

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
КИТ Финанс Страхование (ОАО)
от «26» сентября 2011 г. № 84

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ И
ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

Содержание:

| | | |
|----|---|----|
| 1 | Общие положения. Субъекты страхования | 3 |
| 2 | Объект страхования | 4 |
| 3 | Понятие страхового риска. Страховые случаи | 4 |
| 4 | Страховая сумма (лимит ответственности). Франшиза | 6 |
| 5 | Страховая премия (страховой взнос). Страховой тариф. Порядок применения повышающих и понижающих коэффициентов | 7 |
| 6 | Срок страхования. Порядок заключения и исполнения договора страхования | 10 |
| 7 | Порядок прекращения договора страхования | 12 |
| 8 | Изменение страхового риска | 13 |
| 9 | Права и обязанности сторон | 13 |
| 10 | Порядок определения размера убытка и суммы страховой выплаты (страхового возмещения) | 15 |
| 11 | Выплата страхового возмещения. Отказ в страховой выплате | 19 |
| 12 | Исковая давность. Порядок разрешения споров | 20 |

Приложения:

| | | |
|---------------------|-------------------------|----|
| Приложение 1 | Базовые тарифные ставки | 21 |
|---------------------|-------------------------|----|

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными документами об охране здоровья граждан и страховании настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования профессиональной ответственности врачей и гражданской ответственности медицинских организаций и возмещения вреда ¹, нанесенного другим (третьим) лицам в результате непреднамеренных ошибок в связи с осуществлением Страхователем медицинской деятельности ².

При этом под (другими) третьими лицами для целей настоящих Правил понимаются пациенты (клиенты), обратившиеся к Страхователю (в лечебное учреждение или к лицу, занимающемуся частной медицинской практикой) за медицинской помощью ³ (далее по тексту - “третьи лица”).

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

- профессиональной ответственности⁴ физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой;
- гражданской ответственности медицинской организации (включая лечебные учреждения системы государственного, муниципального и частного здравоохранения).

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

1.4. **Страховщик** - КИТ Финанс Страхование (ОАО), осуществляет страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.5. Страхователи:

- физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой⁵ на основании лицензии, выдаваемой в порядке и на условиях определяемых Правительством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования профессиональной ответственности;

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

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

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

⁴ **Профессиональная ответственность** – имущественная ответственность специалистов конкретных профессий, ошибки (упущения) которых могут нанести вред их клиентам (пациентам). В Правилах формирования страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни, утвержденных приказом Министерства финансов Российской Федерации от 11.06.2002 г. № 51н, выделена учетная группа 16 «Страхование (сострахование) профессиональной ответственности».

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

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

- юридические лица – лечебные учреждения любых типов государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения⁶, имеющие сертификат соответствия условий их деятельности установленным стандартам и лицензию (лицензии) на оказание соответствующих видов медицинской помощи, заключившие со Страховщиком договор страхования гражданской ответственности.

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

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

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

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить причиненный другим лицам вред.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

При страховании в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск ответственности Страхователя по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) при оказании медицинской помощи.

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

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

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензии на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам, в порядке, определяемом Правительством РФ (постановление от 22.01.2007г. № 30). Выдачу лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта РФ или местной администрацией.

3.2. Страховым случаем по страхованию профессиональной ответственности врачей и гражданской ответственности медицинских организаций признается факт возникновения у Страхователя обязанности возместить вред, причиненный потерпевшим третьим лицам (пациентам) вследствие непреднамеренных ошибок Страхователя при оказании медицинской помощи, подтвержденный вступившим в законную силу решением суда или обоснованной претензией, признанной Страхователем в добровольном порядке.

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

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

3.3.2. Причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции.

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

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

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

3.4. Договор страхования по усмотрению Страхователя может быть заключен на случай наступления всех событий, перечисленных в пункте 3.3 настоящих Правил, или отдельных из них.

3.5. Страховой случай считается имевшим место и ответственность Страховщика наступает, если причиненный гражданину вред явился следствием непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при оказании медицинской помощи и не связанной с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей (п.7 ст.63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

3.6. Страховщик несет ответственность по возмещению вреда потерпевшему лицу как в течение всего срока действия договора страхования, так и по его истечении, если последствия события, признанного страховым случаем, происшедшего в период действия договора страхования, проявились после его окончания, но в пределах срока исковой давности, предусмотренного гражданским законодательством.

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

3.7. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает убытки потерпевшего лица в связи с причинением вреда его здоровью в результате наступления страхового случая, включая:

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

3.7.2. Дополнительные расходы, необходимые для восстановления здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, санаторно-курортное

лечение, специальный медицинский уход, протезирование, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и т.д.).

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

3.7.4. Расходы на погребение – в случае смерти пациента (в качестве получателей выплаты выступают наследники умершего пациента).

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

3.8.1. Действия обстоятельств непреодолимой силы⁷ (то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств – п.3 ст. 401 ГК РФ).

3.8.2. Действий (бездействия) Страхователя, связанных с нарушением профессиональной врачебной тайны⁸.

3.8.3. Действий (бездействия) Страхователя – физического лица (сотрудников Страхователя – юридического лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.8.4. Неустранения Страхователем в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, заметно повышающих степень риска, на необходимость устранения которых Страховщик указывал Страхователю.

3.8.5. Незаконных действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания указанными органами и должностными лицами документов, не соответствующих законам или другим правовым актам.

3.8.6. Несоблюдения требований стандартов качества медицинской помощи, если это подтверждено документами профессиональной медицинской ассоциации или независимой экспертизы.

3.8.7. Совершения Страхователем, занимающимся частной медицинской практикой, непреднамеренных ошибок при оказании медицинской помощи после отзыва лицензии (приостановления ее действия), подтвержденного решением суда (в случае обжалования решения комиссии в суде).

3.9. Настоящие Правила страхования не предусматривают возмещения потерпевшим третьим лицам (пациентам) морального вреда.

В соответствии с настоящими Правилами не подлежат возмещению неполученные третьим лицом доходы, которые он получил бы при обычных условиях гражданского оборота, если бы его право не было нарушено (упущенная выгода), а также утрата или повреждение его имущества (реальный ущерб).

4. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ). ФРАНШИЗА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

4.3. При заключении договора страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться предельные суммы выплат страхового возмещения (лимиты

⁷ К обстоятельствам непреодолимой силы могут быть отнесены: природные стихийные явления (землетрясения, тайфуны, наводнения и т.п.), а также некоторые обстоятельства общественной жизни (военные действия, массовые заболевания (эпидемии) и т.п.).

⁸ Врачебная тайна - информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (за исключением случаев, когда это делается с согласия пациента или его законного представителя и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством).

ответственности Страховщика⁹) по каждому страховому случаю и видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения).

4.4. Выплаты страхового возмещения не могут превышать величину установленной договором страхования страховой суммы или лимита ответственности, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

4.5. Если при наступлении страхового случая выплаченное потерпевшим лицам страховое возмещение окажется менее размера страховой суммы (лимита ответственности), определенной договором страхования, то после произведенной выплаты действие договора страхования продолжается, а страховая сумма (лимит ответственности) уменьшается на размер страховой выплаты. В этом случае по желанию Страхователя страховая сумма (лимит ответственности) может быть восстановлена путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей части страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется сторонами в письменной форме.

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

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

При условной франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает франшизу. При безусловной франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом франшизы.

Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

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

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

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

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

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

⁹ Лимит ответственности (термин, широко применяемой в международной практике страхования) – страховая сумма, устанавливаемая в договоре страхования, по каждому страховому случаю, видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения). При наступлении страхового случая страховая выплата производится в пределах лимита ответственности.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать особенности оказываемой Страхователем медицинской помощи, возможные факторы риска (существенные обстоятельства, создающие или увеличивающие вероятность наступления страхового случая) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

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

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

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

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

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

5.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих особенности деятельности, осуществляемой Страхователем, уровень профессиональной подготовки сотрудников, наличие факторов риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе, его опыте и виде оказываемой им медицинской помощи; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события),

принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

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

5.6. Страховая премия по договору страхования, заключенному на условии включения в него всех или части рисков, предусмотренных настоящими Правилами, определяется с применением тарифной ставки, вычисляемой как сумма базовых тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.

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

5.8. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в течение 5-ти рабочих дней (или в иные сроки, обусловленные сторонами в договоре страхования) после подписания договора страхования наличными деньгами либо безналичным расчетом.

Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Моментом уплаты страховой премии считается:

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

- *при наличной оплате* - день уплаты страховой премии наличными деньгами в кассу Страховщика.

5.9. По договору страхования, заключенному на один год, страховая премия может быть внесена в рассрочку (в два срока): 50% при заключении договора страхования, 50% - не позднее четырех месяцев с начала действия договора страхования.

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

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается¹⁰ по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ) или в одностороннем порядке (в случае если такой порядок был предусмотрен сторонами при заключении договора страхования), если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования). При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора, если иное не установлено законом или соглашением сторон.

5.11. Страхователю, который в течение двух и более предыдущих лет без перерыва страховал свою профессиональную ответственность у Страховщика, и по этим договорам не было страховых случаев, при заключении нового договора предоставляется скидка со страховой премии в размерах: при наличии непрерывного

¹⁰ Основания для расторжения договора определены ст. 450 ГК РФ.

страхования в течение двух предыдущих лет - 5% от суммы исчисленной премии, трех и более лет - 10%.

5.12. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению (в связи с увеличением Страхователем в период действия договора страхования страховой суммы или ее восстановлением после произведенной страховой выплаты, а также в связи с увеличением страхового риска) производится в следующем порядке:

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

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

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

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

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

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается по соглашению сторон на срок до одного года или один год.

6.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление (Приложение 4 к настоящим Правилам).

С заявлением Страхователь представляет Страховщику:

- копию лицензии на право занятия медицинской деятельностью;
- копии дипломов о медицинском образовании и сертификатов специалистов;
- копии (выписки) приказов о назначении врачей на должности и их должностные обязанности;
- иные документы и информацию по соглашению сторон.

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

6.3.1. Об объекте страхования.

6.3.2. О характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом случае).

6.3.3. О размере страховой суммы.

6.3.4. О сроке действия договора.

6.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем (как юридическим, так и физическим лицом) оформляются в письменной форме путем составления одного документа (договора страхования - Приложение 3 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подтверждающего факт заключения и основные условия договора страхования (Приложение 2 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком.

Договор страхования составляется в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Оригинал страхового полиса вручается Страхователю в течение 3-х рабочих дней

с даты зачисления на счет Страховщика страховой премии (первого страхового взноса). При наличном расчете страховой полис вручается в момент уплаты страховой премии (взноса). Копия страхового полиса остается у Страховщика.

С физическим лицом договор страхования также может быть заключен путем вручения Страхователю только страхового полиса (Приложение 2 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком. В этом случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях, подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные в Заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (п.п.6.1. – 6.2. Приложения 3 к настоящим Правилам).

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

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

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

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

6.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

6.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

6.10. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение трех рабочих дней ему выдается дубликат полиса. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

6.11. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Действие договора страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия).

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

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре как день уплаты очередного страхового взноса).

7.2.2. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя).

7.2.3. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора).

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

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

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

7.4. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Досрочное расторжение договора осуществляется на основании устного или письменного заявления Страхователя на имя Страховщика.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

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

7.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с

тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или договор заключен после наступления страхового случая.

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

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

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

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

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменения в сведениях, указанных в Заявлении на страхование, предъявление претензий со стороны пациентов по поводу диагностирования и методов лечения, судебные иски), а также иные обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (п.п.б.3. Приложения 3 к настоящим Правилам).

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

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

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

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

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. *Страховщик имеет право:*

9.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем условий договора страхования.

9.1.2. Давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев.

9.1.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, при необходимости направлять запросы в компетентные органы по факту наступления события.

9.1.4. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.1.5. При изменении степени риска потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

9.1.6. Вступать от имени Страхователя в переговоры и соглашения о возмещении причиненного событием вреда.

9.1.7. Представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя в связи со страховым случаем. Данное право Страховщика не является его обязанностью.

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр.

9.2.2. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

9.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем.

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

9.3.1. Выяснить обстоятельства наступления события.

9.3.2. После получения необходимых документов по наступившему событию, при признании события страховым случаем, в течение 5-ти рабочих дней составить страховой акт, в котором определить размер вреда, причиненного пациентам, и размер суммы страхового возмещения.

9.3.3. Произвести страховую выплату (или отказать в выплате при наличии оснований) в установленный договором страхования срок.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.

9.4.2. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.

9.4.3. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

9.4.4. Назначить экспертов, адвокатов по вопросам, связанным с наступлением события, определением размера убытка и суммы страхового возмещения.

9.5. Страхователь обязан:

9.5.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также о всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования.

9.5.2. Уплачивать страховую премию в размерах и сроки, определенные договором страхования.

9.5.3. В период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.5.4. Соблюдать условия настоящих Правил, договора страхования, требования законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

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

9.6.1. Незамедлительно уведомить о случившемся Страховщика или его представителя, как только ему стало известно о наступлении события. Если договором предусмотрен срок и(или) способ уведомления, оно должно быть сделано в условленный срок указанным в договоре способом.

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

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

Такие расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости, независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.

9.6.3. Принять все необходимые меры для выяснения причин и последствий наступления события.

9.6.4. В течение 5-ти рабочих дней с момента уведомления о наступлении события подать Страховщику заявление по установленной форме (Приложение 5 к настоящим Правилам).

9.6.5. Представить следующие документы (материалы):

- письменную претензию потерпевшего третьего лица о возмещении причиненного вреда;

- решение суда о взыскании со Страхователя в пользу третьего лица суммы, в которую оценивается причиненный вред, если оно имело место;

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

- справки, счета и иные документы, подтверждающие произведенные расходы.

9.6.6. Обеспечить участие Страховщика в установлении размера причиненного вреда.

9.6.7. Незамедлительно известить Страховщика о всех требованиях, предъявленных ему в связи с наступившим событием.

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

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

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

10.1. Согласно настоящим Правилам страхования под убытками понимаются расходы, которые Выгодоприобретатель, чье право нарушено, произвел или должен будет произвести для восстановления нарушенного права, причинение вреда его жизни или здоровью.

10.2. Обязательства Страховщика по договору страхования наступают при условии, что причиненный гражданину (пациенту) вред явился следствием непреднамеренной ошибки Страхователя при оказании медицинской помощи.

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

10.3.1. Устанавливает факт страхового случая: проверяет соответствие приведенных в заявлении Страхователя сведений (время, место, обстоятельства события и т.д.) условиям договора страхования и настоящим Правилам; определяет факт и причины возникновения события, вследствие которого был причинен вред жизни (здоровью) потерпевшего (на основании документов соответствующих организаций); проверяет, было ли происшедшее событие и наступившие убытки предусмотрены договором страхования; определяет необходимость привлечения экспертов, осуществляет иные действия, направленные на установление факта страхового случая.

10.3.2. При признании события страховым случаем определяет размер убытков, страховой выплаты, составляет акт о страховом случае (страховой акт) в срок, предусмотренный настоящими Правилами.

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

10.4.1. *В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при определении диагноза и проведении курса лечения* - письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении вреда в связи с допущенной ошибкой (ошибками), расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, заключения экспертов, иные документы по соглашению Страхователя и Страховщика, подтверждающие наличие причинно-следственной связи между поставленным диагнозом (проведенным курсом лечения) и причиненным вредом жизни или здоровью пациента.

10.4.2. *В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при проведении хирургической операции* - в случае смерти пациента: свидетельство о смерти и медицинскую справку о причинах смерти; письменные претензии наследников умершего к Страхователю о возмещении убытков, документы, свидетельствующие о размере заработка (дохода или пенсии, пожизненного содержания, других подобных выплат) умершего, документы в отношении лиц, состоявших на иждивении умершего; в случае причинения вреда здоровью пациента: письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, при установлении инвалидности - заключение соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы, выписки из истории болезни, заключения экспертов (экспертных комиссий), иные документы по соглашению Страхователя и Страховщика, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного вреда.

10.4.3. *В случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при выборе методов лечения и лекарственных средств* - письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни, выписанные рецепты на применение лекарственных средств (справки о примененных лекарственных средствах), заключения экспертов как по поводу оценки правильности выбранных Страхователем в отношении пациента методов лечения и лекарственных средств, так и по поводу оценки соблюдения пациентом требований инструкции (памятки) по применению выписанных лекарственных средств и выполнению рекомендаций Страхователя, иные документы по соглашению Страхователя и Страховщика, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного потерпевшему лицу вреда.

10.4.4. *В случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при принятии решения о прекращении процесса лечения пациента в амбулаторных либо стационарных условиях* - письменные претензии

потерпевшего лица к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, выполненный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, сведения о размере заработка (дохода) потерпевшего и о дополнительно понесенных расходах, вызванных повреждением здоровья, с приложением подтверждающих эти расходы документов (чеки, счета, квитанции и т.п.), заключение эксперта (экспертной комиссии), иные документы по соглашению Страхователя и Страховщика, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.

10.4.5. В случае причинения вреда здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при проведении медицинской экспертизы - письменные претензии потерпевшего лица по поводу организации, проведения и заключения медицинской экспертной комиссии, расчет причиненного вреда, выполненный потерпевшим, заключение и иные документы медико-социальной экспертизы, проводившей обследование и выдавшей заключение, заключения и иные материалы независимой медицинской экспертизы соответствующего вида, документы, полученные Страховщиком от учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения, иные документы по соглашению Страхователя и Страховщика, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.

10.5. В случае если представленных Страхователем и потерпевшим лицом документов недостаточно для принятия решения о признании имевшего место события страховым случаем и определения размера убытков, Страховщик вправе назначить повторную независимую медицинскую экспертизу, а также запрашивать сведения, связанные с наступившим событием у правоохранительных органов, медицинских учреждений, других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах наступления события, осуществлять иные действия по выяснению обстоятельств страхового случая и определению размера убытка в зависимости от причин и последствий наступившего события.

10.6. Наступившее событие должно быть признано Страховщиком страховым случаем (или принято решение о непризнании его страховым случаем) в срок не позднее 30-ти рабочих дней с момента получения сообщения от Страхователя о наступлении этого события, если по факту данного события не было возбуждено уголовное дело и в пределах указанного срока Страховщиком получены все необходимые документы для подтверждения факта страхового случая и определения размера убытков или имеется решение суда, вступившее в законную силу (при рассмотрении спора между Страховщиком и Страхователем по факту причинения вреда в судебном порядке).

10.7. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Страхователем и пострадавшими третьими лицами, а также дополнительно полученных им документов в течение 5-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составляет страховой акт (Приложение 6 к настоящим Правилам), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненного вреда, размер страховой выплаты пострадавшим третьим лицам.

Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Страхователя установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая. В этом случае Страховщиком в течение 5-ти рабочих дней с момента получения всех необходимых документов составляется документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или Страховщик направляет Страхователю в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

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

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

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

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

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

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

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

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

10.9.2. *Дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья:* расходы на лечение (определяются на основании счетов медицинских учреждений), дополнительное питание (на основании справки медицинского учреждения о рационе дополнительного питания и справки о ценах на продукты), приобретение лекарств (по предъявленным рецептам и чекам), санаторно-курортное лечение, включая стоимость проезда к месту лечения и обратно (санаторно-курортные путевки, проездные документы), приобретение специальных транспортных средств (в пределах стоимости того транспортного средства, которое показано решением соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы), специальный медицинский уход, протезирование (счета медицинских учреждений), подготовку к другой профессии (счета учебных заведений о затратах на обучение).

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

10.9.4. Расходы на погребение. Расходы на погребение определяются Страховщиком на основании представленных родственниками потерпевшего документов (счета паталого - анатомических учреждений и ритуальных фирм об оплате оказанных услуг по погребению) в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования.

10.10. В случае судебного спора размер убытков, причиненных в результате страхового случая, определяется на основании вступившего в законную силу решения суда.

10.11. Размер страхового возмещения исчисляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, условиями договора страхования и настоящими Правилами в пределах страховой суммы (лимитов ответственности), установленной в договоре страхования, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

11. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховая выплата - денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая.

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

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

11.3. Страховщик производит страховые выплаты в течение 5-ти рабочих дней после составления страхового акта или вступления в законную силу решения суда.

Если страховая выплата не произведена в установленный срок, Страховщик уплачивает получателю страховой выплаты штраф в размере, установленном сторонами при заключении договора страхования от суммы страховой выплаты за каждый день просрочки.

11.4. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

11.5. Выплата страхового возмещения производится потерпевшим третьим лицам. В случае смерти потерпевшего - его наследникам, при отсутствии таковых - лицу, понесшему эти расходы, по предъявлении необходимых документов.

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

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

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

11.8. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- 11.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 11.8.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

11.8.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.9. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком данного решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами для составления страхового акта).

Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в судебном порядке.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования профессиональной ответственности врачей и гражданской ответственности медицинских организаций, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

12.2. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При недостижении соглашения спор разрешается в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 1
к Правилам страхования профессиональной ответственности
врачей и гражданской ответственности медицинских организаций

Базовые тарифные ставки

(в % к страховой сумме, на срок страхования – один год)

| СТРАХОВЫЕ РИСКИ | ТАРИФНЫЕ СТАВКИ | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| | Страхователи - физические лица | Страхователи - юридические лица |
| 1) причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения; | 0.45 | 0.35 |
| 2) причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции; | 0.36 | 0.50 |
| 3) причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств; | 0.45 | 0.62 |
| 4) причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях; | 0.52 | 0.50 |
| 5) причинение вреда жизни или здоровью пациента в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы. | 0.36 | 0.35 |
| ПО ПОЛНОМУ ПАКЕТУ РИСКОВ | 2.14 | 2.32 |

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

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска: категория медицинского учреждения (повышающие от 1,2 до 5,0 и понижающие от 0,6 до 0,99), специализация медицинского работника (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), стаж и место работы медицинского работника (повышающие от 1,2 до 5,0 и понижающие от 0,5 до 0,99), иные факторы риска, которые Страховщик определяет в каждом конкретном случае при заключении конкретного договора страхования в зависимости от результатов оценки страхового риска (повышающие от 1,1 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99).

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 5,0 или быть меньше 0,1.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Приложения на повышающий или понижающий коэффициент.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем Приложении указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Перечисление факторов риска и обоснование размера применённых повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком в договоре страхования.