

ПРАВИЛА

Страхования гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
5. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

Приложения:

№1 – Базовые страховые тарифы

№2 – Образец Полиса страхования гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности

№3 – Образец Договора страхования гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности

№4 – образец Заявления на страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности

№5 – Образец Списка сотрудников медицинского учреждения

№6 – Образец Заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая

№7 – Образец Заявления о страховой выплате

№8 – Образец Страхового Акта

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на условиях настоящих Правил **Открытое страховое акционерное общество «ЯКОРЬ» (ОАО Страховое Общество «ЯКОРЬ»)**, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и специальным разрешением (лицензией) (далее по тексту – **«Страховщик»**), заключает договоры страхования гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности с физическими (частнопрактикующими медицинскими работниками) или юридическими (медицинскими организациями) лицами (далее по тексту - **«Страхователь»**).

Основные термины, используемые в настоящих Правилах страхования (далее по тексту – «Правила»):

- **«Выгодоприобретатель»** – потерпевший, в пользу которого в соответствии с настоящими Правилами заключен договор страхования. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, считается заключенным в пользу потерпевших, которым может быть причинен вред (Выгодоприобретателей), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственного за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

Лицо, в пользу которого считается заключенным договор страхования, вправе предъявить непосредственно Страховщику требование о возмещении вреда в пределах страховой суммы;

- **«Лимит страхового возмещения / лимит страховой выплаты»** – ограничение максимально возможной суммы выплаты страхового возмещения, установленное по соглашению Сторон в пределах, не превышающих страховую сумму;

- **«Потерпевший»** – физическое или юридическое лицо, право которого нарушено и которое вправе требовать полного возмещения причиненных ему убытков в размере и на условиях, предусмотренных главой 2 Гражданского кодекса РФ; положениями настоящих Правил, касающиеся потерпевших, также применяются и к лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца, наследников потерпевших, и к другим лицам, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации имеют право на возмещение указанного вреда;

- **«Третьи лица»** - пациенты, их родственники, наследники, иные/другие лица, имеющие право на возмещение вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Страхователем может выступать:

- медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющая в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- физическое лицо (частнопрактикующий врач) – лицо, являющееся индивидуальным предпринимателем, имеющее квалификацию медицинского работника, зарегистрированное соответствующим государственным органом и осуществляющее свою деятельность на основании лицензии, полученной в порядке, установленном законодательством, и непосредственно осуществляющее медицинскую деятельность.

1.3. По договору страхования может быть застрахован риск ответственности как самого Страхователя так и/или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена, за причинение вреда жизни или здоровью пациента.

В том случае, если Страхователем является юридическое лицо, оно может застраховать лишь риск гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности медицинским работником, состоящим с ним в трудовых или гражданско-правовых отношениях и выполняющим его указания. При этом все положения настоящих Правил и условий договора страхования, обязательные для Страхователя, являются обязательными и для лиц, ответственность которых застрахована. Права по условиям настоящих Правил и договора страхования могут осуществляться только непосредственно Страхователем. Лицо, ответственность которого застрахована, не может без согласия Страхователя и Страховщика осуществлять права из условий страхования.

1.4. Лицо, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован, должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре не названо и/или не указан перечень (список) застрахованных лиц, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя;

1.5. Договор заключается на принципах добровольности и действует на территории, оговоренной в страховом полисе или договоре страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (лица, ответственность которого застрахована), связанные с его обязанностью в порядке, установленном законодательством

Российской Федерации, возместить ущерб, нанесенный третьим лицам при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (лицом, ответственность которого застрахована).

2.2. Страховая защита включает в себя удовлетворение требований третьих лиц к Страхователю (лицу, ответственность которого застрахована), по возмещению нанесенного им ущерба, который возник при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей в результате страхового события и должен быть возмещен в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

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

В случае заключения договоров с указанными лицами или в их пользу, эти договоры могут быть оспорены в судебном порядке на предмет признания их недействительными с момента заключения.

2.4. Страховая защита предоставляется от имущественных претензий третьих лиц Страхователю (лицу, ответственность которого застрахована). Претензии, предъявленные к Страхователю (лицу, ответственность которого застрахована), и возникшие по условиям и основаниям, не связанным с осуществлением медицинской деятельности, не попадают под страховую защиту.

2.5. Имущественные претензии считаются предъявленными с момента, когда письменное документальное подтверждение об их предъявлении было получено Страхователем.

2.6. Страховая защита распространяется на возмещение физического ущерба, под которым понимается причинение вреда жизни и здоровью пациента при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (лицом, ответственность которого застрахована).

2.7. Страховая защита также включает в себя:

2.7.1. возмещение необходимых и целесообразных расходов по предварительному выяснению обстоятельств предполагаемых страховых случаев и степени виновности Страхователя (лица, ответственность которого застрахована), при предъявлении ему требований в связи с такими событиями. Расходы самого Страхователя по рассмотрению предъявленных ему требований (работа собственного персонала, и т.п.) к вышеуказанным расходам не относятся и страхованием не покрываются;

2.7.2. возмещение расходов по ведению в судах (арбитражных судах) дел по предполагаемым страховым событиям.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. 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.

По настоящим Правилам страховым риском является риск причинения физического вреда пациентам при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (лицом, ответственность которого застрахована), повлекшей его ответственность возместить вред потерпевшим лицам.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере полной или частичной компенсации вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина (пациента) при оказании медицинской помощи (п.10 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Страховым случаем признается наступление гражданской ответственности - факт возникновения у Страхователя (лица, ответственность которого застрахована) обязанности в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации возместить вред, причиненный третьим лицам при осуществлении Страхователем (лицом, ответственность

которого застрахована) своей медицинской деятельностью в период действия договора страхования, подтвержденной фактом предъявления имущественных претензий со стороны третьих лиц

При этом обязанность Страховщика произвести страховую выплату наступает только при наличии причинно-следственной связи между произошедшим событием и причиненным пациентам вредом.

При наступлении страхового случая возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового возмещения третьим лицам, которым был причинен вред (Выгодоприобретателям). Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

3.3. Не возмещается ущерб, причиненный третьим лицам в результате:

3.3.1. действий медработников, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи в нерабочее время и в непригодных для того условиях;

3.3.2. бездействия медработников в случае необходимости оказания экстренной медицинской помощи;

3.3.3. действий медработников, совершенных в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

3.3.4. действий медработников в зонах военных событий, районах экологических бедствий и во время ликвидации последствий аварий и катастроф;

3.3.5. бездействия медработников, обусловленного отсутствием необходимых лекарственных средств, приборов и инструмента;

3.4. Договором страхования не покрываются:

3.4.1. убытки, возникающие из предоставления Страхователем (лицом, ответственность которого застрахована) профессиональных услуг своему родственнику или другому члену семьи;

3.4.2. любые иски, требования, возникшие в связи с событием, являющимся следствием форс-мажорных обстоятельств;

3.4.3. любые иски, требования, возникшие в связи с задержкой, простоем транспортных средств;

3.4.4. иски, требования по возмещению морального ущерба;

3.4.5. штрафы, пени и взыскания;

3.4.6. иски, требования, возникшие в связи с деятельностью Страхователя (лица, ответственность которого застрахована) или его работника, не оговоренной в лицензии, не предусмотренной дипломом, сертификатом.

3.5. Страховщик оплачивает все юридические и судебные расходы, связанные с урегулированием предъявленных Страхователю требований о возмещении вреда, если указанные расходы были произведены во исполнение письменных указаний Страховщика или с его письменного согласия.

3.6. Страховщик возмещает Страхователю расходы по выяснению обстоятельств возникновения ущерба, а также расходы, произведенные в целях уменьшения убытков, подлежащих возмещению Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.

4.1. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем, исходя из которой определяются размеры страховой премии и страховой выплаты.

4.2. Страховая сумма, указанная в договоре страхования (полисе), является предельной суммой выплат страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования.

4.3. Договором страхования может быть предусмотрено в пределах страховой суммы установление отдельных лимитов страхового возмещения Страховщика, вытекающих из условий договора страхования:

- за причинение физического ущерба одному лицу;

- по одному страховому случаю;
- на одно застрахованное лицо.

Выплаты страхового возмещения по страховому случаю не могут превысить величину лимита страховой выплаты, определенного в договоре страхования (полисе).

4.4. Договором страхования может быть предусмотрено собственное участие Страхователя в оплате убытков (франшиза).

Выплата страхового возмещения осуществляется сверх суммы франшизы (за вычетом ее размера из суммы страхового возмещения). При этом убытки, не превышающие сумму франшизы, возмещению не подлежат.

4.5. В период действия договора страхования Страхователь может изменить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или в ее пределах лимиты страховых возмещений, а также включить страховые риски, ранее не включенные в договор страхования, но предусмотренные настоящими Правилами, путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования, в котором размер страховой премии определяется пропорционально сроку действия первоначального договора, при этом страховой взнос за неполный месяц исчисляется, как за полный. Дополнительное соглашение оформляется в письменной форме.

5. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

5.1. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

5.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.3. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска (страховая премия рассчитывается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

Основываясь на базовых страховых тарифах, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенности осуществляемой Страхователем деятельности, вправе применять к базовым страховым тарифам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

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

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении №1 к настоящим Правилам, определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

5.4. 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 о практической деятельности Страхователя, его деловой репутации и профессиональном уровне персонала; 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.

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.

5.5. 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 качество, безопасность выполняемых работ, 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, выполняемых им работах; 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.

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

5.7. Ставка страхового тарифа и сумма страховой премии по страхованию определяется, исходя из следующих факторов:

- страховой суммы;
- сроков страхования;
- квалификации медицинских работников;
- специализации медицинской деятельности.

На размер страхового тарифа могут влиять и иные факторы, оказывающие существенное влияние на величину риска.

5.8. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами или путем безналичных расчетов.

Уплата страховой премии производится единовременным платежом или в рассрочку (страховые взносы), конкретный порядок уплаты страховой премии указывается в договоре страхования (полисе).

5.9. Страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена в течение пяти банковских дней с момента подписания договора страхования, если иной срок не указан в договоре страхования (полисе). При неуплате страховой премии (первого страхового взноса) в указанные сроки, договор страхования считается не вступившим в силу.

5.10. По договорам, заключенным на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается единовременно в следующем размере от суммы годовой премии:

- до 1 месяца - 20%; до 6 месяцев - 70%;
- до 1,5 месяца - 25%; до 7 месяцев - 75%;

до 2 месяцев - 30%; до 8 месяцев - 80%;
до 3 месяцев - 40%; до 9 месяцев - 85%;
до 4 месяцев - 50%; до 10 месяцев - 90%;
до 5 месяцев - 60%; до 11 месяцев - 95%.

5.11. При заключении договора страхования на срок более одного года, страховая премия рассчитывается Страховщиком за весь период действия договора страхования путем умножения годовой страховой премии на количество лет страхования. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от результатов оценки Страховщиком страхового риска.

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

5.12. 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, если договором страхования не предусмотрено иное.

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается¹ 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.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя, в котором указывается перечень предоставляемых услуг, реквизиты лицензии (аттестата, диплома) и другие сведения, имеющие значение для Страховщика для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование объекта.

Данное заявление (Приложение № 4 к настоящим Правилам), а также копии документов, подтверждающих право осуществления медицинской деятельности (лицензии, дипломы, сертификаты) являются неотъемлемой частью договора страхования.

6.2. В заявлении Страхователь, являющийся физическим лицом, указывает род своей деятельности, образование, стаж работы по специальности, квалификацию, реквизиты диплома и лицензии, ЕГРНИП, место работы и другие сведения, имеющие значение для Страховщика для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование объекта.

Если Страхователем является юридическое лицо, то к заявлению прилагается список лиц, чья ответственность принимается на страхование, в котором указываются, в частности: стаж работы сотрудников по специальности, квалификацию сотрудников, реквизиты лицензии и другие сведения, имеющие значение для Страховщика для определения степени риска при заключении договора страхования (Приложение № 5 к настоящим Правилам).

6.3. Страхователь обязан известить Страховщика о всех заключаемых и действующих договорах страхования риска, заявленного на страхование в соответствии с настоящими Правилами.

6.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме путем составления договора страхования (Приложение № 3 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и/или вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

¹ Основания для расторжения договора определены ст. 450 ГК РФ.

6.5. В случае утери договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат. После выдачи дубликата утерянный договор страхования (страховой полис) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

6.6. Страхователь, заключая Договор (полис) страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», выражает Страховщику согласие на обработку, хранение и иное использование своих персональных данных, содержащихся в документах, и иной информации, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору (полису) страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения или другую, имеющую отношение к заключенному Договору (полису) страхования информацию.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на один год или на иной срок, согласованный Сторонами.

7.2. Срок действия договора страхования начинается с 00 часов 00 минут даты, указанной в договоре как дата начала страхования, и заканчивается в 24 часа 00 минуты даты, указанной в договоре как дата окончания страхования.

7.3. Договор страхования вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме, если договором страхования не предусмотрено иное.

Моментом уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при уплате безналичным расчетом – 00-00 часов дня поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при уплате наличным расчетом – 00-00 часов дня уплаты премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю.

7.4. 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.

7.5. Договор страхования прекращается в случаях:

7.5.1. Истечения срока его действия.

7.5.2. Исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

7.5.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные в договоре страхования (полисе) объеме и сроки, если договором страхования (полисом) не предусмотрено иное.

7.5.4. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, за исключением случаев правопреемства.

7.5.5. Ликвидации или смерти лица, ответственность которого застрахована;

7.5.6. При ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством.

7.5.7. Прекращения действия (аннулирования, отзыва, признания недействительной, приостановления действия или лишения, истечения срока действия) лицензии на медицинскую деятельность у Страхователя (лица, ответственность которого застрахована);

7.5.8. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. 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.

7.7. 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 не предусмотрено иное.

7.8. О намерении досрочного прекращения договора Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

7.9. Изменение и расторжение сторонами договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

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

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

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. Страхователь обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее одних суток (за исключением выходных и праздничных дней) уведомить Страховщика обо всех известных ему существенных изменениях в принятом на страхование страховом риске, произошедших в течение срока действия договора страхования, даже если такое изменение страхового риска происходит не по воле Страхователя.

8.2. Существенными изменениями в страховом риске признаются такие изменения в объекте страхования или связанные с объектом страхования, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и которые могли бы – если бы они существовали в момент заключения договора страхования – повлиять на решение Страховщика о заключении договора страхования или на конкретные условия договора страхования.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях.

В общем случае существенными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования, в его Заявлении на страхование и в договоре страхования.

8.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать внесения изменений в условия действующего договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

8.4. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 8.1 настоящих Правил, Страховщик (до наступления страхового события) вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и вручить ему один экземпляр;

9.1.2. после уплаты страховой премии или первого взноса страховой премии выдать Страхователю договор (полис) страхования;

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

9.1.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:

9.1.4.1. Выяснить обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая.

9.1.4.2. После получения необходимых документов, при признании наступившего события страховым случаем, составить страховой акт и произвести расчет суммы страхового возмещения.

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

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплатить страховую премию в сроки, оговоренные в договоре страхования;

9.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

9.2.3. при обнаружении факта причинения вреда пациенту, который может послужить основанием для предъявления претензии или иска третьих лиц, предпринять все возможные меры для уменьшения размера ущерба, обеспечить документальное оформление события, в трехдневный срок в письменном виде сообщить о событии Страховщику с указанием причин, обстоятельств и возможных последствий события.

Заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (Приложение № 6 к настоящим Правилам) должно содержать в наиболее полном объеме следующую информацию:

- характер и причины причинения вреда пациенту;

- возможный ущерб, имена и адреса всех лиц, вовлеченных в событие, включая потенциальных истцов;

- момент совершения страхового события;

9.2.4. в случае предъявления Страхователю искового требования о возмещении убытков в течение трех дней сообщить об этом Страховщику и предоставить ему все документы, относящиеся к данному делу (копию любого искового требования, письма, предписания суда, извещения, вызова в суд или любых иных юридических документов);

9.2.5. сохранять неизменными и неисправленными все записи, документы, оборудование, устройства и предметы, которые каким либо образом явились причиной вреда, который может повлечь за собой искомое требование;

9.2.6. предоставить Страховщику всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях причинения вреда, характере и размерах причиненного ущерба;

9.2.7. оказывать всевозможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении ущерба по страховому событию;

9.2.8. в случае, если Страховщик сочтет необходимым назначить своего адвоката или иное уполномоченное лицо для защиты интересов, как Страховщика, так и Страхователя в связи со страховым событием - выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком;

9.2.9. не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью требования, предъявляемые в связи со страховым событием, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика;

9.2.10. если у Страхователя имеется возможность требовать прекращения или уменьшения размера иска, поставить Страховщика в известность и принять все доступные меры по прекращению или уменьшению размера иска;

9.2.11. оплатить судебные расходы и исковые требования, если они не превышают размера собственного удержания Страхователя (франшизы).

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять представленную Страхователем информацию об объекте страхования и ее достоверность.

9.3.2. Проверять соблюдение Страхователем требований и условий договора страхования.

9.3.3. Требовать от лица, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован (Застрахованного лица) выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованному лицу требования о страховой выплате.

Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо.

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

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

9.3.6. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая.

9.3.7. При необходимости направлять запросы в соответствующие компетентные органы о предоставлении документов и информации, подтверждающих факт и причину наступившего события.

9.3.8. Требовать от Страхователя информацию, необходимую для установления факта наступления события, имеющего признаки страхового случая, или размера предполагаемого страхового возмещения, включая сведения, составляющие коммерческую тайну.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. На изменение условий договора страхования.

9.4.2. На замену лица, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован по договору страхования, с согласия этого лица и Страховщика.

9.4.3. На досрочное расторжение договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

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

9.4.5. Получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты.

10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УЩЕРБА. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

10.2. Размер убытка и страховой выплаты исчисляется в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о возмещении вреда и договором страхования.

Если размер претензии к Страхователю превышает установленную договором страхования страховую сумму или лимиты страховой выплаты, то сумма превышения компенсируется потерпевшему пациенту самим Страхователем.

10.3. Страховая выплата производится Страховщиком пациентам, потерпевшим в результате медицинской деятельности Страхователя (лица, ответственность которого застрахована), в

размере понесенных убытков в виде расходов, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, в пределах лимитов возмещения, указанных в договоре страхования, за вычетом оговоренной в договоре страхования франшизы - не компенсируемого убытка.

10.4. Если размер иска к Страхователю превышает лимит возмещения, в пределах которого была произведена выплата, то сумма превышения компенсируется потерпевшему пациенту самим Страхователем.

10.5. Если в момент наступления страхового случая ответственность по договору была застрахована в других страховых организациях (двойное страхование), то сумма страхового возмещения, подлежащая выплате в этом случае каждым из страховщиков, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору страхования.

10.6. Размер страхового возмещения при досудебном урегулировании претензий определяется по соглашению Страховщика, Страхователя и потерпевшего пациента. В случае невозможности достижения соглашения размер страхового возмещения определяется решением судебных органов.

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

- заявления на страховую выплату (Приложение № 7 к настоящим Правилам);
- страхового акта (Приложение №8 к настоящим Правилам);
- письменной претензии третьего лица о возмещении вреда;
- документов, подтверждающих факт страхового случая и размер причиненного убытка;
- решения суда, если спор разрешался в судебном порядке;
- документа, удостоверяющего личность третьего лица, которому причинен вред;
- иных документов, согласованных сторонами при заключении договора страхования.

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

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

Расходы самого Страхователя (лица, ответственность которого застрахована) по рассмотрению предъявленных ему требований (работа собственного персонала, и т.п.) к вышеуказанным расходам не относятся, страхованием не покрываются и возмещению не подлежат.

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

10.8. Размер страхового возмещения зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности периода нетрудоспособности пациента, результата (выздоровление, хронизация полученного заболевания либо травмы, инвалидность, смерть), а для работающего – также от степени утраты трудоспособности и размера утраченного заработка (дохода).

Размер страхового возмещения определяется в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ об исполнении обязательств вследствие причинения вреда на основании счетов соответствующих организаций и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, в которой потерпевший понес эти расходы, а также документов, подтверждающих размер утраченного заработка, однако страховая выплата не может превышать страховую сумму и/или лимита страхового возмещения по договору и включает в себя компенсацию:

10.8.1. расходов по возмещению утраченного третьим лицом, которому причинен вред, заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь;

10.8.2. дополнительно понесенных расходов, вызванных повреждением здоровья, в том числе: расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование,

посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств и т.д., если пострадавший нуждается в этих видах помощи и не имеет права на их бесплатное получение;

10.8.3. расходов по возмещению вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти третьего лица (кормильца) (нетрудоспособным лицам, состоявшим на иждивении умершего или имевшим ко дню его смерти право на получение от него содержания);

10.8.4. расходов на погребение;

10.8.5. необходимых и целесообразно произведенных расходов по уменьшению ущерба здоровью третьего лица;

10.8.6. расходов на проведение расследования обстоятельств страхового случая;

10.8.7. расходов по возмещению судебных издержек.

10.9. При признании обоснованности заявленных требований третьих лиц о возмещении причиненного вреда в досудебном порядке, Страховщик обязан в течение 10 (десяти) дней (исключая выходные и праздничные дни) после поступления заявления о выплате страхового возмещения и исполнения Страхователем обязанностей, указанных в п.9.2. составить страховой акт и выплатить страховое возмещение в размере, согласованном между сторонами, в пределах соответствующих страховых сумм и с учетом франшиз, установленных договором страхования.

10.10. В случае урегулирования претензий в судебном порядке, Страховщик обязан в течение 10 дней (не считая выходных и праздничных дней) с момента вступления в силу решения суда (арбитражного суда) составить страховой акт и выплатить страховое возмещение третьему лицу в размере, определенном решением суда, но в пределах соответствующих страховых сумм и с учетом франшиз, установленных договором страхования.

Днем выплаты страхового возмещения при безналичной выплате считается дата списания денег с расчетного счета Страховщика.

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

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

10.13. Целесообразные расходы по выяснению обстоятельств страхового случая, уменьшению размера убытков и судебные издержки (если они были включены в объем страховых обязательств Страховщика) возмещаются лицу, понесшему эти расходы

10.14. Если Страхователь, по согласованию со Страховщиком, самостоятельно возместил потерпевшему лицу причиненный ущерб, то при предоставлении Страховщику документов, подтверждающих факт возмещения ущерба, выплата страхового возмещения производится Страхователю.

10.15. Случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения:

10.15.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, если страховой случай наступил вследствие умысла Выгодоприобретателя.

10.15.2. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.15.3. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что при наступлении страхового случая Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

10.15.4. Неисполнение Страхователем обязанности незамедлительного уведомления Страховщика или его представителя о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (раздел 9 настоящих Правил), дает Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в течение 10 (десяти) дней (исключая выходные и праздничные дни) с момента принятия решения в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суд, арбитражный или третейский суды.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. Споры, возникающие при исполнении условий Договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров, а в случае недостижения согласия в установленном законом порядке.