

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО «ПРОМИНСТРАХ»

С.С.Гладкин

11" февраля 2016 г.



**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ВРАЧЕЙ,
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	2
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. СТРАХОВОЙ РИСК И СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	3
4. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	6
5. ФРАНШИЗА.	6
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.	7
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	9
8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	10
9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	11
10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА.	11
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	11
12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКА И СУММЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ	13
13. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.	16
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	17

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Гражданским кодексом РФ, Законом "Об организации страхового дела в Российской Федерации", иными нормативными документами об охране здоровья граждан и страховании настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования его гражданской ответственности за причинение вреда¹ жизни или здоровью граждан в результате непреднамеренных ошибок в связи с осуществлением Страхователем медицинской деятельности².

При этом под гражданами для целей настоящих Правил понимаются пациенты (клиенты), обратившиеся к Страхователю (в лечебное учреждение или к лицу, занимающемуся частной медицинской практикой) за медицинской помощью³.

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

- гражданской ответственности лечебного учреждения (включая лечебные учреждения системы государственного, муниципального и частного здравоохранения);

- гражданской ответственности физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

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

1.4. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «ПРОМИНСТРАХ», сокращенное название ООО «ПРОМИНСТРАХ» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" порядке.

1.5. Страхователи:

- физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой⁴ на основании лицензии, выдаваемой в порядке и на условиях определяемых Правительством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования профессиональной ответственности;

- юридические лица - лечебные учреждения любых типов государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения⁵, имеющие сертификат соответствия условий их деятельности

¹ Согласно Гражданскому кодексу РФ (ст. 1068) и Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.66) юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ.

² В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.54) право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности (перечень устанавливается Минздравом РФ), также и сертификат специалиста и лицензию. Лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах допускаются к медицинской деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях РФ в порядке, устанавливаемом Правительством РФ, а также после получения лицензии на занятие определенными видами деятельности.

³ Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь.

⁴ Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

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

⁵ К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и другие

установленным стандартам и лицензию (лицензии) на оказание соответствующих видов медицинской помощи, заключившие со Страховщиком договор страхования гражданской ответственности.

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

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

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

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им сведения о Страхователе, потерпевших граждан (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.

1.9. Не принимается на страхование гражданская ответственность лиц, 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 и фармацевтической деятельности в связи с имевшимся многолетним перерывом в работе по специальности.

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектом страхования по договору страхования гражданской ответственности являются имущественные интересы Страхователя, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни или здоровью граждан (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок в процессе оказания медицинской помощи.

3. СТРАХОВОЙ РИСК И СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.

3.1. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

В соответствии с настоящими Правилами могут быть застрахованы следующие риски наступления ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда пациентам при оказании медицинской помощи:

лечебные учреждения; к муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и иные лечебные учреждения.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

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

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензии на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам, в порядке определяемом Правительством РФ (постановление от 16.01.2012г. № 291). Выдачу лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта РФ или местной администрацией.

3.1.1. причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения;

3.1.2. причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции;

3.1.3. причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств;

3.1.4. причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях;

3.1.5. причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.

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

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховым случаем по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, является наступление ответственности Страхователя за причинение вреда жизни или здоровью гражданина (пациента) вследствие непреднамеренных ошибок Страхователя при оказании медицинской помощи, не связанных с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей (п.7 ст.63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), подтвержденный вступившим в законную силу решением суда или обоснованной претензией, признанной Страхователем в добровольном порядке с письменного согласия Страховщика.

3.3. Страховой случай считается имевшим место и ответственность Страховщика наступает, если причиненный гражданину вред явился следствием непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при оказании медицинской помощи при условии, что:

3.3.1. Непреднамеренная ошибка допущена в течение срока действия договора страхования и/или иного периода времени, оговоренного в договоре страхования.

3.3.2. Требования о возмещении ущерба, причиненного данным событием, заявлены пострадавшей стороной в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

3.3.3. В действиях Страхователя (его работников) отсутствуют признаки грубой неосторожности.

Под “грубой неосторожностью” понимается нарушение Страхователем (его работниками) требований должностных инструкций, правил и других нормативных актов, определяющих порядок и условия оказания застрахованной профессиональной деятельности, при условии что Страхователь (его работник) должен был предвидеть возможность наступления событий, которые могут повлечь причинение ущерба третьим лицам в результате несоблюдения вышеуказанных требований, а также деятельность работника при отсутствии подтвержденных профессиональных знаний и опыта.

3.4. Если причинение вреда жизни или здоровью гражданина наступило по причинам, имевшим место или начавшим действовать еще до даты начала страхования, страховое возмещение 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.

3.5. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает:

3.5.1. Убытки потерпевшего лица в связи с причинением вреда его жизни или 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).

3.5.2. Необходимые и целесообразные расходы, произведенные Страхователем (Застрахованным лицом) в целях уменьшения убытков, подлежащих возмещению страховщиком (оперативные и необходимые меры по спасению жизни пациента, уменьшению причиненного его здоровью вреда), даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

3.5.3. По особому соглашению сторон Страховщик при наступлении страхового случая также возмещает (в пределах страховой суммы (лимитов ответственности), установленных договором страхования) следующие дополнительные расходы Страхователя (Застрахованного лица):

- по выяснению обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;
- судебные расходы по делам о возмещении вреда, причиненного страховым случаем.

3.6. В соответствии с настоящими Правилами происшедшее событие не может быть признано страховым, если оно произошло вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- г) действия обстоятельств непреодолимой силы;
- д) действий (бездействия) Страхователя, связанных с нарушением профессиональной врачебной⁶ тайны;
- е) действий (бездействия) Страхователя - физического лица (сотрудников Страхователя - юридического лица) состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- ж) действий Страхователя или его работников, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи в нерабочее время и в непригодных для того условиях;
- з) незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания указанными органами и должностными лицами документов, не соответствующих законам или другим правовым актам;
- и) несоблюдения требований стандартов качества медицинской помощи, если это подтверждено документами профессиональной медицинской ассоциации или независимой экспертизы;
- к) совершения Страхователем, занимающимся частной медицинской практикой, непреднамеренных ошибок при оказании медицинской помощи после отзыва лицензии (приостановления ее действия), подтвержденного решением суда (в случае обжалования решения комиссии в суде);
- л) бездействия Страхователя или его работников в случае необходимости оказания экстренной медицинской помощи;
- м) действий Страхователя или его работников в зонах военных событий, районах экологических бедствий и во время ликвидации последствий аварий и катастроф;
- н) бездействия Страхователя или его работников, обусловленного отсутствием необходимых лекарственных средств, приборов и инструмента.

3.7. По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, не возмещаются:

- а) убытки, возникающие из предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) профессиональных услуг своему родственнику или другому члену семьи;
- б) любые претензии или исковые требования, возникшие в связи с событием, являющимся следствием форс-мажорных обстоятельств;
- в) штрафы (неустойка, пени) и административные взыскания;
- г) претензии или исковые требования, возникшие в связи с деятельностью Страхователя (Застрахованного лица) или его работника, не оговоренной в лицензии или квалификационном аттестате (дипломе);
- д) требования о возмещении потерпевшим гражданам (пациентам) морального вреда.

3.8. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

⁶ Врачебная тайна - информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (за исключением случаев, когда это делается с согласия пациента или его законного представителя и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством).

4. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

4.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страхователем и Страховщиком по их усмотрению.

4.3. При заключении договора страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться предельные суммы выплат страхового обеспечения (лимиты ответственности Страховщика) по каждому страховому случаю, видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения) и дополнительным расходам, включенным в объем ответственности Страховщика.

4.4. Выплаты страхового обеспечения не могут превышать величину установленной договором страхования страховой суммы или лимита ответственности, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации (статья 962 Гражданского кодекса РФ).

4.5. После выплаты страхового обеспечения страховая сумма по договору страхования уменьшается на размер выплаты. В этом случае Страхователь может восстановить страховую сумму путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения к договору на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей части страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

4.6. В период действия договора страхования Страхователь может увеличить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или лимиты ответственности по каждому страховому случаю, а также включить в договор другие, предусмотренные настоящими Правилами страховые риски, путем заключения дополнительного соглашения.

4.7. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению (в связи с увеличением Страхователем страховой суммы, восстановлением страховой суммы после произведенной 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 (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

5. ФРАНШИЗА.

5.1. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной

(размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.2. Любые лимиты ответственности по договору страхования устанавливаются сверх сумм франшизы, которые не входят в сумму лимита ответственности Страховщика.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

6.1. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

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

6.2. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенности имущественных интересов конкретного лица, осуществляющего медицинскую деятельность, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Применительно к настоящим Правилам факторами риска являются следующие: стаж работы врачей, медицинских работников, их категории; виды предоставляемой врачебной помощи; количество врачей, медицинских работников, на которых распространяется страхование; количество пациентов медицинского учреждения; наличие/отсутствие в периоды, предшествующие заключению договора страхования, жалоб, претензий, требований о возмещении вреда к медицинскому учреждению, врачам, медицинским работникам.

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

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

6.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов (Приложение 1 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком, что позволяет 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, увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску (рискам), Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами

диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

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

6.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих особенности осуществляемой Страхователем медицинской деятельности, категории, специализацию, стаж работы врачей, попадающих под страховое покрытие, виды предоставляемой врачебной помощи; наличие факторов риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе и осуществляемой им деятельности; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

6.5. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

6.6. По договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц -25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев -95%.

По договорам, заключенным на срок более одного года (в целых годах), страховая премия рассчитывается Страховщиком за весь период действия договора страхования путем умножения годовой страховой премии на количество лет страхования.

При заключении договора страхования на срок более одного года (не в целых годах) размер страховой премии рассчитывается в следующем порядке: годовая страховая премия делится на двенадцать, полученная величина умножается на срок действия договора в месяцах. При этом неполный месяц принимается за полный.

6.7. Страховая премия может уплачиваться безналичным или наличным расчетом, единовременно или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (первый страховой взнос) в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования (если договором страхования не предусмотрено иное).

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на счет Страховщика;

- при наличной оплате - день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

6.8. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный договором страхования срок, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса, договор страхования считается соответственно расторгнутым или измененным с даты, указанной в уведомлении о таком отказе, направленном Страховщиком Страхователю в письменном виде, но не ранее даты получения Страхователем указанного уведомления.6.9. В случае отсутствия письменного соглашения сторон об отсрочке в оплате очередного страхового взноса Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим после 00 часов 00 минут дня, следующего за днем просрочки оплаты страхового взноса.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования заключается на 1 год или иной согласованный сторонами срок. При определении срока страхования стороны учитывают срок действия лицензии на медицинскую деятельность Страхователя, условий ее осуществления, методы лечения, а также возможность проявления в будущем негативных последствий у пациента в случае совершения Страхователем непреднамеренных ошибок.

7.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное Заявление по установленной форме (Приложение 4 к настоящим Правилам), а также предоставляет надлежащим образом заверенную копию лицензии на право занятия медицинской деятельностью и списки врачей и медицинских работников, на которых распространяется страхование. По особому требованию Страховщика Страхователь обязан предоставить надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

- дипломов о медицинском образовании и сертификатов специалистов;
- приказы (выписки из приказов) о назначении врачей на должности и их должностные обязанности.

7.3. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- а) об объекте страхования;
- б) о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о размере страховой суммы;
- г) о сроке действия договора.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (заявлении на страхование).

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.6. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме, путем составления договора страхования, подписанного сторонами (Приложение 3 к настоящим Правилам), и вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение 2 к настоящим Правилам).

При утрате страхового полиса в период действия договора страхования Страховщик в течение трех рабочих дней после получения соответствующего письменного заявления Страхователя выдает дубликат страхового полиса. После выдачи дубликата утерянный страховой полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

7.7. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия договора.

7.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре

(страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

7.9. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. Истечения срока его действия (23час. 59мин. 59сек. дня, указанного как день его окончания).

8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме (в момент выплаты страхового возмещения в связи с наступлением страхового случая: при перечислении безналичным расчетом – принятие банком платежного поручения к исполнению; при выплате через кассу Страховщика – получение денежных средств Выгодоприобретателем / Страхователем).

8.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

8.2.1. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки, если договором страхования не предусмотрено иное. Договор страхования считается расторгнутым или измененным с даты, указанной в уведомлении о таком отказе, направленном Страховщиком Страхователю в письменном виде, но не ранее даты получения Страхователем указанного уведомления.

Возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2.2. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя). При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.2.3. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора). Возврат части страховой премии производится (или не производится) в порядке и в сроки, предусмотренные соглашением сторон.

8.2.4. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.3. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

К таким обстоятельствам, в частности, относится прекращение Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования (Приложение 8 к настоящим Правилам) в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя.

8.4. 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 досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.5. Конкретный размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю в случаях досрочного прекращения договора страхования по основаниям, предусмотренным п.8.2.1 –

8.2.4, 8.4 настоящих Правил, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика.

8.6. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в письменном виде в соответствии с положениями, предусмотренными Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящими Правилами.

8.7. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

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

9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

9.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

9.2. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА.

10.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

10.2. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации. В частности, соглашение о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, обязательства сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора, а при его расторжении в судебном порядке - с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора.

Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора, если иное не установлено законом.

10.3. Если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора, то в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

11.1. Страховщик имеет право:

а) проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем условий договора страхования;

- б) давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев;
- в) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, при необходимости направлять запросы в компетентные органы по факту наступления события;
- г) потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ;
- д) потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска (в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил);
- е) представлять по поручению Страхователя его интересы при урегулировании претензий Потерпевших;
- ж) представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя в связи со страховым случаем. Данное право Страховщика не является его обязанностью;
- з) потребовать признания договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом РФ.

11.2. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр;
- б) в течение трех рабочих дней после вступления договора страхования в силу (если иной срок не предусмотрен договором страхования) выдать Страхователю страховой полис;
- в) соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования;
- г) не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- д) по требованиям страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования.

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

- а) выяснить обстоятельства наступления события, при признании события страховым случаем составить страховой акт и определить размер вреда;
- б) после получения необходимых документов по страховому случаю произвести расчет суммы страхового обеспечения;
- в) произвести страховую выплату (или отказать в выплате при наличии оснований) в установленный договором страхования срок.

11.4. Страхователь имеет право:

- а) требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования;
- б) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ;
- в) получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной;
- г) назначить экспертов, адвокатов по вопросам, связанным с наступлением события, определением размера убытка и суммы страхового обеспечения;
- д) получить дубликат страхового полиса (договора страхования) в случае его утраты.

11.5. Страхователь обязан:

- а) при заключении договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также о всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования;
- б) уплачивать страховую премию в размерах и сроки, определенные договором страхования;
- в) в период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при

заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

г) соблюдать условия настоящих Правил, договора страхования, требования законодательства РФ об охране здоровья граждан.

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

а) незамедлительно уведомить об этом Страховщика или его представителя. Если договором предусмотрен срок и(или) способ уведомления, оно должно быть сделано в условленный срок указанным в договоре способом.

Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении события дает последнему право отказать в выплате страхового обеспечения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое обеспечение;

б) принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков (оперативные и необходимые меры по спасению жизни пациента, уменьшению причиненного его здоровью вреда).

Расходы по уменьшению убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, если они были необходимы и были произведены по указанию Страховщика, согласно гражданскому законодательству Российской Федерации должны быть возмещены Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными;

в) принять все необходимые меры для выяснения причин и последствий наступления события;

г) в срок, предусмотренный договором страхования, предоставить Страховщику письменное Заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая по установленной форме (Приложение 5 к настоящим Правилам) и документы (материалы), предусмотренные настоящими Правилами, подтверждающие факт, обстоятельства страхового случая и размер причиненного пациенту вреда:

- письменную претензию Потерпевшего о возмещении причиненного вреда;

- решение суда (арбитражного суда) о взыскании со Страхователя в пользу Потерпевшего суммы, в которую оценивается причиненный вред;

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

- справки, счета, подтверждающие произведенные расходы;

д) обеспечить участие Страховщика в установлении размера причиненного вреда;

е) незамедлительно известить Страховщика о всех требованиях, предъявленных ему в связи с наступившим событием;

ж) оказывать возможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления Потерпевшими требований о возмещении вреда.

11.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон.

12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКА И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

12.1. Согласно гражданскому законодательству Российской Федерации под убытками понимаются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права.

12.2. Ответственность Страховщика по договору страхования наступает при условии, что причиненный гражданину (пациенту) вред явился следствием непреднамеренной ошибки Страхователя при оказании медицинской помощи.

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

а) устанавливает факт страхового случая: проверяет соответствие приведенных в заявлении Страхователя сведений (время, место, обстоятельства события и т.д.) условиям договора страхования

и настоящим Правилам; определяет факт и причины возникновения события, вследствие которого был причинен вред жизни (здоровью) потерпевшего (на основании документов соответствующих организаций); проверяет, было ли произошедшее событие и наступившие убытки включены в объем ответственности Страховщика; определяет необходимость привлечения экспертов, осуществляет иные действия, направленные на установление факта страхового случая;

б) при признании события страховым случаем определяет размер убытков, страховой выплаты, составляет акт о страховом случае (страховой акт).

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

а) в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при определении диагноза и проведении курса лечения - письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении вреда в связи с допущенной ошибкой (ошибками), расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, заключения экспертов;

б) в случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при проведении хирургической операции - в случае смерти пациента: свидетельство о смерти и медицинскую справку о причинах смерти; письменные претензии наследников умершего к Страхователю о возмещении убытков, документы, свидетельствующие о размере заработка (дохода или пенсии, пожизненного содержания, других подобных выплат) умершего, документы в отношении лиц, состоявших на иждивении умершего; в случае причинения вреда здоровью пациента: письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, при установлении инвалидности - заключение ВТЭК, выписки из истории болезни, заключения экспертов (экспертных комиссий);

в) в случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при выборе методов лечения и лекарственных средств - письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни, выписанные рецепты на применение лекарственных средств (справки о примененных лекарственных средствах), заключения экспертов как по поводу оценки правильности выбранных Страхователем в отношении пациента методов лечения и лекарственных средств, а также по поводу оценки соблюдения пациентом требований инструкции (памятки) по применению выписанных лекарственных средств и выполнению рекомендаций Страхователя;

г) в случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при принятии решения о прекращении процесса лечения пациента в амбулаторных либо стационарных условиях - письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, выполненный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, сведения о размере заработка (дохода) потерпевшего и о дополнительно понесенных расходах, вызванных повреждением здоровья, с приложением подтверждающих эти расходы документов (чеки, счета, квитанции и т.п.), заключение эксперта (экспертной комиссии);

д) в случае причинения вреда здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при проведении медицинской экспертизы - письменные претензии потерпевшего лица по поводу организации проведения и заключения медицинской экспертной комиссии, расчет причиненного вреда, выполненный потерпевшим, заключения независимой медицинской экспертизы соответствующего вида, документы, полученные Страховщиком от учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения.

12.5. Расходы Страхователя по выяснению обстоятельств возникновения ущерба и уменьшению вреда, причиненного страховым случаем, определяются (если они предусмотрены договором страхования) на основании представленных Страхователем соответствующих документов (счета, акты, калькуляции, заключения экспертов), подтверждающих произведенные расходы.

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

а) заработок, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья;

б) дополнительные расходы, необходимые для восстановления здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение, посторонний уход, протезирование, транспортные расходы, расходы на платное медицинское обслуживание, подготовку к другой профессии);

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

При этом определение заработка (дохода), утраченного в результате повреждения здоровья, 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. Не учитываются выплаты единовременного характера.

В случае причинения вреда несовершеннолетнему 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;

г) расходы на погребение;

д) другие расходы, предусмотренные п. 3.5 настоящих Правил.

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

12.8. При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступлением события у правоохранительных органов, медицинских учреждений, других учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах наступления события, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события.

12.9. После получения всех необходимых документов и сведений о наступившем событии Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о признании события страховым, страховой выплате или отказе в выплате.

Наступившее событие должно быть признано Страховщиком страховым случаем (установлен факт наступления события и размер убытков) или принято решение о непризнании его страховым случаем в срок не позднее 30-ти календарных дней с момента получения сообщения от Страхователя о наступлении этого события⁷, если в пределах указанного срока Страховщиком получены все необходимые документы для подтверждения факта страхового случая и определения размера убытков или имеется решение суда, вступившее в законную силу (при рассмотрении спора между Страховщиком и Страхователем в судебном порядке).

12.10. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Страхователем и Потерпевшими, а также дополнительно полученных им документов, в течение 15 рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составляет страховой акт (Приложение 6 к настоящим Правилам), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненного вреда, размер страховой выплаты Потерпевшим.

Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Страхователя установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая. В этом случае Страховщиком и Страхователем в течение 10 рабочих дней с момента принятия такого решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами для составления страхового акта)

⁷ Такой момент исчисляется с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем получения Страховщиком телеграммы, факсы, электронного сообщения). Факт получения Страховщиком сообщения от Страхователя регистрируется в журнале учета входящей корреспонденции (информации) специально уполномоченным сотрудниками Страховщика.

составляется документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

12.11. В случае судебного спора размер убытков, причиненных в результате страхового случая, а также судебные издержки определяются на основании вступившего в законную силу решения суда.

12.12. Размер страхового возмещения исчисляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, условиями договора страхования и настоящими Правилами.

12.13. Размер страхового возмещения устанавливается с учетом франшизы, определенной в договоре страхования.

13. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.

13.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в соответствии с договором страхования на основании:

- заявления Страхователя на страховую выплату (Приложение 7 к настоящим Правилам);
- страхового акта;
- письменной претензии к Страхователю со стороны пациента о возмещении причиненного вреда;
- документов, подтверждающих факт страхового случая и размер причиненного пациенту вреда, в соответствии с разделом 12 настоящих Правил;
- документа, удостоверяющего личность потерпевшего лица.

13.2. Страховщик производит страховые выплаты в течение 5-ти банковских дней после подписания страхового акта и согласования со всеми заинтересованными лицами окончательного размера причиненного вреда.

Если страховая выплата не произведена в установленный срок. Страховщик уплачивает получателю страховой выплаты штраф в размере одной трехсотой ставки рефинансирования, установленной Центральным банком РФ на дату просрочки исполнения Страховщиком обязательства по страховой выплате, от суммы страхового возмещения за каждый день просрочки, если иной размер штрафа не предусмотрен договором страхования.

13.3. Выплата страхового возмещения производится Потерпевшим. В случае смерти Потерпевшего - его наследникам.

При отсутствии наследников расходы на погребение возмещаются лицу, понесшему эти расходы, по предъявлении необходимых документов.

Расходы по выяснению обстоятельств страхового случая, уменьшению размера убытков и судебные издержки (если они были включены в объем ответственности Страховщика) возмещаются Страхователю.

Если после определения размера убытков и суммы страхового возмещения по согласованию со Страховщиком Страхователь компенсирует причиненный им вред в требуемом размере, то выплата страхового возмещения производится непосредственно Страхователю после предоставления им Страховщику соответствующих документов.

13.4. Страховщик не освобождается от выплаты страхового обеспечения по договору страхования за причинение вреда жизни и здоровью потерпевшего, даже если вред ему причинен по вине Страхователя (п.2 ст.963 ГК РФ).

13.5. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, в части, касающейся дополнительных расходов и судебных издержек, в случаях, когда Страхователь - физическое лицо (работник Страхователя - юридического лица) совершил умышленное преступление, находящееся в прямой причинной связи со страховым случаем.

13.6. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в сроки, предусмотренные п.12.10 настоящих Правил.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. Споры и разногласия, возникающие между Сторонами и связанные с выполнением Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЙ, ВРАЧЕЙ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

(в % к страховой сумме при сроке страхования 1 год)

Вид ответственности	Размер тарифной ставки, %	Дополнительные расходы (п.3.5.3 Правил)
Гражданская ответственность лечебного учреждения за:		
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной при определении диагноза и проведении курса лечения	1,11	0,06
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной при проведении хирургической операции	1,35	0,07
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной при выборе методов лечения и лекарственных средств	0,41	0,02
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях	0,51	0,03
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной при проведении медицинской экспертизы	0,56	0,03
Гражданская ответственность физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой за:		
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения	1,46	0,07
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции	1,76	0,09
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств	0,56	0,03
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях	0,69	0,03
- причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы	0,75	0,04

Страховщик на основании актуарных (экономических) расчетов применяет повышающие или понижающие коэффициенты к базовым тарифам.