

**Общество с ограниченной ответственностью
«БАЛТ - страхование»**

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
ООО «БАЛТ – страхование»
№13 от 24.08.2011г.

*Дополнительные правила страхования гражданской
ответственности за причинение вреда третьим лицам*

*«Правила страхования профессиональной ответственности
медицинских работников»*

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-І; законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», гражданским законодательством и другими нормативно-правовыми актами настоящие Правила страхования (далее – Правила/Правила страхования) регулируют отношения ООО «БАЛТ – страхование» и юридических лиц любой организационно-правовой формы и дееспособных физических лиц, индивидуальных предпринимателей по поводу страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

1.2. Страховщиком по договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, является ООО «БАЛТ – страхование», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

1.3. Страхователями по договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, могут быть юридические или дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности уполномоченного государственного органа и заключившее договор страхования со Страховщиком.

1.4. По договору страхования может быть застрахован риск гражданской ответственности самого Страхователя или иного лица (далее - Застрахованным лицом), на которое такая ответственность может быть возложена. Лицо, риск гражданской ответственности которого застрахован, должно быть названо в договоре страхования. В противном случае, застрахованным считается риск гражданской ответственности самого Страхователя.

1.5. Договор страхования заключается в пользу третьих лиц (Выгодоприобретателей):

1.5.1. потерпевших – пациентов, жизни и здоровью которых может быть причинен вред при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности;

1.5.2. лиц, которые в соответствии с действующим законодательством имеют право на возмещение вреда в связи со смертью лица, указанного в п. 1.5.1. настоящих Правил.

1.6. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил в договоре страхования должно быть прямо указано на применение Правил или сами Правила должны быть приложены к Договору страхования в качестве его неотъемлемой части. При этом условия, содержащиеся в настоящих Правилах, и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), становятся обязательны для Страхователя (Застрахованного лица).

1.7. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Правил, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

1.8. При наличии расхождений между положениями договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, вред жизни и здоровью третьих лиц (пациентов), причиненный Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками, имеющими высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующими требованиям и характеру выполняемых работ (услуг), а также соответствующими квалификационным и иным требованиям, установленным действующим законодательством (далее – работники), в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) при осуществлении медицинской деятельности.

2.2. Действие договора страхования распространяется только на случаи причинения вреда жизни и здоровью пациентов при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками указанной в договоре страхования медицинской деятельности в соответствии с действующей лицензией на ее осуществление и иными документами, регламентирующими данную деятельность на территории Российской Федерации.

2.3. Под осуществлением юридическим лицом медицинской деятельности понимается деятельность его работников, состоящих с ним в трудовых или гражданско-правовых отношениях и имеющих соответствующую медицинскую квалификацию.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является возникновение обязанности Страхователя (Застрахованного лица) возместить вред, причиненный жизни и здоровью третьих лиц (пациентов) в результате совершения Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) в течение срока действия договора страхования при осуществлении медицинской деятельности, указанной в договоре страхования, при условии, что:

3.1.1. Имевшее место событие не попадает ни под одно из исключений из страхования, перечисленных в настоящих Правилах или договоре страхования;

3.1.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан возместить этот вред в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

3.1.3. Обязанность по возмещению вреда установлена вступившим в законную силу решением суда либо основана на претензии о возмещении причиненного вреда, добровольно признанной Страхователем (Застрахованным лицом) с письменного согласия Страховщика;

3.1.4. Имеется прямая подтвержденная причинно-следственная связь между совершением Страхователем (Застрахованным лицом) ошибочных действий (бездействия) при осуществлении медицинской деятельности и причинением вреда жизни и здоровью пациентов;

3.1.5. Требование третьего лица о возмещении вреда (иск, претензия) заявлено Страхователю (Застрахованному лицу) в течение срока действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрен иной срок;

3.1.6. Требование о возмещении вреда заявлено на территории Российской Федерации и рассматривается в соответствии с законодательством Российской Федерации, если иное не установлено договором страхования.

3.2. По настоящим Правилам, если иное не предусмотрено договором страхования, под ошибочными действиями (бездействием) понимаются следующие неумышленные действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица) или его работников:

3.2.1. ошибки при определении диагноза основного заболевания и/или его осложнений, и/или сопутствующего заболевания, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.2.2. ошибки при назначении и проведении лечения, в том числе, при проведении медицинских манипуляций, процедур, оперативных вмешательств, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.2.3. ошибки при назначении и применении лекарственных препаратов, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.2.4. ошибки при диагностике и проведении лечения, обусловленные неправильным использованием медицинской техники, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.2.5. инфицирование пациента (в том числе ВИЧ, возбудителями вирусных гепатитов, и др.) при переливании крови, внутривенном вливании, проведении других медицинских манипуляций, процедур, оперативных вмешательств.

3.3. Договором страхования может быть предусмотрено также возмещение следующих расходов:

✓ расходы по предварительному выяснению обстоятельств страхового случая и степени виновности Страхователя (Застрахованного лица), а также по внесудебной защите интересов страхователя при предъявлении ему требований в связи с такими случаями;

✓ расходы на оплату услуг экспертов;

✓ расходы по ведению в судебных и арбитражных органах дел по предполагаемым страховым случаям, включая оплату услуг адвоката;

✓ компенсация морального вреда.

3.4. Серия событий с признаками страхового случая, наступивших по одной причине, рассматриваются как один страховой случай.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. В соответствии с настоящими Правилами не являются страховым случаем и не подлежат возмещению:

4.1.1. вред жизни и здоровью пациентов, причиненный в результате деятельности Страхователя (Застрахованного лица):

✓ не указанной в договоре страхования и/или осуществляемой работниками Страхователя (Застрахованного лица) вне трудовых или гражданско-правовых отношений с указанным в договоре страхования медицинским учреждением;

✓ не предусмотренной лицензией на проведение медицинской деятельности, а также в период отсутствия (приостановления, прекращения, отзыва) лицензии, а также при отсутствии иных разрешительных документов, предусмотренных действующим законодательством для осуществления соответствующей медицинской процедуры, манипуляции, оперативного вмешательства и т.д.;

✓ вред жизни и здоровью пациентов, причиненный лицом, не имеющим соответствующей квалификации для осуществления данного вида медицинской деятельности, а также действиями работника с превышением предоставленных ему полномочий или возложенных на него трудовых обязанностей;

4.1.2. вред жизни и здоровью пациентов в результате:

✓ умышленного преступного действия или бездействия Страхователя (Застрахованного лица) или его работников, направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента;

✓ любых действий при осуществлении медицинской деятельности в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

✓ халатного исполнения Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками своих профессиональных обязанностей, если это будет установлено независимой медицинской экспертизой или другими соответствующими компетентными органами;

✓ инфицирования при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови;

✓ использования медикаментов с истекшим сроком годности;

✓ дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, о которых было известно Страхователю (Застрахованному лицу) до наступления страхового случая.

4.1.3. вред жизни и здоровью, причиненный в результате действий (бездействия) самого пациента, приведших к ухудшению состояния его здоровья, в том числе, невыполнения предписаний и рекомендаций лечащего врача, несоблюдения режима медицинского учреждения и т.п.;

4.1.4. вред жизни и здоровью пациентов, обусловленный техническими причинами, не зависящими от Страхователя (Застрахованного лица): отключением электроэнергии, теплоснабжения, водоснабжения и т.п. во время оказания медицинской помощи;

4.1.5. осложнения при трансплантации и имплантации органов и тканей, не обусловленные ошибочными действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица);

4.1.6. вред жизни и здоровью пациентов в результате применения контрафактных лекарственных препаратов;

4.1.7. эстетические последствия операций, в том числе при проведении косметических операций;

4.2. По настоящим Правилам не возмещаются:

4.2.1. вред, обусловленный разглашением, утратой или использованием в своих целях Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками информации, составляющей врачебную тайну;

4.2.2. убытки Выгодоприобретателей, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и договором страхования;

4.2.3. вред жизни и здоровью пациентов - работников Страхователя, если Страхователем являлось медицинское учреждение и работники проходили лечение в этом медицинском учреждении;

4.2.4. суммы, которые Страхователь (Застрахованное лицо) обязан возместить третьим лицам по причине принятия на себя в силу договора или соглашения ответственности, которая не может возникнуть иным образом, по гарантийным и иным аналогичным им обязательствам

перед пациентами, а также суммы, превышающие размеры возмещения вреда, установленные действующим законодательством либо решением суда, если дело рассматривалось в судебном порядке;

4.2.5. моральный вред, кроме случаев, когда возмещение морального вреда потерпевшему предусмотрено договором страхования.

4.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, маневров или иных военных мероприятий, использования или хранения бомб, мин, снарядов или иных орудий войны, а так же гражданской войны, любых народных волнений или забастовок.

4.4. По соглашению сторон договора страхования перечень исключений, указанный в настоящем разделе может быть расширен, а также действие страхования может быть распространено на любые из исключений, указанные в настоящем разделе.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма - сумма, которая определена договором страхования, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение.

5.2. Размер страховой суммы определяется соглашением сторон договора страхования. При определении размера страховой суммы стороны могут руководствоваться предполагаемым размером вреда, который может быть причинен Выгодоприобретателям.

5.3. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика, ограничивающие размер выплат в отношении одного страхового случая, Выгодоприобретателя и др. В частности, могут быть установлены следующие лимиты ответственности Страховщика:

❖ на один страховой случай - максимальная сумма, которую Страховщик выплатит в совокупности всем Выгодоприобретателям в результате одного и каждого страхового случая, независимо от количества требований;

❖ в отношении одного потерпевшего лица - максимальная сумма, выплачиваемая Страховщиком в отношении вреда, причиненного одному потерпевшему лицу в результате одного и каждого страхового случая.

5.4. Страховщик выполняет обязательства по выплате страхового возмещения при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, установленной при заключении договора страхования. При этом если в договоре страхования в соответствии с п.5.3. настоящих Правил страхования установлены лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязательства по выплате страхового возмещения в пределах установленных лимитов ответственности, однако совокупные выплаты по договору страхования не могут превысить страховую сумму, за исключением возмещения Страховщиком расходов в целях уменьшения убытков от страхового случая, которое вместе с возмещением других убытков может превысить страховую сумму.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрено собственное участие Страхователя в возмещении вреда, причиненного выгодоприобретателям - франшиза.

При безусловной (вычитаемой) франшизе Страховщик по каждому страховому случаю возмещает ущерб за вычетом франшизы.

При условной (невывчитаемой) франшизе:

а) Страховщик освобождается от ответственности за возмещение ущерба, если его размер не превышает размер условной франшизы;

б) Страховщик полностью возмещает ущерб, если его размер превышает размер условной франшизы.

Если договором страхования установлена франшиза, но ее вид в договоре страхования не указан, франшиза считается безусловной.

5.6. После выплаты страхового возмещения страховая сумма по договору страхования уменьшается на размер произведенной страховой выплаты.

5.7. В течение срока действия договора страхования Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком, при условии уплаты дополнительной страховой премии, увеличить размер страховой суммы путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

6.1. Под страховой премией (страховым взносом) понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые страховые тарифы с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска.

6.3. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.4. При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от размера годовой страховой премии (при этом неполный месяц принимается за полный):

Период страхования по договору в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страховой премии (% от исчисленной годовой страховой премии).										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6.5. При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования устанавливается как сумма страховых премий за каждый год страхования. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется пропорционально к страховой премии за год (при этом неполный месяц принимается за полный).

6.6. Уплата страховой премии по договору страхования производится Страхователем Страховщику посредством наличных или безналичных расчетов в сроки, установленные договором страхования. Договором страхования обязанность по уплате страховой премии может быть возложена за Застрахованное лицо, не являющееся Страхователем - в этом случае Застрахованное лицо выражает свое согласие путем подписания, наравне со Страхователем, договора страхования или соответствующего соглашения о порядке уплаты страховой премии.

6.7. Днем уплаты страховой премии считается:

- ❖ при оплате в безналичном порядке - день зачисления средств на счет Страховщика;

- ❖ при оплате наличными деньгами - день уплаты Страховщику наличных денег, что подтверждается квитанцией установленной формы.

6.8. Договор страхования может предусматривать уплату Страхователем страховой премии в рассрочку (несколькими страховыми взносами) в сроки, установленные указанным договором.

6.9. При не поступлении Страховщику страховой премии или первого страхового взноса в установленный договором страхования срок, договор страхования считается незаключенным и выплат по нему не производится.

6.10. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ, СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПОЛНЕНИЕ

7.1. Договором страхования является письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, на основании которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении события, предусмотренного в договоре страхования (страхового случая), выплатить страховое возмещение, но не более страховой суммы, установленной в договоре страхования.

7.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Договор страхования составляется в двух экземплярах, подписанных сторонами, по одному для каждой из сторон. По требованию Страхователя к договору страхования может быть выдан страховой полис.

Договор страхования может быть заключен путем вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком и Страхователем.

7.3. При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:

- ✓ об имущественном интересе, являющемся объектом страхования;
- ✓ о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование;
- ✓ о размере страховой суммы;
- ✓ о сроке действия договора страхования.

7.4. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

7.5. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса.

7.6. Договор страхования прекращается по истечении срока его действия, а также в случае досрочного прекращения.

7.7. Договор страхования досрочно прекращается в случаях:

❖ исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

❖ ликвидации Страховщика или отзыва лицензии Страховщика за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по договорам страхования (страховой портфель) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

❖ неуплаты Страхователем очередного (кроме первого) страхового взноса в установленные сроки, если договором не предусмотрено иное. При этом договор страхования прекращается через 10 (десять) рабочих дней с момента направления Страховщиком уведомления Страхователю о прекращении договора страхования. Положения настоящего пункта не применяются, если договором страхования предусмотрены иные последствия просрочки оплаты страховых взносов;

❖ если 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;

❖ 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. При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

❖ по соглашению сторон;

❖ по инициативе Страховщика с письменным уведомлением Страхователя о дате расторжения не менее чем за 30 (Тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения;

❖ в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или договором страхования.

7.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации. К таким обстоятельствам во всяком случае относятся сведения, указанные в заявлении на страхование и договоре страхования, а также:

✓ Сведения о наличии действующей лицензии на медицинскую деятельность;

✓ Сведения о прекращении трудового или гражданско-правового договора с Застрахованным лицом;

✓ Сведения о наличии претензий или исков о возмещении вреда, причиненного вследствие осуществления медицинской деятельности.

7.9. В отношении обязательств сторон, возникших до момента прекращения действия договора страхования (в том числе и обязательств, вытекающих из страхового случая, наступившего до момента прекращения договора страхования), условия договора продолжают действовать до полного исполнения таких обязательств.

Изменение (дополнение) договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или договором, а также при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора. Соглашение об изменении (дополнении) договора страхования совершается в той же форме, что и договор страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. в период действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой об изменении условий договора страхования (изменение страховой суммы, срока страхования и т.п.);

8.1.2. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

8.1.3. отказаться от договора страхования в любое время в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные в договоре страхования (или страховом полисе), в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика, а также п.7.8. настоящих Правил;

8.2.2. сообщать Страховщику обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования;

8.2.3. своевременно уплатить страховую премию в размере и порядке, определенном договором страхования;

8.2.4. в течение 3 рабочих дней сообщить Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста и даты сообщения о всех существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска. К таким обстоятельствам, во всяком случае, относятся сведения, указанные в п.7.8. настоящих Правил;

8.2.5. при увеличении степени риска по требованию Страховщика уплатить дополнительную страховую премию и/или подписать дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования либо направить Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и/или изменения условий договора страхования;

8.2.6. совершать другие действия, предусмотренные настоящими Правилами и/или договором страхования.

8.3. **Страховщик имеет право:**

8.3.1. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления информации, необходимой для оценки степени риска при заключении договора страхования и в течение срока действия договора страхования;

8.3.2. потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при существенном изменении обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, в том числе, если эти изменения стали известны Страховщику помимо Страхователя. Существенными признаются изменения в обстоятельствах, определенно оговоренных Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика, а также п.7.8. настоящих Правил;

8.3.3. проверять соответствие сообщенных Страхователем сведений действительным обстоятельствам, соблюдение установленных норм и правил осуществления медицинской деятельности, а также условий договора страхования в течение срока его действия, с письменным уведомлением Страхователя о выявленных нарушениях и предлагаемых мерах по их устранению.

8.4. **Страховщик обязан:**

8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

8.4.2. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

8.4.3. выдать Страхователю дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

8.4.4. в течение десяти рабочих дней с момента поступления рассмотреть заявление Страхователя об изменении степени риска или заявление Страхователя о расторжении договора страхования;

8.4.5. совершать другие действия, предусмотренные договором страхования и/или настоящими Правилами.

8.5. Договором страхования могут быть также предусмотрены другие права и обязанности сторон.

9. **ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

9.1. При совершении непреднамеренных ошибочных действий (бездействия), повлекших или могущих повлечь предъявление требований третьих лиц о возмещении причиненного вреда, **Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:**

9.1.1. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры по уменьшению убытков, подлежащих возмещению по условиям договора страхования, в том числе, по спасению жизни, здоровья пациентов, а также по устранению причин, способствующих возникновению дополнительного ущерба;

9.1.2. надлежащим образом оформить и сохранить все необходимые документы, связанные с произошедшим событием, приведшим к причинению вреда жизни и здоровью пациентов, а также в течение срока, согласованного со Страховщиком, по возможности

сохранить в неизменном состоянии предметы (медицинское оборудование, медикаменты и т.п.), связанные с совершением ошибочных действий (бездействия) Страхователем (Застрахованным лицом);

9.1.3. незамедлительно, но в любом случае не позднее 3-х (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о произошедшем событии, уведомить Страховщика по телефону, факсимильной связи или телеграммой, сообщив следующие сведения:

- ✓ номер и дату договора страхования (страхового полиса);
- ✓ краткие сведения о произошедшем событии, в результате которого был причинен или может быть причинен вред жизни и здоровью пациентов, с указанием всех лиц (пациентов, работников), вовлеченных в данное событие, дат, причин и характера совершенных ошибочных действий (бездействия);

- ✓ имеющиеся сведения о характере и размере причиненного вреда жизни и здоровью пациентов.

9.1.4. незамедлительно, но в любом случае не позднее 3-х (трех) рабочих дней после получения официального требования от третьего лица о возмещении причиненного вреда, уведомить об этом Страховщика телефонограммой, телеграммой или по факсу, а также своевременно сообщать Страховщику о начале действий компетентных органов по факту причинения вреда (расследование, вызов в суд и т.д.), информировать его о ходе следствия, судебного разбирательства и т.п.;

9.1.5. следовать указаниям Страховщика по вопросам урегулирования претензий и требований третьих лиц о возмещении причиненного вреда;

9.1.6. предоставить Страховщику возможность участвовать в установлении причин и размера вреда, в том числе, своевременно уведомлять Страховщика о действиях любых комиссий, создаваемых для установления причин и определения размера вреда, для обеспечения участия представителя Страховщика в этих комиссиях;

9.1.7. без письменного согласия Страховщика не давать обещаний и не делать предложений о добровольном полном или частичном возмещении ущерба третьим лицам, не производить страховую выплату иначе, как по вступившему в силу решению суда и с письменного согласия Страховщика, не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию предъявленных требований;

9.1.8. письменно согласовывать со Страховщиком назначение экспертов, адвокатов и других лиц для урегулирования предъявленных требований третьих лиц;

9.1.9. выдать указанным Страховщиком лицам доверенность или иные необходимые документы для защиты интересов как Страховщика, так и Страхователя (Застрахованного лица), если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица. Страховщик имеет право, но не обязан представлять интересы Страхователя (Застрахованного лица) в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя (Застрахованного лица) в связи со страховым случаем;

9.1.10. обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых документов, имеющих отношение к причинению вреда жизни и здоровью пациента, предоставить Страховщику возможность изучать, копировать, фотографировать любые

документы, связанные с причинением ущерба, а также опрашивать любое лицо, знающее обстоятельства дела;

9.1.11. оказывать содействие Страховщику при урегулировании предъявленных требований о возмещении вреда, если тот сочтет необходимым, в назначении своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов Страхователя как в судебном, так и в досудебном порядке;

9.1.12. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику письменное заявление и документы, подтверждающие факт наступления, причины и последствия события, имеющего признаки страхового случая, а также характер и размер вреда, причиненного жизни и здоровью пациентов;

9.1.13. незамедлительно известить Страховщика и принять все доступные меры по уменьшению размеров предъявляемых требований третьих лиц, если у Страхователя (Застрахованного лица) имеются для этого основания;

9.1.14. при наличии третьих лиц (иных, чем Страхователь (Застрахованное лицо)), ответственных за причинение вреда жизни и здоровью пациента, сообщить об этом Страховщику и передать ему все документы, необходимые для осуществления права требования к этому виновному лицу.

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

9.2.1. запросить у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) документы, подтверждающие причины и размер ущерба. Перечень таких документов определяется Страховщиком в каждом конкретном случае отдельно;

9.2.2. после получения всех необходимых документов, подтверждающих причины и размер ущерба, принять решение о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем;

9.2.3. по случаю, признанному страховым, произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования и Правил.

9.3. Страховщик при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, имеет право:

9.3.1. по мере необходимости направлять запросы в компетентные органы по поводу уточнения обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью пациентов и его размера, а также иметь доступ к соответствующей документации Страхователя (Застрахованного лица), к пациентам, которым был причинен вред;

9.3.2. представлять интересы Страхователя (Застрахованного лица) при урегулировании требований третьих лиц, вести от его имени переговоры, делать заявления, заключать соглашения, принимать на себя и осуществлять от имени и по поручению Страхователя (Застрахованного лица) ведение дел в судебных, арбитражных и иных компетентных органах по предъявленным требованиям;

9.3.3. оспорить размер требований к Страхователю (Застрахованному лицу) по факту причиненного вреда третьим лицам в установленном законодательством порядке;

9.3.4. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления информации, необходимой для принятия решения о признании или непризнании случая страховым и определения размера вреда;

9.3.5. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления страхового случая;

9.3.6. отсрочить принятие решения о страховой выплате:

✓ в случае возбуждения против Страхователя (Застрахованного лица) уголовного дела или начала судебного разбирательства по факту причинения вреда жизни и здоровью пациентов – до принятия судебного решения или окончания расследования;

✓ если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставил ненадлежащим образом оформленные документы (в частности, незаверенные копии документов, документы, подписанные лицом, не имеющим на это полномочий и т.п.) – до предоставления документов, оформленных надлежащим образом.

9.3.7. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами.

10. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

10.1. При обращении за страховой выплатой Выгодоприобретатель предоставляет документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного вреда. Конкретный перечень документов определяется Страховщиком в каждом случае отдельно.

10.2. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым событием, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового события, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового события.

10.3. При причинении вреда жизни и здоровью третьих лиц и при отсутствии разногласий определение размеров ущерба и сумм страхового обеспечения производится Страховщиком на основании представленных Страхователем документов.

10.4. При причинении третьему лицу увечья или ином повреждении его здоровья возмещению подлежит:

10.4.1. 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 третьему 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.

При причинении вреда здоровью несовершеннолетнего лица, не достигшего 14 лет и не имеющего заработка (дохода), ему возмещаются расходы, вызванные повреждением здоровья.

10.4.2. Дополнительные расходы, 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).

10.4.3. Часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания.

10.4.4. Расходы на погребение. Расходы на погребение определяются Страховщиком на основании представленных родственниками потерпевшего документов (счета патологоанатомических учреждений и ритуальных фирм об оплате оказанных услуг по погребению) в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования, но не свыше 10 (десяти) процентов от общей суммы страхового возмещения, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. Договором страхования также может быть предусмотрено возмещение:

✓ расходов по предварительному выяснению обстоятельств страхового случая и степени виновности Страхователя (Застрахованного лица), а также по внесудебной защите интересов страхователя при предъявлении ему требований в связи с такими случаями;

✓ расходов на оплату услуг экспертов;

✓ расходов по ведению в судебных и арбитражных органах дел по предполагаемым страховым случаям, включая оплату услуг адвоката;

✓ морального вреда.

10.6. В сумму страхового возмещения не включается:

10.6.1. стоимость медицинских услуг, в процессе оказания которых была допущена ошибка, в результате которой был причинен вред потерпевшим лицам;

10.6.2. стоимость медицинских услуг, повторно оказанных Страхователем (Застрахованным лицом) потерпевшему лицу;

10.7. Если договором страхования (полисом) предусмотрена франшиза, то страховое возмещение выплачивается с учетом установленной франшизы.

10.8. Страховщик рассматривает представленные документы в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения последнего документа согласно запросу Страховщика.

10.9. По итогам рассмотрения представленных документов Страховщик принимает решение о признании случая страховым и составлении страхового акта, или об отказе в страховой выплате. Уведомление об отказе в страховой выплате направляется выгодоприобретателю в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

10.10. Выплата страхового возмещения производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента утверждения страхового акта.

10.11. Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денег с расчетного счета Страховщика.

10.12. После выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть из договора страхования или в связи с ним, стороны будут разрешать по обоюдному согласию. При этом предусматривается следующий порядок урегулирования спорных ситуаций или возникающих разногласий:

12.1.1. При наличии оснований сторона, чьи интересы, по ее мнению, нарушены или требуют дополнительного урегулирования в течение трех рабочих дней после обнаружения недостатка направляет другой стороне заказным письмом претензию с указанием недостатка (нарушения), подтверждающих доказательств и собственных предложений по урегулированию спора;

12.1.2. Сторона, получившая претензию, обязана в течение трех рабочих дней со дня получения рассмотреть ее и принять соответствующее решение об удовлетворении или неудовлетворении предложений другой стороны;

12.1.3. Если удовлетворение в полном объеме предложений направившей их стороны невозможно, сторона, получившая претензию или письмо, назначает двухсторонние переговоры, проводимые во взаимно согласованные сроки, по результатам которых в обязательном порядке обеими сторонами подписывается протокол. Согласование сроков и места проведения переговоров проводится по телефону, факсу, телетайпу или иным путем по формуле «оферта – акцепт» с подтверждением полученных сообщений;

12.1.4. Решения, принятые на переговорах и запротоколированные сторонами, если они основаны на взаимном согласии, являются окончательными и подлежат исполнению сторонами так же, как и сам договор страхования;

12.1.5. Если в принятом на переговорах решении какое-либо из договорных условий подлежит изменению или исключению, такое исполняется в новой редакции или не исполняется вообще со дня подписания протокола переговоров.

12.1.6. Сторона, не получившая в течение четырнадцати рабочих дней после отправления претензии предложения другой стороны о переговорах, в том же порядке должна сама назначить переговоры с другой стороной, а когда и на это предложение не поступит ответа от

другой стороны, а также в случае взаимной несогласованности в сроках, месте проведения и предмете переговоров в течение четырнадцати рабочих дней после последнего обращения (оферты) вправе заявить иск в суд в соответствии с действующим законодательством, если иное не оговорено в договоре страхования.

12.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в течение двух лет.

Базовый тариф = 1,4

Тарифы по страхованию дополнительных расходов:

Расходы по предварительному выяснению обстоятельств страхового случая и степени виновности Страхователя (Застрахованного лица), а также по внесудебной защите интересов страхователя при предъявлении ему требований в связи с такими случаями	0,23
Расходы по ведению в судебных и арбитражных органах дел по предполагаемым страховым случаям, включая оплату услуг адвоката	0,16
Расходы на оплату услуг экспертов	0,16
Компенсация морального вреда	0,42

Поправочные коэффициенты

С учетом конкретных обстоятельств, влияющих на степень риска по договору страхования, заключенному в отношении отдельного страхователя, в частности опыта работы страхователя в данной области, статистики претензий и исков к данному страхователю, специализации медицинского учреждения и иных факторов, Страховщик имеет право применять понижающие коэффициенты от 0,01 до 0,9 и повышающие коэффициенты от 1,1 до 9,0.

В случае установления в договоре страхования франшизы применяются следующие понижающие коэффициенты:

Франшиза безусловная	1%	0,95
	2%	0,93
	5%	0,91
	8%	0,88
	10%	0,85
	15%	0,8
	20%	0,7
Франшиза условная	1%	0,98
	2%	0,97
	5%	0,95
	8%	0,93
	10%	0,9
	15%	0,87
	20%	0,83