

При определении размера причиненного вреда пенсии, назначенные лицам в связи со смертью кормильца, а равно другие виды пенсий, назначенные им как до, так и после смерти кормильца, а также заработок (доход) и стипендия, получаемые этими лицами, в определяемый размер вреда не засчитываются.

Установленный каждому из имеющих право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, размер причинения вреда не подлежит дальнейшему перерасчету, кроме случаев:

- рождение ребенка после смерти кормильца;
- назначения или прекращения выплаты возмещения лицам, занятым уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего кормильца.

14.3.3. Утраченный заработок. Размер подлежащего возмещению утраченного Выгодоприобретателем заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья, либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты Выгодоприобретателем профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степени утраты общей трудоспособности.

В состав утраченного заработка (дохода) Выгодоприобретателя включаются:

- все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые налогом на доходы физических лиц;
- выплаченное пособие за период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам;
- доходы от предпринимательской деятельности на основании данных налоговой инспекции, а также авторский гонорар.

Не подлежат возмещению заработка (доходы), имеющие случайный, несистематический, вероятный или единовременный характер (например, компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении).

14.3.4. Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья. Дополнительно понесенные расходы включают в себя расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, если установлено, что Потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Страховщик вправе по согласованию с Выгодоприобретателем произвести частичную страховую выплату на основании документов о предоставленных медицинских услугах, необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, либо оплатить эти услуги непосредственно оказавшему их медицинскому учреждению.

14.4. Выплата страхового возмещения осуществляется в пределах, установленных в Договоре страхования страховой суммы и соответствующих лимитов ответственности, за вычетом франшизы в следующем порядке:

- при поступлении нескольких требований Выгодоприобретателей, страховое возмещение выплачивается в порядке очередности поступления требований до исчерпания страховой суммы или соответствующего лимита ответственности.

14.5. Суммы убытков и страхового возмещения исчисляются по каждому Выгодоприобретателю раздельно.

14.6. При предъявлении нескольких требований, явившихся следствием одного события, все они рассматриваются как один страховой случай.

При причинении вреда нескольким лицам на сумму выше лимита ответственности возмещение каждому из потерпевших (в случае, если иски ими предъявлены одновременно) выплачиваются в пределах страховой суммы/лимитов ответственности, установленных в договоре страхования, в сумме, пропорциональной объёму ущерба, причинённому каждому из этих лиц.

14.7. Общий размер выплат по одному страховому случаю, включая судебные расходы и издержки, независимо от количества требований о возмещении вреда, не может превышать лимита ответственности по одному страховому случаю для данного риска, а выплаты по одному требованию, включая судебные расходы и издержки, не могут превышать лимита ответственности по одному требованию, установленного в договоре по данному риску.

14.8. Во всех случаях из суммы страхового возмещения вычитается сумма безусловной франшизы, указанной в договоре страхования.

14.9. Выплата страхового возмещения производится путем безналичного перечисления денег на расчетный или лицевой счет Выгодоприобретателя.

14.10. Если в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, Страхователь на основании решения суда обязан выплачивать возмещение за вред, причиненный третьим лицам, ежемесячными или иными регулярными платежами в форме ренты или пенсии, Страховщик имеет право произвести расчет суммы капитализированной ренты, исходя из возраста потерпевшего, средней продолжительности жизни и действующей процентной ставки.

- 14.11.** Если Страхователь или Выгодоприобретатель получили возмещение убытка от третьих лиц, Страховщик выплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей выплате по условиям страхования, и суммой, полученной от третьих лиц. Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно известить Страховщика о получении таких сумм.

15. СРОКИ ДАВНОСТИ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

- 15.1.** Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем, Страховщиком и Выгодоприобретателем, вытекающие из договора страхования, а также разногласия по поводу обстоятельств, характера, размера ущерба и выплат страхового возмещения разрешаются сторонами в досудебном претензионном порядке.
- 15.2.** При не достижении сторонами соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. До предъявления иска в суд Страхователь, Выгодоприобретатель обязан направить досудебную претензию. Страховщик обязан в течение 10 рабочих дней рассмотреть и проинформировать выплату или направить Страхователю, Выгодоприобретателю обоснованный отказ. При отсутствии ответа или при несогласии с решением Страховщика, Страхователь, Выгодоприобретатель вправе обратиться в суд.
- 15.3.** Уступка права на получение страхового возмещения третьими лицами не допускается.
- 15.4.** Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

16. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- 16.1.** Страхователь обязан получить согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.
- 16.2.** Заключая договор страхования, Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в договоре страхования персональных данных Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей.
- 16.3.** Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей (далее - субъект персональных данных) на обработку их персональных данных.
- 16.4.** Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.
- 16.5.** Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.
- 16.6.** Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящими Правилами.
- 16.7.** Субъект персональных данных и Страхователь вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

- 16.8.** В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.
- 16.9.** После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных или Страхователем согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, установленный законодательством Российской Федерации.

Тарифные ставки для страхования ответственности медицинских работников

Риски	Тарифные ставки (в руб. со 100 руб.страховой суммы)
1. Риски ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациента при оказании медицинской помощи в результате:	
а) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения;	0,42
б) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции;	0,42
в) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств;	0,42
г) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях;	0,42
д) непреднамеренной ошибки при инструментальных методах исследований и лечения;	0,21
е) непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.	0,21
2. Судебные и внесудебные расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) по истечении срока действия договора страхования, но в связи с требованием, предъявленным Страхователю (Застрахованному лицу) по страховому случаю, произошедшему в период действия договора страхования.	0,11
По полному пакету рисков	2,21

Поправочные коэффициенты:

Коэффициент	Градация
В зависимости от типа Страхователя (физическое или юридическое лицо) и от организационно-правовой формы его деятельности	0,5 - 3
В зависимости от возрастной категории обслуживаемых Страхователем пациентов (взрослые или дети)	1 – 1,6
В зависимости от штата сотрудников страхователя-юридического лица	0,5 – 2,6
В зависимости от среднегодового количества пациентов Страхователя	0,7 – 2,3
В зависимости от профиля (профилей) работы Страхователя (Застрахованных)	0,5 - 3
В зависимости от используемого в деятельности Страхователя оборудования, а также от документально подтвержденной квалификации Страхователя-физического лица, либо работников Страхователя-юридического	0,5 - 3
В зависимости от наличия и числа в течении 5 лет, предшествовавших заключению договора страхования, претензий (судебных и внесудебных) к качеству оказания медицинских услуг Страхователем	0,25 - 4
В зависимости от величины страховой суммы, а также ее типа (агрегатная или неагрегатная)	0,5 - 3
При установлении по отдельным типам риска или страховым случаям отдельных лимитов ответственности ниже общей страховой суммы	0,5 - 1

В зависимости от факта применения, величины и типа франшизы (условная или безусловная), дополнительных условий ее применения	0,8 - 1
При наличии известных Страхователю обстоятельств или происшествий, которые могут послужить основанием для предъявления претензии	1,0 - 5
При сужении страхового покрытия относительно стандартных условий Правил страхования в отношении страхуемых рисков (в составе базовых), видов страховых случаев, категорий покрываемых расходов, других факторов, а также введении дополнительных исключений из страхового покрытия	0,6 - 1
При расширении страхового покрытия относительно стандартных условий Правил страхования в отношении покрываемых рисков, видов страховых случаев, категорий покрываемых расходов, других факторов, а также отмены стандартных исключений из страхового покрытия	1,0 - 2
При оплате страховой премии в рассрочку	1,0 – 1,1
При безубыточной пролонгации	
На второй год	0,95
На третий год	0,9
На четвертый год	0,85
На пятый и более год	0,75