

Липецкое страховое общество «ШАНС»

УТВЕРЖДАЮ

Директор ООО ЛСО «Шанс»
_____ Е.И. Власова

«05» июня 2008 г.

П Р А В И Л А **страхования профессиональной ответственности врачей**

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховой случай
4. Порядок определения страховой суммы
5. Порядок определения страхового тарифа и страховой премии (страховых взносов)
6. Срок действия договора страхования
7. Порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Последствия изменения степени риска
10. Определение размера убытков
11. Порядок определения страховой выплаты
12. Случаи отказа в страховой выплате
13. Порядок разрешения споров

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить Третьим лицам, в пользу которых заключен договор (Выгодоприобретателям), вред, причиненный их жизни и/или здоровью в связи с осуществлением Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

1.2. Под профессиональной ответственностью врачей применительно к настоящим Правилам понимается ответственность Страхователя (Застрахованного лица), предусмотренная действующим гражданским законодательством РФ за причинение вреда жизни и/или здоровью Третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (Застрахованным лицом).

1.3. Страховщик – ООО «Липецкое страховое общество «Шанс», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по государственному надзору за деятельностью субъектов страхового дела Лицензией.

1.4. Страхователями признаются юридические лица (далее - Медицинские учреждения) и физические лица (далее – Частнопрактикующие врачи), осуществляющие медицинскую деятельность в установленном законодательством порядке, заключившие со Страховщиком договоры страхования своей профессиональной ответственности в связи с осуществлением ими медицинской деятельности.

1.5. Медицинские учреждения и Частнопрактикующие врачи на момент заключения договора страхования должны обладать лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной в соответствии с действующим законодательством РФ, которая должна быть действительна на время действия договора страхования и на территории, в пределах которой осуществляется медицинская деятельность Страхователя.

1.6. Лицо, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован (Застрахованное лицо), должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя. Все положения настоящих Правил и условий договора страхования, обязательные для Страхователя, являются обязательными и для Застрахованных лиц. Застрахованные лица несут ответственность за невыполнение обязанностей по настоящим Правилам и условиям договора страхования наравне со Страхователем.

1.7. Если Страхователем является медицинское учреждение, то страхованием покрывается его гражданская ответственность, связанная с профессиональной деятельностью всех работников медицинского учреждения или той части работников, которая указана в договоре страхования. При осуществлении страхования ответственности медицинского учреждения, связанной с профессиональной деятельностью только определенной части его работников, вред, причиненный здоровью Третьих лиц работниками медицинского учреждения, которые не указаны в договоре страхования, Страховщиком не компенсируется.

Работниками медицинского учреждения признаются граждане, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), а также граждане, выполняющие работу по гражданско-правовому договору, если при этом они действовали или должны были действовать по заданию Страхователя.

1.8. Договор страхования считается заключенным в пользу Третьих лиц, которым может быть причинен вред (Выгодоприобретателей), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного Застрахованного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с его обязанностью в порядке, установленном гражданским законодательством РФ, возместить ущерб, причиненный жизни и/или здоровью Третьих лиц, в результате непреднамеренной врачебной (медицинской) ошибки Страхователя (Застрахованного лица) в ходе осуществления медицинской деятельности, а также с компенсацией Страхователю судебных и внесудебных расходов, связанных с наступлением его ответственности за причинение вреда Третьим лицам.

Врачебная (медицинская) ошибка – совершенная по неосторожности профессиональная ошибка медицинского персонала, неправильные, небрежные, недобросовестные, невежественные действия медицинских работников при оказании медицинской помощи или уходе за больным, а также добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности, халатности или легкомыслия, являющиеся причиной нанесения вреда жизни или здоровью Третьих лиц.

2.2. Страховая защита включает в себя удовлетворение требований третьих лиц к Страхователю по возмещению нанесенного им ущерба, который возник в результате страхового события и должен быть возмещен в соответствии с нормами гражданского законодательства РФ.

2.3. Не является объектом страхования профессиональная ответственность лиц, не имеющих в соответствии с действующим законодательством РФ 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.

2.4. Ответственность Страховщика по выплате страхового возмещения наступает, если:

- вред, причиненный жизни или здоровью Третьих лиц, находится в прямой связи с осуществлением указанной в договоре страхования профессиональной медицинской деятельности;
- страховой случай, повлекший причинение ущерба, имел место во время действия договора страхования и в конкретном Медицинском учреждении, которое указано в договоре страхования, даже если, последствия профессиональных ошибок медицинского персонала проявились уже после окончания срока действия договора страхования;
- в действиях Страхователя (его работников) отсутствуют признаки грубой неосторожности.

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

2.5. Страховая защита предоставляется от претензий по профессиональной деятельности Страхователя (Застрахованного лица). Претензии, предъявленные к Страхователю и возникшие по условиям и основаниям, не связанным с осуществлением профессиональной деятельности, не подпадают под страховую защиту.

III. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском, на случай наступления которого проводится страхование, является предполагаемое событие причинения вреда жизни и/или здоровью Третьих лиц при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (Застрахованным лицом).

3.2. Страховым случаем является факт наступления ответственности Страхователя (Застрахованного лица) по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда Третьим лицам (Выгодоприобретателям) в результате непреднамеренной профессиональной ошибки при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности в период действия договора страхования.

Профессиональные ошибки могут быть, в частности, допущены:

- при установлении диагноза и выборе методов и плана лечения (ошибки на этапах диагностики);
- при сборе анамнестических сведений о Третьем лице и его заболевании;
- при оценке клинических и лабораторных данных;
- при проведении обследования и медицинской экспертизы;
- при назначении лекарственных препаратов и их дозировки;
- при проведении лечения, хирургических операций и иных манипуляций;
- при несоблюдении преемственности между специалистами разных профилей при оказании медицинской помощи;
- при осуществлении ухода и наблюдения за больным;

- при переливании крови, внутривенном вливании и т.п., в результате чего произошло заражение крови, кроме случаев, перечисленных в п. 3.8 настоящих Правил;
- при определении необходимости госпитализации, срока лечения, выписки из стационара или закрытии больничного листа при амбулаторном лечении;
- вследствие недостатков и дефектов медицинского оборудования, используемого при оказании медицинской помощи;
- иных обстоятельств, указанных в договоре страхования.

3.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, может быть предусмотрена компенсация морального вреда Третьим лицам в связи с причинением вреда их жизни и/или здоровью в результате непреднамеренной профессиональной ошибки при осуществлении Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности в период действия договора страхования.

3.4. Кроме того, в договоре страхования может быть оговорено также возмещение в пределах согласованного лимита разумных и необходимых судебных издержек и прочих расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) в ходе расследования, урегулирования требований Третьих лиц или в ходе судебного разбирательства с согласия Страховщика.

Расходы самого Страхователя по рассмотрению предъявленных ему требований (работа собственного персонала, канцелярские расходы и т.д) к вышеуказанным расходам не относятся и страхованием не покрываются.

3.5. Страховщик компенсирует Страхователю необходимые и целесообразно понесенные им расходы по уменьшению вреда, причиненного потерпевшему в результате врачебных действий Страхователя (Застрахованного лица) или его работников.

3.6. Факт причинения вреда и его размер должны быть подтверждены имущественной претензией, направленной в соответствии с законодательством РФ потерпевшим лицом в адрес Страхователя (Застрахованного лица) с документальным подтверждением компетентных органов о причиненном ущербе, а также в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, решением суда о возмещении вреда, причиненного Третьим лицам.

3.7. Страхование не распространяется:

3.7.1. на работников Страхователя (Застрахованного) - юридического лица, которые проходили лечение в его же Медицинском учреждении, а также на родственников Страхователя (Застрахованного) - физического лица, которым он оказывал медицинские услуги;

3.7.2. на работников Страхователя (Застрахованного) - юридического лица, которые оказывали медицинские услуги вне рамок договорных отношений со Страхователем и своих профессиональных обязанностей;

3.7.3. на иски по рецидивной нетрудоспособности, которая возникает, если потерпевшее лицо после получения временной нетрудоспособности возвращается к активной трудовой деятельности (за исключением назначенного врачом реабилитационного режима работ) и проработав не менее 6 месяцев снова становится нетрудоспособным по причине перенесенного заболевания или связанного с ним лечения;

3.7.4. на случаи причинения вреда здоровью Третьих лиц, возникших в связи с фактом, ситуацией, обстоятельством, профессиональной ошибкой, которые на дату начала действия договора страхования были известны Страхователю, или Страхователь должен был предвидеть, что они могут привести к предъявлению в его адрес искового требования, или по которым дано уведомление согласно условиям предыдущего договора страхования, имевшего место до начала действия настоящего договора;

3.7.5. любые претензии или исковые требования, возникшие в связи с событием, являющимся следствием форс-мажорных обстоятельств;

3.7.6. штрафы (неустойка, пени) и административные взыскания;

3.7.7. претензии или исковые требования, возникшие в связи с деятельностью Страхователя (Застрахованного лица) или его работника, не оговоренной в лицензии или квалификационном аттестате (дипломе).

3.8. Не признаются страховыми случаями и не покрываются по настоящим Правилам убытки, возникшие прямо или косвенно в результате:

3.8.1. заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) при использовании Страхователем (Застрахованным лицом) или его работниками шприцов не одноразового пользования;

3.8.2. заражения при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови и Страхователь (Застрахованное лицо) или его работники знали об этом;

3.8.3. выполнения медицинским работником действий, не соответствующих его должностным обязанностям и квалификации;

3.8.4. применения Страхователем (Застрахованным лицом) неразрешенных лекарственных средств или методик диагностирования и лечения;

3.8.5. действий Страхователя или его работников в зонах военных событий, районах экологических бедствий, а также во время ликвидации последствий аварий и катастроф;

3.8.6. нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) санитарно-гигиенических требований и норм, а также правил внутреннего трудового распорядка;

3.8.7. умышленных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица);

3.8.8. бездействия Страхователя (Застрахованного лица) обусловленного отсутствием необходимых лекарственных средств, приборов и инструментов;

3.8.9. ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, или их представителям до наступления страхового случая;

3.8.10. совершения Страхователем (Застрахованным лицом) или лицом, в пользу которого заключен договор страхования, умышленного преступления, находящегося в прямой связи со страховым случаем;

3.8.11. действий Страхователя или его работников, совершенных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

IV. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов). Страховая сумма, указанная в договоре страхования (полисе) является предельной суммой выплат страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования.

4.2. Порядок определения страховой суммы включает в себя согласование сторонами договора общей страховой суммы по договору страхования или отдельно по страховым рискам и судебным и прочим расходам.

4.3. Договором страхования может быть предусмотрено установление отдельных лимитов ответственности Страховщика:

- за причинение вреда жизни или здоровью одного лица;
- по одному страховому случаю.

4.4. В договоре страхования стороны могут указать размер не компенсируемого Страховщиком убытка – франшизу.

При условной (невывчитаемой) франшизе Страховщик не несет ответственности за ущерб, не превышающий сумму франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер превысит сумму франшизы.

При безусловной (вычитаемой) франшизе ее размер вычитается из суммы страхового возмещения в любом случае.

V. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

5.1. Страховым тарифом является ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.2. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов по рискам, по которым заключен договор страхования, на основании базовых тарифов Страховщика (Приложение 7 к настоящим Правилам).

К базовым тарифам применяются поправочные коэффициенты риска, экспертно определяемые в зависимости от типа Страхователя (Медицинское учреждение или Частнопрактикующий врач), профиля Медицинского учреждения, стажа медицинской практики и квалификации Страхователя (Застрахованного лица) и его работников, степени оснащенности медицинским оборудованием и других факторов, оказывающих существенное влияние на величину риска.

5.3. Под страховой премией (страховым взносом) понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования. Страховая премия рассчитывается путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

5.4. В случае заключения договора страхования в месяцах до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

5.5. При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;
- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

5.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ о валютном регулировании и валютном контроле.

5.7. Страховые взносы могут уплачиваться единовременно или рассроченным платежом, периодичность уплаты которого оговаривается в договоре страхования.

5.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая премия уплачивается:

- при безналичной форме уплаты перечислением на расчетный счет Страховщика в течение 5 банковских дней с даты подписания договора страхования (днем уплаты считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика);
- наличными деньгами через кассу Страховщика при заключении договора (для Страхователей, являющихся физическими лицами).

5.9. При не поступлении Страховщику единовременного или первого страхового взноса в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не состоявшимся.

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, предусмотренный условиями договора страхования, договор расторгается в порядке, предусмотренном

гражданским законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке уплаты очередного взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого по согласованию сторон отсрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения зачесть сумму отсроченного страхового взноса.

VI. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может быть заключен сроком на:

- определенный период в целых месяцах до 1 года;
- на один год;
- на несколько лет (до 5 лет).

VII. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату Третьим лицам, гражданскую ответственность перед которыми несет Застрахованное по договору лицо, а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные сроки.

7.2. Порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования включает в себя:

- заключение договора страхования на основании Заявления о страховании (Приложение 3 к настоящим Правилам);
- оформление страхового полиса (договора страхования) (Приложения 1 и 2 к настоящим Правилам);
- исполнение сторонами договора страхования в соответствии с правами и обязанностями сторон, оговоренными в настоящих Правилах и договоре страхования;
- прекращение договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения о Застрахованных лицах:

- ФИО;
- возраст;
- образование;
- занимаемая должность;
- квалификация;
- ученая степень;
- стаж работы по специальности;
- реквизиты квалификационного аттестата (диплома лицензии);
- наличие исков по гражданской ответственности за последние пять лет;
- иные данные, позволяющие судить о степени риска.

К заявлению должна быть приложена копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также копии квалификационных аттестатов (диплома) Застрахованных лиц.

Если Страхователем является юридическое лицо, к заявлению прилагается список работников, за профессиональную деятельность которых Страхователь несет ответственность как работодатель.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе (Заявлении о страховании).

7.5. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

7.6. Договор страхования вступает в силу на следующий день после зачисления первого (единовременного) страхового взноса на расчетный счет Страховщика или уплаты страхового взноса наличными деньгами, если условиями договора страхования не предусмотрено иное (иной строк вступления договора в силу), но не ранее даты начала страхования, указанной в договоре.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу.

7.7. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, а также для других лиц, в отношении которых заключен Договор страхования, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил.

7.8. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста Договора страхования и (или) дополнении их положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству.

7.9. Договор страхования прекращается в случаях:

7.9.1. истечения срока действия;

7.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (выплате в полном размере страховой суммы);

7.9.3. ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя (Застрахованного лица) - физического лица, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;

7.9.4. прекращения страховой деятельности Страховщика или его ликвидации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

7.9.5. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.10. Договор страхования прекращается 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.

7.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

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

7.12. По инициативе Страховщика изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7.13. Договор страхования может быть признан судом недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил или экземпляра договора страхования в установленный срок;

8.1.2. при страховом случае произвести страховую выплату страхового возмещения в установленный договором страхования срок;

8.1.3. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице) и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. за свой счет произвести медицинское освидетельствование потерпевшего в результате страхового случая лица, назначив врача и оплатив его услуги: в этом случае врач не должен работать в том же медицинском учреждении, что и Страхователь (Застрахованное лицо);

8.2.2. по просьбе Страхователя (Застрахованного лица) взять на себя защиту его прав и вести все дела по урегулированию убытка от имени Страхователя;

8.2.3. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;

8.2.4. по мере необходимости направлять запросы в компетентные органы.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. своевременно уплачивать страховые взносы;

8.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования;

8.3.3. при обнаружении непреднамеренной профессиональной ошибки, которая 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.

8.3.4. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая:

- передать Страховщику копию имущественной претензии о возмещении Страхователем причиненного вреда здоровью Пациентов;

- сообщать Страховщику о начале действий компетентных органов по факту причинения ущерба (расследование, вызов в суд и т.п.);

- представить имеющиеся документы и материалы, необходимые для принятия решения о страховой выплате по договору;

- без письменного согласия Страховщика не давать обещаний и не делать предложений о добровольном возмещении убытка, о признании полностью или частично своей ответственности;

8.3.5. не нарушать в течение договора установленных правил и профессиональных требований;

8.3.6. сообщать Страховщику незамедлительно о всяком изменении в характере риска, если это может повлиять на повышение степени риска страхования;

8.3.7. без письменного на то согласия Страховщика не принимать каких-либо прямых или косвенных обязательств об урегулировании требований третьих лиц.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. заменить Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования;

8.4.2. по соглашению со Страховщиком изменить в период действия договора страхования страховую сумму;

8.4.3. получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты;

8.4.4. досрочно отказаться от договора страхования, письменно уведомив об этом Страховщика не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения.

IX. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан 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.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, 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.

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

X. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ

10.1. Убытки возмещаются Страховщиком потерпевшему в пределах лимитов возмещения, указанных в договоре страхования, и включает в себя компенсацию:

10.1.1. в случае смерти пострадавшего в связи с осуществлением медицинской деятельности Страхователя (Застрахованного):

- расходов на погребение;
- части заработка, которого лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении потерпевшего или имевшие право на получение от него содержания, за период, определяемый в соответствии с требованием законодательства РФ;

10.1.2. неполученных доходов в связи с наступившей временной или постоянной утратой трудоспособности в виде заработка, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате произведенных врачебных действий;

10.1.3. дополнительных расходов, необходимых для восстановления поврежденного в результате врачебных действий здоровья (на усиленное питание, курс амбулаторного или стационарного лечения, санаторно-курортное лечение, посторонний уход, протезирование, транспортные расходы и т.п.).

10.2. Компенсация морального вреда в связи с причинением вреда жизни и здоровью потерпевшего в результате медицинской деятельности Страхователя (Застрахованного), осуществляется Страховщиком только в том случае, если возмещение морального вреда предусмотрено договором страхования. Выплата компенсации морального вреда производится исключительно на основании судебного решения, вступившего в законную силу.

10.3. Оплата судебных издержек и прочих расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) в ходе расследования, урегулирования требований третьих лиц или в ходе судебной защиты, если это предусмотрено договором страхования, производится Страховщиком, исходя из документов, представленных Страхователем, свидетельствующими о размерах этих расходов.

10.4. Страховщик компенсирует Страхователю необходимые и целесообразно понесенные им расходы по уменьшению вреда, причиненного потерпевшему в результате врачебных действий Страхователя (Застрахованного лица) или его работников.

10.5. Несколько убытков, наступивших по одной причине, рассматриваются как один страховой случай.

10.6. Если стороны не достигают согласия в определении размера убытка, то любая из сторон вправе потребовать назначения независимой экспертизы, предварительно согласовав кандидатуру экспертов с другой стороной и оплатив экспертам стоимость экспертизы за свой счет.

XI. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Выплата страхового возмещения осуществляется Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования (полиса).

Основанием для выплаты страхового возмещения являются следующие документы:

- договор страхования (полис);
- заявление о страховом случае (Приложение 4 к настоящим Правилам);
- решение судебных органов о возмещении ущерба, нанесенного Третьим лицам, и/или копии претензионных документов потерпевшего или его родственников к Страхователю (Застрахованному лицу);
- иные документы, необходимые для суждения об обоснованности иска (подтверждение медицинской экспертизой доказательства ущерба здоровью с указанием даты, природы и степени ущерба; выписной эпикриз, лист нетрудоспособности, свидетельство о смерти и т.п.).

11.2. Страховщик вправе провести расследование с целью определения истинного размера причиненного Застрахованным по договору лицом вреда Третьим лицам, на основании которого Страховщик может полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений, организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая и позволяющих судить о размере причиненных убытков.

11.3. В случае причинения вреда жизни и здоровью Третьих лиц при отсутствии разногласий определение размера ущерба и суммы страховой выплаты производится Страховщиком на основании представленных Страхователем документов.

11.4. В случае недостижения согласия о размере причиненного Третьему лицу ущерба, а также, если исходя из представленных документов нельзя однозначно судить о виновности (наличии умысла) Застрахованного лица (Страхователя) и наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействием) Застрахованного (Страхователя) и причинением вреда здоровью Третьего лица, Страховщик имеет право отложить выплату страхового возмещения до принятия судом решения по делу.

Размер компенсации морального вреда потерпевшему определяется исключительно решением суда, вступившим в законную силу.

11.5. При признании наступившего события страховым случаем, Страховщик составляет страховой акт (Приложение 5 к настоящим Правилам), в котором определяет размер и порядок выплаты страхового возмещения.

11.6. Порядок определения страховой выплаты включает расчет ее размера в соответствии со следующими условиями:

- при страховании одного и того же объекта у двух или нескольких страховщиков (двойное страхование), сумма страхового возмещения, подлежащая выплате в этом случае каждым из страховщиков, сокращается пропорционально уменьшению первоначальной страховой суммы по соответствующему договору страхования;
- если Страхователь получил возмещение за убыток от третьих лиц, Страховщик оплачивает лишь разницу между суммой, подлежащей оплате по условиям страхования, и суммой полученной от третьих лиц;
- если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе в случае предоставления отсрочки в уплате страхового взноса при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса.
- если расходы, произведенные Страхователем в целях уменьшения убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, такие расходы возмещаются Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными, пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.

11.7. Выплата страхового возмещения производится за вычетом оговоренной в договоре страхования франшизы.

Если одним страховым случаем вызвано несколько убытков, то франшиза вычитается только один раз.

11.8. Сумма страхового возмещения по всем убыткам, вызванным одним и тем же страховым случаем, не может превысить лимитов возмещения по договору страхования.

11.9. Судебные издержки и прочие расходы возмещаются Страхователю, если они вместе с суммой страхового возмещения не превышают установленной договором страховой суммы (лимита ответственности Страховщика).

11.10. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

11.11. Страховая выплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания страхового Акта. Если иное не предусмотрено договором страхования страховой Акт оформляется в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых для выплаты страхового возмещения.

11.12. Если в результате страхового случая последовала смерть пострадавшего, то страховая выплата производится в пользу его наследников.

Наследники должны предъявить свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой, а также свидетельство органов ЗАГС и медицинское свидетельство, подтверждающие смерть наследодателя.

ХII. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения:

12.1.1. если вред здоровью Третьих лиц возник вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

12.1.2. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица, потерпевшего лица).

12.2. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае неизвещения его о наступлении страхового случая в сроки, оговоренные в договоре страхования, 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 произвести страховую выплату.

12.3. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с обоснованием причин отказа в тот же срок, в который оформляется Страховой акт, оформляемый на основании Заявления о страховом случае и всех документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер причиненных убытков.

12.4. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде (арбитражном суде).

ХIII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются путем переговоров сторон, а при недостижении согласия - в судебном порядке.

13.2. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренной действующим законодательством РФ, начиная со дня наступления страхового случая.