

**СТРАХОВОЕ ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«РЕСО-Гарантия»**

УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом Генерального директора
СПАО «РЕСО-Гарантия» Раковщика Д.Г.
№ 70 от 21 февраля 2020 г.
(действуют с 21 февраля 2020г.)**

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ответственности и расходов на защиту
при осуществлении медицинской деятельности**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск. Страховой случай
5. Исключения из страхования
6. Страховая сумма. Лимиты ответственности
7. Франшиза
8. Страховая премия и страховые тарифы
9. Срок действия, порядок заключения и изменения договора страхования
10. Изменение степени риска
11. Досрочное прекращение действия договора страхования
12. Права и обязанности сторон
13. Действия лиц при наступлении события с признаками страхового случая
14. Определение размера подлежащего возмещению вреда
15. Порядок и условия страховой выплаты
16. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила определяют общие условия, на которых заключается договор страхования риска гражданской ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

1.2. Определения, применяемые в Правилах страхования:

Врач – медицинский работник, который выполняет функции по организации и непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период его наблюдения и лечения.

Врачебная ошибка – допущенное при оказании медицинской деятельности нарушение безопасности оказываемой медицинской услуги, или иной ее недостаток независимо от вины медицинской организации и ее работников, который привел к причинению вреда жизни или здоровья пациента.

Выгодоприобретатель – лицо, в чью пользу заключен договор страхования.

Застрахованная деятельность – конкретные виды медицинской деятельности, оговоренные в договоре страхования, с осуществлением которых связывается страхование риска гражданской ответственности лица, указанного в договоре страхования.

Застрахованное лицо – лицо иное, чем страхователь, риск ответственности которого застрахован по договору страхования, заключенному Страхователем, и на которое такая ответственность может быть возложена по законодательству Российской Федерации.

Договор страхования – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования страховую премию при наступлении страхового случая возместить Выгодоприобретателю вред, причиненный его жизни и здоровью, в пределах определенной договором страховой суммы.

Имущественные требования – письменные претензии лиц, которые понесли вред, адресованные непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу) и направленные на восстановление нарушенных имущественных прав, а также иски в суд в отношении Страхователя (Застрахованного лица).

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата и уровень соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, если такие имеются.

Лимит ответственности – сумма, не превышающая установленную в договоре страхования страховую сумму, в пределах которой по соглашению сторон определяется часть страховой выплаты при определенных обстоятельствах, при определенных видах вреда, либо в отношении определенных лиц и т.д.

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

Медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, которые оказываются медицинскими работниками и имеют самостоятельное законченное значение.

Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Пациент – физическое лицо, получающее медицинские услуги, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи, независимо от

наличия у него заболевания и от его состояния, либо которому оказываются иные виды медицинских услуг.

Расходы на защиту – предварительно согласованные со Страховщиком необходимые и обоснованные расходы и издержки, которые Страхователь и/или Застрахованное лицо понесли или должны понести в обычных условиях делового оборота в целях защиты своих имущественных интересов как в судебном, так и во внесудебном порядке, в том числе включая расходы на рассмотрение споров третейским судом.

Расходы по уменьшению убытков – предварительно согласованные со Страховщиком расходы Страхователя (Застрахованного лица), направленные на уменьшение размера страховой выплаты, в результате наступления страхового случая, вследствие причинения вреда третьим лицам.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается страховщиком при наступлении страхового случая Выгодоприобретателю, а в случаях, предусмотренных договором страхования, страхователю или застрахованному лицу.

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

Страховая премия (страховые взносы) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования. Часть страховой премии считается страховым взносом.

Страховой полис – документ, выданный Страхователю Страховщиком, удостоверяющий факт заключения между ними договора страхования, и содержащий существенные условия такого договора.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату.

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

Франшиза – часть вреда, которая определена договором страхования, которая не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования.

1.3. Договор страхования, заключенный в соответствии с настоящими Правилами, считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред (Выгодоприобретателей).

1.4. По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, Страховщик за обусловленную договором плату (страховую премию), в пределах определенных договором страховых сумм или лимитов, если таковые были установлены, обязуется:

1.4.1. возместить лицу, в пользу которого заключен договор (Выгодоприобретателю), убытки, возникшие вследствие причинения вреда его жизни, здоровью и/или имуществу, при наступлении предусмотренного в договоре страхования события;

1.4.2. возместить Страхователю, в случае если это предусмотрено договором страхования, его расходы, связанные с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходы по уменьшению убытков, а также расходы на защиту своих имущественных интересов.

1.5. По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица (Застрахованного лица), на которое такая ответственность может быть возложена. Лицо, риск ответственности которого застрахован (Застрахованное лицо) должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре страхования не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя.

1.6. К Застрахованному лицу, указанному в договоре страхования, в равной степени применяются все положения настоящих Правил, касающиеся Страхователя.

1.7. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования, удостоверяется соответствующей записью в договоре страхования или страховом полисе.

1.8. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между условиями договора страхования и настоящими Правилами, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.9. Страховщик обязуется не разглашать полученные им в результате своей деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице) и его имущественном положении.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Страховое публичное акционерное общество «РЕСО-Гарантия» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и имеющая лицензию на осуществление страховой деятельности.

2.2. Страхователь – лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования. Страхователями по договорам страхования, заключаемым по настоящим Правилам могут быть:

2.2.1. Медицинские организации – юридические лица, непосредственно осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии;

2.2.2. Частнопрактикующие врачи – физические лица, которые являются индивидуальными предпринимателями, непосредственно осуществляющими медицинскую деятельность на основании лицензии.

2.2.3. Лечебно–профилактические учреждения – осуществляющие лечение и профилактику заболеваний с использованием природных факторов в сочетании с лечебной физкультурой, физиотерапией и рациональным питанием (диетой) при соблюдении определённого режима лечения и отдыха (реабилитационные центры, санатории и т.д.);

2.2.4. Профессиональные объединения медицинских работников и медицинских организаций в отношении своих членов;

2.2.5. Работники медицинских организаций – по требованию профессионального объединения, членом которого они являются в соответствии со своей специализацией и квалификацией или на ином законном основании.

2.3. Выгодоприобретателями по настоящим Правилам признаются:

2.3.1. пациенты Страхователя (Застрахованного лица);

2.3.2. законные представители недееспособных или частично дееспособных пациентов (родители, усыновители, опекуны, попечители);

2.3.3. лица, которые в случае смерти пациента Страхователя (Застрахованного лица), имеют в соответствии с действующим законодательством право на возмещение вреда в связи с утратой кормильца.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

СЕКЦИЯ 1:

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с риском ответственности Страхователя (Застрахованного лица) по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц (пациентов), в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица) при осуществлении медицинской деятельности в соответствии с действующей лицензией.

3.2. Под ошибочными действиями (бездействием), если иное не предусмотрено договором страхования, понимаются случаи нарушения безопасности оказываемой пациенту медицинской услуги, или иной ее недостаток, что привело к причинению вреда жизни и здоровью пациента, в частности это:

3.2.1. постановка неправильного диагноза основного и/или сопутствующего заболевания, а также возникновение осложнений вследствие этого;

3.2.2. неправильное назначение и проведение курса медикаментозного лечения;

3.2.3. ошибочное назначение и проведение медицинских манипуляций и диагностических процедур;

3.2.4. нарушение безопасности или иные недостатки проведения проведения медицинских манипуляций, диагностических процедур, оперативных вмешательств;

3.2.5. нарушение безопасности или иные недостатки, связанные с неправильным использованием медицинской техники, включая применение медицинской техники и инструментов, имеющих скрытые недостатки;

3.2.6. неправильное установление продолжительности курса лечения, а также преждевременное прекращение лечения, включая преждевременную выписку из стационара, преждевременное закрытие больничных листов, если это не связано с нарушением пациентом режима лечения;

3.2.7. возникновение осложнений, вызванных оперативным вмешательством;

3.2.8. случайное инфицирование пациента возбудителями вирусных заболеваний (в том числе ВИЧ, вирусным гепатитом и др.) при переливании крови, внутривенном вливании, проведении других медицинских манипуляций, процедур, оперативных вмешательств.

3.3. Если Страхователем является медицинская организация застрахованным является как риск ответственности Страхователя за действия (бездействие) своих работников, так и риск ответственности его штатных медицинских работников (Застрахованных лиц) в случаях, когда такая ответственность может быть возложена на них, за исключением случаев, когда они осуществляли медицинскую деятельность частным образом.

3.4. По договору страхования, заключенному медицинской организацией, может быть застрахован риск ответственности всех работающих в ней медицинских работников, либо риск ответственности определенной категории медицинских работников, либо риск ответственности каждого медицинского работника персонально.

СЕКЦИЯ 2:

3.5. По соглашению сторон объектом страхования могут также являться имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с возникновением:

3.5.1. расходов, которые он вынужден произвести в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам,

3.5.2. расходов по уменьшению убытков,

3.5.3. расходов на защиту своих имущественных интересов.

3.6. Период (продолжительность) осуществления застрахованной деятельности, который охватывается страхованием, оговаривается договором страхования.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховыми рисками по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, могут быть следующие события, произошедшие в течение срока, установленного договором страхования, и обладающие признаками вероятности и случайности наступления:

4.1.1. В рамках СЕКЦИИ 1: – предъявление Страхователю (Застрахованному лицу) со стороны третьих лиц законных и обоснованных имущественных требований (претензий, исков) о возмещении причиненного им вреда при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности,

4.1.2. В рамках СЕКЦИИ 2: – возникновение у Страхователя (Застрахованного лица) расходов в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, а также расходов на защиту своих имущественных интересов.

4.2. Страховыми случаями могут являться:

4.2.1. В рамках СЕКЦИИ 1: – установленный вступившим в законную силу решением суда, либо мировым соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом) и Выгодоприобретателем, заключенным с письменного согласия Страховщика, или признанный Страховщиком факт обязанности Страхователя (Застрахованного лица) во внесудебном порядке законности возместить вред, причиненный жизни и здоровью пациентов, а также вред иным третьим лицам, в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица) при осуществлении застрахованной деятельности.

4.2.2. В рамках СЕКЦИИ 2: – факт несения Страхователем (Застрахованным лицом) предварительно согласованных со Страховщиком расходов, оговоренных договором страхования.

4.3. Страховой случай в рамках СЕКЦИИ 1 имеет место при совокупности следующих условий (если иное не предусмотрено конкретным Договором страхования):

4.3.1. Основания, в связи с которыми Страхователю (Застрахованному лицу) предъявлены имущественные требования, не относятся ни к одному из исключений из страхования, перечисленных в настоящих Правилах или договоре страхования;

4.3.2. Действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), ставшие причиной возникновения вреда жизни или здоровью пациента, были допущены им в период, который определен договором страхования;

4.3.3. О возникновении обстоятельств, которые стали основанием предъявления требований о возмещении вреда жизни или здоровью пациента, Страхователю (Застрахованному лицу) впервые стало известно в течение срока действия договора страхования, а сами требования предъявлены Страхователю (Застрахованному лицу) в течение срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации, но не позднее трех лет с момента окончания договора страхования;

4.3.4. Размер сумм, подлежащих возмещению установлен вступившим в законную силу решением судебных органов либо если размер вреда, истребуемый к возмещению со Страхователя (Застрахованного лица), а также законность и обоснованность требований, подтверждаются документально и не требуют судебного разбирательства (не вызывают споров);

4.3.5. Отсутствуют основания, чтобы считать, что ущерб причинен вследствие умысла, мошеннических, корыстных или иных намеренных действий Страхователя или третьих лиц, либо основания считать, что ущерб возник вследствие действия непреодолимой силы;

4.3.6. Требование о возмещении вреда заявлено на территории Российской Федерации и/или рассматривается в соответствии с юрисдикцией Российской Федерации, если иное не установлено договором страхования;

4.3.7. Возникновение вреда жизни или здоровью пациента находится в прямой причинно-следственной связи с конкретным непреднамеренным ошибочным действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) в ходе осуществления застрахованной деятельности, предусмотренной договором страхования.

4.4. Случай причинения вреда одновременно (или последовательно) нескольким третьим лицам в результате одних тех же обстоятельств, вызванных одной и той же причиной, рассматривается как один страховой случай в рамках СЕКЦИИ 1.

4.5. По соглашению Сторон в договор страхования также может быть включено условие о возмещении морального вреда.

4.6. Страховой случай в рамках СЕКЦИИ 2 имеет место при совокупности следующих условий (если иное не предусмотрено конкретным Договором страхования):

4.6.1. Основания возникновения и необходимость несения расходов не относятся ни к одному из исключений из страхования, перечисленных в настоящих Правилах или договоре страхования;

4.6.2. Расходы связаны с предъявлением Страхователю (Застрахованному лицу) имущественных требований вследствие причинения вреда третьим лицам в соответствии с п.4.1.1. настоящих Правил, их оспариванием или обжалованием, либо связаны с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя (Застрахованного лица) в результате неправомерных действий третьих лиц или доказывания обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

4.6.3. Обстоятельства, которые стали основанием предъявления имущественных требований Страхователю (Застрахованному лицу) связаны с его действиями, допущенными в течение срока, оговоренного договором страхования, либо если обстоятельства непреодолимой силы наступили в течение срока действия Договора;

4.6.4. Страхование конкретного вида расходов предусмотрено договором страхования;

4.6.5. Необходимость произвести расходы была предварительно письменно согласована Страховщиком либо если расходы произведены (должны быть произведены) по письменному указанию Страховщика;

4.6.6. Расходы были фактически понесены или в сложившихся обстоятельствах с неизбежностью должны быть понесены;

4.6.7. Размер расходов и обоснованность их несения подтверждаются документально и не вызывают споров.

4.7. Страхователь и Страховщик вправе в договоре страхования установить набор страховых рисков по своему усмотрению как полностью, так и в любой их части. При этом страхование по конкретному договору страхования действует только в отношении тех страховых рисков (и соответствующих им страховых случаев), и в той их части, как это установлено договором страхования.

4.8. Страховщик вправе, но не обязан, при признании факта страхового случая в соответствии с п.4.1.2. настоящих Правил, по своему усмотрению возместить Страхователю (Застрахованному лицу) расходы в целях защиты своих прав и законных интересов, которые были произведены им без предварительного письменного согласования по требованию суда (судьи) в ходе судебного разбирательства, или в иных случаях - расходы, которые при обычных условиях делового оборота, были бы возмещены Страховщиком.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Действие договора страхования, заключенного в соответствии с настоящими Правилами не распространяется на случаи:

5.1.1. Умышленных, мошеннических, корыстных или иных намеренных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, состоящих с ним в трудовых отношениях, приведшие к причинению вреда пациенту (пациентам);

5.1.2. Оказания Страхователем (Застрахованным лицом) медицинских услуг, не предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также в период приостановления действия, прекращения или отзыва лицензии;

5.1.3. Оказания медицинских услуг Страхователем (Застрахованным лицом), не имеющим должной квалификации, подтвержденной соответствующими документами об образовании и профессиональной подготовке;

5.1.4. Оказания медицинских услуг работниками Страхователя, не указанными в договоре страхования в качестве Застрахованных лиц;

5.1.5. Оказания медицинских услуг Страхователем (Застрахованным лицом), находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.1.6. Оказания услуг (помощи) в области генной медицины;

5.1.7. Оказания услуг (помощи) по искусственному оплодотворению;

5.1.8. Оказания услуг по преждевременному прерыванию беременности;

5.1.9. Связанные с проведением специальных процедур по коррекции веса пациента, а также с назначением и применением препаратов для коррекции веса;

5.1.10. Связанные с применением гомеопатических методов лечения, назначением и применением гомеопатических препаратов;

5.1.11. Связанные с применением методов иглорефлексотерапии и иных нетрадиционных методов лечения;

5.1.12. Связанные с непосредственным участием пациента в клинических испытаниях лекарственных препаратов;

5.1.13. Связанные с возникновением осложнений при трансплантации и имплантации органов, тканей, материалов (в том числе отторжения органов, тканей, материалов), обусловленные неприживаемостью, а не ошибочными действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица), если страхование данного вида медицинской деятельности было предусмотрено договором страхования;

5.1.14. Связанные с использованием Страхователем (Застрахованным лицом) медицинского оборудования, имеющего недостатки (дефекты), о которых было известно Страхователю (Застрахованному лицу);

5.1.15. Связанные с ненадлежащим обеспечением радиационной безопасности используемого в диагностических, профилактических и терапевтических целях рентгенологического оборудования, в том числе вследствие несоответствия эксплуатационных параметров оборудования заявленным в технической документации;

5.1.16. Непосредственно связанные с действиями (бездействием) самого пациента (его законного представителя), приведшими к ухудшению состояния его здоровья, в том числе вследствие невыполнения предписаний и рекомендаций лечащего врача, несоблюдения режима медицинского учреждения и т.п.;

5.1.17. Связанные с утратой или разглашением Страхователем любой информации, содержащей персональные данные пациентов, а также любых сведений о факте обращения пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, и иных сведений, полученных при его

медицинском обследовании и лечении, в т.ч. относящиеся в накопленной на электронных (магнитных) носителях, или баз данных;

5.1.18. Связанные с любыми требованиями, заявленными Застрахованными лицами друг к другу и/или Страхователю (или Страхователем).

5.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, его действие также не распространяется на случаи предъявления требований в части возмещения:

5.2.1. Морального вреда;

5.2.2. Вреда жизни или здоровью пациента действием (бездействием) медицинских работников, привлеченных Страхователем (Застрахованным лицом) к оказанию медицинских услуг на условиях гражданско-правового договора;

5.2.3. Вреда жизни или здоровью при оказании акушерской помощи и родовспоможении;

5.2.4. Вреда жизни или здоровью при осуществлении деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) и имплантацией органов, тканей, материалов;

5.2.5. Вреда жизни или здоровью при осуществлении деятельности в области косметической и пластической хирургии, а также косметической терапии;

5.2.6. Вреда жизни или здоровью при осуществлении деятельности в области диетологии;

5.2.7. Вреда жизни или здоровью при проведении мануальной терапии;

5.2.8. Вреда жизни или здоровью при осуществлении деятельности, связанной с обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

5.2.9. Вреда жизни или здоровью пациентов, являющимися штатными работниками Страхователя (Застрахованного лица), если Страхователем (Застрахованным лицом) является медицинская организация, и он оказывал медицинские услуги своим работникам;

5.2.10. Вреда жизни или здоровью пациентов, являющимися членами семьи и родственниками Страхователя (Застрахованного лица), если Страхователем (Застрахованным лицом) является частнопрактикующий врач, и он оказывал медицинские услуги членам своей семьи или своим родственникам.

5.3. По настоящим Правилам не признается страховым случаем (страховым риском) возникновение обязанности Страхователя (Застрахованного лица) возместить суммы в части требований (претензии, иски):

5.3.1. По уплате штрафов, неустоек и процентов, вытекающих из неисполнения или ненадлежащего исполнения договора, заключенного между Страхователем (Застрахованным лицом) и пациентом на оказание медицинских услуг;

5.3.2. Вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем договорных обязательств по договору оказания платных медицинских услуг, заключенного между Страхователем и пациентом (законным представителем пациента), в том числе - требований по возврату платы, и/или иных платежей вытекающих из такого договора;

5.3.3. Непосредственно связанных с отказом пациента (его законного представителя) от медицинского вмешательства, оформленного документально, если это привело к повышению степени тяжести вреда здоровью пациента;

5.3.4. Непосредственно связанных с использованием Страхователем (Застрахованным лицом) в процессе лечения пациента медикаментов с истекшим сроком годности, или с иными недостатками, о которых было известно Страхователю (Застрахованному лицу), либо в результате использования контрафактных лекарственных препаратов;

5.3.5. Связанных с инфицированием пациента при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови, а Страхователю (Застрахованному лицу) было известно об этом;

5.3.6. По возмещению вреда жизни или здоровью пациентов, о проявлении первых признаков которого Страхователю (Застрахованному лицу) на момент заключения (продления) договора страхования было известно, а также проявление признаков которого Страхователь (Застрахованное лицо) на момент заключения (продления) договора страхования мог ожидать, располагая информацией об обстоятельствах, которые стали основанием для предъявления требований Страхователю (Застрахованному лицу).

5.4. В части СЕКЦИИ 2, если иное не предусмотрено Договором страхования, расходы в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) имущественных требований, а также расходы на защиту Страхователем (Застрахованным лицом) своих имущественных интересов не включают в себя:

- 5.4.1. любые внутренние операционные расходы, в том числе, возникшие из-за перерасчета затраченного работниками Страхователя времени и/или стоимости этого времени;
- 5.4.2. любые доплаты за сверхурочные и срочные работы и поручения;
- 5.4.3. суточные командировочные расходы работников Страхователя, сверх предельных размеров суточных, которые не облагаются налогом на доходы физических лиц;
- 5.4.4. расходы на оплату проезда транспортом общего пользования, но с повышенным классом обслуживания.

5.5. Страховщик освобождается от исполнения обязательств по договору страхования в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, которые не зависят от воли и желания Страхователя и относятся к явлениям, не связанным с его деятельностью (форс-мажор). К подобным обстоятельствам относятся:

- 5.5.1. Воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 5.5.2. Военные действия, а также маневры или иные военные мероприятия;
- 5.5.3. Гражданская война, народные волнения всякого рода или забастовки;
- 5.5.4. Стихийные бедствия и природные катастрофы, массовые эпидемии;
- 5.5.5. Незаконные действия (бездействие) государственных органов, органов местного самоуправления, а также их должностных лиц;
- 5.5.6. Непредвиденные отключения электроэнергии, теплоснабжения, водоснабжения во время оказания медицинской помощи, проведения медицинского вмешательства или медицинских процедур.
- 5.5.7. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные обстоятельства непреодолимой силы.

5.6. По соглашению Сторон договором страхования могут быть установлены иные исключения из страхования с учетом конкретных обстоятельств осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ

6.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем, а в случаях предусмотренных законодательством страховая сумма не может быть меньше минимального размера, установленного законодательными актами.

6.2. В случае заключения договора страхования в рамках СЕКЦИИ 1 и СЕКЦИИ 2 одновременно, страховые суммы устанавливаются отдельно по каждой из секций. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон страховые суммы могут быть установлены в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование в валютном эквиваленте).

6.3. В пределах страховых сумм в конкретном договоре страхования по соглашению сторон могут устанавливаться лимиты возмещения, ограничивающие размер страховых выплат в определенных случаях, предусмотренных договором страхования:

6.3.1. Агрегатный лимит – максимальная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить в качестве страхового возмещения за весь срок действия договора страхования, независимо от количества страховых случаев;

6.3.2. Лимит на один страховой случай – максимальная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить в качестве страхового возмещения в результате наступления одного страхового случая, независимо от числа требований (претензий, исков) и их размера (суммы);

6.3.3. Лимит на одного Выгодоприобретателя – максимальная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить в качестве страхового возмещения одному Выгодоприобретателю, в результате наступления одного или каждого страхового случая;

6.3.4. Лимит на одно требование – максимальная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить в качестве страхового возмещения при урегулировании по одного требования (претензии, иску), независимо от числа Выгодоприобретателей (истцов), размера (суммы) их требований, в результате наступления одного или каждого страхового случая;

6.3.5. Лимит по возмещению расходов на погребение умершего пациента Страхователя (Застрахованного лица), если иное не предусмотрено договором страхования, составляет 25 тысяч рублей на погребение каждого пациента;

6.3.6. По соглашению сторон могут быть установлены иные лимиты, в том числе при включении в договор страхования условия о компенсации морального вреда, а также в части возмещении отдельных видов расходов Страхователя (Застрахованного лица) в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим

лицам, расходов по уменьшению убытков, а также расходов на защиту своих имущественных интересов.

6.4. После выплаты страхового возмещения в сумме меньшей, чем страховая сумма, установленная договором страхования, действие договора продолжается, при этом страховая сумма и соответствующий лимит уменьшаются на размер страховой выплаты. При страховании в валютном эквиваленте страховая сумма и соответствующий лимит ответственности уменьшаются на величину равную отношению выплаченного возмещения к курсу валюты, в которой установлена страховая сумма, установленному Центральным Банком Российской Федерации по отношению к рублю.

6.5. В период действия договора страхования Страхователь может увеличить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или в ее пределах лимиты ответственности, при условии оплаты дополнительной страховой премии, рассчитанной Страховщиком.

7. ФРАНШИЗА

7.1. В договоре страхования, как в целом, так и в рамках отдельных секций, может быть установлена франшиза.

7.2. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы, лимита, размера причиненного вреда или в фиксированном размере, определяет долю вреда, подлежащую возмещению по условиям договора страхования, которую Страхователь (Застрахованное лицо) возмещает самостоятельно, или долю расходов Страхователя (Застрахованного лица), которая не подлежит возмещению Страховщиком.

7.3. По соглашению сторон франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения сумм, не превышающих размер франшизы, однако возмещает их полностью в случае, если сумма, подлежащая выплате, превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между суммой, подлежащей выплате и размером франшизы).

7.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7.5. Вид франшизы, ее размер и условия ее применения определяются по соглашению сторон и оговариваются в договоре страхования.

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

8.1. Размер страховой премии по конкретному договору страхования определяется как произведение страховой суммы и страхового тарифа. В случае заключения договора страхования в рамках СЕКЦИИ 1 и СЕКЦИИ 2 одновременно, страховые премии определяются по каждой из секций отдельно.

8.2. Страховой тариф по конкретному договору страхования по каждой из секций определяется по соглашению сторон, исходя из обстоятельств осуществления застрахованной деятельности Страхователем (Застрахованным лицом), о которых Страхователь уведомил Страховщика.

8.3. При определении размера страховой премии по договору страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы с учетом повышающих или понижающих коэффициентов к ним, исходя из оценки степени страхового риска.

8.4. Порядок и форма уплаты страховой премии определяется договором страхования. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

8.5. При заключении договора страхования Страхователю по согласованию со Страховщиком может быть предоставлена возможность уплаты страховой премии в рассрочку. Размеры страховых взносов и сроки их уплаты определяются договором страхования.

8.6. Датой уплаты страховой премии считается день, следующий за днем уплаты страховой премии наличными деньгами Страховщику, или следующий за днем зачисления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

8.7. В случае ненадлежащего исполнения Страхователем обязательств по уплате страховой премии, Страховщик письменно, в течение 10 рабочих дней с момента истечения срока уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) информирует Страхователя о факте просрочки уплаты или о факте уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 9.1. Договор страхования заключается на срок не менее одного года.
- 9.2. Заключение договора между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме (Приложение 1 к настоящим Правилам) путем согласования существенных условий, а также прав и обязанностей сторон, и/или вручения Страхователю страхового полиса, подписанного сторонами (Приложение 2 к настоящим Правилам).
- 9.3. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя, поданного Страховщику по форме установленной Страховщиком (Приложение 3 к настоящим Правилам), в котором сообщает следующее:
- 9.3.1. свое полное наименование, юридический адрес, банковские реквизиты, контактные телефоны (если Страхователем является юридическое лицо) либо фамилию, имя, отчество, паспортные данные, адрес постоянного места жительства (регистрации) и контактный телефон (если Страхователем является физическое лицо);
- 9.3.2. аналогичные сведения о Застрахованном лице, если предполагается, что должен быть застрахован риск гражданской ответственности иного лица, чем Страхователь;
- 9.3.3. сведения, характеризующие обстоятельства осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности, и позволяющие Страховщику определить степень страхового риска;
- 9.3.4. сведения о предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) за последние три года имущественных требованиях (претензиях, исках), с указанием их размера, и причин предъявления, в связи с осуществлением тех видов деятельности, в отношении которых предполагается страхование;
- 9.3.5. иные сведения, которые запрашиваются Страховщиком в заявлении на страхование.
- 9.4. Страховщик вправе потребовать от Страхователя представить вместе с заявлением на страхование следующие документы (или их копии):
- 9.4.1. документы, подтверждающие право и пределы осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) деятельности, в отношении которой предполагается страхование;
- 9.4.2. иные документы, подтверждающие соответствующий опыт и профессиональную квалификацию Страхователя (Застрахованного лица).
- 9.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного вреда от его наступления (страхового риска). При этом существенными признаются обстоятельства, указанные в заявлении на страхование, а также дополнительно оговоренные в договоре страхования (страховом полисе).
- 9.6. По требованию Страховщика Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора страхования, обязан предоставить все необходимые документы или иную письменную информацию, подтверждающие наличие имущественного интереса в страховании.
- 9.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного вреда 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.
- 9.8. Договор страхования, если не установлено иное, вступает в силу:
- 9.8.1. При уплате страховой премии путем безналичных расчетов – с 00 часов дня, следующего за днём зачисления страховой премии (или ее первого взноса, если оплата производится в рассрочку) расчетный счет Страховщика в размере, указанном в договоре страхования.
- 9.8.2. При уплате страховой премии наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (или ее первого взноса, если оплата производится в рассрочку) в размере, указанном в договоре страхования, в кассу Страховщика или его представителю.
- 9.9. Договор страхования признается неуступившим в силу, если страховая премия (или ее первого взноса, если оплата производится в рассрочку) оплачена в размере, меньшем, чем это предусмотрено договором страхования.
- 9.10. При уплате (или доплате) Страхователем страховой премии в размере, указанном в договоре страхования, договор страхования вступает в силу в соответствии с общими условиями, предусмотренными настоящими Правилами.

9.11. При указании в договоре страхования ссылки на настоящие правила, условия, содержащиеся в настоящих Правилах не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя.

9.12. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил, без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного данными Правилами страхования.

9.13. Изменение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

9.14. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются исключительно в письменной форме, путем заключения дополнительного соглашения за подписью обеих сторон. Момент вступления дополнительного соглашения в силу определяется по соглашению сторон.

9.15. Основанием для внесения изменений в договор страхования является письменное заявление одной из сторон, в адрес другой стороны договора страхования. Страхователь может подать заявление в свободной форме или по образцу, разработанному Страховщиком.

9.16. Изменения в договор страхования могут быть внесены не ранее даты получения одной из сторон договора страхования соответствующего заявления от другой стороны.

9.17. Сторона договора страхования, получившая заявление на внесение изменений в договор страхования, вправе запросить у другой стороны документы, подтверждающие основания для внесения изменений.

9.18. Если внесение изменений в договор страхования требует доплаты страховой премии, размер дополнительной страховой премии определяется как произведение разницы страховой премии, рассчитанной по новым условиям, и страховой премии, установленной в действующем договоре страхования, на отношение не истекшего срока действия договора страхования на день внесения изменений к общему сроку действия договора страхования, исчисленного в днях.

9.19. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения в порядке и по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

9.20. Вся необходимая информация по договору страхования предоставляется сторонами, только в письменном виде, по адресам, указанным в договоре страхования.

9.21. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя в соответствии с настоящими Правилами страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

9.21.1. уведомление в письменном виде передано Страхователю (Застрахованному лицу), Выгодоприобретателю на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Застрахованным лицом), Выгодоприобретателем;

9.21.2. уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Застрахованным лицом), Выгодоприобретателем;

9.21.3. уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Застрахованным лицом), Выгодоприобретателем или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

9.21.4. уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованное лицо), выгодоприобретатель проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

9.22. В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному лицу), Выгодоприобретателю по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

9.23. Страховщик в праве отказать в заключении договора страхования без объяснения причин отказа в заключении договора страхования.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно (либо в срок, установленный договором страхования) письменно уведомить Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, указанных в заявлении на страхование. Случаи, когда эти изменения могут признаваться значительными, т.е. существенно влияющими на увеличение страхового риска, должны быть установлены в договоре страхования.

10.2. В договоре страхования могут быть установлены дополнительные существенные обстоятельства, об изменении которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно уведомлять Страховщика, а также обстоятельства, влияющие на степень риска, не требующие уведомления.

10.3. При получении информации об изменениях в обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь не согласится на новые условия или откажется от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

10.4. При неисполнении Страхователем обязанности уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска, последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения вреда в порядке, определенном гражданским законодательством Российской Федерации. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали.

11. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие договора страхования досрочно прекращается в следующих случаях:

11.1.1. При выплате страхового возмещения в размере страховой суммы – с 00 часов дня, следующего за днем, списания средств с расчетного счета Страховщика либо выплаты из кассы Страховщика.

11.1.2. При неуплате Страхователем очередного взноса в счет страховой премии в установленный договором срок – с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в договоре, как последний день для такой оплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

11.1.3. При расторжении договора по инициативе хотя бы одной из сторон – с 00 часов дня, указанного в письменном извещении о расторжении, как дата расторжения договора. Порядок расторжения договора по инициативе одной из сторон определяется гражданским законодательством Российской Федерации.

11.1.4. При ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства или замены Страхователя – с 00 часов дня, следующего за днем ликвидации юридического лица, либо с момента смерти физического лица соответственно.

11.1.5. При аннулировании, прекращении действия, отзыва, признании уполномоченными органами недействительными или лишения по решению суда лицензии или других документов, подтверждающих право Страхователя (Застрахованного лица) осуществлять деятельность, в отношении которой предусмотрено страхование – с момента принятия соответствующего решения уполномоченным органом или вступления в законную силу соответствующего решения суда.

11.1.6. При ликвидации Страховщика – в порядке, установленном действующим законодательством.

11.2. 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.

11.2.1. К таким обстоятельствам, в частности, относятся прекращение Страхователем (Застрахованным лицом) в установленном порядке определенной деятельности, если застрахован был риск гражданской ответственности, связанный с осуществлением этой деятельности.

11.2.2. 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.

11.3. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, в том числе зарегистрированным в качестве индивидуального предпринимателя, от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

11.3.1. уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее по тексту - до даты начала действия страхования).

11.3.2. часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

11.4. Для целей реализации пункта 11.3 настоящих Правил Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее пяти рабочих дней со дня заключения Договора.

11.5. Для целей реализации пункта 11.3 настоящих Правил возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

11.6. В случае противоречия положений пункта 11.3 настоящих Правил иным положениям настоящих Правил, положения пункта 11.3 имеют преимущественную силу.

11.7. В иных случаях, кроме предусмотренных пунктом 11.3 настоящих Правил, 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. В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. При этом о намерении досрочного прекращения договора Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика не менее чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

11.8. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страховщика, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, или в следующих случаях, если это предусмотрено условиями договора страхования:

11.8.1. Сообщения Страховщику недостоверных сведений по обстоятельствам страхования, влияющих на увеличение степени риска.

11.8.2. Нарушения Страхователем обязанностей, предусмотренных договором страхования или настоящими Правилами.

11.8.3. Если Страховщиком будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) систематически нарушает требования, регламентирующие порядок и условия обеспечения качества медицинской помощи, включая обеспечение уровня соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, если такие имеются.

11.9. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страховщика:

11.9.1. Страховщик уведомляет Страхователя о своем намерении не менее чем за пять рабочих дней до предполагаемой даты досрочного расторжения договора страхования, если иное не установлено договором страхования.

11.9.2. Страховщик не несет ответственность по случаям, произошедшим в период, начиная со дня получения Страхователем уведомления о досрочном расторжении договора, до даты, отмеченной как дата расторжения договора.

11.9.3. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию пропорционально оставшемуся периоду действия договора, за вычетом всех понесенных расходов и отчислений в соответствии со структурой тарифной ставки.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик имеет право:

12.1.1. Проверять получаемую от Страхователя информацию и выполнение Страхователем условий договора страхования.

12.1.2. При изменении степени риска потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной премии.

12.1.3. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

12.1.4. Требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию, документы и письменные разъяснения, необходимые для установления обстоятельств, с которыми связано предъявление требований со стороны третьих лиц, в том числе, обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью пациентов, для установления признаков страхового случая, для определения размера вреда и размера страховой выплаты, включая сведения, составляющие врачебную тайну.

12.1.5. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства причинения Страхователем (Застрахованным лицом) вреда жизни и здоровью пациентов, и при необходимости направлять запросы в соответствующие компетентные органы и другие организации, для получения разъяснений.

12.1.6. Оспорить размер имущественных требований, предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу), и/или обоснованность расходов Страхователя, в установленном законом порядке.

12.1.7. Отсрочить принятие решения о страховой выплате, если в отношении Страхователя (Застрахованного лица) по факту причинения вреда возбуждено уголовное дело либо дело об административном правонарушении – до завершения расследования дела и вынесения окончательного решения.

12.1.8. Отказать в страховой выплате с мотивированным обоснованием причин отказа, представленным Страхователю в письменной форме.

12.2. Страховщик обязан:

12.2.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования, и вручить ему экземпляр Правил.

12.2.2. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

12.2.3. По запросу Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить или разъяснить положения разделов 9, 10 и 11 настоящих Правил.

12.2.4. Обеспечить конфиденциальность в отношении полученной от Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя информации.

12.2.5. При наступлении страхового случая осуществить страховую выплату, на установленных договором страхования условиях.

12.3. Порядок действий, права и обязанности Страховщика после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, установлены в разделе 13 настоящих Правил.

12.4. Страхователь имеет право:

12.4.1. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

12.4.2. Вносить предложения о внесении изменений в договор страхования.

12.4.3. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной.

12.4.4. Получить от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договоре страхования, а также иной информации, касающейся осуществления страхования, в том числе по расчетам страховой премии, изменению условий договора страхования, по расчетам страховой выплаты и иным условиям.

12.4.5. Передать права и обязанности по договору страхования другому заинтересованному лицу с согласия Страховщика.

12.4.6. Самостоятельно урегулировать имущественные требования в пределах размера франшизы, установленной договором страхования.

12.4.7. За свой счет пригласить экспертов, адвокатов (представителей) в целях защиты своих интересов в связи с причинением вреда жизни или здоровью своих пациентов, установлением обстоятельств причинения вреда и размера вреда.

12.5. Страхователь обязан:

12.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также обо всех заключенных или

заключаемых договорах страхования в отношении одного и того же объекта страхования и/или одних и тех же рисков.

12.5.2. Соблюдать требования, регламентирующие порядок и условия обеспечения качества медицинской помощи, включая обеспечение уровня соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, если такие имеются, а также соблюдать общепринятые правила и принципы профессиональной этики.

12.5.3. Уплатить страховую премию в размере и в сроки, установленные договором страхования.

12.5.4. 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.

12.5.5. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

12.6. Порядок действий, права и обязанности Страхователя при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, установлены в разделе 13 настоящих Правил.

12.7. Договором страхования могут быть дополнительно предусмотрены иные права и обязанности сторон с учетом характера объекта страхования.

13. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

13.1. При возникновении каких-либо обстоятельств, свидетельствующих о возможности квалифицировать действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), как ошибочные, или возникновении иных обстоятельств, которые могут в дальнейшем стать основанием для предъявления имущественных требований, Страхователь обязан:

13.1.1. Письменно, в течение трех рабочих дней (если иное не предусмотрено договором страхования) с того момента, как стало известно о возникновении таких обстоятельств, уведомить Страховщика о возникновении таких обстоятельств. Уведомление должно содержать в наиболее полном объеме следующую информацию:

а) каким образом Страхователю впервые стало известно о возможном причинении вреда пациентам или почему он предполагает, что ему могут быть предъявлены требования;

б) характер возникших обстоятельств и предполагаемых ошибочных действий (бездействия) Застрахованных лиц;

в) с оказанием каких медицинских услуг, и кому связано возможное предъявление требований, в какой период они оказывались, в каком объеме и на какой основе;

г) характер предполагаемых последствий и предполагаемый размер вреда;

д) наименование лиц, вовлеченных в разбирательство, включая Застрахованных лиц и потенциальных истцов.

13.1.2. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможный вред, а также меры для доказательства отсутствия врачебной ошибки, правильности действий (решений) конкретных медицинских работников и для отклонения неправомерных требований. Принимая такие меры, Страхователь должен следовать указаниям Страховщика, если они сообщены Страхователю.

13.1.3. Направить Страховщику копии документов, которые могут иметь отношение к возникшим обстоятельствам.

13.1.4. В кратчайшие сроки представить на согласование Страховщику возможный план мер, разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах, позволяющих исключить возможность предъявления имущественных требований или уменьшить размер возможных требований, а также отклонить неправомерные требования.

13.1.5. При наличии обстоятельств, подтверждающих отсутствие врачебной ошибки, представить Страховщику документальное подтверждение этих обстоятельств.

13.1.6. В течение сроков исковой давности сохранять неизменными (без исправлений) все материалы, записи, документы, а при возможности и предметы (медикаменты, включая их упаковку, содержащую маркировку), которые каким-либо образом могут быть связаны с предъявлением имущественных требований пациентом, или которые позволяют судить об обстоятельствах, характере и размерах причиненного вреда.

13.2. Страховщик после получения от Страхователя (Застрахованного лица) уведомления о возникновении обстоятельств, связанных с причинением вреда жизни или здоровью своих пациента (в том числе возможном), осуществляет по необходимости следующие действия:

13.2.1. Запрашивает у Страхователя (Застрахованного лица) информацию, касающуюся уточнения возникших обстоятельств, в т.ч. – подтверждающую или отклоняющие признаки врачебной ошибки.

13.2.2. Определяет по согласованию со Страхователем (Застрахованным лицом) круг и количество потенциальных Выгодоприобретателей.

13.2.3. Разъясняет Страхователю (Застрахованному лицу), а если это необходимо и пострадавшим, кем и какими документами, исходя из конкретных обстоятельств, может быть подтвержден факт и причины возникновения вреда, причинно-следственную связь между действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) и возникновением вреда жизни и здоровью пациентов, и размер причиненных убытков.

13.2.4. Согласовывает со Страхователем (Застрахованным лицом) возможный план мероприятий, разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах, по урегулированию возможных требований, а также позволяющих отклонить требования или уменьшить их размер.

13.2.5. Определяет возможность привлечения сторонних экспертов (специалистов) для исследования обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью пациентов и определения его размера.

13.3. При предъявлении имущественных претензий Страхователю (Застрахованному лицу) или подачи против него иска в суд, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

13.3.1. Письменно, в течение суток (исключая выходные и праздничные дни), если иное не предусмотрено договором страхования, уведомить Страховщика об этом.

13.3.2. Направить Страховщику копии всех полученных требований, уведомлений, повесток и иных юридически значимых документов, полученных в обоснование претензии (иска), и позволяющих судить о причинах предъявления требований, характере и размерах вреда, причиненного жизни и здоровью пациентов.

13.3.3. Оказывать Страховщику содействие в проведении расследования, в урегулировании, в судебной и внесудебной защите.

13.3.4. По запросу Страховщика выдать ему доверенность на представление интересов во всех органах и организациях в целях выяснения обстоятельств страхового случая, а также для урегулирования требований, предъявленных Выгодоприобретателем.

13.4. Страхователь (Застрахованное лицо) не должен без письменного согласия Страховщика осуществлять какие-либо расходы по защите своих интересов, признавать (в т.ч. частично) какие-либо требования со стороны третьих лиц, принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, осуществлять какие-либо платежи в их пользу, кроме случаев оказания экстренной медицинской помощи в целях спасения жизни пациентов.

13.5. По факту получения от Страхователя (Застрахованного лица) уведомления о предъявлении имущественных претензий либо подачи иска в суд, Страховщик осуществляет следующие действия:

13.5.1. Исследует все материалы (документы), полученные в обоснование иска (претензии) потерпевшего лица на предмет законности и обоснованности имущественных требований к Страхователю (Застрахованному лицу).

13.5.2. Устанавливает, предусмотрено ли договором страхования возмещение вреда по факту предъявленных требований с учетом всех выявленных обстоятельств и исключений, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

13.5.3. Определяет совместно со Страхователем пути и методы защиты интересов Страхователя (Застрахованного лица) от неправомерных требований, определяет необходимость привлечения сторонних экспертов, в том числе и для определения размера причиненного вреда.

13.5.4. Делает выводы о признании факта наступления страхового случая и принимает решение о выплате страхового возмещения или не признает факт наступления страхового случая и отказывает в выплате страхового возмещения. Соответствующее решение принимается Страховщиком в течение 15 рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

13.5.5. Информировать Страхователя (Застрахованное лицо), а при необходимости и возможности - пострадавших о принятых решениях.

13.6. В целях урегулирования имущественных требований, предъявленных к Страхователю (Застрахованному лицу), Страховщик обязуется:

13.6.1. Принять все адресованные в его адрес документы (материалы) по факту врачебной ошибки и ее последствий.

13.6.2. Давать в письменной форме аргументированные ответы на все поступившие в его адрес письменные обращения, требующие принятия решения либо ответа.

13.6.3. Предпринять необходимые действия по урегулированию имущественных требований, предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) в соответствии с условиями договора страхования и настоящими Правилами.

13.6.4. В случае недостаточности обоснования имущественных требований информировать Страхователя и/или потерпевшего о том, какие документы дополнительно должны быть представлены в обоснование требований во внесудебном порядке.

13.7. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) или Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или договора страхования, Страховщик обязан:

13.7.1. принять их, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

13.7.2. уведомить об этом лицо, подавшее заявление на страховую выплату, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

13.8. Срок уведомления о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

14. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ПОДЛЕЖАЩЕГО ВОЗМЕЩЕНИЮ ВРЕДА

14.1. Для целей страхования под вредом, причиненным жизни и здоровью пациента, понимается нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей пациента, или иное повреждение здоровья, приведшее к снижению трудоспособности или к ограничению возможностей жизнедеятельности, либо к смерти пациента в результате ошибочных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица) при оказании медицинских услуг.

14.2. В части СЕКЦИИ 1 при наступлении страхового случая возмещению подлежат:

14.2.1. Расходы, которые произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, и направленные на восстановление его здоровья и ликвидацию последствий причинения вреда:

а) Расходы на приобретение лекарств – согласно назначений лечащего врача.

б) Расходы на приобретение предметов гигиены и материалов для осуществления лечебных процедур – с учетом назначений лечащего врача и продолжительности лечения.

в) Расходы на приобретение медицинских приспособлений для восстановления здоровья (костылей, протезов, инвалидной коляски и т.д.) – с учетом специфики лечения, а также согласно назначений лечащего врача, либо если назначено медико-социальной экспертной комиссией (далее – МСЭК).

г) Расходы на обоснованное платное медицинское обслуживание и уход (консультации специалистов, дополнительные диагностические и лечебные процедуры, дополнительное питание, посторонний уход и т.д.) – если это назначено лечащим врачом, или назначено МСЭК, но только в случае, когда нуждающийся в указанных видах помощи не имеет права на их бесплатное получение.

д) Расходы на социальную адаптацию (санаторно-курортное лечение и т.д.) – согласно назначений МСЭК и решений органов социальной защиты населения, но только в случае, когда нуждающийся в указанных видах услуг не имеет права на их бесплатное получение.

е) Потеря дохода законным представителем пациента по причине временной нетрудоспособности по уходу за пациентом – если необходимость постоянного ухода подтверждается лечащим врачом или МСЭК.

14.2.2. Транспортные расходы, которые произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, необходимые для обеспечения лечения и восстановления здоровья пациента:

а) Расходы на транспортировку в медицинское учреждение – если обоснована целесообразность отказа пациента от услуг скорой медицинской помощи.

б) Расходы на проезд пациента из дома к месту прохождения лечения и обратно – с учетом обязательных назначений лечащего врача и продолжительности лечения.

в) Расходы на транспортировку пациента и проезд его сопровождающего – если невозможность самостоятельного передвижения пострадавшего без сопровождающего, подтверждается документами из лечебного учреждения, МСЭК или органов социальной защиты населения.

14.2.3. Утраченный заработок (доход), которого лишился потерпевший вследствие временной или постоянной утраты трудоспособности, либо ее снижения в результате повреждения здоровья – в случае если пациент на момент наступления страхового случая не работал, возмещение расходов в части утраченного заработка не производится.

14.2.4. Расходы на погребение умершего пациента – в пределах установленного лимита:

а) Расходы на захоронение и проведение соответствующих ритуальных обрядов и на ритуальные принадлежности.

б) Транспортные расходы, связанные с осуществлением погребения.

в) Расходы на изготовление, доставку к месту захоронения и установку надгробных плит, памятников и ограждений.

14.2.5. Доход, который утратили лица, находившиеся на момент смерти пациента Страхователя (Застрахованного лица) на иждивении пациента или имевшие право на получение от него содержания.

14.2.6. Необходимые и целесообразные расходы пациента (законного представителя пациента) или иного лица в пользу пациента, по выяснению обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью пациента Страхователя (Застрахованного лица), причастности и степени ответственности Страхователя (Застрахованного лица) и на защиту своих имущественных интересов в рамках досудебного разбирательства;

14.2.7. Расходы пациента (законного представителя пациента) или иного лица в пользу пациента на проведение независимой экспертизы в целях определения размера вреда, причиненного жизни и здоровью пациента;

14.2.8. Судебные расходы третьего лица, направленные на защиту своих нарушенных имущественных прав (или прав пациента), в связи с причинением ему (пациенту) вреда ошибочным действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица).

14.3. В части СЕКЦИИ 2 при наступлении страхового случая возмещению подлежат:

14.3.1. Расходы, которые Страхователь (Застрахованное лицо) вынужден произвести в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, в том числе:

а) по предварительному выяснению обстоятельств, с которыми связывается причинение вреда,

б) по определению размера причиненного Страхователем (Застрахованным лицом) вреда жизни или здоровью пациента,

в) на проведение специальной независимой экспертизы и/или на оплату услуг привлеченных специалистов.

14.3.2. Расходы по уменьшению убытков, в том числе:

а) по определению степени виновности Страхователя (Застрахованного лица),

в) по поиску и истребованию документов и иных доказательств.

14.3.3. Расходы на защиту своих имущественных интересов, в том числе:

а) на подготовку процессуальных и иных документов (соглашений, договоров и т.п.), включая нотариальное заверение этих документов и/или оплату иных нотариальных действий, если это требуется согласно законодательству Российской Федерации, либо по указанию Страховщика;

б) на оплату госпошлин иных необходимых платежей в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, при совершении действий, согласованных со Страховщиком;

в) на оплату услуг представителей Страхователя (Застрахованного лица), в том числе – адвокатов в целях защиты своих интересов, если это предусмотрено договором страхования.

14.4. При урегулировании требований, предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) во внесудебном порядке, определение размера вреда и размера страховой выплаты производится Страховщиком на основании представленных ему документов компетентных организаций (медицинских организаций, профессиональных медицинских объединений, членом которых является Страхователь (Застрахованное лицо), учреждений медико-социальной экспертизы, медицинских экспертных организаций и т.д.), с учетом выписок из амбулаторных карт, экспертных заключений, справок, счетов и иных документов, бесспорно подтверждающих наличие вреда жизни и здоровью, его

размер и причинно-следственную связь с ошибочными действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица).

14.5. Каждая из сторон, за свой счет, вправе привлечь независимых экспертов для определения размера вреда и правомерности предъявления Страхователю имущественных требований.

14.6. При урегулировании требований, предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) в судебном порядке, в том числе в части возмещения морального вреда, определение размера вреда и сумм страховой выплаты производится Страховщиком на основании вступившего в законную силу решения суда, с учетом документов, принятых судом в обоснование иска.

14.7. Formой выплаты страхового возмещения является выплата денежных средств эквивалентных сумме ущерба, подлежащего возмещению согласно условий договора страхования.

14.8. Размер страховой выплаты определяется отдельно по каждой из секций:

14.8.1. В части СЕКЦИИ 1 - в размере подлежащего возмещению по условиям договора страхования вреда, с учетом лимитов, установленных договором страхования в отношении определенных обстоятельств, определенных видов вреда (ущерба), либо в отношении определенных лиц, за вычетом предусмотренной договором страхования франшизы, но не более величины соответствующей страховой суммы или лимита на один страховой случай, если такой установлен договором страхования.

14.8.2. В части СЕКЦИИ 2 - в размере фактически понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) расходов, и/или сумм, которые неизбежно должны быть понесены Страхователем (Застрахованным лицом), если это письменно согласовано со Страховщиком, с учетом лимитов, установленных договором страхования по отдельным видам расходов, за вычетом предусмотренной договором страхования франшизы, но не более величины страховой суммы или лимита на один страховой случай, если такой установлен договором страхования.

14.9. Если Страхователем (Застрахованным лицом) по согласованию со Страховщиком были произведены выплаты в пользу конкретного Выгодоприобретателя:

14.9.1. Размер страховой выплаты в пользу Выгодоприобретателя уменьшается на величину сумм, выплаченных ему Страхователем (Застрахованным лицом);

14.9.2. Суммы, выплаченные Страхователем (Застрахованным лицом) в пользу Выгодоприобретателя, компенсируются ему Страховщиком;

14.9.3. Выплата производится на основании представленных платежных документов, подтверждающие фактические расходы Страхователя (Застрахованного лица) в пользу Выгодоприобретателей.

14.10. При определении размера подлежащих возмещению расходов Страхователя (Застрахованного лица) в рамках СЕКЦИИ 2, учитываются расходы, которые явились необходимыми для принятия разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах мер, или расходы, произведенные для выполнения указаний Страховщика. Для возмещения таких расходов Страхователь должен предъявить Страховщику документы, подтверждающие действия Страхователя (Застрахованного лица) и сумму произведенных им расходов (договоры, акты выполненных работ, счета и платежные документы).

14.11. Если совокупный размер вреда, подлежащего по условиям договора страхования возмещению в рамках СЕКЦИИ 1 нескольким лицам, превышает величину страховой суммы (или соответствующего лимита), доля страховой выплаты каждого из Выгодоприобретателей (если требования ими предъявлены одновременно) определяется пропорционально размеру их требований, к величине страховой суммы (лимита) по договору страхования.

14.12. В случае, если Страхователь является неединственным лицом, ответственным за причинение вреда третьим лицам (вместе с другими несет солидарные обязательства перед пострадавшими), размер страховой выплаты в рамках СЕКЦИИ 1 определяется в соответствии с долей обязательств, приходящейся на Страхователя.

15. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

15.1. Страховая выплата осуществляется исключительно при наступлении страхового случая:

15.1.1. На основании письменного заявления от Страхователя на выплату;

15.1.2. В течение 15 рабочих дней, после получения Страховщиком всех необходимых документов для признания факта страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования;

15.1.3. В рамках СЕКЦИИ 1 в пользу Выгодоприобретателей, за исключением случаев возмещения затрат Страхователя (Застрахованного лица), которые были произведены им по согласованию со Страховщиком;

15.1.4. В рамках СЕКЦИИ 2 в пользу Страхователя (Застрахованного лица), за исключением согласованных со Страховщиком случаев прямого финансирования услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу).

15.2. Принятие Страховщиком решения о страховой выплате осуществляется:

15.2.1. В рамках СЕКЦИИ 1:

15.2.1.1. Во внесудебном порядке – при отсутствии спора по факту наличия страхового случая, наличия у третьего лица права требовать от Страхователя (Застрахованного лица) возмещения вреда и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) его возместить, причинной связи между действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) и причиненным вредом, а также спора по размеру такого вреда.

15.2.1.2. На основании решения суда или утвержденного судом мирового соглашения – при наличии спора по выяснению обстоятельств факта и степени виновности Страхователя, а также о размере причиненного вреда.

15.2.2. В рамках СЕКЦИИ 2 - при отсутствии спора по факту наличия страхового случая, при соблюдении совокупности условий, предусмотренных п.4.6 настоящих Правил (если иное не предусмотрено конкретным Договором страхования).

15.3. Для принятия Страховщиком решения о страховой выплате в рамках СЕКЦИИ 1 во внесудебном порядке Страховщику должны быть представлены следующие документы:

15.3.1. Письменное заявление Страхователя на выплату;

15.3.2. Уведомление Страхователя в адрес Страховщика о причинении либо о возможном причинении вреда жизни и здоровью третьих лиц;

15.3.3. Заявление лица, требующего возмещения со Страхователя (Застрахованного лица) с изложением имущественных требований;

15.3.4. Выписка из амбулаторной карты пациента в лечебном учреждении Страхователя (Застрахованного лица), с указанием даты и причин первичного обращения пациента за получением медицинской услуги, назначений лечащего врача, поставленного диагноза и периода нетрудоспособности, с получением согласия от пациента на предоставление данной выписки;

15.3.5. Экземпляр договора, заключенного между Страхователем (Застрахованным лицом) и пациентом на оказание ему медицинских услуг и копии платежных документов, подтверждающих оплату услуг по этому договору;

15.3.6. Заверенные копии квалификационных документов медицинских работников, участвовавших в оказании медицинских услуг, и в действиях (бездействии) которых может усматриваться ошибка;

15.3.7. Иные материалы, позволяющие сделать вывод об обстоятельствах, характере и моменте совершения Страхователем (Застрахованным лицом) ошибочных действий (выписки из амбулаторных карт иных лечебных учреждений, экспертные заключения, заключения специалистов, справки, счета и иные документы), с получением согласия от пациента на предоставление данных документов;

15.3.8. Оригиналы документов, позволяющих установить все необходимые меры, направленные на восстановление его здоровья и ликвидацию последствий причинения вреда пациента, включая врачебные назначения, вид и продолжительность лечения, а также:

а) Необходимость приобретения лекарств, предметов гигиены и иных материалов для осуществления лечебных процедур;

б) Необходимость приобретения медицинских приспособлений (костылей, протезов, инвалидной коляски и т.д.);

в) Необходимость получения платного медицинского обслуживания и ухода (консультации специалистов, дополнительные диагностические и лечебные процедуры, дополнительное питание, посторонний уход и т.д.);

г) Необходимость дополнительной социальной адаптации (санаторно-курортное лечение и т.д.);

д) Невозможность бесплатного получения определенных видов медицинской помощи (услуг), и необходимость получения конкретных видов медицинской помощи (услуг).

15.3.9. Оригиналы счетов, квитанций и иных документов, подтверждающих размер расходов, которые были произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, и направленные на восстановление его здоровья и ликвидацию последствий причинения вреда;

15.3.10. Оригиналы билетов, квитанций и иных документов, подтверждающих транспортные расходы, которые были произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, при необходимости обеспечения транспортировки пациента;

15.3.11. В части обоснования возмещения утраченного заработка (дохода) пациентом Страхователя (Застрахованного лица), документы подтверждающие размер заработка (дохода) на момент утраты пациентом трудоспособности, степень утраты трудоспособности и период нетрудоспособности, если пациент на момент наступления страхового случая имел работу, с приложением расчета утраченного заработка (дохода);

15.3.12. В части обоснования расходов на погребение умершего пациента свидетельство о смерти, справку с указанием причины смерти и документы, подтверждающие расходы на захоронение, ритуальные обряды и ритуальные принадлежности, включая транспортные расходы, связанные с осуществлением погребения, а также расходы на изготовление, доставку к месту захоронения и установку надгробных плит, памятников и ограждений.

15.3.13. В части обоснования возмещения утраченного дохода лицами, находившимися на момент смерти пациента Страхователя (Застрахованного лица) на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания, пациентом Страхователя (Застрахованного лица), документы подтверждающие размер его заработка (дохода) умершего на момент смерти, список всех имевшихся на момент смерти иждивенцев, документы, подтверждающие факт нетрудоспособности и иждивенства или иное основание на получение содержания от умершего, с приложением расчета (обоснования) утраченного дохода (для несовершеннолетних детей умершего доказательств факта иждивенства не требуется);

15.3.14. Решение, вынесенное компетентным органом профессионального медицинского объединения, членом которого являлся Страхователь (Застрахованное лицо) на момент причинения вреда, устанавливающее факт профессиональной ошибки в действиях Страхователя (Застрахованного лица), если данное профессиональное объединение было привлечено к расследованию обстоятельств причинения Страхователем (Застрахованным лицом) вреда своему пациенту;

15.3.15. Иные документы, подтверждающие размер и обоснованность требований к Страхователю (Застрахованному лицу);

15.3.16. Документы, подтверждающие размер выплаченного Страхователем (Застрахованным лицом) по согласованию со Страховщиком возмещения Выгодоприобретателю.

15.4. Для принятия Страховщиком решения о страховой выплате в рамках СЕКЦИИ 1 в судебном порядке, в том числе в части возмещения морального вреда, Страховщику должны быть представлены заверенные в суде копии соответствующих решений судебных органов, содержащие размеры сумм, подлежащих возмещению, при этом Страховщик вправе запросить от Страхователя (Застрахованного лица) документы, принятые судом в обоснование иска.

15.5. Принятие Страховщиком решения о страховой выплате в рамках СЕКЦИИ 2 осуществляется при отсутствии спора по факту наличия страхового случая, при соблюдении совокупности условий, предусмотренных п.4.6 настоящих Правил (если иное не предусмотрено конкретным Договором страхования), на основании:

15.5.1. Оригиналов документов, подтверждающих соблюдение перечисленных выше условий,

15.5.2. Оригиналы документов, позволяющих установить принятие Страхователем (застрахованным лицом) необходимых меры, для защиты своих интересов,

15.5.3. Письменных согласований Страховщика,

15.5.4. Оригиналов документов, подтверждающих основание для расходов и размер сумм, выплаченных Страхователем (Застрахованным лицом).

15.6. Страховщик для осуществления страховой выплаты вправе потребовать от Выгодоприобретателей документы, удостоверяющие личность (паспорт, удостоверение личности и т.д.), документы, подтверждающие полномочия Выгодоприобретателя в качестве законного представителя пациента (свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении и т.д.), а в необходимых случаях доверенность на право получения страховой выплаты.

15.7. Исходя из конкретных обстоятельств и последствий наступления страхового случая, Страховщик вправе определить, какие документы и из каких организаций должны быть представлены для принятия решения о страховой выплате, при этом:

15.7.1. Страховщик вправе требовать предоставления оригиналов документов, либо надлежащим образом заверенных копий этих документов.

15.7.2. Страховщик вправе разъяснить Страхователю (Застрахованному лицу), а также Выгодоприобретателю, какие требования предъявляются к оформлению таких документов с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

15.7.3. Страховщик вправе не принимать в качестве обоснования решения о страховой выплате, документы, которые оформлены не надлежащим образом, т.е. в нарушение требований законодательства, либо в нарушение требований соответствующих инструкций, регламентирующих порядок их оформления. В этом случае Страховщик должен обосновать причины, по которым документ не принимается им.

15.8. При необходимости до принятия решения о страховой выплате между Страховщиком, Страхователем и Выгодоприобретателем может быть составлено соглашение сторонами о том, кому, в каком размере и какой последовательности производится страховая выплата.

15.9. Страховая выплата в счет возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью пациента, производится независимо от сумм, причитающихся ему по социальному обеспечению и договорам обязательного и добровольного личного страхования.

15.10. Страховщик вправе отложить принятие решения о страховой выплате, если в отношении Страхователя (Застрахованного лица) по факту причинения вреда жизни и ли здоровью пациентов возбуждено уголовное дело либо дело об административном правонарушении – до вынесения окончательного решения.

15.11. Датой страховой выплаты считается дата списания денежных средств с расчетного счета Страховщика или дата выдачи наличных денежных средств через кассу Страховщика.

15.12. Основанием для отказа в страховой выплате является:

15.12.1. Невыполнение Страхователем (Застрахованным лицом) и/или Выгодоприобретателем условий договора страхования и настоящих Правил.

15.12.2. Несоответствие обстоятельств причинения вреда условиям договора страхования или настоящих Правил, которые устанавливают признаки страхового случая.

15.12.3. Иные обстоятельства, предусмотренные договором страхования и/или настоящими Правилами.

15.13. Страховщик отказывает в страховой выплате если:

15.13.1. На момент совершения Страхователем (Застрахованным лицом) ошибочных действий (бездействия), в связи с которыми причинен вред жизни или здоровью пациентов, договор страхования не вступил в силу.

15.13.2. Требования третьих лиц связываются с действиями Страхователя (Застрахованного лица), совершенными до вступления договора страхования в силу.

15.13.3. Ошибочные действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), ставшие причиной предъявления имущественных требований третьими лицами, были допущены им ранее даты, согласованной сторонами и указанной в договоре страхования.

15.13.4. К моменту совершения Страхователем (Застрахованным лицом) ошибочных действий, в связи с которыми связывается предъявление имущественных требований третьими лицами, действие договора страхования было прекращено.

15.13.5. Требования третьих лиц заявлены Страхователю (Застрахованному лицу) по истечении срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации, или по истечении срока иного срока, установленного договором страхования.

15.13.6. Страховщику в качестве обоснования законности имущественных требований к Страхователю (Застрахованному лицу) не были представлены оригиналы документов, либо если документы были оформлены с нарушением требований законодательства, либо в нарушение требований соответствующих инструкций, регламентирующих порядок их оформления.

15.13.7. Страхователь не устранил в течение указанного Страховщиком срока обстоятельства, устранение которых письменно потребовал Страховщик, если эти обстоятельства стали причиной возникновения вреда жизни или здоровью пациента.

15.13.8. Страхователь (Застрахованное лицо) не выполнил обязанностей, предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами, что привело к невозможности установить причинную связь между ошибочным действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) и возникшим вредом жизни или здоровью пациентов, а также определить размер вреда.

15.13.9. Причинение вреда жизни или здоровью пациента стало следствием умышленных (корыстных) действий Страхователя (Застрахованного лица), в связи с чем руководитель Страхователя (Застрахованного лица) привлечены к уголовной ответственности.

15.13.10. Причинение вреда жизни или здоровью пациента, стало следствием того, что Страхователь (Застрахованное лицо) осознанно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможный вред.

15.13.11. Причинение вреда жизни или здоровью пациента, стало следствием обстоятельств непреодолимой силы, которые предусмотрены договором страхования.

15.14. В случае принятия Страховщиком решения об отказе в страховой выплате соответствующее решение направляется Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение десяти рабочих дней с момента принятия такого решения (или в иной срок, предусмотренный договором страхования). Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суд.

15.15. Расходы Страхователя (Застрахованного лица) в целях уменьшения размера вреда (ущерба), подлежащие возмещению Страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, возмещаются Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Все споры между Страхователем, Застрахованным лицом и Страховщиком, возникающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия сторонами - в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

16.2. При рассмотрении спорных вопросов положения договора страхования имеют приоритет по отношению к положениям настоящих Правил.

16.3. При условии если Страхователь (Застрахованное лицо) или Выгодоприобретатель являются физическими лицами:

16.3.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) или Выгодоприобретателем, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

16.3.2. При наличии разногласий между Страхователем (Застрахованным лицом) или Выгодоприобретателем и страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к страховщику иска, Страхователь (Застрахованное лицо) или Выгодоприобретатель направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования;

16.3.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя;

16.3.4. Претензия Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя заявления о страховом случае;

16.3.5. Претензия Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

16.4. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным закон от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь (Застрахованное лицо) или Выгодоприобретатель должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

16.5. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Застрахованного лица) или Выгодоприобретателя и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

16.5.1. в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

16.5.2. в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

16.6. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь или лицо, риск ответственности которого застрахован / застрахованное лицо или Выгодоприобретатель вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И РАСХОДОВ НА ЗАЩИТУ
ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
930/_____

г.Москва

«__» _____ 2020 г.

Страховое публичное акционерное общество «РЕСО-Гарантия» в лице _____, действующего на основании Доверенности № ____ от ____ 201_ года, именуемое в дальнейшем «Страховщик», с одной стороны, и **МУП «БОЛЬНИЦА»** в лице **Главного врача** _____, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является:

1.1.1. СЕКЦИЯ 1: страхование риска гражданской ответственности Страхователя (Застрахованных лиц) по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц, при осуществлении Страхователем медицинской деятельности в соответствии с действующей лицензией _____ (указать номер, дату лицензии) и иными документами, регламентирующими данную деятельность на территории Российской Федерации.

1.1.2. СЕКЦИЯ 2: страхование риска возникновения расходов Страхователя, связанных с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходы по уменьшению убытков, а также расходы на защиту своих имущественных интересов.

1.2. В части СЕКЦИИ 1 настоящий Договор заключен в пользу третьих лиц (Выгодоприобретателей), жизни и здоровью которых Страхователем (Застрахованными лицами) может быть причинен вред при осуществлении медицинской деятельности. Выгодоприобретателями по настоящему Договору признаются пациенты Страхователя - физические лица, которым оказываются медицинские услуги или которые обратились за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния, либо которым оказываются иные виды медицинских услуг.

1.3. Застрахованными лицами являются работники Страхователя, которые имеют медицинское образование и в трудовые (должностные) обязанности которых входит осуществление медицинской деятельности. Список Застрахованных лиц является неотъемлемым приложением к настоящему Договору (Приложение 1).

1.4. Страхование осуществляется на основании «Правил страхования ответственности и расходов на защиту при осуществлении медицинской деятельности», утвержденных Страховщиком «__» _____ 2020 года (далее по тексту - «Правила страхования»). Положения настоящего Договора имеют приоритет по отношению к положениям Правил страхования.

1.5. Все основные понятия (термины) для целей настоящего Договора понимаются в соответствии с Правилами страхования, а понятия (термины), содержание которых не раскрыто Правилами страхования, в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также регламентирующими порядок осуществления медицинской деятельности в Российской Федерации.

1.6. Страхование по настоящему Договору распространяется на деятельность Страхователя на территории Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. В части СЕКЦИИ 1 - имущественные интересы Страхователя (Застрахованных лиц), связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, вред жизни и здоровью третьих лиц (пациентов Страхователя), причиненный Страхователем (Застрахованными лицами) в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) при оказании медицинской помощи (далее по тексту – Застрахованная деятельность).

2.1.2. В части СЕКЦИИ 2 - имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с возникновением, расходов, которые он вынужден произвести в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, и расходов на защиту своих имущественных интересов.

2.2. Действие настоящего Договора распространяется на ошибочные действия (бездействие) Застрахованных лиц в соответствии с их специализацией и квалификацией, при условии, если за оказанием медицинской помощи либо по иной причине пациенты обратились к Страхователю не ранее «__» __ 20__ года.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является:

3.1.1. В части СЕКЦИИ 1 - установленный вступившим в законную силу решением суда, или признанный Страховщиком, факт причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица) в связи с осуществлением Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности.

3.1.2. В части СЕКЦИИ 2 - факт несения Страхователем (Застрахованным лицом) предварительно согласованных со Страховщиком расходов, в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, и расходов на защиту своих имущественных интересов.

3.2. Случай причинения вреда жизни или здоровью одновременно (или последовательно) нескольким третьим лицам в результате одних тех же обстоятельств, вызванных одной и той же причиной, рассматривается как один страховой случай в рамках СЕКЦИИ 1.

3.3. Страховой случай части СЕКЦИИ 1 считается имевшим место, если:

3.3.1. Основания, в связи с которыми Страхователю (Застрахованному лицу) предъявлены требования, не относятся ни к одному из исключений из страхования, перечисленных в настоящем Договоре и в Правилах страхования.

3.3.2. Действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), ставшие причиной возникновения вреда жизни и здоровью пациента, были допущены им в период, начиная с даты, указанной в п.2.2 настоящего Договора, но в пределах срока действия настоящего Договора;

3.3.3. О возникновении обстоятельств, которые стали основанием предъявления требований о возмещении вреда жизни и здоровью пациента, Страхователю впервые стало известно в течение срока действия настоящего Договора, а сами требования предъявлены Страхователю в течение срока исковой давности, установленного законодательством РФ, но не позднее трех лет после окончания срока действия настоящего Договора;

3.3.4. Размер сумм, подлежащих возмещению установлен вступившим в законную силу решением судебных органов либо если размер вреда, истребуемый к возмещению со Страхователя (Застрахованного лица), а также законность и обоснованность требований, подтверждаются документально и не требуют судебного разбирательства (не вызывают споров);

3.3.5. Отсутствуют доказательства того, что вред жизни и здоровью пациента причинен вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица или третьих лиц либо действия непреодолимой силы;

3.3.6. Требование о возмещении вреда заявлено на территории Российской Федерации и/или рассматривается в соответствии с юрисдикцией Российской Федерации;

3.3.7. Возникновение вреда жизни и здоровью пациента находится в прямой причинно-следственной связи с конкретным непреднамеренным ошибочным действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) в ходе осуществления Застрахованной деятельности.

3.4. Страховой случай части СЕКЦИИ 2 считается имевшим место, при совокупности следующих условий:

3.4.1. Основания возникновения и необходимость несения расходов не относятся ни к одному из исключений из страхования, перечисленных в настоящих Правилах или договоре страхования;

3.4.2. Расходы связаны с предъявлением Страхователю (Застрахованному лицу) имущественных требований вследствие причинения вреда третьим лицам в соответствии с п.4.1.1. настоящих Правил, их оспариванием или обжалованием, либо связаны с необходимостью защиты прав и законных интересов Страхователя (Застрахованного лица) в результате неправомерных действий третьих лиц или доказывания обстоятельств непреодолимой силы, наступивших в течение срока действия Договора;

3.4.3. Обстоятельства, которые стали основанием предъявления имущественных требований Страхователю (Застрахованному лицу) связаны с его действиями, допущенными в течение срока, оговоренного договором страхования, либо если обстоятельства непреодолимой силы наступили в течение срока действия Договора;

3.4.4. Страхование конкретного вида расходов предусмотрено договором страхования;

3.4.5. Необходимость произвести расходы была предварительно письменно согласована Страховщиком либо если расходы произведены (должны быть произведены) по письменному указанию Страховщика;

3.4.6. Расходы были фактически понесены или в сложившихся обстоятельствах с неизбежностью должны быть понесены;

3.4.7. Размер расходов и обоснованность их несения подтверждаются документально и не вызывают споров.

3.5. Под ошибочными действиями (бездействием) понимаются случаи нарушения безопасности оказываемой пациенту медицинской услуги, или иные ее недостатки, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента, оговоренные в п.4.5 Правил страхования.

3.6. Действие настоящего Договора не распространяется на случаи, оговоренные в разделе 5 Правил страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

4.1. В части СЕКЦИИ 1 страховая сумма (агрегатный лимит за весь срок страхования) составляет ___ 000 (___ тысяч) рублей, при этом:

4.1.1. Лимит на один страховой случай составляет ___ 000 (___ тысяч) рублей.

4.1.2. Лимит в части возмещения расходов на погребение одного умершего пациента составляет 25 000 (Двадцать пять тысяч) рублей.

4.1.3. Лимит в части возмещения необходимых и целесообразных расходов Страхователя, связанных с наступлением страхового случая, составляет 5 (пять) % от величины лимита ответственности на один страховой случай.

4.2. В части СЕКЦИИ 2 страховая сумма составляет ___ 000 (___ тысяч) рублей.

4.3. После выплаты страхового возмещения в сумме меньшей, чем страховая сумма (лимит ответственности), установленная настоящим Договором, действие Договора продолжается, при этом страховая сумма и соответствующий лимит ответственности уменьшается на размер выплаченного страхового возмещения.

4.4. Страхование осуществляется без франшизы.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия по настоящему Договору составляет ___ 000 (___ тысяч) рублей, в том числе:

5.1.1. В части СЕКЦИИ 1 - ___ 000 (___ тысяч) рублей,

5.1.2. В части СЕКЦИИ 2 - ___ 000 (___ тысяч) рублей,

5.2. Оплата страховой премии производится единовременным платежом в срок по «__» ___ 20__ года включительно. В случае неуплаты страховой премии в установленный срок настоящий Договор признается не вступившим в силу.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Права и обязанности сторон настоящего Договора регулируются разделом 12 Правил страхования, а также настоящим Договором.

6.2. В частности, Страхователь обязан:

6.2.1. Письменно уведомлять Страховщика о значительных изменениях в обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска. К таким обстоятельствам стороны относят изменения в списочном составе Застрахованных лиц, являющимся приложением к настоящему Договору (Приложение 1), действие настоящего Договора не распространяется на работников Страхователя, не включенных в этот список.

6.2.2. При возникновении каких-либо обстоятельств, свидетельствующих о возможности квалифицировать действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), как ошибочные, или иных обстоятельств, которые могут в дальнейшем стать основанием для предъявления имущественных требований, Страхователь обязан:

6.2.2.1. Письменно, в течение пяти рабочих дней, уведомить Страховщика о возникновении таких обстоятельств.

6.2.2.2. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможный вред, а также меры для доказательства отсутствия врачебной ошибки, правильности действий (решений) конкретных медицинских работников и для отклонения неправомерных требований. Принимая такие меры, Страхователь должен следовать указаниям Страховщика, если они сообщены Страхователю.

6.2.2.3. Направить Страховщику копии документов, которые могут иметь отношение к возникшим обстоятельствам.

6.2.2.4. В кратчайшие сроки представить на согласование Страховщику возможный план мер, разумных и доступных в сложившихся обстоятельствах, позволяющих исключить возможность предъявления имущественных требований или уменьшить размер возможных требований, а также отклонить неправомерные требования.

6.2.2.5. При наличии обстоятельств, подтверждающих отсутствие врачебной ошибки, представить Страховщику документальное подтверждение этих обстоятельств.

6.2.2.6. В течение сроков исковой давности сохранять неизменными (без исправлений) все материалы, записи, документы и предметы (медикаменты, включая их упаковку, содержащую маркировку), которые каким-либо образом могут быть связаны с предъявлением имущественных требований пациентом, или которые позволяют судить об обстоятельствах, характере и размерах причиненного вреда.

6.2.3. При предъявлении имущественных требований Страхователю, или обращения третьих лиц с иском в суд, Страхователь обязан:

6.2.3.1. Письменно, в течение суток (исключая выходные и праздничные дни), уведомить Страховщика об этом;

6.2.3.2. Предоставить Страховщику документы, позволяющие судить о причинах, предъявления требований, характере и размерах причиненного ущерба;

6.2.3.3. Направить Страховщику копии повесток, искового заявления и иных других юридически значимых документов, полученных им в связи с иском (претензией);

6.2.3.4. Оказывать Страховщику содействие в проведении расследования, урегулировании, в судебной и внесудебной защите.

6.3. Страхователь не должен без согласия Страховщика признавать (в т.ч. частично) какие-либо требования со стороны третьих лиц, принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, осуществлять какие-либо платежи в их пользу, кроме как за свой собственный счет, или кроме как для оказания экстренной медицинской помощи.

7. ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, РАСЧЕТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

7.1. Условия признания факта наступления страхового случая, порядок определения суммы страхового возмещения, условия и порядок выплаты страхового возмещения определяются Правилами страхования.

7.2. В рамках СЕКЦИИ 1 возмещению при наступлении страхового случая подлежат:

7.2.1. Расходы, которые произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, и направленные на восстановление его здоровья и ликвидацию последствий причинения вреда;

7.2.2. Транспортные расходы, которые произведены пациентом (законным представителем пациента) или иным лицом в пользу пациента, необходимые для обеспечения лечения и восстановления здоровья пациента;

- 7.2.3. Утраченный заработок (доход), которого лишился потерпевший вследствие временной или постоянной утраты трудоспособности, либо ее снижения в результате повреждения здоровья;
- 7.2.4. Расходы на погребение умершего пациента – в пределах установленного лимита;
- 7.2.5. Доход, который утратили лица, находившиеся на момент смерти пациента Страхователя (Застрахованного лица) на иждивении пациента или имевшие право на получение от него содержания;
- 7.2.6. Необходимые и целесообразные расходы пациента (законного представителя пациента) или иного лица в пользу пациента, по выяснению обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью пациента Страхователя (Застрахованного лица), причастности и степени ответственности Страхователя (Застрахованного лица) и на защиту своих имущественных интересов в рамках досудебного разбирательства;
- 7.2.7. Расходы пациента (законного представителя пациента) или иного лица в пользу пациента на проведение независимой экспертизы в целях определения размера вреда, причиненного жизни и здоровью пациента;
- 7.2.8. Судебные расходы третьего лица, направленные на защиту своих нарушенных имущественных прав (или прав пациента), в связи с причинением ему (пациенту) вреда ошибочным действием (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица).
- 7.3. В рамках СЕКЦИИ 2 возмещению при наступлении страхового случая подлежат:
- 7.3.1. Расходы, которые Страхователь (Застрахованное лицо) вынужден произвести в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, в том числе:
- а) по предварительному выяснению обстоятельств, с которыми связывается причинение вреда,
 - б) по определению размера причиненного Страхователем (Застрахованным лицом) вреда жизни или здоровью пациента,
 - в) на проведение специальной независимой экспертизы и/или на оплату услуг привлеченных специалистов.
- 7.3.2. Расходы по уменьшению убытков, в том числе:
- а) по определению степени виновности Страхователя (Застрахованного лица),
 - в) по поиску и истребованию документов и иных доказательств.
- 7.3.3. Расходы на защиту своих имущественных интересов, в том числе:
- а) на подготовку процессуальных и иных документов (соглашений, договоров и т.п.), включая нотариальное заверение этих документов и/или оплату иных нотариальных действий, если это требуется согласно законодательству Российской Федерации, либо по указанию Страховщика;
 - б) на оплату госпошлин иных необходимых платежей в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, при совершении действий, согласованных со Страховщиком;
 - в) на оплату услуг представителей Страхователя (Застрахованного лица), в том числе – адвокатов в целях защиты своих интересов, если это предусмотрено договором страхования.
- 7.4. Принятие Страховщиком решения о страховой выплате осуществляется:
- 7.4.1. В рамках СЕКЦИИ 1:
- 7.4.1.1. Во внесудебном порядке – при отсутствии спора по факту наличия страхового случая, наличия у третьего лица права требовать от Страхователя (Застрахованного лица) возмещения вреда и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) его возместить, причинной связи между действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) и причиненным вредом, а также спора по размеру такого вреда.
- 7.4.1.2. На основании решения суда или утвержденного судом мирового соглашения – при наличии спора по выяснению обстоятельств факта и степени виновности Страхователя, а также о размере причиненного вреда.
- 7.4.2. В рамках СЕКЦИИ 2 - при отсутствии спора по факту наличия страхового случая, при соблюдении совокупности условий, предусмотренных п.4.6 Правил страхования.
- 7.5. Выплата страхового возмещения производится исключительно при наступлении страхового случая:
- 7.5.1. По письменному заявлению Страхователя;
- 7.5.2. В течение 15-ти рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, подтверждающих законность и обоснованность имущественных требований к Страхователю, либо вступившего в законную силу решения суда;

7.5.3. В рамках СЕКЦИИ 1 в пользу Выгодоприобретателей, за исключением случаев возмещения затрат Страхователя (Застрахованного лица), которые были произведены им по согласованию со Страховщиком;

7.5.4. В рамках СЕКЦИИ 2 в пользу Страхователя (Застрахованного лица), за исключением согласованных со Страховщиком случаев прямого финансирования услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу).

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с «__» ____ 20_ года, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого взноса) на расчетный счет Страховщика.

8.2. Срок действия настоящего Договора по «__» ____ 20_ года включительно.

8.3. В случае, если Страхователь уведомил Страховщика об обстоятельствах, которые могут стать основанием для предъявления к нему имущественных требований, в срок предусмотренный настоящим Договором, Страховщик участвует в урегулировании таких требований (претензий, исков), в пределах срока исковой давности, установленного гражданским законодательством РФ, при этом Страховщик обязуется выполнять все свои обязанности по настоящему Договору, в том числе, при установлении факта страхового случая - выплатить страховое возмещение.

8.4. Досрочное прекращение настоящего Договора допускается в случаях, предусмотренных Правилами страхования и законодательством РФ. При досрочном расторжении настоящего Договора по инициативе Страхователя согласно пункту 11.7. Правил страхования, Страховщик возвращает Страхователю, при отсутствии страховых выплат на момент получения заявления о расторжении Договора, часть страховой премии пропорционально оставшемуся периоду действия договора, за вычетом расходов в соответствии со структурой тарифной ставки, при этом расчеты производятся в течение 10 рабочих дней после даты расторжения Договора.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются исключительно в письменном виде за подписью обеих сторон.

9.2. При реорганизации или ликвидации одной из сторон все права и обязанности по настоящему Договору переходят к правопреемникам и обязательны для исполнения ими.

9.3. Условия, не оговоренные настоящим Договором страхования, регламентируются Гражданским Кодексом РФ и иными законодательными актами Российской Федерации.

9.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой стороны, оба текста идентичны и имеют одинаковую юридическую силу.

9.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

9.5.1. Приложение №1 - Заявление на страхование со списком медицинских работников (Застрахованных лиц);

9.5.2. Правила страхования.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Приложение 2
к Правилам страхования
ответственности и расходов на защиту
при осуществлении медицинской деятельности
от «__» _____ 2020г.

ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА
страхования ответственности и расходов на защиту
при осуществлении медицинской деятельности

Настоящий полис выдан в подтверждение факта заключения СПАО «РЕСО-Гарантия» (117105, г. Москва, Нагорный пр-д, д.6; ОГРН 1027700042413; ИНН 7710045520) со Страхователем договора страхования, в соответствии с «Правилами страхования ответственности и расходов на защиту при осуществлении медицинской деятельности», утвержденных Страховщиком «__» _____ 2020 года (далее по тексту – «Правила страхования»)

Дата оформления полиса «__» _____ 201_ г.

Валюта страхования: Российские рубли

Страхователь:	Наименование организации / _____ Юридический адрес: _____ Индекс _____ область, город, улица, дом ОГРН. _____ ИНН: _____ E – mail _____ тел. _____ р/с _____ банк _____ БИК _____
Застрахованные лица:	Работники Страхователя согласно списку (Приложение 1)
1. Срок действия полиса:	С 00 часов 00 минут 01.05.2020г. по 24 часа 00 минут 30.04.2021г.
2. Объекты страхования:	СЕКЦИЯ 1: Имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, вред жизни и здоровью третьих лиц (пациентов Страхователя), причиненный Страхователем (Застрахованными лицами) в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) при оказании медицинской помощи (далее - Застрахованная деятельность). СЕКЦИЯ 2: Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с возникновением, расходов, которые он вынужден произвести в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, и расходов на защиту своих имущественных интересов. Действие настоящего Полиса распространяется на ошибочные действия (бездействие) Застрахованных лиц в соответствии с их специализацией и квалификацией, при условии, если за оказанием медицинской помощи пациенты обратились к Страхователю не ранее 01.05.2020г.
3. Страховые случаи:	В рамках СЕКЦИИ 1 - установленный вступившим в законную силу решением суда, или признанный Страховщиком, факт причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибочных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица) в связи с осуществлением Страхователем (Застрахованным лицом) Застрахованной деятельности. В рамках СЕКЦИИ 2 - факт несения Страхователем (Застрахованным лицом) предварительно согласованных со Страховщиком расходов, в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, и расходов на защиту своих имущественных интересов.
4. Страховые суммы:	В рамках СЕКЦИИ 1 - _____.000.000 (____ миллион) рублей В рамках СЕКЦИИ 2 - _____.000.000 (____ миллион) рублей
5. Франшиза:	Согласно Договору страхования
6. Страховая премия, сроки и порядок уплаты:	Согласно Договору страхования
7. Прилагаемые документы:	- Приложение 1: Заявление на страхование со списком Застрахованных лиц - Договор страхования ответственности и расходов при осуществлении медицинской деятельности №930/____ от _____ - Правила страхования.

Представитель страховщика:	Код
-----------------------------------	-----

Экземпляр Правил страхования получил.
С упомянутыми выше Правилами ознакомлен и согласен.

Страхователь

М.П. *(подпись)*

Страховщик

М.П. *(подпись)*



г. Москва, Нагорный пр-д, д.6, тел. (495) 730-30-00, факс (495) 956-25-85

Приложение 1 к Договору страхования (Полису)
№ _____ от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

на страхование ответственности и расходов на защиту при осуществлении медицинской деятельности

Заявитель (наименование): _____

В ЛИЦЕ (указать должность и Ф.И.О.) _____

действующего на основании: Устава Доверенности № _____ от _____
 Положения Свидетельства № _____ от _____

юридический адрес (индекс): _____

почтовый адрес (индекс): _____

телефон: _____ факс: _____

E-mail: _____

ИНН/КПП _____ р/с _____

банк _____

к/с _____ БИК _____

ОГРН _____ когда, кем присвоен _____

ОКПО _____ ОКТМО _____ ОКВЭД _____

Прошу застраховать:

- 1) *риск ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьих лиц (пациентов) в результате ошибочных действий (бездействий) медработников на сумму* _____
- 2) *риск возникновения у Страхователя расходов на рассмотрение и урегулирование предъявленных ему имущественных требований третьих лиц, и иных расходов на защиту своих имущественных интересов на сумму* _____

I. Требуемое страховое покрытие

1. Период страхования: _____ месяцев, с _____ по _____
2. Договор страхования требуется заключить в отношении медработников:
 Вар.1 - в соответствии со штатным расписанием;
 Вар.2 - по списку медработников (застрахованных лиц).
- с лимитом ответственности на один случай: _____
3. Требуется ли покрытие по действиям медперсонала в период, предшествующий сроку страхования?
 - нет, - да, если «ДА», укажите с какой даты: _____
4. Франшиза (доля ущерба, возмещаемая Страхователем самостоятельно):
- a. - 1% от суммы имущественных требований, но не менее суммы эквивалентной 1 500 руб.
 - b. - 3% от суммы имущественных требований, но не менее суммы эквивалентной 4 000 руб.
 - c. - 5% от суммы имущественных требований, но не менее суммы эквивалентной 6 000 руб.
 - d. - иная по согласованию сторон, но не менее указанной в п.1. (укажите)

II. Общие сведения об осуществлении медицинской деятельности:

5. С какого года работает указанное медицинское учреждение? _____
6. Членство в профессиональных объединениях? _____
7. Общее количество медработников в штате: _____ из них сколько должны быть застрахованными _____
8. Лицензия № _____ дата выдачи: _____
кем выдана: _____
9. Виды медицинской деятельности (отметить знаком **V**):
- a. - оказание медицинской помощи
- b. - проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований
- c. - проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий
- d. - профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей
- e. - деятельность, связанная с обращением донорской крови и ее компонентов в медицинских целях
10. Наличие филиалов, представительств: - нет, - да, если «ДА», укажите количество и где?
- _____

III. Обстоятельства, характеризующие оказание медицинской помощи:

- | 11. Виды медицинской помощи, которые оказываются (отметить знаком V): | Среднее количество пациентов за год | Количество врачей (медработников) |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - первичная доврачебная медико-санитарная помощь (фельдшеры, акушеры); | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> - первичная врачебная медико-санитарная помощь (терапия, педиатрия и т.д); | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> - первичная специальная медико-санитарная помощь; | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> - специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> - скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> - паллиативная медицинская помощь | _____ | _____ |
12. Условия оказания медицинской помощи (отметить знаком **V** и соотношение по количеству пациентов):
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи) _____ %
- амбулаторно, в т.ч. на дому при вызове медицинского работника _____ %
- в условиях дневного стационара _____ %
- стационарно (в условиях круглосуточного наблюдения и лечения) _____ %

13. Основная специализация медучреждения _____

14. Включена ли организация в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС)? - нет, - да, если «ДА», укажите долю операций со средствами обязательного медицинского страхования в общем объеме? _____
15. Имеются ли действующие договоры со страховыми организациями, в части сотрудничества по программам добровольного медицинского страхования (ДМС)? г,

IV. Обстоятельства, характеризующие проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований:

16. Виды проводимых экспертиз, осмотров и освидетельствований: _____

17. Количество медэкспертиз за год: _____ 18. Количество медосвидетельствований за год _____

V. Обстоятельства, характеризующие проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий:

19. Виды проводимых профилактических мероприятий: _____

20. Если проводятся медосмотры, их количество за год: _____ 21. Количество задействованного персонала _____

22. Если проводятся профилактические прививки, их количество за год: _____ 23. из них, детям _____

VI. Обстоятельства, характеризующие деятельность, связанную с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей:

24. Какие функции осуществляются (отметить знаком **V**):

- забор и заготовка органов и тканей
 - пересадка органов и тканей

Среднее количество операций за год	Количество медработников
_____	_____
_____	_____

VII. Обстоятельства, характеризующие деятельность, связанную с обращением донорской крови и ее компонентов в медицинских целях:

25. Какие функции осуществляются (отметить знаком **V**):

- заготовка крови (ее компонентов)
 - карантинизация крови (ее компонентов)
 - хранение крови (ее компонентов)
 - переливание крови (ее компонентов)

Среднее количество случаев за год	Количество медработников
_____	_____
100%	_____
100%	_____
_____	_____

Наличие претензий (исков) в связи с осуществлением медицинской деятельности за последние 5 лет: - нет; - да, если «Да», укажите их общее количество _____ а, также:

- сколько из них урегулированы: 1) через суд: _____ 2) во внесудебном порядке: _____

- причины претензий (исков): _____

- по каким специализациям врачей: _____

К настоящему заявлению прилагается (отметить знаком **V**):

- Штатное расписание _____ листах (листе)
 - Список медработников (Застрахованных лиц) на _____ листах (листе)

В случае заключения договора страхования настоящее заявление и прилагаемый список становятся его неотъемлемой частью.

На момент заполнения настоящего заявления мне неизвестна какая-либо информация о фактах причинения вреда пациентам или иных обстоятельствах, которые могут стать основанием предъявления каких-либо имущественных требований

М.П.

Фамилия И.О.

Подпись, дата

УТВЕРЖДЕНА

Приказом Генерального директора
СПАО «РЕСО-Гарантия» Раковщика Д.Г.
№ 70 от 21 февраля 2020 г.
(действует с 21 февраля 2020г.)

МЕТОДИКА И РАСЧЕТ БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И РАСХОДОВ НА ЗАЩИТУ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Расчет тарифных ставок производился на основании актуарных стандартов, утвержденных Советом по актуарной деятельности, а также в соответствии с «Методикой расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» СПАО «РЕСО-Гарантия».

При определении тарифных ставок применялась методика, приведенная в Приложении 1 «Методики расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» СПАО «РЕСО-Гарантия».

Данные представлены в единой валюте – российский рубль. Данные являются статистически репрезентативными. В данном виде страхования отсутствуют катастрофические убытки. Убытки являются достаточно однородными в рамках одной программы, поэтому дополнительного деления на обычные и крупные убытки не производится. Расчет тарифных ставок приведен на базе годового полиса. Величина «Страховое возмещение» отражает в себе полный убыток (с учетом развития и расходов на урегулирование).

Расчет базовых тарифных ставок

Данные получены специалистами СПАО «РЕСО-Гарантия» от страховых организаций, занимающихся страхованием ответственности при осуществлении медицинской деятельности, а также на основе собственного опыта страхования по подобным правилам страхования.

В соответствии с Правилами страхования ответственности и расходов на защиту при осуществлении медицинской деятельности, страховыми рисками являются:

«4.1.1. В рамках СЕКЦИИ 1: – предъявление Страхователю (Застрахованному лицу) со стороны третьих лиц законных и обоснованных имущественных требований (претензий, исков) о возмещении причиненного им вреда при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности,

4.1.2. В рамках СЕКЦИИ 2: – возникновение у Страхователя (Застрахованного лица) расходов в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, а также расходов на защиту своих имущественных интересов.»

Была проведена оценка вероятности наступления страхового события q , а также оценка средней страховой суммы S руб. и среднего страхового возмещения при наступлении страхового события – S_v руб.

S - средняя страховая сумма по договору страхования, оценивалась как отношение «Страховой суммы по заключенным договорам» к «Количеству заключенных договоров».

n - ожидаемое количество договоров страхования определено исходя из прогнозируемого (планируемого) количества договоров страхования по настоящим Правилам страхования на предстоящий год.

При оценке рисков надбавки предполагалось, что собранной премии должно с 90% вероятностью хватить для покрытия страховых выплат.

Показатели, используемые в расчете тарифных ставок, представлены в следующих таблицах:

Риски в рамках СЕКЦИИ 1

Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	200 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,007
Ожидаемое количество договоров (n)	250
Основная часть нетто-ставки (То)	0,137
Рисковая надбавка (Тр)	0,163
Нетто-ставка	0,300
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0,600

Риски в рамках СЕКЦИИ 2

Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	300 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,006
Ожидаемое количество договоров (n)	250
Основная часть нетто-ставки (То)	0,175
Рисковая надбавка (Тр)	0,225
Нетто-ставка	0,400
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0,800

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам следующие повышающие и понижающие коэффициенты, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Наличие лимита возмещения	0,01	1
Ограничение покрытия согласно п.4.7. Правил	0,01	1
Специализация врача	0,01	10
Стаж врача	0,01	10
Количество застрахованных врачей	0,01	10
Профиль медучреждения	0,01	10
Материально-техническое оснащение медучреждения	0,01	10
Наличие и продолжительности ретроактивного периода	1	10
Размер и тип франшизы	0,01	1
Размер страховых сумм	1	10
Наличие случаев возмещения морального вреда согласно п.5.2.1 Правил	1	10
Наличие случаев компенсации вреда жизни или здоровью согласно п. 5.2.2.-5.2.10. Правил	1	10
Тип оплаты страховой премии (единовременно, рассрочка)	1	10
Наличие случаев возмещения морального вреда	1	10
Наличие дополнительных расходов согласно п. 5.4.1.-5.4.4. Правил	1	10

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО СТРАХОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И РАСХОДОВ НА ЗАЩИТУ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Страховой риск	Базовый страховой тариф, в %
СЕКЦИЯ 1: предъявление Страхователю (Застрахованному лицу) со стороны третьих лиц законных и обоснованных имущественных требований (претензий, исков) о возмещении причиненного им вреда при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) застрахованной деятельности	0,600
СЕКЦИЯ 2: возникновение у Страхователя (Застрахованного лица) расходов в связи с рассмотрением и урегулированием предъявленных ему имущественных требований, вследствие причинения вреда третьим лицам, расходов по уменьшению убытков, а также расходов на защиту своих имущественных интересов	0,800

Размер страховой премии по конкретному договору страхования определяется как произведение страховой суммы и страхового тарифа. В случае заключения договора страхования в рамках СЕКЦИИ 1 и СЕКЦИИ 2 одновременно, страховые премии определяются по каждой из секций отдельно.

Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам понижающие и повышающие коэффициенты. В Таблице ниже показаны коэффициенты, которые применяются к базовым страховым тарифам в зависимости от факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Наличие лимита возмещения	0,01	1
Ограничение покрытия согласно п.4.7. Правил	0,01	1
Специализация врача	0,01	10
Стаж врача	0,01	10
Количество застрахованных врачей	0,01	10
Профиль медучреждения	0,01	10
Материально-техническое оснащение медучреждения	0,01	10
Наличие и продолжительности ретроактивного периода	1	10
Размер и тип франшизы	0,01	1
Размер страховых сумм	1	10
Наличие случаев возмещения морального вреда согласно п.5.2.1 Правил	1	10
Наличие случаев компенсации вреда жизни или здоровью согласно п. 5.2.2.-5.2.10. Правил	1	10
Тип оплаты страховой премии (единовременно, рассрочка)	1	10
Наличие случаев возмещения морального вреда	1	10
Наличие дополнительных расходов согласно п. 5.4.1.-5.4.4. Правил	1	10