



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 21.11.2019г. приказ № 1121/А-1

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ

(№12400/002)¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НЕГО
5. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
6. ФРАНШИЗЫ
7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
8. СРОК ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ДРУГИЕ СТРАХОВЫЕ СРОКИ (ПЕРИОДЫ). ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПРОИЗВОДСТВО СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ
12. РЕГРЕСС (СУБРОГАЦИЯ)
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
14. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

ПРИЛОЖЕНИЯ:

¹ Указанный номер **12400** соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) **/002** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил (далее — *Правила*), действующей лицензии и законодательства Российской Федерации страховая организация АО «Страховая компания «Астро-Волга» (далее — *Страховщик*) вправе заключать договоры страхования гражданской (профессиональной) ответственности субъектов медицинской деятельности (см. пп. 1.3.1 - 1.3.5, 2.4 Правил) (сокращенно — *договор страхования*) за причинение вреда жизни или здоровью пациентов (далее — *потерпевшие лица или потерпевшие*) в связи с оказанием оговоренной договором страхования медицинской помощи (осуществлением соответствующей медицинской деятельности).

1.2. Лица, заключающие (заключившие) со Страховщиком договоры страхования, именуется *Страхователями*. Страхователем может выступать любое лицо надлежащей право(дее)способности. Страховщик и Страхователь именуется *Сторонами договора страхования* (сокращенно — *Стороны*).

1.3. В рамках настоящих Правил и заключаемых в соответствии с ними договоров страхования (см. пп. 2.4, 2.5, 2.10 Правил) применяются следующие толкования используемых терминов:

1.3.1. Под *медицинской деятельностью* понимается выполнение врачом (медицинской сестрой²) частной практики или медицинской организацией (далее — *субъект медицинской деятельности*) работ (услуг) по оказанию (п.1.3.2. Правил) медицинской помощи (доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой, санаторно-курортной и/или иных предусмотренных законодательством видов) на основании соответствующих лицензий, сертификатов и/или иных разрешительных документов (в том числе в отношении использования медицинского оборудования, инструментария, технологий и т.д.), обязательных в соответствии с требованиями действующего законодательства для осуществления данной деятельности.

К субъектам медицинской деятельности не относятся работники (см. п.1.3.14 Правил) медицинской организации или частнопрактикующего врача.

1.3.2. Под *медицинской помощью* понимаются различные виды (вместе или в отдельности) медицинской помощи (медицинских работ, услуг), а также сопутствующие их оказанию оздоровительные или медико-социальные услуги (мероприятия), в том числе диагностическая, консультативная, лечебная, скорая и неотложная, медико-транспортная, лекарственная (медикаментозная), профилактическая, реабилитационная, оздоровительная помощь, помощь (услуги) семейного или доверенного врача, в том числе оказываемые вне медицинских организаций.

Термин «*оказание медицинской помощи*» в рамках настоящих Правил включает в себя оказание медицинской помощи, а также соответствующих медицинских услуг, выполнение соответствующих медицинских работ и организацию данных процессов.

1.3.3. Под *гражданской (профессиональной) ответственностью* в терминах настоящих Правил понимается ответственность субъекта медицинской деятельности, возникающая у него в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации (сокращенно — *гражданская ответственность*) в связи с причинением вреда жизни или здоровью его пациентов (потерпевших³) в процессе или в результате (вследствие) осуществления медицинской деятельности как деятельности, требующей специальных знаний, квалификации, опыта (навыков), необходимой технической оснащенности, организации диагностического, лечебного процессов и т.д.

1.3.4. Под *медицинскими организациями* понимаются любые медицинские учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, имеющие в соответствии с законодательством право на осуществление медицинской деятельности (оказание медицинской помощи), что подтверждается наличием обязательных в соответствии с требованиями действующего законодательства лицензий, сертификатов и/или иных разрешительных документов (см. также п.1.3.1 Правил).

1.3.5. Под *врачами (медицинскими сестрами) частной практики (частнопрактикующими врачами (медицинскими сестрами))* понимаются имеющие необходимую степень квалификации физические лица - субъекты медицинской деятельности, осуществляющие ее на основании предусмотренных законодательством лицензий, сертификатов и/или иных обязательных документов (разрешительных, квалификационных и т.д.).

1.3.6. Под *квалифицированными исполнителями* понимаются физические лица, непосредственно оказывающие медицинскую помощь пациентам Застрахованного лица (а также должностные лица Застрахованного лица, участвующие в организации ее оказания) на основании документов, подтверждающих соответствующую профессиональную квалификацию исполнителей (дипломы, сертификаты, свидетельства и т.д.), необходимую для оказания данных видов медицинской помощи в соответствии с требованиями законодательства, а также при наличии допуска установленной формы к оказанию данной медицинской помощи, если такой допуск требуется согласно положениям законодательства или общепринятым нормам и правилам (обычаям делового оборота) при оказании данной медицинской помощи (приказ о выполнении функций, о назначении на должность, иной вид допуска или разрешения).

1.3.7. Под *застрахованной ответственностью* понимается ответственность, на которую распространяется действие страхования (*страховой защиты*) по договору страхования, заключенному в рамках настоящих Правил (см. п.1.4 Правил).

² для тех видов медицинской помощи, в отношении которых действующим законодательством допускается частная практика медицинских сестер

³ При заключении конкретного договора страхования Стороны вправе согласовать, с учетом желания Страхователя и индивидуальной ситуации риска и при соответствующем исчислении размера страховой премии, сужение круга лиц, отнесенных к потерпевшим лицам.

1.3.8. Под *застрахованной медицинской деятельностью (застрахованной медицинской помощью, застрахованными медицинскими услугами)* понимаются оговоренные договором страхования виды медицинской помощи (медицинских услуг, работ), на которые распространяется действие страхования, а именно — все или некоторые виды медицинской помощи (медицинских услуг, работ) из числа предусмотренных имеющейся у Застрахованного лица лицензией, сертификатами и/или иными разрешительными, квалификационными документами, необходимость наличия которых при осуществлении данной деятельности (оказании данных видов медицинской помощи, медицинских услуг, работ) установлена действующим законодательством.

В конкретном договоре страхования Стороны вправе распространить действие страхования лишь на отдельные, оговоренные договором страхования, разновидности медицинской помощи (услуг, работ), манипуляции, время их проведения и т.д. (например, застраховать ответственность в отношении проведения конкретной операции конкретного пациента); при этом под *застрахованной медицинской деятельностью (застрахованной медицинской помощью, застрахованными медицинскими услугами)* понимаются указанная медицинская помощь (услуги, работы).

1.3.9. Под *Застрахованным лицом* понимается субъект медицинской деятельности, риск гражданской (профессиональной) ответственности которого застрахован (гражданская (профессиональная) ответственность которого застрахована) в рамках настоящих Правил.

Не является Застрахованным лицом работник (см. п.1.3.14 Правил) субъекта медицинской деятельности.⁴

1.3.10. Под *Застрахованными исполнителями* понимаются непосредственные исполнители застрахованной медицинской деятельности (лица, непосредственно оказывающие медицинскую помощь пациентам Застрахованного лица, а также должностные лица Застрахованного лица, участвующие в организации ее оказания), на действия (бездействие)⁵ которых согласно условиям договора страхования распространяется страхование, даже если гражданская (профессиональная) ответственность возникает у иного (ответственного) лица — Застрахованного лица.⁶

В договоре страхования Стороны вправе оговорить состав Застрахованных исполнителей — поименовать или указать его иным образом, позволяющим однозначно определить, является ли конкретное физическое лицо Застрахованным исполнителем⁷. При этом страхование не распространяется на действия (бездействие) исполнителей, не входящих в состав Застрахованных исполнителей. Данное положение справедливо и в отношении Застрахованного лица - физического лица, оказывающего медицинскую помощь пациентам (п.1.3.2 Правил): для распространения на действия такого Застрахованного лица страхового покрытия необходимо указание его в качестве Застрахованного исполнителя.

Если договором страхования не оговорены Застрахованные исполнители, считается, что ими являются все квалифицированные исполнители, работающие у Застрахованного лица (на момент выполнения работ, оказания медицинских услуг (медицинской помощи, п.1.3.2 Правил), приведших к страховому случаю), а также Застрахованное лицо, являющееся физическим лицом - субъектом медицинской деятельности.

1.3.11. Под *застрахованными действиями (бездействием)* Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) понимаются оговоренные договором страхования (см. п.4.11 Правил) виды ошибок (упущений) при оказании или организации оказания медицинской помощи, неоказание или несвоевременное оказание либо иное ненадлежащее оказание медицинской помощи, в том числе несоответствие оказываемой медицинской помощи установленным законодательством требованиям, стандартам, предписаниям, правилам или обычно предъявляемым требованиям к качеству, непредоставление полной и достоверной информации об оказываемой медицинской помощи (услуге) — если это привело к причинению вреда жизни или здоровью пациента.

1.3.12. Под *пациентом* (независимо от того, болен он или здоров) понимается физическое лицо, обратившееся в медицинскую организацию или к врачу (медицинской сестре) частной практики за получением медицинской помощи.

1.3.13. Под *нарушениями требований медицинского законодательства* понимаются допущенные субъектом медицинской деятельности нарушения норм законодательства, регулирующего (регламентирующего) осуществление медицинской деятельности, порядок, условия, правила и стандарты оказания медицинской помощи.

Такие нарушения могут проявляться в виде отступлений от соответствующих норм, правил и обязательных требований, несоответствия им, полного или частичного неисполнения положений законодательства о медицинской деятельности и/или предписаний органов надзора в сфере здравоохранения и т.д. (несоответствие

⁴ Работник может выступать Застрахованным исполнителем или не являться им. Работник (в терминологии п.1.3.14 Правил и в соответствии с положениями ст.1068 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — ГК РФ)) не является надлежащим субъектом гражданской ответственности за причинение вреда другим лицам при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей (надлежащим субъектом гражданской ответственности является работодатель). Вместе с тем у работника, в соответствии с трудовым законодательством (главой 39 Трудового кодекса (далее — ТК), может возникнуть материальная ответственность перед работодателем в связи с расходами (убытками) работодателя, понесенными вследствие возмещения им вреда третьим лицам, причиненного действиями (бездействием) работника.

⁵ Бездействие лица противоправно только тогда, когда данное лицо обязано совершить определенное действие.

⁶ Например, у Застрахованного лица - работодателя (медицинской организации или частнопрактикующего врача) в соответствии со ст. 1068 ГК РФ возникает гражданская ответственность в связи с причинением вреда пациенту действиями работников (медицинского персонала) Застрахованного лица.

⁷ например, путем указания на специализацию Застрахованных исполнителей (оперирующие хирурги, анестезиологи и т.п.) или выполняемые ими функции (выполнение гастроскопии, внутривенных инъекций и т.п.) или непосредственным указанием их персональных данных (Ф.И.О. и т.п.)

лицензионным требованиям и условиям (отсутствие принадлежащих на законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям, отсутствие у должностных лиц и медицинского персонала необходимой квалификации, профессионального стажа, несоблюдение разрешенных к применению медицинских технологий или использование неразрешенных, несоблюдение санитарных правил при осуществлении медицинской деятельности, необеспечение контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам), нарушение условий обслуживания медицинской техники и т.д.);⁸ неисполнение выданного органом надзора предписания по устранению в установленный срок нарушений порядка организации лечебного процесса, хранения лекарственных препаратов, использования медицинского оборудования, эксплуатации помещений, коммуникаций и т.д.).

1.3.14. *Работниками* (в соответствии с абз.2 п.1 ст.1068 ГК РФ⁹ и в терминологии настоящих Правил) 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 соответствующего юридического лица или гражданина (работодателя) и под его контролем за безопасным ведением работ.

1.4. В рамках настоящих Правил может быть застрахована гражданская (профессиональная) ответственность (сокращенно — *гражданская ответственность* или *ответственность*) Страхователя или иного субъекта медицинской деятельности¹⁰, а именно — гражданская (профессиональная) ответственность врачей частной практики и медицинских организаций (а в случаях, когда в отношении оказания определенных видов медицинской помощи действующим законодательством допускается частная практика медицинских сестер — гражданская (профессиональная) ответственность частнопрактикующих медицинских сестер).

Лицо, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован (Застрахованное лицо) должно быть названо в договоре страхования. Если в договоре страхования Застрахованное лицо не названо, считается застрахованным (п.2 ст. 931 ГК РФ) риск ответственности самого Страхователя (то есть Страхователь является Застрахованным лицом) — при условии, что Страхователь является субъектом медицинской деятельности; при этом положения договора страхования действуют лишь в той части, в которой они могут быть распространены на осуществляемую Страхователем медицинскую деятельность.

1.5. Договор страхования считается заключенным в пользу потерпевших лиц (пациентов), а в случаях, предусмотренных законодательством, — в пользу иных лиц (лиц, утративших кормильца; заинтересованных лиц со стороны пациента - потерпевшего лица¹¹, понесших расходы, необходимые для восстановления его здоровья в связи с причинением ему вреда при осуществлении медицинской деятельности Застрахованным лицом; и т.д.), имеющих правомочия на возмещение соответствующих убытков в связи с причинением вреда потерпевшим лицам (все описанные в настоящем предложении лица именуется *Выгодоприобретателями*).¹²

Исключение составляют застрахованные расходы (п.4.5 Правил), предусмотренные в пп. 3.1.2, 3.1.3 Правил, в отношении которых договор страхования считается заключенным в пользу Страхователя или Застрахованного лица, понесшего данные расходы.

1.6. Требования Выгодоприобретателей, предъявленные к Застрахованному лицу и/или к Страховщику в связи с причинением вреда потерпевшим лицам (письменные претензии от потерпевших, исковые заявления в суд, основанные на нормах гражданского законодательства и подтвержденные доказательствами о размере причиненного вреда и причинах его возникновения), могут именоваться в рамках настоящих Правил также *«требованиями о возмещении вреда»*.

1.7. Стороны договора страхования (Страховщик, Страхователь), Застрахованное лицо, а также потерпевшие лица (Выгодоприобретатели) могут именоваться в рамках настоящих Правил *участниками или субъектами страхования*.

1.8. Поскольку договор страхования заключается Страхователем в отношении своей ответственности или ответственности иного Застрахованного лица, Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица исполнения соответствующих ситуаций обязанностей Страхователя как Стороны по договору страхования (в той части, в которой это следует из характера обязанности и обстоятельств наступивших событий). Таким образом, положения Правил, касающиеся Страхователя, распространяются в соответствующей части и на Застрахованное лицо. В

⁸ Например, использование препаратов донорской крови или лекарственных средств, не имеющих сертификатов установленного образца или с истекшим сроком годности, повторное использование одноразовых медицинских инструментов, нарушение температурного режима хранения лекарственных средств и иные нарушения порядка (правил) использования медицинских инструментов, оборудования, лекарственных препаратов или иных медицинских средств, отсутствие обязательных согласно действующему законодательству лицензий, сертификатов и/или иных разрешительных, квалификационных документов в отношении осуществления соответствующих видов медицинской деятельности, оказания соответствующей медицинской помощи, услуг, выполнения соответствующих работ, манипуляций, использования соответствующего медицинского оборудования, инструментария, технологий и т.д.

⁹ здесь и далее «ГК РФ» — «Гражданский Кодекс Российской Федерации»

¹⁰ По договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда другим лицам, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена (п.1 ст. 932 ГК РФ).

¹¹ например, родственников или работодателя потерпевшего лица

¹² Договор страхования риска ответственности за причинение вреда 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 (п.3 ст. 931 ГК РФ).

частности, Страховщик вправе требовать от Застрахованного лица, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате страхового возмещения, выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им (если Страхователь и Застрахованное лицо — различные лица).

При наступлении страхового события (страхового случая) обязанности Страхователя (Застрахованного лица) могут быть исполнены тем или иным лицом из числа Застрахованных исполнителей — исходя из принципов возможности, разумности и доступности выполнения соответствующих действий данным лицом.

1.9. Перечисленные в Правилах или договоре страхования деяния или события, их причины, обстоятельства, характер и последствия, размер убытков и прочие факты (сведения), связанные с объектом страхования или страховым случаем, признаются таковыми на основании документов, выданных компетентными органами в установленном законодательством порядке (далее сокращенно — *подтверждающие документы*).

При этом под *компетентными органами (лицами)* в терминах настоящих Правил понимаются лица, органы или организации, законодательно уполномоченные в соответствии со своей компетенцией и характером событий, приведших к причинению вреда, давать заключения в отношении факта и/или причин, обстоятельств, характера произошедших событий, размера вреда (убытков, ущерба), виновных лиц и т.п.

2. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ

2.1. Договор страхования является письменным соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик предоставляет *страховую защиту* на определенных договором страхования условиях, а именно: Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного договором страхования события (*страхового случая*, пп. 4.9 - 4.14 Правил) произвести в порядке, размере и на условиях, предусмотренных *объемом страхового покрытия* по договору страхования (п.4.4 Правил), *страховую выплату* (п.4.8 Правил) лицу, в пользу которого (п.1.5 Правил) заключен договор страхования, а Страхователь обязуется уплатить *страховую премию* (страховые взносы, раздел 7 Правил) в порядке, размере и в сроки, установленные договором страхования.

2.2. Договор страхования считается заключенным на условиях Правил, если в нем прямо указано на применение Правил и факт их получения Страхователем удостоверен в договоре страхования подписью Страхователя или лица, надлежаще им уполномоченного; при этом изложенные в Правилах условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Сторон — в той части, в которой письменным соглашением Сторон не предусмотрено иное (см. п.2.3 Правил).

В части, не нашедшей отражения в Правилах, Стороны договора страхования руководствуются нормами действующего законодательства, регулирующими договорные правоотношения, а также не противоречащими им положениями договора страхования.

2.3. При заключении договора страхования (согласовании его условий) или в период его действия Стороны могут, если это не противоречит законодательству Российской Федерации (см. п.3 ст.943 ГК РФ), договориться об изменении или неприменении отдельных положений Правил и/или о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в Правилах, и/или об уточнении положений Правил применительно к специфике конкретной ситуации риска. Результаты указанной договоренности фиксируются в договоре страхования, и согласованные таким образом индивидуальные условия страхования имеют преимущественную силу по отношению к соответствующим положениям Правил. В частности, Страховщик вправе на основе Правил формировать условия страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования — в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации; при этом данные условия включаются в текст «Договора страхования» (Полиса) или прилагаются к нему, являясь его неотъемлемой частью (см. также п.2.10 Правил).

2.4. Страховщик вправе использовать различные названия договоров страхования (в том числе присваивать специальные названия отдельным группам единообразных договоров страхования), заключаемых на основе и в рамках настоящих Правил (например, «Договор страхования гражданской (профессиональной) ответственности субъекта медицинской деятельности», «Договор страхования гражданской (профессиональной) ответственности врача», «Договор страхования гражданской ответственности медицинской организации», «Договор страхования гражданской ответственности при осуществлении медицинской деятельности», «Договор страхования гражданской (профессиональной) ответственности в связи с осуществлением медицинской деятельности» и т.д.).¹³

2.5. Договор страхования оформляется в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и представляет собой набор документов, полностью определяющих условия страхования с конкретным Страхователем (см. пп. 2.2 - 2.3, 2.7 - 2.10 Правил).

2.6. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

Если одно из положений договора страхования становится недействительным, это не затрагивает действия остальных положений договора страхования, если можно предположить, что он был бы заключен и без включения в него недействительного положения.

Договор страхования должен содержать все существенные условия, предусмотренные для него законодательством Российской Федерации (для заключения договора страхования должно быть достигнуто

¹³ Например, с целью упрощения (формализации) для Страховщика процедур заключения, хранения, учета договоров страхования, анализа собственной статистической информации, максимально возможного соответствия пожеланиям Страхователя в отношении наименования договора страхования и других аналогичных нужд.

соглашение Сторон по всем существенным условиям договора страхования, в том числе и тем, на согласовании которых настаивает хотя бы одна из Сторон; существенные условия для договора страхования определены в ст.942 ГК РФ).

2.7. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением установленной Страховщиком формы (далее — *Заявление о страховании*, Приложение № 2 к Правилам), в котором сообщает необходимые для заключения договора страхования сведения, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить договор страхования с указанием сведений, необходимых для заключения договора (устное заявление, сообщение по факсу и т.д.).

2.7.1. При заключении договора страхования Страхователь обязан:

— сообщить Страховщику (в соответствии с реквизитами бланка Заявления о страховании и/или письменного запроса Страховщика (анкеты и т.п.) и/или соответствующими пунктами договора страхования):

▪ точные и полные сведения об объекте страхования и основных требуемых условиях страхования (о Застрахованном лице, страхуемой медицинской деятельности, Застрахованных исполнителях, об особенностях страхового покрытия и т.п.),

▪ информацию о всех заключенных (заключаемых) договорах страхования в отношении этого(их) объекта(ов) (например, о договорах страхования ответственности в отношении того же Застрахованного лица и/или тех же Застрахованных исполнителей, в отношении которых заключается договор страхования, - если аналогичные договоры страхования имеются),

▪ прочие известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения *степени страхового риска* (п.4.2 Правил) (например, сведения о квалификации, опыте работы (стаже), категории, количестве Застрахованных исполнителей, рисковых особенностях страхуемых видов медицинской помощи, о месте (территории) осуществления страхуемой медицинской деятельности - месте оказания медицинской помощи¹⁴, его технической оснащенности и т.д.), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в форме Заявления о страховании¹⁵ (формах «Договора», Полиса — см. п.2.8 Правил) или в письменных запросах Страховщика (ст.944 ГК РФ));

— предоставить копии запрашиваемых Страховщиком документов, в числе которых, в частности, могут быть:

• документы, идентифицирующие Страхователя (Застрахованное лицо) и подтверждающие законный характер осуществления Застрахованным лицом страхуемой медицинской деятельности (например, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, квалификационные документы - для физических лиц; лицензия, сертификат или другие разрешительные документы, обязательные в соответствии с требованиями действующего законодательства для осуществления соответствующей медицинской деятельности, свидетельство о государственной регистрации и/или постановке на налоговый учет и т.д.);

• формы типовых договоров на оказание медицинской помощи, справки об объеме и составе медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицом за предыдущие 12 месяцев работы;

• если договором страхования предусмотрен оговоренный состав Застрахованных исполнителей — перечень Застрахованных исполнителей в свободной форме или иное указание на Застрахованных исполнителей (в соответствии с положениями п.1.3.10 Правил), а также (по требованию Страховщика) — документы, подтверждающие их необходимую квалификацию, факт работы у Застрахованного лица, профессиональный опыт и стаж (дипломы, сертификаты, свидетельства, выписка из трудовой книжки или копия трудового договора, приказа о назначении на должность и т.п.).

2.7.2. Страховщик вправе потребовать от Страхователя сообщить — применительно к Застрахованному лицу и Застрахованным исполнителям — сведения о страховой истории в отношении страхуемой профессиональной ответственности, если Страховщик ими не располагает (о количестве и характере наступивших страховых случаев, о страховых выплатах, сроке страхования, рассматриваемых и неурегулированных требованиях потерпевших, касающихся страховых выплат и т.п.).

2.7.3. Страховщик вправе произвести осмотр здания (помещения), в котором Застрахованным лицом оказывается медицинская помощь, используемого медицинского оборудования и/или запросить дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с обстоятельствами, имеющими значение для оценки степени страхового риска, а также потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставить и другие документы, кроме указанных в пп. 2.7.1 - 2.7.2 Правил, необходимые для идентификации Страхователя (Застрахованного лица), а также подтверждения тех или иных сообщенных Страхователем сведений.

2.7.3.1. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были ему сообщены. Однако Страховщик вправе повторно запросить Страхователя, а также самостоятельно получить требуемую информацию; если же полученные сведения изменяют оценку степени страхового риска, Страховщик вправе действовать в соответствии с положениями раздела 9 Правил.

¹⁴ например, стоматологический кабинет может быть расположен в офисном или жилом здании, здании стационара или поликлиники

¹⁵ Все сведения, указанные в письменном Заявлении о страховании, имеют существенное значение для определения степени страхового риска. Ответственность за достоверность сведений, указанных в письменном Заявлении о страховании, несет Страхователь.

2.7.4. Если Застрахованным лицом допущено(ы) нарушение(я) требований медицинского законодательства (см. п.1.3.13 Правил), регулирующего осуществление соответствующих (страхуемых, застрахованных) видов медицинской деятельности, Страховщик (в зависимости от времени и обстоятельств выявления нарушения(й))¹⁶ вправе отказать в заключении договора страхования, а по уже заключенному договору страхования:

— при отсутствии (на дату выявления нарушений) страховых событий, вызванных этими нарушениями, — реализовать свои права, предусмотренные разделом 9 Правил для ситуации повышения степени страхового риска, и/или потребовать устранения в согласованный Сторонами срок обнаруженных нарушений. Если же нарушения, на устранении которых настаивал Страховщик, в согласованный срок не были устранены и повлекли за собой наступление страховых событий, Страховщик — в случае осуществления страховой выплаты — вправе предъявить регрессные (суброгационные) требования к Застрахованному лицу (Застрахованному исполнителю) (см. п.4.16, раздел 12 Правил);

— при наличии (на дату выявления нарушений) страховых событий, вызванных этими нарушениями, Страховщик — в случае осуществления страховой выплаты — вправе предъявить регрессные (суброгационные) требования к Застрахованному лицу (Застрахованному исполнителю) (см. п.4.16, раздел 12 Правил).

2.7.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь в своем Заявлении о страховании и/или в ответах на запросы Страховщика сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик вправе (п.3 ст.944 ГК РФ) потребовать признания договора страхования недействительным и применения санкций, предусмотренных п.2 ст. 179 ГК РФ (за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали).

2.8. Заключение договора страхования производится путем оформления двустороннего документа «Договор страхования ...» (далее — «Договор», Приложение № 3 к Правилам), подписываемого от имени Сторон договора страхования надлежаще уполномоченными лицами.

По желанию Страхователя ему, кроме экземпляра «Договора», выдается *Полис* (Приложение №4 к Правилам), подтверждающий вступление страхования в силу по заключенному договору страхования (*Полис*, в частности, содержит сведения о периоде действия страхования, уплате страховой премии).

2.9. В случае выдачи Страховщиком Полиса Страховщик выдает его Страхователю в срок, согласованный Сторонами, после уплаты страховой премии или ее первого страхового взноса, но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней со дня уплаты и получения от Страхователя документов, необходимых для оформления Полиса.

2.10. Под *договором страхования* в рамках Правил понимаются не только «Договор» и/или *Полис*, но и иные названные в них (упомянутые, прилагаемые) документы (например, Правила или иной документ, регламентирующий общие условия страхования, Заявление о страховании и приложения к нему, письменные соглашения Сторон, в том числе об изменении условий договора страхования). Положения подобных документов признаются частью договора страхования (в соответствии с согласованным Сторонами приоритетом) и в совокупности с положениями «Договора» и/или Полиса определяют условия конкретного договора страхования (далее — *условия договора страхования*).

2.11. В случае утери «Договора» (Полиса, иного двустороннего документа) в период его действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат утерянного страхового документа (новый документ взамен утраченного). После этого утерянный страховой документ считается недействительным (аннулированным) и никакие выплаты по нему не производятся.

2.12. В период действия договора страхования Стороны вправе:

— на основании устного или письменного заявления заинтересованной Стороны изменять по взаимному соглашению условия договора страхования, если такие изменения не выходят за рамки Правил и действующего законодательства;

— при изменении сведений, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, (независимо от того, оказывает ли такое изменение влияние на увеличение степени страхового риска по договору или нет, - см. раздел 9 Правил) — на основании Заявления Страхователя вносить необходимые изменения в договор страхования в целях приведения его в соответствие с действительными сведениями об объекте страхования и обстоятельствах ситуации риска¹⁷, что позволяет обеспечивать адекватность потенциальных страховых выплат реальным страховым интересам.

Оформление согласованных Сторонами изменений производится путем подписания правомочными представителями Сторон Дополнительных соглашений к договору страхования (Приложение № 6 к Правилам) и, если это необходимо, перерасчета страховой премии (осуществления взаиморасчета) и переоформления Полиса и/или «Договора».

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. *Объектом страхования* по договору страхования, заключенному в рамках настоящих Правил, (пп. 1.1, 2.4 Правил) являются имущественные интересы субъекта медицинской деятельности - Застрахованного лица (пп. 1.3.1, 1.3.9 Правил), связанные с риском его гражданской (профессиональной) ответственности по

¹⁶ (если Страхователь сообщил об этом Страховщику на этапе заключения договора страхования или в период его действия либо Страховщик обнаружил нарушения самостоятельно или с привлечением компетентных специалистов до наступления страхового события либо нарушения были выявлены компетентными органами при расследовании страхового события)

¹⁷ Например, вносить изменения в сведения о Застрахованных исполнителях, о месте (территории) осуществления застрахованной медицинской деятельности и т.д., а также, если это необходимо, — вносить соответствующие изменения в страховое покрытие.

обязательствам, возникающим у него вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациентов (потерпевших лиц) в процессе или в результате (вследствие) оказания пациентам застрахованной медицинской помощи (п.1.3.8 Правил).

3.1.1. В рамках настоящих Правил может быть застрахована гражданская ответственность в объеме, предусмотренном главой 59 ГК РФ о возмещении причиненного жизни или здоровью вреда, если иное не обусловлено договором страхования или конкретной ситуацией, возникшей при его исполнении (например, для ситуации причинения вреда за пределами Российской Федерации - при установлении в договоре страхования территории страхования, включающей иностранные государства, или в иных случаях, когда исчисление размера причиненного вреда осуществляется на основании норм законодательства иностранного государства (норм международного права), см. пп. 11.1.10, 11.2.1 Правил).

3.1.2. В соответствии со ст.962 ГК РФ застрахованными (п.4.5 Правил) по договору страхования ответственности при осуществлении медицинской деятельности являются также расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) в целях уменьшения размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика (далее — *«расходы по уменьшению убытков»*, см. пп. 10.2.8, 10.5.2, 11.1.3.1 Правил).

3.1.3. В пределах установленной по договору страхования страховой суммы могут быть также застрахованы (п.4.5 Правил) следующие сопутствующие расходы:

а) расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) с письменного согласия Страховщика по ведению в судебных органах дел по предполагаемым страховым случаям о возмещении причиненного потерпевшим лицам вреда, расходы, отнесенные на Застрахованное лицо (Страхователя) судом (далее — *«судебные расходы»*, см. п.11.1.3.2 Правил);

б) необходимые и целесообразные расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) с письменного согласия Страховщика в целях предварительного выяснения обстоятельств наступления страхового случая (установления причин и обстоятельств причинения вреда, участников и очевидцев событий, виновных (ответственных лиц), последовательности событий, характера и ориентировочного размера вреда, сведений о предъявленных требованиях Выгодоприобретателей и т.д.) (далее — *«расходы по предварительному выяснению обстоятельств дела»*, см. п.11.1.3.3 Правил).

3.2. Под *вредом, причиненным жизни или здоровью пациента (потерпевшего)* при осуществлении Застрахованным лицом медицинской деятельности, понимается умаление (повреждение, ухудшение состояния) здоровья¹⁸ пациента или его смерть в процессе или в результате (вследствие) оказания медицинской помощи, наступившее(ая) вследствие предусмотренных в п.4.11 Правил застрахованных действий (бездействия) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя)

В рамках настоящих Правил *не признаются вредом, причиненным жизни или здоровью пациента (потерпевшего)* при осуществлении медицинской деятельности:

— неизбежные телесные повреждения или иные неблагоприятные изменения в организме, умаляющие здоровье пациента, без которых невозможно оказание медицинской помощи и достижение лечебного эффекта (сокращенно — *«неизбежные телесные повреждения»*);

— случайные (вероятные) осложнения и/или побочные действия, которые могут проявить себя в отдаленной перспективе после оказания застрахованной медицинской помощи (сокращенно — *«допустимые телесные повреждения»*),

если пациент (или иное лицо, представляющее интересы пациента в соответствии с требованиями законодательства) должен быть и был уведомлен о данных последствиях и выразил надлежащим образом свое информированное добровольное согласие на оказание ему соответствующей медицинской помощи.¹⁹

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НЕГО

4.1. Под *страховым риском* понимается предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Под *степенью страхового риска* понимается вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления.

Степень страхового риска по конкретному договору страхования определяется совокупностью различных факторов риска таких, например, как виды застрахованной медицинской деятельности, состав Застрахованных исполнителей (квалификация, категории, стаж и опыт работы), место осуществления медицинской деятельности (оказания медицинской помощи) и его техническая оснащенность, срок (опыт) медицинской деятельности Застрахованного лица, согласованный Сторонами объем страхового покрытия (п.4.4 Правил) и т.п.

¹⁸ В частности: временное расстройство функций организма (временная утрата трудоспособности), стойкое расстройство функций организма (утрата общей и/или профессиональной трудоспособности, наступление инвалидности).

¹⁹ Медицинской помощи как целенаправленному воздействию на здоровье сопутствуют те или иные варианты воздействия на организм, влекущие телесные повреждения или иные изменения в организме (ампутация конечности в связи с гангреной, облучение при рентгенографическом обследовании, побочные действия лекарственных препаратов и т.д.). В частности, в соответствии с п.3 ст.1064 ГК РФ в возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (например, в случае применения новых, неопробованных препаратов и методов лечения с согласия пациента).

4.3. Под *страховым событием* понимается произошедшее событие, которое может повлечь наступление страхового случая²⁰.

4.4. Под *страховым покрытием* по настоящим Правилам понимается совокупность всех вероятных (случайных) событий, при наступлении любого из которых у Страховщика возникает *обязанность* произвести страховую выплату на условиях и в объеме возмещения, предусмотренных договором страхования (далее — *страховая ответственность* или *ответственность Страховщика*).

Под *объемом страхового покрытия (страховой ответственности, страховой защиты)* по настоящим Правилам понимается объем обязательств Страховщика по договору страхования. Объем страхового покрытия определяют в совокупности: понятие страхового случая (пп. 4.9 - 4.14 Правил), перечень исключений из страхового покрытия (пп. 4.15 - 4.15.3, др. пп. Правил), застрахованные виды медицинской помощи (все, предусмотренные разрешительными документами, или некоторые), состав Застрахованных исполнителей (все исполнители или некоторые, оговоренные договором страхования), количество и состав застрахованных манипуляций (все отнесенные к застрахованным видам или некоторые (конкретные) из выполняемых, оговоренные договором страхования), застрахованные сопутствующие расходы или вред (пп. 3.1.2, 3.1.3, 4.15.2 «а» Правил), виды и размеры страховой суммы, лимитов ответственности и/или франшиз (разделы 5 и 6 Правил), срок страхования (п.8.1 Правил), период действия страхования, страховой защиты (пп. 8.4 - 8.4.1 Правил), территория страхования (п.4.6 Правил), состав и размер страховых выплат (разделы 3, 11 Правил), периоды проявления вреда и предъявления требований (пп. 4.10.2, 4.10.3, 8.4.1 Правил), прочие условия страхования и другие факторы, влияющие на объем обязательств Страховщика и тем самым определяющие объем застрахованной ответственности.

4.5. Под *застрахованными вредом, убытками, расходами* понимаются возмещаемые согласно условиям договора страхования вред, убытки, расходы, связанные с наступлением страхового случая (см. раздел 3 Правил).

4.6. Под *территорией страхования* понимается согласованная Сторонами в договоре страхования (указанная, описанная или оговоренная иным образом) территория оказания застрахованной медицинской помощи (место осуществления застрахованной медицинской деятельности), на которую распространяется действие страхования (территория действия страховой защиты).²¹

Особенности страхового покрытия и оформления документации по страховому событию для территории страхования, находящейся в иностранном государстве, приведены в пп. 10.5.7.4, 11.1.10 Правил.

Если в договоре страхования территория страхования не указана (не описана), то территорией страхования считается любое место (территория) в пределах Российской Федерации, на которой Застрахованное лицо (Застрахованный исполнитель) вправе оказывать медицинскую помощь в соответствии с характером оказываемой медицинской помощи, имеющимися у него разрешительными документами и при соблюдении установленных требований к оказанию данного вида медицинской помощи.²²

4.7. Под *исключениями из страхового покрытия* понимаются перечень исключений из страховых случаев, перечень невозмещаемых Страховщиком (незастрахованных) убытков (вреда, расходов) и другие изъятия, влияющие на объем обязательств Страховщика.

4.8. Под *страховой выплатой (страховым возмещением)* понимается денежная сумма, оговоренная договором страхования (определяемая согласно его условиям) и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая надлежащим лицам — лицам, в пользу которых (п.1.5 Правил) заключен договор страхования, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, — их правопреемникам (например, наследникам физического лица - потерпевшего) или представителям.

4.8.1. Под *совокупной страховой выплатой* понимается общая сумма выплат страхового возмещения, произведенных Страховщиком на текущую дату по страховым случаям по конкретному договору страхования (см. п.5.2 Правил).

4.9. *Страховым случаем* является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в установленном договором страхования (п.2.10 Правил) порядке и объеме (ответственность Страховщика).

Событие не может быть признано страховым случаем, если Страховщику или Страхователю (Выгодоприобретателю) до заключения договора страхования было известно о наличии обстоятельств, исключающих вероятный (случайный) характер данного события.

4.10. **Страховым случаем по настоящим Правилам** является — с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных договором страхования (п.2.10 Правил) — установленное вступившим в законную силу решением суда или признанное Страховщиком (пп. 4.14 - 4.14.3 Правил) возникновение (в застрахованной части²³) гражданской (профессиональной) ответственности Застрахованного лица за причинение вреда жизни или

²⁰ например, ошибка в ходе операции, повлекшая причинение вреда пациенту, предъявление потерпевшим пациентом требований к Застрахованному исполнителю или к Застрахованному лицу в связи с дефектами оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и/или любые другие события, которые могут привести к возникновению застрахованной ответственности

²¹ Такой территорией могут, например, быть: территория медицинского стационара, поликлиники или частного врачебного кабинета по указанному адресу; город или район города, в котором врач на дому обслуживает пациентов и т.д.

²² Например, скорая медицинская помощь может быть оказана по фактическому месту нахождения пациента, а также в санитарном транспорте, на котором перевозят пациента в стационар или иное медицинское учреждение.

²³ с учетом всех условий страхования и всех исключений из страхового покрытия, установленных договором страхования (Правилами)

здоровью пациентов (потерпевших лиц) в связи с осуществлением Застрахованным лицом застрахованной медицинской деятельности — при обязательном наличии следующих условий (одновременно):

4.10.1. Вред пациенту был причинен в процессе или в результате (вследствие) виновных (умышленных, неосторожных)²⁴ или невиновных застрахованных действий (бездействия) (пп. 1.3.11, 4.11 Правил) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя), совершенных (допущенных) при оказании пациенту застрахованной медицинской помощи в период действия страхования (п.8.4 Правил), если это влечет наступление гражданской ответственности Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством о причинении вреда (см. также 4.15 - 4.16 Правил);

4.10.2. Проявление вреда, причиненного пациенту, произошло в период действия страхования или не позднее одного года по истечении периода действия страхования (если иной *период проявления вреда* прямо не предусмотрен договором страхования, см. п. 8.4.1 Правил);

4.10.3. Обоснованные требования Выгодоприобретателей (пп. 1.5 - 1.6 Правил) в связи с причинением пациенту вреда предъявлены к Застрахованному лицу и/или к Страховщику в период действия страхования или не позднее трех лет по истечении периода действия страхования (если иной *период предъявления требований* прямо не предусмотрен договором страхования, см. п. 8.4.1 Правил).

4.11. Виды застрахованных действий (бездействия) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) устанавливаются в договоре страхования по согласованию Сторон из числа следующих:

4.11.1. Ошибки (упущения) при определении диагноза заболевания (неправильная или поздняя диагностика и т.д.);

4.11.2. Ошибки (упущения) при выписке рецептов на применение лекарственных средств, ведении медицинской документации;

4.11.3. Неверно проведенный курс лечения (при условии, что диагноз определен верно), за исключением указанных в п.4.11.4 событий, (в частности: назначение несоответствующего лекарства или медицинской процедуры, неверной дозы лекарства, назначение лекарства без учета его возможного пагубного воздействия в сочетании с другими лекарствами; ошибки (упущения) преемственности, включая несогласованность в действиях врачей, в случаях, когда пациент проходит курсы лечения у нескольких специалистов; поздняя госпитализация, преждевременные выписка из стационара или закрытие больничного листа; ошибочное решение о транспортировке пациента и т.д.);

4.11.4. Проведение с ошибками (упущениями) медицинских манипуляций (операций, лечебных процедур, инъекций, заборов и переливаний крови, плазмоферезов, гемодиализов, и т.д.), в том числе вследствие ошибок (упущений) в обращении с медицинской техникой, нарушении правил безопасности, обслуживания при использовании (хранении, содержании, эксплуатации) медицинского оборудования, инструментов, медикаментов (лекарственных средств, веществ), нарушений санитарных норм при обслуживании пациентов;

4.11.5. Неоказание или несвоевременное оказание (необоснованный отказ от оказания, задержка в оказании) медицинской помощи, непредоставление полной и достоверной информации об оказываемой медицинской помощи (услуге), нарушение правил транспортировки пациента.

4.12. Датой страхового случая признается дата совершенного (допущенного) в период действия страхования (п.8.4 Правил) застрахованного действия (бездействия) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя), приведшего к причинению вреда и наступлению застрахованной ответственности.

4.13. Если одно застрахованное действие (бездействие) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) явилось причиной нескольких вытекающих из него страховых событий (причинение вреда нескольким потерпевшим²⁵, проявление у потерпевшего с течением времени осложнений вследствие некачественно проведенной медицинской манипуляции и т.д.), то все такие события считаются относящимися к одному страховому случаю и выплата страхового возмещения всем Выгодоприобретателям по всем фактам проявления причиненного вреда производится в пределах установленной страховой суммы и с учетом порядка исчисления страхового возмещения и всех прочих условий договора страхования (п.2.10 Правил).

4.14. Стороны договора страхования на этапе его заключения или изменения (либо субъекты страхования (см. п.1.7 Правил) на этапе наступления страхового события, если соответствующие условия не были оговорены в договоре страхования) вправе согласовать возможность внесудебного (досудебного) (см. п.10.5.8 Правил) и/или способ судебного урегулирования требований Выгодоприобретателей, исходя из следующих положений Правил:

4.14.1. Внесудебное урегулирование возможно только по усмотрению Страховщика — если Страховщик сочтет предоставленные ему документальные доказательства достаточными для принятия решения о производстве страховой выплаты (для подтверждения факта наступления страхового случая и правомочий получателей страховых выплат, для исчисления размера вреда и сумм страховых выплат).

4.14.2. Досудебное урегулирование требований Выгодоприобретателей осуществляется по усмотрению Страховщика и в части, не вызывающей споров (сомнений) («выплата в неоспариваемой части», см. п.11.1.8 Правил).

4.14.3. В рамках настоящих Правил допускается согласование (выбор) способов судебного урегулирования требований Выгодоприобретателей; в соответствии со сделанным выбором Страховщик производит выплату страхового возмещения на основании одного из трех нижеперечисленных документов (если признан факт наступления страхового случая, установлены размеры причиненного вреда и надлежащей суммы страхового возмещения, а также определены надлежащие получатели страховых выплат):

а) решение суда общей юрисдикции по существу дела;

²⁴ см., например, п.4.16 Правил

²⁵ Например, случаи массового заражения при переливаниях или заборах крови.

б) определение суда общей юрисдикции, утверждающее условия мирового соглашения.

4.15. **В соответствии с настоящими Правилами установлены следующие исключения из объема страхового покрытия** (нижеупомянутые события не относятся к страховым случаям, не влекут наступление застрахованной в рамках настоящих Правил ответственности, не являются застрахованным вредом и/или расходами, за исключением возможностей, допускаемых в п.4.15.2 Правил):

4.15.1. Не является страховым случаем наступление (возникновение) гражданской ответственности Застрахованного лица:

а) вследствие возникновения обязанности по возмещению убытков, возникших у работодателя пациента Застрахованного лица в связи с нарушениями в деятельности работодателя, вызванными причинением вреда работнику (пациенту Застрахованного лица);

б) вследствие регрессного требования, предъявленного Застрахованному лицу в соответствии предусмотренными законодательством возможностями иным субъектом медицинской деятельности в связи с убытками (расходами), возникшими у него в связи с оказанием им медицинской помощи, направленной на восстановление здоровья потерпевшего, если вред здоровью данного лица был причинен вследствие осуществления по отношению к нему медицинской деятельности Застрахованным лицом;

в) вследствие приведшего к причинению вреда пациенту действия (бездействия) исполнителя, не входящего в число Застрахованных исполнителей (см. также п.4.15.2 «б» Правил),

г) вследствие причинения вреда в связи с осуществлением незастрахованной медицинской деятельности, то есть в процессе или в результате (вследствие) оказания незастрахованной медицинской помощи;

д) вследствие оказания медицинской помощи вне (за пределами) территории страхования;

е) причинения вреда жизни или здоровью работников (п.1.3.14 Правил) Застрахованного лица при исполнении ими трудовых (служебных, должностных) обязанностей;

ж) вследствие эксплуатации, использования Застрахованным лицом любого вида транспорта (за исключением санитарного транспорта, перевозящего пациента);

з) вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения по распоряжению государственных органов материалов, оборудования, лекарственных или иных медицинских средств (веществ), используемых Застрахованным лицом для осуществления медицинской деятельности;

и) в иных ситуациях, когда произошедшие события не входят в объем страхового покрытия по договору страхования (например, возникновение ответственности в связи с обязательствами по уплате неустоек (штрафов, пеней) или иных санкций за нарушение договоров, возникновение ответственности за загрязнение окружающей среды и т.д.).

4.15.2. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем наступление (возникновение) гражданской ответственности Застрахованного лица вследствие:

а) причинения морального вреда в связи с осуществлением застрахованной медицинской деятельности (далее — «компенсация морального вреда», см. п.11.1.2.1 Правил);

б) оказания медицинской помощи неквалифицированными исполнителями (далее — «оказание медицинской помощи неквалифицированными исполнителями») — лицами, не соответствующими требованиям п.1.3.6 Правил;

в) оказания (неоказания) медицинской помощи во время (при обстоятельствах):

— прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, ионизирующего излучения (за исключением причинения вреда во время и/или вследствие воздействия источников радиации (ионизирующего облучения), используемых в установленном порядке в лечебном процессе, если данный вид медицинской помощи и данный вред застрахован),

— военных действий, а также маневров, учений или иных военных мероприятий, независимо от того, были они объявлены или нет) и их последствий, действий вооруженных формирований или террористов, гражданской войны, народных волнений или забастовок,

— ликвидации последствий аварий, катастроф, чрезвычайных ситуаций

(далее — «оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях»);

г) отсутствия лекарственных средств (медикаментов), приборов, оборудования, инструментов и т.п., необходимых для оказания медицинской помощи, за исключением ситуаций, предусмотренных в п.4.15.2 «в» (далее — «оказание медицинской помощи при недостаточной оснащенности»).

4.15.3. Не является в рамках настоящих Правил застрахованным (не принимается на страхование, не возмещается) вред, причиненный:

а) при обстоятельствах, не влекущих в соответствии с законодательством наступление гражданской ответственности Застрахованного лица (например, причинение вреда вследствие *непреодолимой силы* - чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (ст.202 ГК РФ), умысла потерпевшего)²⁶;

б) в иных случаях, при обстоятельствах, в размере или составе, не входящих в объем страхового покрытия по договору страхования (п.2.10 Правил)²⁷.

²⁶ В соответствии с п.3 ст.1064 ГК РФ в возмещении вреда может быть отказано, если вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего, а действия причинителя вреда не нарушают нравственные принципы общества (например, в случае применения новых, неопробованных препаратов и методов лечения с согласия пациента).

²⁷ По настоящим Правилам Страховщиком производится выплата страхового возмещения только в той части общего объема ответственности, возникающей у Страхователя или иного Застрахованного лица согласно действующему законодательству, которая включена в объем страхового покрытия по договору страхования.

4.16. Страховщик вправе предъявить регрессное (суброгационное) требование (см. раздел 12 Правил) в отношении соответствующих лиц в случаях, когда причинение вреда жизни или здоровью пациента произошло вследствие:

- а) умысла Страхователя (Застрахованного лица, Застрахованного исполнителя);
 - б) совершения Страхователем (Застрахованным лицом, Застрахованным исполнителем) преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - в) оказания медицинской помощи лицом, находящимся в состоянии любой формы опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного), или его последствий;
 - г) нарушений требований медицинского законодательства (см. п.1.3.13 и п.2.7.4 Правил);
- а также в других случаях, когда такое право возникает у Страховщика в соответствии с законодательством и не противоречащими ему положениями Правил (договора страхования).

Отказ от права регресса (суброгации) может быть установлен условиями договора страхования (в соответствии с соглашением Сторон договора страхования при заключении или изменении договора страхования) либо реализован по усмотрению Страховщика на этапах производства страховой выплаты, если это не противоречит нормам действующего законодательства (с учетом, например, имеющихся у Страховщика сведений, доказательств в отношении формы и степени вины Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) и/или пациента).

4.17. По договору страхования Стороны вправе согласовать (при соответствующем исчислении размера страховой премии) изменение страхового покрытия в сравнении с базовым, предусмотренным Правилами:

а) сужение базового страхового покрытия (например, путем указания в качестве застрахованной медицинской помощи лишь некоторых из видов медицинской помощи, предусмотренных лицензией или иными разрешительными документами Застрахованного лица, или лишь конкретных медицинских манипуляций, проводимых с конкретным пациентом или категорией пациентов - см. п.1.3.8 Правил, или включение в страховое покрытие лишь отдельных видов проявлений вреда, причиненного жизни или здоровью пациентов, или уменьшение предусмотренных в пп. 4.10.2, 4.10.3 Правил периода проявления вреда и/или периода предъявления требований Выгодоприобретателей (см. также п.8.4.1 Правил) и т.д.);

б) расширение страхового покрытия в рамках возможностей, предусмотренных Правилами (например, путем включения в страховое покрытие ситуаций, предусмотренных в п. 4.15.2 Правил, увеличения предусмотренных в пп. 4.10.2, 4.10.3 Правил периода проявления вреда и/или периода предъявления требований Выгодоприобретателей (см. также п.8.4.1 Правил) и т.д.).

4.18. Прочие условия страхования, влияющие на объем страхового покрытия, приведены в иных разделах Правил страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

5.1. Под *страховой суммой* понимается определенная по соглашению Сторон в договоре страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение и исходя из которой определяется размер страховой премии.

5.2. В рамках настоящих Правил страховая сумма является предельной суммой страхового возмещения по договору страхования, которая может быть выплачена по всем в совокупности страховым случаям (то есть совокупная страховая выплата (п.4.8.1 Правил) не может превышать согласованной Сторонами страховой суммы). Таким образом, обязательства Страховщика по договору страхования, по которому была(и) произведена(ы) страховая(ые) выплата(ы), продолжают действовать до окончания срока страхования в размере разницы между установленной страховой суммой и совокупной страховой выплатой.

5.3. В пределах страховой суммы по соглашению Сторон может(могут) быть установлен(ы) *лимит(ы) ответственности* Страховщика²⁸ различного(ых) согласованного(ых) Сторонами *вида(ов)*, например:

- по одному страховому случаю (см. также п.5.3.1 Правил);
- по тем или иным видам (разновидностям) застрахованной медицинской помощи (в частности, по конкретным медицинским манипуляциям);
- в отношении тех или иных Застрахованных исполнителей;
- в отношении одного потерпевшего;
- в отношении лиц, имеющих в соответствии с гражданским законодательством право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца);
- по тем или иным видам (составу) застрахованного вреда, расходов и т.д. (например: по отдельным, оговоренным договором страхования, видам проявлений вреда, причиненного жизни или здоровью пациентов; по судебным расходам; по расходам по предварительному выяснению обстоятельств дела; по расходам на санаторно-курортное лечение потерпевшего, расходам на дополнительное питание, расходам на посторонний уход и т.п. — в случае причинения вреда здоровью потерпевшего; по расходам на погребение потерпевшего — в случае гибели потерпевшего и т.д.);

5.3.1. лимит ответственности того или иного согласованного Сторонами вида может быть установлен:

— либо *на каждый страховой случай* — в этом случае лимит ответственности данного вида является

²⁸ Под *лимитом ответственности* (*лимитом страхового возмещения*) понимается максимальное выплачиваемое (применительно к установленному виду лимита) страховое возмещение (таким образом, лимит ответственности выступает своеобразным аналогом страховой суммы: устанавливается в пределах страховой суммы по договору и действует в отношении лишь определенных событий и/или расходов.

предельной суммой страхового возмещения (в отношении событий и/или расходов, соответствующих данному виду лимита ответственности) по каждому страховому случаю;

— либо на все страховые случаи, произошедшие в период действия страхования, — в этом случае лимит ответственности данного вида является предельной суммой страхового возмещения (в отношении событий и/или расходов, соответствующих данному виду лимита ответственности), которая может быть выплачена по всем в совокупности страховым случаям.

Если в договоре страхования не указан принцип установления лимита ответственности, то считается, что лимит ответственности установлен на каждый страховой случай.

5.3.2. Лимиты ответственности могут быть установлены в процентах от страховой суммы или в абсолютной величине (с указанием фиксированной денежной суммы).

5.4. В период действия договора страхования Стороны по взаимному согласию вправе увеличить или уменьшить²⁹ страховую сумму или лимиты ответственности на оставшийся срок страхования путем заключения Дополнительного соглашения к договору страхования (см. также п.7.7 Правил). При увеличении страховой суммы Страховщик вправе учесть наличие страховых случаев по данному договору страхования и при исчислении размера дополнительной страховой премии применить увеличенный (в сравнении с первоначально установленным) страховой тариф.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Под франшизой понимается размер невозмещаемого Страховщиком вреда (ущерба, убытка, расходов).

6.2. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливаться либо в процентах от страховой суммы либо в процентах от суммы исчисленного вреда либо в абсолютном денежном выражении.

6.2.1. При установлении условной франшизы Страховщик не выплачивает страховое возмещение, если исчисленный вред не превышает размера франшизы, но выплачивает страховое возмещение в полном объеме (исчисленном в соответствии с условиями договора страхования), если исчисленный вред превышает размер франшизы.

6.2.2. При установлении безусловной франшизы Страховщик во всех случаях выплачивает страховое возмещение за вычетом размера франшизы.

6.2.3. Если в договоре страхования не указан конкретный вид франшизы, то такая франшиза считается безусловной.

6.3. Франшиза учитывается по каждому страховому случаю (если иное не предусмотрено договором страхования).

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Под страховой премией понимается сумма, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику по договору страхования в порядке, размере и в сроки, установленные договором страхования (плата за страхование).

Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком исходя из величины страховой суммы и страхового тарифа. Страховая премия (страховые взносы, п.7.3 Правил) указываются в рублях.

7.1.1. Сторонами может быть согласовано условие об уплате страховой премии или ее части лицом(ами), отличными от Страхователя (например, Застрахованным лицом, Застрахованным(и) исполнителем(ями)).

7.2. Под страховым тарифом понимается ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховой тариф указывается в договоре страхования.

Размер страхового тарифа по договору страхования определяется в зависимости от объема страхового покрытия, специфики страхового риска для конкретного объекта страхования, страховой истории (количества предыдущих страховых случаев, убыточности по ним — применительно к объектно-субъектному составу договора страхования) и иных обстоятельств, влияющих на степень страхового риска.

7.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страхователь обязан уплатить сумму страховой премии в полном объеме одним платежом (единовременная страховая премия).

Страховщик вправе предоставить Страхователю возможность уплатить страховую премию в рассрочку — в виде страховых взносов; в этом случае Страховщик вправе увеличить размер страховой премии (в сравнении с размером единовременной страховой премии).

Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами или по безналичному расчету.

Согласованный Сторонами порядок и сроки уплаты страховой премии подлежит отражению в договоре страхования (п.2.10 Правил).

7.4. В случае просрочки в уплате очередного страхового взноса (при уплате в рассрочку) действие договора страхования прекращается со дня, следующего за датой, согласованной Сторонами как дата уплаты данного страхового взноса (см. также п.8.6.4 Правил).

Договором страхования или иным письменным соглашением Сторон могут быть предусмотрены иные

²⁹ Например, в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные договором страхования размере и срок, Стороны вправе согласовать уменьшение размера страховой суммы пропорционально уплаченной доле страховой премии — при условии отсутствия страховых выплат на дату просрочки взноса (см. п.7.4 Правил).

последствия нарушения сроков уплаты страховой премии (например, при отсутствии страховых выплат на дату просрочки взноса — уменьшение страховой суммы пропорционально отношению суммы уплаченных страховых взносов к общей страховой премии, исчисленной к уплате по договору страхования (то есть пропорционально уплаченной доле страховой премии); при этом срок страхования не изменяется).³⁰

7.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, *датой уплаты* страховой премии (страхового взноса) признается:

— дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика по квитанции - при наличных расчетах;

— дата поступления (зачисления) денежных средств на расчетный счет Страховщика - при безналичных расчетах.

7.6. При наступлении страхового случая до срока уплаты очередного страхового взноса Страховщик вправе удержать из суммы страховой выплаты неуплаченную Страхователем часть страховой премии.

7.7. Если согласованное Сторонами в период действия договора страхования изменение условий страхования влечет:

- увеличение размера подлежащей уплате Страхователем страховой премии (например, при увеличении в период действия договора страхования страховой суммы и/или степени страхового риска и/или срока страхования и т.д.), то Страхователь обязан уплатить сумму дополнительной страховой премии, исчисленной Страховщиком, одновременно, если иное не предусмотрено соответствующим соглашением Сторон;

- уменьшение размера подлежащей уплате Страхователем страховой премии, то Страховщик вправе вернуть излишне уплаченную часть страховой премии за истекший срок действия страхования; при исчислении размера излишне уплаченной части страховой премии Страховщик вправе учесть понесенные им расходы и отчисления, предусмотренные структурой тарифной ставки, а также заявленные претензии и произведенные страховые выплаты по данному договору страхования.

7.8. Оформление изменений условий страхования в период действия договора страхования производится в порядке, установленном п.2.12 Правил.

7.9. Порядок исчисления страховых тарифов и страховых премий, включая дополнительные страховые премии, указан в Приложении №1 к Правилам.

8. СРОК ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ДРУГИЕ СТРАХОВЫЕ СРОКИ (ПЕРИОДЫ). ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договоры страхования в рамках настоящих Правил заключаются на любые согласованные Сторонами сроки действия страхования.

8.2. Договор страхования признается заключенным с даты подписания Сторонами «Договора» (или Полиса - если договор страхования заключается путем выдачи Полиса без оформления «Договора»).

8.3. Договор страхования, если в нем не установлено иное, вступает в силу с момента его заключения в части обязанности Страхователя по уплате страховой премии, а также прав и обязанностей Сторон, связанных со степенью страхового риска (например, извещение Страхователем Страховщика об обстоятельствах и/или их изменениях, влияющих на степень страхового риска, оценка Страховщиком изменения степени страхового риска в целях исчисления адекватного размера страховой премии и/или соответствующего изменения условий договора страхования).

8.3.1. При неуплате к установленному договором страхования сроку страховой премии (или ее первого взноса — при рассрочке уплаты) договор страхования прекращается (как несостоявшийся в части основных обязательств Сторон), если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.4. Если договором страхования не предусмотрено иное, обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения при наступлении страхового случая (далее — *действие страхования, страховой защиты, ответственность Страховщика*) распространяются на страховые случаи (см. пп. 4.9 - 4.14 Правил), произошедшие³¹ с 00.00 часов местного времени даты, следующей за датой уплаты страховой премии или ее первого взноса, (*начало действия страхования*) до 24.00 часов местного времени даты, соответствующей окончанию согласованного срока страхования (п.8.1 Правил) (*окончание действия страхования*).

Вышеуказанный временной интервал именуется в рамках Правил *периодом действия страхования (страховой защиты)*; начало действия страхования именуется также *вступлением в силу действия страхования (обязательств Страховщика по выплате страхового возмещения, ответственности Страховщика, страховой защиты)*.

8.4.1. В пп. 4.10.2 - 4.10.3 Правил установлены типовые (применительно к настоящим Правилам) *периоды проявления вреда*³² и *предъявления требований*³³ в связи с причиненным вредом.

Договором страхования может быть предусмотрено сужение (уменьшение) или расширение (увеличение) страхового покрытия в части сроков (периодов) проявления вреда и/или предъявления Выгодоприобретателями требований о возмещении причиненного вреда (п.1.6 Правил), а именно — установление сроков (в пределах

³⁰ В соответствии с п.3 ст.954 ГК РФ договором страхования, предусматривающим уплату страховой премии в рассрочку, могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

³¹ Датой наступления страхового случая (см. абз.4 п.4.9.1) Правил признается дата события, приведшего к причинению вреда, т.е. события, явившегося непосредственной причиной вреда (например, дата операции).

³² не позднее года по истечении периода действия страхования по договору страхования

³³ не позднее 3-х лет по истечении периода действия страхования по договору страхования

срока исковой давности³⁴), меньших или больших, чем указанные в пп. 4.10.2, 4.10.3 Правил. При этом Страховщик вправе применить любую формулировку, не исключающую возможности наступления ответственности Страховщика по договору страхования, — при условии адекватного учета изменения степени страхового риска при исчислении размера страховой премии.³⁵

8.5. При невозможности указать в договоре страхования конкретные моменты (время и даты) начала и окончания периода действия страхования и/или иных страховых периодов (например, периода предъявления требований) в явном виде, они могут быть указаны описанием условий, позволяющих однозначно их установить.

8.6. Договор страхования, вступивший в силу в полном объеме обязательств Сторон, прекращает свое действие:

8.6.1. по истечении срока его действия (одновременно с окончанием периода действия страхования);

8.6.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента выполнения Страховщиком своих обязательств;

8.6.3. в случае признания договора страхования недействительным по основаниям и в порядке, установленными ГК РФ; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента его заключения; при недействительности договора каждая из Сторон обязана возвратить другой Стороне все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом;

8.6.4. при уплате страховой премии в рассрочку — в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования или иным письменным соглашением Сторон размере и срок (за исключением случаев, когда договор страхования или иное письменное соглашение Сторон предусматривает уменьшение размера страховой суммы пропорционально уплаченной доле страховой премии (см. п.7.4 Правил) или иные последствия неуплаты); при этом уже уплаченная Страховщику часть страховой премии (страховые взносы) не подлежат возврату (ни полностью, ни в части), если договором страхования или иным письменным соглашением Сторон не предусмотрено иное;

8.6.5. если после начала действия страхования возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (например, в случае прекращения застрахованной медицинской деятельности Застрахованным лицом); в этом случае договор страхования прекращает свое действие с даты возникновения таких обстоятельств, а Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за истекший срок действия страхования за вычетом расходов Страховщика по данному договору страхования, если действующим законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное;

8.6.6. в случае отказа Страхователя от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай; при этом договор страхования прекращает действовать с даты, указанной Страхователем в письменном заявлении, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату (ни полностью, ни в части), если договором страхования или иным письменным соглашением Сторон не предусмотрено иное;

8.6.7. по письменному соглашению Сторон, определяющему условия и порядок досрочного расторжения договора (в том числе и порядок взаиморасчетов);

8.6.8. в случаях, предусмотренных соответствующими положениями договора страхования (Правил, письменного соглашения Сторон и т.п.), не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации;

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

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменения в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» установлен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования;

б) за вычетом части страховой премии, пропорциональной сроку, в течение которого действовало страхование (то есть пропорционально периоду с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования), – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования после даты

³⁴ Срок исковой давности — срок для защиты права по иску лица, право которого нарушено (ст. 195 ГК РФ). Срок исковой давности не распространяется на требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина; однако требования, предъявленные по истечении трех лет с момента возникновения права на возмещение такого вреда, удовлетворяются за прошлое время не более чем за три года, предшествовавшие предъявлению иска (ст. 208 ГК РФ). Если требование о компенсации морального вреда вытекает из нарушения личных неимущественных прав и других нематериальных благ (например, из причинения вреда жизни или здоровью), то на него в силу ст.208 ГК РФ исковая давность не распространяется, кроме случаев, предусмотренных законом.

³⁵ Например, при сужении страхового покрытия: в качестве предельного срока предъявления требований договором страхования может быть согласован срок 1 год с даты действий, повлекших причинение вреда, или с даты окончания периода действия страхования и т.д.; в качестве периода проявления вреда — период действия страхования; и т.д.

начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У.

Возврат Страховщиком страховой премии (ее части) производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

В случаях, отличных от указанных в настоящем пункте, действуют положения, предусмотренные Правилами страхования и договором страхования (полисом или иным письменным соглашением Сторон).

8.7. Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования (страховой защиты), но не влечет прекращение обязательств Сторон, вытекающих из договора и возникших до момента его прекращения, в том числе не освобождает Страховщика от обязанности произвести страховую выплату по произошедшим в период действия страхования событиям, приведшим к причинению вреда и наступлению застрахованной ответственности (то есть по событиям, повлекшим страховые случаи).

8.8. Исчисление неистекшего срока действия договора страхования (периода действия страхования) начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования.

8.9. В случаях досрочного прекращения действия договора страхования датой досрочного прекращения действия договора считается (если иное не следует из положений действующего законодательства РФ) дата получения Страховщиком письменного заявления или иного уведомления о событии, подтвержденном документально и явившемся основанием для досрочного прекращения договора.

8.10. Если в связи с досрочным прекращением действия договора страхования часть страховой премии подлежит возврату Страхователю (а в предусмотренных законодательством случаях — его законным представителям, наследникам и т.д.), то Страховщик осуществляет возврат указанных денежных средств в течение 30 календарных дней или в иной согласованный Сторонами срок с даты, следующей за датой досрочного прекращения договора страхования (или с даты получения Страховщиком заявления о досрочном прекращении договора страхования).

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. В течение действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно в течение 3-х рабочих дней, если иное не оговорено договором страхования, любым доступным способом (используя при необходимости современные средства быстрой связи) уведомить Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, если эти обстоятельства могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска (в частности: об изменении состава Застрахованных исполнителей — при страховании с указанием конкретных Застрахованных исполнителей; об увеличении риска при осуществлении застрахованной медицинской деятельности с указанием причин, дополнительных факторов риска, предполагаемом сроке увеличения риска и т.д.; об изменении территории оказания медицинской помощи — если договор страхования заключен на условии указания конкретной территории страхования; и т.д.).

Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в договоре страхования (в частности, в Заявлении о страховании; см. также п.2.12 Правил).³⁶

Факт надлежащего исполнения данной обязанности в случае возникновения спора может быть подтвержден письменным доказательством (экземпляром письменного заявления Страхователя с отметкой Страховщика о принятии и т.п.).

9.2. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной пунктом 9.1 Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной суммы страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. Вручить Страхователю экземпляр Правил, если договор страхования содержит указание на применение Правил;

10.1.2. Разъяснять Страхователю и потерпевшим (Выгодоприобретателям) условия страхования, предоставлять консультации по вопросам осуществления страхования, в том числе по оформлению документов, необходимых для страховой выплаты;

³⁶ Изменения в сведениях, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, могут как влиять, так и не оказывать существенного влияния на увеличение степени страхового риска, но, например, выбытие тех или иных лиц из числа Застрахованных исполнителей без замены их на иных может в ряде случаев привести к отказу в страховой выплате (в частности, если вред был причинен при оказании медицинской помощи иным лицом, чем Застрахованный исполнитель).

10.1.3. Оформить договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами;

10.1.4. В случае повреждения или утраты Страхователем Полиса и/или «Договора» в период действия договора страхования — по требованию Страхователя выдать дубликат соответствующего страхового документа;

10.1.5. Не разглашать сведения (информацию, которая стала Страховщику известна в результате его профессиональной деятельности) о Страхователе (Застрахованном лице), Застрахованных исполнителях и Выгодоприобретателях — за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

10.1.6. Рассматривать в разумный срок письменные требования Страхователя об изменении условий или расторжении договора страхования;

10.1.7. При наступлении страхового события исполнить обязанности, предусмотренные в п.10.5, разделе 11, п.12.3 Правил;

10.1.8. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные договором страхования (Правилами), а также положениями законодательства Российской Федерации, имеющими отношение к правоотношениям, вытекающим из договора страхования.

10.2. Страхователь (или, в соответствующей части, - Застрахованное лицо, Застрахованный исполнитель, см. п.1.8 Правил) **обязан:**

10.2.1. При заключении договора страхования исполнить предусмотренные разделом 2 Правил обязанности Страхователя, имеющие отношение к процедуре заключения договора страхования (предоставление Страховщику необходимых сведений, подтверждающих их документов и т.д.);

10.2.2. Уплатить (уплачивать) страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования (согласованные Сторонами);

10.2.3. Уведомить Застрахованное лицо и Застрахованных исполнителей о факте заключения договора страхования и вытекающих из него обязанностях Страхователя (Застрахованного лица, Застрахованных исполнителей), чьи имущественные интересы защищены договором страхования и кто в соответствующей части несет риск неисполнения Страхователем обязанностей по договору страхования (п.1.8 Правил), а также привлечь данных лиц к содействию Страхователю в выполнении обязанностей по договору страхования, возникающих в связи с изменением степени страхового риска и/или наступлением страхового события (п.10.5, разделы 9 -12 Правил);

10.2.4. Сообщать Страховщику обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении гражданской ответственности в связи с осуществлением медицинской деятельности (см. пп. 2.7.1, 2.12, 11.1.12 Правил);

10.2.5. Сообщить Страховщику в период действия договора страхования об изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования (см. п.2.12, раздел 9 Правил);

10.2.6. Принимать за свой счет разумные и доступные меры по предотвращению возникновения застрахованного вреда — в частности, соблюдать установленные и общепринятые стандарты, правила и нормы оказания медицинской помощи (услуг), выполнения медицинских работ (манипуляций), а также соответствующие требования безопасности при использовании (хранении, содержании, эксплуатации) медицинского оборудования, инструментов, медикаментов (лекарственных средств, веществ), в том числе не допускать использования оборудования с неисправностями, при которых его эксплуатация запрещена, обеспечивать соблюдение санитарных норм и правил;

10.2.7. В период действия договора страхования исполнять обязанности, предусмотренные разделом 9 Правил в отношении возможного изменения степени страхового риска, и за свой счет принимать разумные и доступные в сложившейся обстановке меры для устранения обстоятельств, повышающих степень риска, а при невозможности этого — принять необходимые дополнительные меры предосторожности (безопасности), сообщив о них Страховщику;

10.2.8. При наступлении любого страхового события (п.4.3 Правил) (того или иного события при оказании медицинской помощи, повлекшего причинение вреда пациенту³⁷, предъявления потерпевшими лицами или иными Выгодоприобретателями³⁸ требований к Застрахованному лицу или к Застрахованному исполнителю в связи с фактом причинения вреда потерпевшему пациенту и/или при наступлении любых других событий, которые впоследствии могут привести к возникновению застрахованной гражданской ответственности³⁹) — исполнить соответствующие характеру события обязанности, предусмотренные в п.10.5, разделе 11, п.12.3 Правил.

В частности, Застрахованное лицо (Страхователь) обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры в целях уменьшения убытков и минимизации вреда, который причинен (или может быть причинен) жизни или здоровью пациента, по прекращению или сокращению размера иска (выплат) (см. также пп. 3.1.2, 10.5.2, 10.5.5., 11.1.3.1 Правил).

10.2.9. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные Правилами (договором страхования), а также положениями законодательства Российской Федерации, имеющими отношение к обязательствам Сторон договора страхования и/или к осуществлению застрахованной медицинской деятельности.

10.3. Страховщик вправе:

³⁷ например, инфицирование пациента вследствие переливания крови, смерть пациента вследствие операционной ошибки или ошибки анестезиолога и т.п.

³⁸ например, родственниками потерпевших

³⁹ о начале действий компетентных органов по факту причинения вреда — расследовании, предъявлении претензии или иска, вызове в суд и т.д.

10.3.1. При заключении договора страхования — осуществлять действия (реализовывать права), предусмотренные разделом 2 Правил;

10.3.2. В течение срока действия договора страхования — независимо от того, наступило ли повышение степени страхового риска или нет — проверять соответствие сообщенных Страховщику Страхователем сведений действительным обстоятельствам, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований настоящих Правил, условий договора страхования и условий осуществления застрахованной медицинской деятельности (см. п.2.7.4 Правил); при необходимости — требовать устранения выявленных нарушений в согласованный Сторонами срок;

10.3.3. При необходимости направлять запросы в соответствующие компетентные органы;

10.3.4. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ, если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения при заключении договора (см. п.2.7.5 Правил), а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ;

10.3.5. Требовать (в соответствии с пп. 10.2.6 - 10.2.7 Правил) от Страхователя (Застрахованного лица) принятия разумных и доступных мер по предотвращению причинения вреда пациентам при осуществлении застрахованной медицинской деятельности и устранению обстоятельств, увеличивающих степень страхового риска (см. также раздел 9 Правил);

10.3.6. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными договором страхования (Правилами) или действующим законодательством Российской Федерации.

10.4. Страхователь вправе:

10.4.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством.

10.4.2. Требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, консультаций по заключению договора страхования;

10.4.3. Согласовывать со Страховщиком условия договора страхования при его заключении, а также изменить по согласованию со Страховщиком условия действующего договора страхования (например, увеличить в течение срока действия страхования размер страховой суммы, уплатив дополнительную страховую премию, исчисленную Страховщиком);

10.4.4. Получить дубликат Полиса ("Договора") в случае его утраты;

10.4.5. Расторгнуть договор страхования в любое время — в порядке, установленном договором страхования (Правилами) и законодательством Российской Федерации;

10.4.6. При наступлении страхового случая — сообщить Выгодоприобретателю о его праве получить страховое возмещение (пп. 10.5.3, 10.5.5 Правил) в соответствии с условиями действующего договора страхования (в размере и порядке, предусмотренными разделом 11 Правил), а также самому (Страхователю, Застрахованному лицу) получить страховую выплату в отношении застрахованных расходов из числа предусмотренных в п.11.1.3 Правил.

10.4.7. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными договором страхования (Правилами) или действующим законодательством Российской Федерации.

10.5. В отношении прав и обязанностей Сторон договора страхования при наступлении страховых событий (п.4.3 Правил) действуют следующие положения:

10.5.1. Обязанности Страхователя (Застрахованного лица), указанные ниже в настоящем разделе Правил, могут быть исполнены, в зависимости от ситуации, Страхователем (Застрахованным лицом) или соответствующим лицом из числа Застрахованных исполнителей (см. пп. 1.8, 10.2.3 Правил); при этом причастные к событию лица из числа Застрахованных исполнителей обязаны сообщить имеющиеся у них сведения о произошедшем событии Страхователю (Застрахованному лицу), если ему данная информация неизвестна.

10.5.2. Застрахованное лицо при наступлении события, приведшего к причинению вреда пациенту (потерпевшему) в процессе или в результате (вследствие) оказания Застрахованными исполнителями застрахованной медицинской помощи, обязан:

— принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры в целях уменьшения размера возможных убытков (вреда жизни или здоровью потерпевшего лица, размера требований, которые могут быть в дальнейшем предъявлены к Застрахованному лицу);

— принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для выяснения причин, хода и последствий возникших событий, оформления документов о происшествии в соответствии с действующими у Застрахованного лица правилами, инструкциями и т.д. (регистрация события в журнале, составление акта, фиксирующего произошедшее событие и т.д.) — с целью дальнейшего документального подтверждения факта происшествия, установления его участников, причин и обстоятельств;

— известить Страховщика о произошедшем событии в порядке, установленном в п.10.5.4 Правил. Если извещенный о наступлении страхового события Страховщик рекомендовал принять те или иные меры по уменьшению размера возможных убытков, Застрахованному лицу надлежит следовать указаниям Страховщика (например, привлечь адвоката для защиты интересов Застрахованного лица, обратиться в специализированную

экспертную организацию⁴⁰ для получения заключения по вопросам, возникшим в связи с произошедшим причинением вреда пациенту Застрахованного лица);

— сообщить Страховщику сведения, позволяющие ему идентифицировать свидетелей (очевидцев) и участников события, оказать Страховщику содействие в проведении им собственного расследования (экспертизы) страхового события (систематически информировать Страховщика о ходе проводимого официального расследования и принимать в нем необходимое участие, в том числе по указанию Страховщика направлять письменные запросы заявителям или в соответствующие компетентные органы о предоставлении документов, необходимых для проведения расследования страхового события Страховщиком - если указанные документы могут быть выданы только Застрахованному лицу).

10.5.3. Застрахованное лицо вправе сообщить потерпевшим (Выгодоприобретателям), намеренным предъявить требования о возмещении вреда, сведения о действующих договорах страхования своей гражданской (профессиональной) ответственности в связи с осуществлением медицинской деятельности (номер страхового полиса, наименование, адрес и телефон страховщика).

Вместе с тем Застрахованное лицо обязано обеспечить (насколько это ему доступно) участие Страховщика в урегулировании вопросов, связанных с требованиями (претензиями) потерпевших лиц (см. п.10.5.5 Правил).

10.5.4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику о страховом событии (о причинении вреда, о предъявлении потерпевшим пациентом или иными Выгодоприобретателями любых требований о возмещении вреда, включая заявления во внесудебные органы (организации) соответствующей компетенции с целью получения помощи в защите своих законных прав — если Застрахованному лицу (Застрахованному исполнителю) стало о них известно, о начале действий компетентных органов по факту причинения вреда — расследовании, предъявлении претензии или иска, вызове в суд и т.д. - п.4.3 Правил) незамедлительно после того, как ему стало известно о его наступлении (как только это стало возможным, но не позднее 3-х рабочих дней, если иной срок не согласован договором страхования). Уведомление может быть произведено в соответствии с указанными в договоре страхования (Полисе) реквизитами Страховщика, любым доступным способом, позволяющим обеспечить подтверждение факта получения Страховщиком сообщения, в том числе с использованием современных средств быстрой связи (телефона, электронной почты, факса и т.д.) или же путем непосредственно обращения в офис Страховщика с письменным заявлением. При этом Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо) по возможности согласовывают свои дальнейшие действия.

Сообщение по телефону, факсу в течение 3-х рабочих дней должно быть подтверждено письменным заявлением (уведомлением), в котором Страхователь (Застрахованное лицо) указывает всю известную ему информацию о месте, времени и иных обстоятельствах события, его возможных или установленных причинах, виде и предполагаемом размере причиненного вреда⁴¹, причастных к событию лицах (участниках, потерпевших) и очевидцах (свидетелях), а также сообщает другие известные ему сведения, имеющие существенное значение для решения вопроса о возникновении застрахованной ответственности и размере страхового возмещения. В частности, существенными признаются сведения, запрошенные Страховщиком.

Исполнение данной обязанности, в случае возникновения спора о дате извещения Страховщика о наступлении страхового события, может подтверждаться распиской Страховщика или иным документальным образом.

10.5.4.1. Пропуск Страхователем (Застрахованным лицом) указанных в п.10.5.4 Правил сроков уведомления Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая) допускается в случаях, когда ни Страхователь (Застрахованное лицо), ни лица из числа Застрахованных исполнителей, которым надлежало исполнить данную обязанность (п.10.5.1 Правил), не имели возможности ее исполнить по уважительной причине, что подтверждено предоставленными Страховщику документами.⁴²

10.5.4.2. Вышеописанная обязанность по уведомлению Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая) лежит также на потерпевшем (Выгодоприобретателе), которому известно о заключении договора страхования ответственности Застрахованного лица при осуществлении медицинской деятельности, если он намерен воспользоваться правом на страховое возмещение (ст. 961 ГК РФ).

10.5.4.3. Неисполнение обязанности по уведомлению Страховщика о наступлении страхового события (страхового случая) дает Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового события (страхового случая) либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК РФ).

10.5.5. В случае обращения потерпевшего (Выгодоприобретателя) за возмещением вреда непосредственно к Застрахованному лицу или Застрахованному исполнителю, Застрахованное лицо должно незамедлительно сообщить Страховщику о поступивших требованиях, связанных с возмещением причиненного вреда, и в течение пяти рабочих дней направить ему копии соответствующих документов, не принимая самостоятельного решения об удовлетворении требований. При этом Застрахованное лицо не вправе признавать в добровольном порядке, без письменного согласия Страховщика (см. также пп. 11.1.9, 11.3.6.1 Правил), вышеуказанные требования и/или принимать на себя какие-либо прямые или косвенные обязательства по их урегулированию, а также не возмещать причиненный вред незамедлительно.

⁴⁰ например, в бюро судебно-медицинской медэкспертизы, в судебно-медицинскую лабораторию, к судебно-медицинскому эксперту, специализирующемуся в соответствующей области медицинской экспертизы и т.д.

⁴¹ характер, объем, потенциальные последствия причиненного вреда жизни или здоровью пациента и т.п.

⁴² например, документами из медучреждения, в котором пациент Застрахованного лица в дальнейшем находился на восстановительном лечении после причинения ему вреда Застрахованным лицом при оказании медицинской помощи и т.д.

Застрахованное лицо обязано поставить Страховщика в известность при появлении оснований для отказа в удовлетворении требований или сокращения их размеров.

Застрахованное лицо обязано действовать в соответствии с указаниями Страховщика, например, выдать представителю Страховщика доверенность на право ведения переговоров с потерпевшими лицами и/или их представителями, заключения соглашений по претензиям потерпевших лиц о возмещении причиненного вреда, а в случае, если Застрахованному лицу предъявлен иск о возмещении вреда и Страховщик будет участвовать в судебном разбирательстве, — оказать необходимое содействие Страховщику (в той мере, в какой это зависит от Застрахованного лица) в целях обеспечения эффективности такого участия (например, если Страховщик намерен выступать как представитель Застрахованного лица — выдать представителю Страховщика доверенность со всеми необходимыми процессуальными полномочиями, в том числе с правом признания иска), а также по требованию Страховщика обжаловать в вышестоящей судебной инстанции решение, вынесенное нижестоящей судебной инстанцией.

10.5.6. Для получения страхового возмещения по договору страхования Страхователь (Застрахованное лицо) и потерпевший (Выгодоприобретатель) обращаются к Страховщику с соответствующими *Заявлениями о выплате страхового возмещения* (Приложение № 7 к Правилам, сокращенно — *Заявление о страховой выплате*) и прочими документами, необходимыми для решения вопросов, связанных со страховыми выплатами.

10.5.6.1. Обращение к Страховщику не только Выгодоприобретателя(ей), но и Страхователя (Застрахованного лица) обеспечивает необходимую полноту учета законных интересов всех указанных лиц, содействует правильности расчета размеров страховых выплат и ускорению связанных со страховыми выплатами процедур.

10.5.6.2. Положения п.10.5.6.1 Правил не ограничивают права Выгодоприобретателя предъявить непосредственно Страховщику требование о возмещении вреда на условиях, предусмотренных договором страхования, независимо от того, обратилось ли к Страховщику Застрахованное лицо (Страхователь) и было ли предварительно предъявлено потерпевшим (Выгодоприобретателем) требование к Застрахованному лицу (в частности, потерпевший имеет право обратиться к Страховщику за возмещением вреда, причиненного жизни или здоровью, который возник после предъявления требования о страховой выплате и о котором потерпевший не знал на момент предъявления требования).

Страховщик производит выплату по таким обращениям на общих условиях, установленных Правилами, с учетом всех условий данного договора страхования и всех предыдущих обращений по данному договору.

10.5.7. Лицо, претендующее на получение страхового возмещения (потерпевший (Выгодоприобретатель), намеренный воспользоваться своим правом на получение страхового возмещения в связи с причинением вреда потерпевшему, и/или Застрахованное лицо (Страхователь), намеренный получить страховое возмещение в отношении своих расходов из числа предусмотренных пп. 11.1.3.1 - 11.1.3.3 Правил), обязано предоставить Страховщику все документы и доказательства, а также сообщить все известные сведения, подтверждающие факт наступления страхового случая, право данного лица на получение соответствующего страхового возмещения и позволяющие Страховщику исчислить размер страховой выплаты.

Для этого, в частности, могут потребоваться сведения, информация, доказательства (документы), позволяющие установить следующее:

— обязанность действий Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) по отношению к конкретному пациенту (в соответствии с трудовыми, должностными, служебными обязанностями Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя), правилами и стандартами оказания медицинской помощи и т.п.);

— виды совершенных (допущенных) действий (бездействия) Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) - ошибок, упущений, недочетов и т.д., их причинно-следственная связь с причиненным пациенту вредом, наличие (форма, степень) или отсутствие вины Застрахованного лица (Застрахованного исполнителя) и/или пациента в причинении застрахованного вреда, увеличении его размеров — если при конкретном страховом событии данные сведения в соответствии с законодательством и условиями договора страхования имеют значение для установления факта наступления гражданской ответственности Застрахованного лица (страхового случая) и исчисления размеров подлежащего возмещения и страховой выплаты⁴³;

— факт, время и обстоятельства совершения (допущения) Застрахованным лицом (Застрахованным исполнителем) застрахованных (см. п.4.11 Правил) действий (бездействия) - ошибок, упущений, недочетов и т.д., повлекших причинение вреда жизни или здоровью пациента;

— факт, время и обстоятельства проявления причиненного вреда;

— характер и тяжесть (последствия) вреда, размер вреда;

— обоснованность требований о возмещении причиненного вреда и законность правомочий лиц, их предъявляющих - Выгодоприобретателей и/или их представителей (соответствие требований положениям законодательства, наличие всех документов, необходимых для идентификации получателей и подтверждения легитимности их прав и т.д.);

⁴³ в некоторых ситуациях причинения вреда ответственность в соответствии с законодательством может наступать независимо от вины причинителя вреда, т.е. допускается безвиновное вменение; в других случаях ответственность наступает при определенной форме вины; умысел потерпевшего или степень его вины в произошедшем событии, некоторые иные предусмотренные законодательством обстоятельства могут освобождать от ответственности или уменьшать размер ответственности причинителя вреда; и т.д.

— соотношение предъявляемых требований Выгодоприобретателей (размера и объема требований, времени предъявления требований и т.п.) и объема страхового покрытия, состава и размера страховой выплаты, предусмотренных условиями конкретного договора страхования, и т.д.

10.5.7.1. По требованию Страховщика подлежат предоставлению:

а) «Договор» (Полис);

б) для доказательства правомочий получателя страховой выплаты — идентифицирующие его документы:

— документы, удостоверяющие личность физического лица (гражданский паспорт, заграничный паспорт, удостоверение личности для военнослужащих) или правосубъектность юридического лица (свидетельство о регистрации юридического лица, свидетельство о постановке на налоговый учет, Устав и т.п.);

— при наличии представителей указанных лиц — дополнительно доверенность на представление интересов или иной документ, подтверждающий объем правомочий представителя;

в) лицензия, сертификаты и/или иные разрешительные, квалификационные, прочие необходимые документы, обязательные в соответствии с действующим законодательством для осуществления Застрахованным лицом видов медицинской деятельности (оказания Застрахованным исполнителем медицинской помощи), в связи с которыми причинен вред пациентам.

10.5.7.2. Потерпевший (Выгодоприобретатель) к Заявлению о страховой выплате прилагает документы, полученные в соответствующих компетентных органах (оригиналы или заверенные копии - в зависимости от ситуации; см. также п.10.5.8 Правил) и подтверждающие факт, причины, обстоятельства, характер и объем причинения вреда (потенциальные последствия, вид, размер, степень тяжести и т.п.). Такими документами могут быть:

а) документы (справки, выписки из истории болезни и т.д.), выданные Застрахованным лицом как субъектом медицинской деятельности, причинившем вред жизни или здоровью пациента, и подтверждающие факт, причины, обстоятельства, характер причинения вреда, его последствия (потенциальный размер), сведения о конкретных исполнителях, оказывавших медицинскую помощь, вследствие которой причинен вред, их квалификации, должностных обязанностях и т.п.;

б) документы (акты, заключения) медицинских экспертиз, экспертных и/или иных профильных комиссий о причинах, виде и размере причиненного жизни или здоровью пациента вреда (например, медико-социальной экспертизы, судебно-медицинской экспертизы, специальных комиссий и/или экспертных групп, созданных министерством здравоохранения субъекта РФ и/или муниципального образования, выбранной по соглашению участников страхования независимой медицинской экспертизы, иных ведомственных или вневедомственных комиссий — постоянно действующих или специально созданных для разрешения вопросов, возникших в ходе проводимого в связи со страховым событием разбирательства)⁴⁴;

в) во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, причин и последствий события, повлекшего причинение вреда потерпевшему, принимали участие правоохранительные органы (органы внутренних дел (милиция), прокуратура) или судебные органы — документы указанных органов (протоколы, постановления, заключения, справки или иные акты, фиксирующие результаты расследования);

г) в случаях, когда Сторонами договора страхования на этапе заключения договора страхования (или соответствующими субъектами страхования (п.1.7 Правил) — на этапе решения вопроса о страховой выплате) согласован особый порядок судебного урегулирования требований потерпевших (Выгодоприобретателей) — через мировое соглашение, третейский суд и т.п. — документы (акты) соответствующих органов (определение суда общей юрисдикции, утверждающее условие мирового соглашения, или решение третейского суда, утверждающее условие мирового соглашения);

д) в зависимости от вида причиненного вреда и способа его возмещения — документы, предусмотренные разделом 11 Правил;

е) документы, содержащие сведения об ответственном лице, исполнителе(ях), очевидцах события и иных вовлеченных в событие лицах (Ф.И.О., адрес, контактный телефон и т.п.), если эти сведения необходимы Страховщику для расследования (анализа) произошедшего события, установления факта наступления страхового случая;

ж) документы от субъекта медицинской деятельности, оказавшего потерпевшему лицу медицинскую помощь, необходимую для восстановления его здоровья, поврежденного при осуществлении медицинской деятельности Застрахованным лицом, и оплаченную потерпевшим лицом или иными заинтересованными лицами со стороны потерпевшего лица (его родственниками, работодателем и т.д.);

з) документы, подтверждающие расходы, понесенные Застрахованным лицом (Страхователем) по возмещению причиненного вреда потерпевшим лицам (Выгодоприобретателям), если по согласованию со Страховщиком такое возмещение производилось до выплаты страхового возмещения;

и) справки, счета и другие документы иных компетентных лиц, органов и/или организаций, необходимые для исчисления размера вреда (убытков, расходов), входящих в состав страхового покрытия (например, документ, подтверждающий оплату Выгодоприобретателем стоимости проведенной экспертизы);

к) письменный расчет размера причиненного вреда (требуемого возмещения);

л) другие акты, документы и материалы, имеющие отношение к страховому событию.

⁴⁴ устанавливающие группу инвалидности (категорию «ребенок-инвалид»), определяющие степень утраты профессиональной трудоспособности, степень тяжести причиненного здоровью вреда, устанавливающие вероятную причину смерти и причинно-следственные связи между теми или иными событиями, связанными с состоянием здоровья человека (например, между действиями врача и состоянием здоровья обследуемого пациента)

10.5.7.3. Застрахованное лицо (Страхователь) прилагает к своему Заявлению о страховой выплате следующие документы (см. также п.10.5.8 Правил):

— в связи с выплатой страхового возмещения в пользу потерпевшего (Выгодоприобретателя) — те подтверждающие документы (п.1.9 Правил) из числа вышеперечисленных в пп. 10.5.7 - 10.5.7.2 Правил, которыми располагает Застрахованное лицо (Страхователь) и не располагает потерпевший (Выгодоприобретатель);

— в связи с выплатой страхового возмещения в отношении своих расходов из числа предусмотренных пп. 11.1.3.1 - 11.1.3.3 Правил — документы, подтверждающие соответствие данных расходов застрахованным расходам из числа предусмотренных пп. 11.1.3.1 - 11.1.3.3 Правил (факт осуществления данных расходов Застрахованным лицом (Страхователем) в целях и на условиях, соответствующих указанным в пп. 11.1.3.1 - 11.1.3.3 Правил).

10.5.7.4. При наступлении страхового события за пределами Российской Федерации (если договором страхования установлена соответствующая территория страхования) или в иных случаях, когда в соответствии с нормами международного права требования Выгодоприобретателя(ей) в связи с причинением застрахованного вреда пациенту Застрахованного лица предъявляются и размер причиненного вреда исчисляется на основе норм законодательства иностранного государства (международного права), предоставляемые Страховщику подтверждающие документы составляются согласно законам или практике (обычаям) того места, где произошел и/или определяется вред (убыток); при этом Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обеспечить их надлежащий (заверенный) перевод на русский язык. Предоставление Страховщику акта компетентного органа (судебного решения и т.д.), устанавливающего размер вреда, подлежащего возмещению Застрахованным лицом, является необходимым условием для выплаты страхового возмещения.

10.5.7.5. Факт получения Страховщиком от Застрахованного лица (Страхователя) или потерпевших лиц (Выгодоприобретателей) тех или иных документов может подтверждаться распиской уполномоченного представителя Страховщика, квитанцией почтового ведомства об отправке в адрес Страховщика ценного письма с описью вложения или актом, подписываемым от имени Сторон уполномоченными лицами.

10.5.8. Страховщик вправе:

— в зависимости от конкретной ситуации — потребовать предоставления оригиналов или заверенных надлежащим образом копий предусмотренных настоящими Правилами подтверждающих документов (п.1.9 Правил);

— затребовать дополнительные документы, кроме указанных в настоящих Правилах, если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным или крайне затруднительным установление факта страхового случая, определение размеров причиненного вреда и страховых выплат и/или их надлежащих получателей (см. п.10.5.9 «а» Правил). Обязанность доказывать необходимость запрашиваемых документов для проведения расследования страхового события лежит на Страховщике;

— принять решение о страховой выплате в случае непредоставления каких-либо из указанных в настоящих Правилах документов, если их отсутствие не повлияет на установление факта страхового случая, определение размеров причиненного вреда и страховых выплат и/или их надлежащих получателей;

— признать факт наступления страхового случая во внесудебном или досудебном порядке — при наличии у Страховщика достаточных к тому оснований и подтверждающих документов (п.1.9 Правил), позволяющих установить факт страхового случая, определить размеры причиненного вреда и страховых выплат и/или их надлежащих получателей (см. также пп. 4.14 - 4.14.3 Правил).

10.5.9. Страховщик вправе:

а) Принимать, самостоятельно или с привлечением специализированных организаций и/или специалистов, любые не запрещенные законодательством меры в целях установления причин, обстоятельств страхового события, определения вида и размеров причиненного вреда, обоснованности предъявленных к Застрахованному лицу требований о возмещении вреда, факта наличия или отсутствия страхового случая.

В частности, Страховщик вправе запросить по своей инициативе или по просьбе Застрахованного лица или Выгодоприобретателя (при необходимости такого запроса и наличии предусмотренных законодательством возможностей⁴⁵) соответствующие характеру произошедшего страхового события компетентные органы о предоставлении документов, позволяющих Страховщику принять решение о страховых выплатах в связи с произошедшим страховым событием — документов, необходимых для подтверждения факта и обстоятельств страхового события, установления потерпевших, очевидцев, определения размеров причиненного вреда и исчисления сумм страхового возмещения, установления прочих фактов и получения сведений по вопросам, связанным с причинением Застрахованным лицом вреда пациентам (в том числе посредством действия (бездействия) конкретного исполнителя);

б) представлять интересы Застрахованного лица при урегулировании требований потерпевших (Выгодоприобретателей), вести от имени Застрахованного лица переговоры, осуществлять от его имени и по его поручению ведение дел в судебных и иных компетентных органах по предъявленным требованиям потерпевших (Выгодоприобретателей) в связи с причинением застрахованного вреда (установлением факта страхового случая) (см. п.10.5.5 Правил). Вместе с тем указанные действия Страховщика не являются признанием им его обязанности выплачивать страховое возмещение;

⁴⁵ например, при возникновении у Застрахованного лица или Выгодоприобретателя трудностей в получении соответствующих документов или при отказе компетентных органов в их предоставлении Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю

в) при возбуждении уголовного или гражданского дела, дела об административном правонарушении либо проведения иного официального расследования в отношении Застрахованного лица или его работников (Застрахованных или незастрахованных исполнителей), связанного с причинением вреда пациентам Застрахованного лица, — приостановить решение вопроса об осуществлении страховой выплаты до разрешения дела по существу — прекращения производства по делу или вступления в законную силу иного надлежащего акта компетентного органа (см. также п.11.3.2 Правил);

г) содействовать, если это возможно, уменьшению размеров причиненного вреда, а также давать Застрахованному лицу (Страхователю) указания о принятии необходимых для этого мер;

д) до полного определения размера подлежащих возмещению вреда, расходов произвести *выплату в неоспариваемой части* (см. пп. 11.1.8, 11.2.10 Правил);

е) по согласованию с потерпевшим пациентом (Выгодоприобретателем) и на условиях, предусмотренных договором страхования, в счет страховой выплаты организовать и оплатить (при причинении вреда здоровью пациента) оказание потерпевшему медицинских услуг, необходимых для восстановления здоровья после наступившего страхового события (лечение в медицинском учреждении, санаторное лечение и т.п.) (см. также п.11.3.7 Правил).

ж) совершать другие действия, соответствующие произошедшему событию и предусмотренные законодательством Российской Федерации и договором страхования (Правилами);

10.5.10. Оплата стоимости проведенной экспертизы производится лицом, потребовавшим ее проведения (сокращенно — *заказчиком экспертизы*) — потерпевшим (Выгодоприобретателем), Страхователем (Застрахованным лицом, исполнителем), Страховщиком — если иное не предусмотрено нормами действующего законодательства (например, оплата экспертизы за счет средств органа, проводящего расследование и/или назначившего экспертизу) или письменным соглашением⁴⁶ участников страхования (п.1.7 Правил). Стоимость экспертизы может быть возмещена Страховщиком в случаях и на условиях, указанных в п.11.1.4 Правил.

10.6. Иные права и обязанности Страховщика, Страхователя (Застрахованного лица) и потерпевшего (Выгодоприобретателя), не нашедшие отражения в настоящем разделе, приведены в иных разделах Правил.

10.7. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору страхования Стороны несут ответственность, предусмотренную соответствующими положениями действующего законодательства РФ или не противоречащими им положениями договора страхования.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПРОИЗВОДСТВО СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. Общие положения, относящиеся к исчислению размеров страховых выплат

11.1.1. В рамках настоящих Правил Страховщиком при наступлении страхового случая возмещаются застрахованные по договору страхования вред и расходы из числа предусмотренных Правилами. Возмещение производится в размерах, на условиях и в порядке, указанных в соответствующих положениях разделов 10 - 12 Правил. В частности, размер страховой выплаты исчисляется Страховщиком с учетом:

— установленных договором страхования страховых сумм, лимитов ответственности, франшиз (исчисление производится в соответствии с положениями разделов 5 и 6 Правил),

— общих и специальных положений раздела 11 Правил, регламентирующих механизм определения размера страхового возмещения,

— прочих условий конкретного договора страхования и Правил.

11.1.2. Страховая выплата Выгодоприобретателю(ям) включает возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента Застрахованного лица, осуществляемое в соответствии с положениями пункта 11.2 Правил (далее — *базовая страховая выплата* или *базовое страховое возмещение*).

11.1.2.1. В отношении компенсации морального вреда (п.4.15.2 «а» Правил) Страховщик производит выплату страхового возмещения на следующих условиях:

— Только если договором страхования прямо установлено действие страхового покрытия в отношении требований Выгодоприобретателя(ей) о возмещении (компенсации) морального вреда;

— В отношении только тех требований о компенсации морального вреда, которые предъявлены в связи с причинением вреда жизни или здоровью пациента Застрахованного лица, повлекшим обязанность Страховщика произвести базовую страховую выплату в соответствии с п.11.1.2 Правил;⁴⁷

— В пределах сумм, исчисленных с учетом всех условий договора страхования, в том числе положений п.11.1.6 Правил, и только в денежной форме;

— Только при наличии соответствующего судебного решения, устанавливающего размер компенсации морального вреда, подлежащей взысканию с ответственного лица (Застрахованного лица) в пользу получателя(ей), и/или устанавливающего размер подлежащего выплате Страховщиком соответствующему(им) Выгодоприобретателю(ям) страхового возмещения в отношении компенсации морального вреда.

⁴⁶ Например, если решение о проведении экспертизы и выбор экспертизы (эксперта, экспертной комиссии) согласовано несколькими участниками страхования, то расходы по оплате стоимости экспертизы могут быть распределены между данными участниками по их соглашению.

⁴⁷ То есть данное страховое возмещение производится только дополнительно к базовому страховому возмещению: Страховщик не выплачивает страховое возмещение по требованиям о возмещении морального вреда в ситуациях, когда жизни или здоровью пациента не был причинен вред либо причинение вреда не повлекло наступление страхового случая и обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии с п.11.1.2 Правил.

11.1.3. В состав страхового возмещения, выплачиваемого Застрахованному лицу (Страхователю) входят:

11.1.3.1. Расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) в целях уменьшения застрахованного вреда (размера убытков, подлежащих возмещению Страховщиком)⁴⁸, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика (*расходы по уменьшению убытков*, см. ст. 962 ГК РФ и п.3.1.2 Правил).

Расходы по уменьшению убытков возмещаются Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными и даже в случае, если вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.

Страховщик вправе отказать в возмещении вреда (убытков), возникших вследствие того, что Застрахованное лицо (Страхователь, Застрахованный исполнитель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки (вред).

Степень участия Застрахованного лица (Страхователя) в уменьшении причиненного потерпевшему вреда и размер возмещения соответствующих расходов определяются соглашением со Страховщиком, а при отсутствии согласия — судом.

11.1.3.2. Расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) с письменного согласия Страховщика по ведению в судебных органах дел по предполагаемым страховым случаям о возмещении причиненного потерпевшим третьим лицам вреда, расходы, отнесенные на Застрахованное лицо (Страхователя) судом⁴⁹, (*судебные расходы*, см. п.3.1.3 «а» Правил) — если указанные расходы застрахованы;

11.1.3.3. Необходимые и целесообразные расходы, произведенные Застрахованным лицом (Страхователем) с письменного согласия Страховщика в целях предварительного выяснения обстоятельств наступления страхового случая⁵⁰ (*расходы по предварительному выяснению обстоятельств дела*, см. п.3.1.3 «б» Правил) — если указанные расходы застрахованы.

11.1.4. Стоимость экспертизы возмещается Страховщиком в соответствии со следующими положениями:

— Стоимость экспертизы, оплаченной потерпевшим (Выгодоприобретателем) и подтверждающей (в числе прочих доказательств) факт наступления страхового случая (например, причинно-следственную связь между действиями Застрахованного исполнителя по оказанию застрахованной медицинской помощи пациенту и последующим ухудшением состояния здоровья данного пациента, то есть проявлением причиненного здоровью вреда), входит в размер страхового возмещения (возмещается Страховщиком в пределах страховой суммы в порядке, предусмотренном п.11.1.6 Правил);

— Расходы на проведение экспертизы в случаях, не признанных страховыми, (а также в случаях, когда в соответствии с законодательством расходы на проведение экспертизы производятся за счет средств органа, проводящего расследование и/или назначившего экспертизу, и в других аналогичных ситуациях) Страховщиком не возмещаются, за исключением случая, когда они были произведены Страхователем (Застрахованным лицом) и признаны Страховщиком в качестве застрахованных расходов из числа предусмотренных в пп. 3.1.2, 3.1.3 Правил.⁵¹ В этом случае такие расходы возмещаются лицу, их произведшему (Страхователю или Застрахованному лицу);

— При проведении нескольких экспертиз (например, при наличии спора или необходимости уточнить результаты первой экспертизы, выяснить дополнительно возникшие вопросы) их оплата производится исходя из тех же оснований и таким же образом, как это описано выше в настоящем пункте.

11.1.5. Застрахованные расходы из числа предусмотренных в пп. 11.1.3 - 11.1.4 Правил возмещаются Страховщиком только при условии их соответствующего документального подтверждения.

11.1.6. Настоящими Правилами предусмотрен следующий порядок определения размеров страховых выплат для составляющих частей страхового возмещения:

— Застрахованная компенсация морального вреда (п.11.1.2.1 Правил), расходы на проведение экспертизы (п.11.1.4 Правил), застрахованные расходы из числа предусмотренных в пп. 11.1.3.2, 11.1.3.3 Правил, выплачиваются в пределах установленной по договору страхования страховой суммы (с учетом франшиз, лимитов ответственности и прочих условий договора страхования); при этом предусмотренное п.11.1.2 Правил базовое страховое возмещение в отношении вреда, причиненного потерпевшим (пациентом), производится в первую очередь, а возмещение предусмотренных в пп. 11.1.2.1, 11.1.3.2, 11.1.3.3, 11.1.4 Правил вреда (расходов) — только в пределах суммы, оставшейся после выплаты базового страхового возмещения;

— Соотношение между предусмотренными в пп. 11.1.2.1, 11.1.3.2, 11.1.3.3, 11.1.4 Правил составляющими частями страхового возмещения определяется по усмотрению Страховщика, с учетом пожеланий Страхователя (Застрахованного лица) и Выгодоприобретателя(ей), если иное не установлено императивными актами компетентных органов (например, судебными решениями).

⁴⁸ (например, предприняты дополнительные меры для восстановления здоровья потерпевшего)

⁴⁹ (например, оплата услуг адвоката, оплата государственной пошлины за рассмотрение дела в суде и т.п.)

⁵⁰ К указанным расходам относятся расходы по выяснению (установлению) причин и обстоятельств причинения вреда, участников и очевидцев событий, виновных (ответственных лиц), последовательности событий, характера и ориентировочного размера вреда, сведений о предъявленных требованиях Выгодоприобретателей и т.д. (например, оплата стоимости осуществления дополнительной независимой экспертизы и/или расследования, проводимых с целью установления обстоятельств причинения вреда, степени вины Застрахованного лица и/или Застрахованных исполнителей, размера вреда и т.д.)

⁵¹ п.3.1.2 Правил: расходы по уменьшению убытков; п.3.1.3 «а» Правил: судебные расходы, в том числе отнесенные судом на Страхователя (Застрахованное лицо); п.3.1.3 «б» Правил: расходы по предварительному выяснению обстоятельств дела.

11.1.7. В случае если страховая выплата будет выплачена в отношении нескольких потерпевших и сумма соответствующих требований, предъявленных Страховщику на день первой страховой выплаты по возмещению вреда, причиненного по данному страховому случаю, превышает установленную договором страхования страховую сумму (или соответствующий лимит ответственности, если он установлен), страховые выплаты в отношении каждого потерпевшего производятся пропорционально отношению этой страховой суммы (лимита ответственности) к сумме указанных требований.

11.1.8. Страховщик до полного определения размера страхового возмещения, подлежащего выплате, вправе (при наличии достаточных к тому правовых оснований, по согласованию с заинтересованными лицами — Страхователем, Застрахованным лицом, потерпевшим пациентом (Выгодоприобретателем(ями)) — и с соблюдением всех необходимых документальных процедур) произвести часть страховой выплаты, исчисленную в соответствии с условиями договора страхования в отношении фактически определенной части застрахованных вреда, расходов («*выплата в неоспариваемой части*»).

11.1.9. В случае уплаты потерпевшему (Выгодоприобретателю) в счет возмещения причиненного вреда денежных сумм Застрахованным лицом (Страхователем) — с согласия Страховщика и при соответствующем документальном подтверждении факта и размера уплаты — указанные суммы возмещаются Страховщиком лицу, их уплатившему (см. пп. 10.5.5, 11.3.6.1 Правил).

11.1.10. В случаях, когда размер причиненного вреда подлежит исчислению на основе норм законодательства иностранного государства (международного права), Страховщик определяет размер страховой выплаты исходя из размера вреда, установленного в акте соответствующего компетентного органа (решении суда иностранного государства, международного суда и т.д., см. также п.10.5.7.4 Правил), и условий конкретного договора страхования (установленных лимитов ответственности, франшиз и т.п.).

11.1.11. Из суммы страхового возмещения, подлежащей выплате, Страховщик вправе удержать неуплаченную до выплаты страхового возмещения часть страховой премии по договору страхования (в соответствии с п.7.6 Правил).

11.1.12. Если на дату наступления страхового случая по договору страхования, заключенному со Страховщиком в рамках настоящих Правил, действовали также другие договоры добровольного страхования гражданской (профессиональной) ответственности того же Застрахованного лица, заключенные в отношении тех же (аналогичных) объектов страхования, рисков, видов убытков (ущерба, вреда, расходов) с другими страховыми организациями, Страховщик выплачивает страховое возмещение в сумме, пропорциональной отношению страховой суммы по заключенному им договору страхования к общей страховой сумме по всем таким договорам страхования (с учетом, если это представляется возможным, прочих условий таких договоров страхования).

В любом случае при заключении нескольких договоров страхования ответственности Застрахованного лица с одинаковыми (аналогичными) объектами страхования и страховым покрытием (у одного страховщика или у разных) совокупный размер страховых выплат не может превышать размера застрахованного вреда (расходов).

11.2. Определение и документальное обоснование размера страховой выплаты при причинении вреда жизни и здоровью потерпевшего

11.2.1. Размер страховой(ых) выплаты(выплат), причитающей(их)ся Выгодоприобретателю(ям) в целях возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, (базовое страховое возмещение) рассчитывается Страховщиком на основании условий договора страхования и предоставленных Страховщику подтверждающих документов либо устанавливается судебным решением, определяющим подлежащие выплате Страховщиком суммы и их получателей.

Сумма страхового возмещения в рамках настоящих Правил исчисляется исходя из положений главы 59 ГК РФ о причинении вреда жизни или здоровью⁵², если иное установление размера страхового возмещения не вытекает из условий договора страхования или не обусловлено конкретной ситуацией, возникшей при его исполнении (см. пп. 3.1.1, 11.1.10, 11.2.6.1 Правил).

С учетом степени вины причинителя вреда и потерпевшего или иных факторов, предусмотренных законодательством, суммы возмещения, предусмотренные главой 59 ГК РФ, могут быть изменены судом в отношении определенных видов вреда и/или расходов (в соответствии с положениями ст. 1083 ГК РФ).

Если договором страхования предусмотрена компенсация морального вреда, она осуществляется Страховщиком в порядке, на условиях и в размере, указанных в п.11.1.2.1 Правил.

11.2.2. При причинении вреда здоровью потерпевшего возмещению подлежат (в соответствии с положениями ст. 1085 - 1086 ГК РФ):

а) утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь на день причинения ему вреда;

б) дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

⁵² С учетом соответствующей правоприменительной практики (см., например, Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 26.01.2010 г. № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина») - в той части, в которой она соответствует объему предусмотренного Правилами страхового покрытия и условиям заключенного на их основе договора страхования.

Особенности исчисления размера вреда, причиненного несовершеннолетним потерпевшим, установлены положениями ст.1087 ГК РФ.

11.2.3. Для получения страховой выплаты в связи с причинением вреда здоровью потерпевшего кроме документов, предусмотренных пп. 10.5.5 - 10.5.8 Правил, предоставляются документы, предусмотренные в пп. 11.2.4, 11.2.8 - 11.2.9 Правил, а в связи с причинением вреда жизни потерпевшего - документы, предусмотренные в пп. 11.2.6 - 11.2.7 Правил.

11.2.4. При предъявлении потерпевшим требования о возмещении утраченного им заработка (дохода) в связи с утратой профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности — утратой общей трудоспособности, предоставляются:

а) заключение соответствующего медицинского учреждения с указанием характера полученных потерпевшим телесных повреждений или иных умалений здоровья, диагноза, периода нетрудоспособности;

б) выданное в установленном законодательством РФ порядке заключение медицинской экспертизы о степени утраты профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности — о степени утраты общей трудоспособности;

в) справка или иной документ о среднем месячном заработке (доходе), стипендии, пенсии, пособиях, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью;

г) иные документы, подтверждающие доходы потерпевшего, которые учитываются при определении размера утраченного заработка (дохода).

11.2.5. Размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности - степени утраты общей трудоспособности (в соответствии с положениями ст. 1086 ГК РФ).

11.2.6. Лица, имеющие право в соответствии с гражданским законодательством на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца), предоставляют Страховщику:

а) заявление, содержащее сведения о членах семьи умершего потерпевшего, с указанием лиц, находившихся на его иждивении и имеющих право на получение от него содержания;

б) копия свидетельства о смерти;

в) свидетельство о рождении ребенка (детей), если на иждивении погибшего находились несовершеннолетние дети;

г) справка, подтверждающая установление инвалидности, если на иждивении погибшего находились инвалиды;

д) справка образовательного учреждения о том, что член семьи погибшего, имеющий право на получение возмещения вреда, обучается в этом образовательном учреждении, если на иждивении погибшего находились лица, обучающиеся в образовательном учреждении;

е) заключение (справка медицинского учреждения, органа социального обеспечения) о необходимости постороннего ухода, если на иждивении погибшего находились лица, которые нуждались в постороннем уходе;

ж) справка органа социального обеспечения (медицинского учреждения, органа местного самоуправления, службы занятости) о том, что один из родителей, супруг либо другой член семьи погибшего не работает и занят уходом за его родственниками, если на иждивении погибшего находились неработающие члены семьи, занятые уходом за его родственниками.

11.2.6.1. Страховая выплата лицам, имеющим право в соответствии с гражданским законодательством (см. ст.1088 -1089 ГК РФ) на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца), осуществляется — в зависимости от судебного или внесудебного урегулирования требований Выгодоприобретателей — следующим образом:

— при судебном урегулировании — исходя из предписаний судебного решения;

— при внесудебном урегулировании — в равных долях исходя из общей суммы, приходящейся на случай смерти потерпевшего (страховой суммы или соответствующего лимита ответственности, если такой лимит установлен договором страхования). Размер долей определяется Страховщиком по состоянию на день принятия решения об осуществлении страховой выплаты исходя из количества заявлений о выплате, поданных лицами, имеющими право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца), до истечения срока, оговоренного в п.11.3.1 Правил.

11.2.6.2. В случае если Страховщик в установленный настоящими Правилами срок произвел страховую выплату лицу (лицам), имеющему право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца), иные лица, имеющие право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца) и не заявившие Страховщику свои требования до принятия им решения о страховой выплате, имеют право обратиться с требованием о возмещении вреда непосредственно к Застрахованному лицу (причинителю вреда) в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

11.2.6.3. В случае если при жизни потерпевшему была произведена по договору страхования, заключенному в рамках настоящих Правил, страховая выплата за причинение вреда здоровью, она удерживается из размера страховой выплаты по возмещению вреда в связи со смертью потерпевшего (кормильца).

11.2.7. Лица, понесшие необходимые расходы на погребение погибшего, при предъявлении требования о возмещении вреда представляют:

а) копию свидетельства о смерти;

б) документы, подтверждающие произведенные необходимые расходы на погребение.

11.2.8. Потерпевший при предъявлении требования о возмещении дополнительно понесенных им расходов, вызванных повреждением здоровья в результате наступления страхового события (страхового случая), а также расходов на лечение и приобретение лекарств, на бесплатное получение которых потерпевший не имеет права (в том числе сверх базовой программы обязательного медицинского страхования), предоставляет:

- а) выписку из истории болезни, выданную лечебным учреждением;
- б) документы, подтверждающие оплату услуг лечебного учреждения;
- в) документы, подтверждающие оплату приобретенных лекарств.

11.2.9. Потерпевший при предъявлении требования о возмещении дополнительно понесенных им расходов, вызванных повреждением здоровья в результате наступления страхового случая (кроме расходов на лечение и приобретение лекарств), предоставляет выданное в установленном законодательством РФ порядке медицинское заключение, заключение медико-социальной или судебно-медицинской экспертизы о необходимости дополнительного питания, протезирования, постороннего ухода, санаторно-курортного лечения, специальных транспортных средств, а также:

- а) при предъявлении требования о возмещении расходов на дополнительное питание:
 - справку органов местного самоуправления или других уполномоченных органов о сложившихся в данном регионе ценах на продукты, входящие в суточный продуктовый набор дополнительного питания;
 - справку медицинского учреждения о составе необходимого для потерпевшего суточного продуктового набора дополнительного питания;
 - документы, подтверждающие оплату приобретенных продуктов из продовольственного набора дополнительного питания.
- б) при предъявлении требования о возмещении расходов на протезирование — документы, подтверждающие оплату услуг по протезированию;
- в) при предъявлении требования о возмещении расходов на посторонний уход — документы, подтверждающие оплату услуг по постороннему уходу.
- г) при предъявлении требования о возмещении расходов на санаторно-курортное лечение:
 - выписку из истории болезни, выданную учреждением, в котором осуществлялось санаторно-курортное лечение;
 - копию санаторно-курортной путевки или иной документ, подтверждающий получение санаторно-курортного лечения, заверенный в установленном порядке;
 - документы, подтверждающие оплату путевки на санаторно-курортное лечение;
- д) при предъявлении требования о возмещении расходов на приобретение специальных транспортных средств:
 - копия паспорта транспортного средства или свидетельства о его регистрации;
 - документы, подтверждающие оплату приобретенного специального транспортного средства;
 - договор, в соответствии с которым приобретено специальное транспортное средство;
- е) при предъявлении потерпевшим требования о возмещении расходов, связанных с подготовкой к другой профессии:
 - счет на оплату профессионального обучения (переобучения);
 - копия договора с организацией, осуществляющей профессиональное обучение (переобучение);
 - документ, подтверждающий оплату профессионального обучения (переобучения).

11.2.10. Страховщик по согласованию с потерпевшим вправе произвести частичную страховую выплату (п.10.5.9 «д», «е», 11.1.8 Правил) на основании документов о предоставлении услуг, необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, и об их оплате либо оплатить эти услуги непосредственно оказавшей их медицинской организации.

11.2.11. Выплата страховой суммы за вред, причиненный жизни или здоровью потерпевшего, в рамках настоящих Правил производится независимо от сумм, причитающихся ему по социальному обеспечению и договорам обязательного и добровольного личного страхования.

11.2.12. Прочие условия (принципы, механизм) исчисления размера страховой выплаты и ее осуществления приведены в пп. 11.1, 11.3 и иных разделах Правил.

11.3. Осуществление страховых выплат

11.3.1. Страховщик рассматривает Заявление о страховой выплате и документы, предусмотренные в пп. 10.5.6 - 10.5.8 и разделе 11 Правил, в течение 30 дней с даты их получения, если иной срок не установлен договором страхования.

11.3.2. Срок решения вопроса о страховой выплате может быть продлен (см., например, пп. 10.5.8 - 10.5.9 Правил):

— если страховая выплата, изменение ее размера или отказ в страховой выплате зависят от результатов производства по уголовному или гражданскому делу, делу об административном правонарушении, либо результатов иного проводимого официального расследования. При этом решение принимается Страховщиком в согласованный с получателем страховой выплаты срок после окончания указанного производства (расследования) и вступления в силу соответствующего акта;

— назначена дополнительная экспертиза (оценка) для определения величины причиненного вреда (убытков, расходов). При этом страховое возмещение выплачивается в согласованный с получателем страховой выплаты срок, считая с даты получения Страховщиком документов, связанных с результатами проведения дополнительной экспертизы;

— в случае, когда Страховщик затребовал документы, недостающие для принятия решения о страховой выплате. При этом страховое возмещение выплачивается в согласованный с получателем страховой выплаты срок, считая с даты получения Страховщиком необходимых документов;

— в иных случаях, предусмотренных договором страхования (Правилами) или законодательством РФ.

11.3.3. В течение указанного в пп. 11.3.1 - 11.3.2 Правил срока Страховщик обязан составить акт о страховом случае⁵³ (Приложение № 8 к Правилам), на основании него принять решение об осуществлении страховой выплаты потерпевшему (Выгодоприобретателю), осуществить страховую выплату либо направить в письменном виде извещение о полном или частичном отказе в страховой выплате с указанием причин отказа. Неотъемлемыми частями акта о страховом случае являются подтверждающие документы, прилагаемые Страховщиком к акту о страховом случае.

11.3.4. В акте о страховом случае на основании имеющихся документов производится расчет суммы страховой выплаты и указывается ее размер. Копия акта о страховом случае передается Страховщиком потерпевшему (Выгодоприобретателю) по его письменному требованию не позднее 10 дней с даты получения Страховщиком такого требования (при получении требования после составления акта о страховом случае) или не позднее 10 дней с даты составления акта о страховом случае (при получении требования до составления акта о страховом случае).

11.3.5. Страховщик отказывает в выплате страхового возмещения в случаях, не являющихся страховыми (см., например, пп. 4.15 - 4.15.3 Правил), а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, Правилами (например, пп. 10.5.4.3, 11.1.3.1 Правил) и условиями «Договора» (Полиса).

При отказе в выплате страхового возмещения Страховщик обязан известить об этом Страхователя в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 10 дней с момента принятия решения об отказе.

11.3.6. Выплата страхового возмещения производится Выгодоприобретателю(ям), за исключением ситуаций, предусмотренных в пп. 11.3.6.1 - 11.3.6.2 Правил.

11.3.6.1. Если Застрахованное лицо (Страхователь) самостоятельно, с письменного согласия Страховщика, возместил (полностью или частично) Выгодоприобретателю причиненный застрахованный вред, страховая выплата в части, соответствующей произведенному возмещению, осуществляется Страховщиком лицу, произведшему такое возмещение (см. также пп. 10.5.5, 11.1.9 Правил).

11.3.6.2. Возмещение расходов, указанных в пп. 11.1.3.1 - 11.1.3.3 Правил, производится Застрахованному лицу (Страхователю).

11.3.7. Страховая выплата производится наличными деньгами через кассу Страховщика либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет получателя страховой выплаты.

Страховщик также вправе в счет страховой выплаты осуществлять действия, предусмотренные в пп. 10.5.9 «е» и 11.2.10 Правил.

11.3.8. Днем выплаты страхового возмещения считается день получения денежных средств получателем выплаты в кассе Страховщика при наличном расчете либо день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика для перечисления на соответствующий банковский счет получателя при безналичном расчете.

11.3.9. Если в соответствии с законодательством РФ Застрахованное лицо (Страхователь) обязан выплачивать возмещение за причиненный вред ежемесячными или иными регулярными платежами, Страховщик имеет право произвести расчет общей суммы страхового возмещения и выплатить ее Выгодоприобретателю единовременно, если это не противоречит действующему законодательству.

11.3.10. Лицо, получившее страховую выплату (Застрахованное лицо (Страхователь) или Выгодоприобретатель), обязано возратить Страховщику полученную сумму выплаты (или соответствующую ее часть) в случае, если в течение предусмотренного законодательством срока исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону или по условиям договора страхования полностью или частично лишает данное лицо права на данную страховую выплату.

12. РЕГРЕСС (СУБРОГАЦИЯ)

12.1. В случаях, когда у Страховщика, выплатившего страховое возмещение по заключенному в рамках настоящих Правил договору страхования, возникает на основании норм законодательства (см., например, ст. 963, ст.965, ст.1081 ГК РФ) право регресса (суброгации) к Застрахованному лицу⁵⁴ (Страхователю), непосредственному виновнику причинения вреда и/или иному(ым) лицу(ам) и имеется возможность его предъявить (например, договором страхования не обусловлен отказ Страховщика от права регресса (суброгации) и выполнены иные необходимые для предъявления регресса (суброгации) условия), Страховщик реализует право регрессного (суброгационного) требования по своему усмотрению (в том числе путем отказа от его реализации, если это не противоречит положениям законодательства; см. также п.4.16 Правил).

⁵³ Под *актом о страховом случае* понимается документ, составляемый Страховщиком после подачи Заявления о страховой выплате, фиксирующий причины и обстоятельства происшествия, повлекшего страховой случай, его последствия, характер и размер понесенного вреда, размер подлежащего выплате страхового возмещения и подтверждающий решение Страховщика об осуществлении страховой выплаты.

⁵⁴ Например, в случае умышленного причинения вреда Застрахованным лицом (Застрахованным исполнителем) его пациенту Страховщик, выплативший страховое возмещение Выгодоприобретателю(ям), вправе предъявить регрессное (суброгационное) требование к Застрахованному лицу (Застрахованному исполнителю), поскольку обратное противоречило бы общим принципам гражданско-правовой ответственности за умышленное причинение вреда (страхование противоправных интересов запрещено).

12.2. Регрессное (суброгационное) требование может быть предъявлено Страховщиком в пределах размера выплаченного им страхового возмещения, если иной размер не установлен законодательством (ст.1081, ст.965 ГК РФ, гл.39 Трудового Кодекса Российской Федерации).

12.3. Застрахованное лицо (Страхователь), имеющее право требования (регресса) к другому лицу в связи с причинением застрахованного по договору страхования вреда, обязано передать Страховщику, выплатившему страховое возмещение, все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления перехода к Страховщику данного права требования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, вытекающие из договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Права и обязательства, вытекающие из договора страхования, устанавливаются с учетом информации и положений, содержащихся в «Договоре» (Полисе), Правилах и других сопровождающих заключение и исполнение договора страхования документах (заявлениях, соглашениях и т.п.). При этом вопросы, связанные с заключением и исполнением договора страхования, не урегулированные названными в «Договоре» (Полисе) документами с учетом их установленного договором страхования приоритета, разрешаются на основании действующего гражданского законодательства РФ, а также нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность Страхователя (в том числе путем применения сформулированных ст.431 ГК РФ правил толкования договоров).

14. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

14.1. Общая часть.

14.1.1. Данные Правила страхования разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации с учетом положений и требований базовых стандартов: «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации» и «Базовый стандарт совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке», утвержденные Банком России (Протокол КФНП-24 от 9 августа 2018г), далее – именуемые Базовые стандарты.

14.1.2. Базовые стандарты обязательны к применению всеми страховыми организациями вне зависимости от их членства в саморегулируемой организации в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации (далее – саморегулируемая организация), и действуют в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

14.1.3. Страховщик должен обеспечивать соблюдение требований Базовых стандартов от третьего лица, действующего по его поручению от его имени и (или) в его интересах, в том числе на основании гражданско-правового договора и (или) доверенности.

14.1.4. Страховщик обязан соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами при обеспечении защиты информации, полученной Страховщиком при осуществлении им страховой деятельности, включая обеспечение ее целостности, доступности и конфиденциальности, независимо от формы ее представления, а также защите персональных данных получателей страховых услуг.

14.2. Термины и определения:

14.2.1. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и (или) перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

14.2.2. Страхователь – юридическое лицо или физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

14.2.3. Получатель страховых услуг – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

14.2.4. Страховые услуги – финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

14.2.5. Страховой агент – физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

14.2.6. Официальный сайт – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

14.2.7. Личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте страховой организации, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со страховой организацией.

14.2.8. Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события

страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

14.2.9. Обращение (жалоба) – направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

14.2.10. Застрахованное лицо - физическое или юридическое лицо, риск ответственности которого застрахован по договору страхования ответственности.

14.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

14.3.1. Информация, подлежащая раскрытию Страховщиком (представителем страховщика) доводится до получателей страховых услуг в соответствии с принципами: на равных правах, в равном объеме для всех, в доступной форме на русском языке, без затрат или совершения дополнительных действий, не предусмотренных законодательством РФ, при этом не допускается искажение смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

14.3.2. Страховщик (представитель страховщика) до заключения договора страхования обязан предоставить информацию о страховых услугах любому обратившемуся за ней лицу без исключений (либо потенциальному получателю страховых услуг для ознакомления при заключении с ним договора страхования, либо при обращении с намерением заключить договор страхования) в устной бумажной или электронной форме, в том числе посредством сети «Интернет» на сайте Страховщика.

14.3.3. При заключении договора страхования Страховщик (представителем страховщика) предоставляет следующую информацию получателю страховых услуг (Страхователю):

1) об основных условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

2) о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, о последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

3) о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя, если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг.

6) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения, если это предусмотрено Правилами страхования, в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

14.3.4. Основными принципами предоставления информации рекламного характера о деятельности страховой организации являются законность, добросовестность, достоверность и полнота сообщаемых сведений.

14.3.5. Информация рекламного характера не должна содержать каких-либо текстовых, звуковых или визуальных обращений или заявлений, которые прямо или косвенно, посредством замалчивания, двусмысленности или преувеличения, могут ввести получателя страховых услуг в заблуждение, в частности, в отношении условий страховых услуг, которые могут повлиять на выбор получателя страховых услуг.

14.4. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг

14.4.1. Получатель страховых услуг должен быть проинформирован о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении договора страхования, или об ином порядке заключения договора страхования, расторжения договора, или отказа Страхователя от договора страхования.

14.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у получателя страховых услуг других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг (например, страхования рисков заемщиков кредита при наличии кредитного договора).

14.4.3. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление страхователя о возврате уплаченной страховой премии части страховой премии.

Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, либо посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика.

14.4.4. По запросу, позволяющему идентифицировать получателя страховых услуг, Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный страховой организацией расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

14.4.5. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

14.4.6. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то Страховщик информирует Страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

14.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 14.3.3, 14.4.5 и 14.4.6 фиксироваться любым из следующих способов:

- 1) подписью получателя страховых услуг;
- 2) проставлением получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме в личном кабинете (при его наличии);
- 3) аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой страховой организацией с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

14.4.8. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

14.5. Полномочия и условия совершения операций, связанных с заключением, расторжением и исполнением договора страхования.

14.5.1. Для заключения от имени Страховщика договора страхования работник страховщика, страховой агент (страховой брокер) должны иметь необходимые полномочия.

Для выполнения иных действий по оформлению договора страхования работнику страховщика доверенность не требуется.

14.5.2. При подписании договора страхования работником страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора страхования должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

14.5.3. Страховой агент (страховой брокер), представляя Страховщика в отношениях со Страхователем при заключении договора страхования, действует от имени Страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Такие полномочия определяются и подтверждаются заключенным со страховщиком гражданско-правовым договором (договор поручения, договор агентирования, договор об оказании услуг страхового брокера) и (или) доверенностью на заключение договоров страхования.

14.5.4. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником страховщика) лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

14.5.5. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

14.5.6. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

14.5.7. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является

неотъемлемой частью договора страхования.

14.5.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

14.5.9. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со страхователем при заключении договора страхования.

14.5.10. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

14.5.11. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

14.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулировании требований о страховой выплате

14.6.1. Страховщик при заключении договора страхования информирует получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

14.6.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения.

14.6.3. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

14.6.4. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

14.6.5. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

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

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

14.6.6. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

14.6.7. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

14.6.8. В случае наличия в договоре и (или) правилах страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества страховая организация предоставляет получателю страховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

14.6.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не

превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

14.6.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе..

14.6.11. Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

14.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

14.7.1. Подлежат обязательному рассмотрению Страховщиком обращения получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, а также запросы и обращения, поступившие в рамках обязательного взаимодействия с финансовым уполномоченным (согласно ст. 28 федерального закона от 04.06.2019 №123-ФЗ).

14.7.2. Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех рабочих дней, при этом Страховщик информирует получателя страховых услуг о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по запросу получателя страховых услуг).

14.7.3. Предельный срок рассмотрения обращения составляет тридцать дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем получатель страховых услуг должен быть письменно уведомлен страховой организацией в установленный для рассмотрения обращений срок.

14.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 14.7.5.

Ответ на обращение подписывается руководителем страховой организации или иным уполномоченным лицом и подлежит обязательной регистрации.

14.7.5. Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

- 1) в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- 2) текст обращения не поддается прочтению;
- 3) в обращении содержатся только те вопросы, на которые получателю страховых услуг ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- 4) в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу страховой организации, имуществу, жизни и (или) здоровью работников страховой организации, а также членов их семей;
- 5) обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;
- 6) из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

14.7.6. Страховщик обязан ежегодно представлять в саморегулируемую организацию отчет об обращениях получателей страховых услуг за календарный год в порядке, установленном внутренним документом саморегулируемой организации.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**1. Базовые страховые тарифы (в % от страховой суммы, на годовой срок страхования):**

Компоненты страхового покрытия: застрахованные действия (бездействие) Застрахованных исполнителей	Базовый тариф, %
1.1. Ошибки (упущения) при определении диагноза заболевания (неправильная или поздняя диагностика и т.д.);	0,944
1.2. Ошибки (упущения) при выписке рецептов на применение лекарственных средств, ведении медицинской документации	0,168
1.3. Неверно проведенный курс лечения (при условии, что диагноз определен верно), за исключением указанных в п.1.4 событий, (в частности: назначение несоответствующего лекарства или медицинской процедуры, неверной дозы лекарства, назначение лекарства без учета его возможного пагубного воздействия в сочетании с другими лекарствами; ошибки (упущения) преемственности, включая несогласованность в действиях врачей, в случаях, когда пациент проходит курсы лечения у нескольких специалистов; поздняя госпитализация, преждевременные выписка из стационара или закрытие больничного листа; ошибочное решение о транспортировке пациента и т.д.)	0,405
1.4. Проведение с ошибками (упущениями) медицинских манипуляций (операций, лечебных процедур, инъекций, заборов и переливаний крови, плазмоферезов, гемодиализов, и т.д.), в том числе вследствие ошибок (упущений) в обращении с медицинской техникой, нарушений правил безопасности, обслуживания при использовании (хранении, содержании, эксплуатации) медицинского оборудования, инструментов, медикаментов (лекарственных средств, веществ), нарушений санитарных норм при обслуживании пациентов	0,471
1.5. Неоказание или несвоевременное оказание (необоснованный отказ от оказания, задержка в оказании) медицинской помощи; непредоставление полной и достоверной информации об оказываемой медицинской помощи (услуге), нарушение правил транспортировки пациента	1,541

2. При расчете размера страховой премии (индивидуального тарифа) по договору страхования Страховщик вправе применять к указанным в п. 1 базовым страховым тарифам следующие поправочные коэффициенты:

2.1. В зависимости от количества компонент страхового покрытия (см. п.1):

Компоненты страхового покрытия	сочетание любых 2-х компонент из п.1	сочетание любых 3-х компонент из п.1	сочетание любых 4-х компонент из п.1	все компоненты из п.1
Поправочный коэффициент	0,9	0,8	0,7	0,6

2.2. В зависимости от специализации Застрахованных исполнителей (медицинских работников):

Номенклатура Застрахованных исполнителей	Поправочный коэффициент	
2.2.1. Страхование распространяется на всех Застрахованных исполнителей без указания их специализации:	Для узкопрофильных мед. организаций (стоматология; офтальмология и т.д.)	1,3 — 1,5
	Для многопрофильных мед. организаций	1,5
2.2.2. Страхование распространяется: — либо на конкретного(ых) (поименованного(ых)) в договоре страхования Застрахованного(ых) исполнителя(ей), — либо на всех Застрахованных исполнителей с указанием их специализаций и количества (в разбивке по специализациям) – см. ниже Примечание 2	Врачи общей практики (терапевты)	1,0
	Врачи – специалисты:	
	ХИРУРГИ:	
	- нейрохирургия, кардиохирургия, косметология (пластическая хирургия), трансплантация органов	1,5
	- прочие (полостные, торакальные, урологи, онкологи, гинекологи, челюстнолицевые, офтальмологи, стоматологи-хирурги и т.д.)	1,3
	АНАСТЕЗИОЛОГ	1,3
	АКУШЕР - ГИНЕКОЛОГ	1,4
	ГИНЕКОЛОГ	1,1
	СТОМАТОЛОГ - ТЕРАПЕВТ	1,2
	ОКУЛИСТ	1,1
	ПСИХИАТР	0,8
	ПРОЧИЕ специальности	0,9
	Средний медицинский персонал	0,7
Прочие работники	1,0	

Примечания.

1. Если практическая деятельность медицинского работника осуществляется по нескольким специализациям, то выбирается максимальный из коэффициентов по специализации.

2. При страховании имущественных интересов мед. организации мед. работники, на действия которых распространяется страхование, (Застрахованные исполнители) разбиваются на однородные группы по специализации в соответствии с данными п.2.2.2 вышеуказанной Таблицы, и рассчитывается совокупный поправочный коэффициент в зависимости от специализации мед. работников как среднее взвешенное поправочных коэффициентов, определенных в отношении каждой группы мед. работников, т.е.:

$$K = \frac{\sum (K_i \cdot g_i)}{\sum g_i}, \text{ где}$$

K - совокупный поправочный коэффициент в зависимости от специализации мед. работников;

K_i - поправочный коэффициент, определенный в отношении i -ой группы мед. работников в соответствии с п.2.2.2 вышеуказанной Таблицы;

g_i - количество медицинских работников в i -ой группе.

2.3. В зависимости от категории медицинских работников:

	Поправочный коэффициент
Без категории или сведения о категории отсутствуют	1,0
С категорией	0,8 – 1,0

2.4. В зависимости от формы осуществления медицинской деятельности или оказания медицинской помощи:

Форма осуществления медицинской деятельности или оказания медицинской помощи	Поправочный коэффициент	
Поликлиника	для взрослых	0,8
	для детей	1,0
Стационар или сочетание амбулаторно-поликлинических и стационарных способов оказания мед. помощи	для взрослых	1,0
	для детей	1,1
Частная практика	для взрослых	1,1
	для детей	1,2
Скорая медицинская помощь		1,2
Прочее		1,0

Примечание. Если медицинская организация многофункциональна, то выбирается максимальный из вышеуказанных коэффициентов.

2.5. В зависимости от состава страхового покрытия:

В состав страхового покрытия включаются:	Поправочный коэффициент
3.1.5.1. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью пациента («базовое страховое возмещение», п.11.1.2 Правил), и «расходы по уменьшению убытков» (п.3.1.2 Правил)	1,0
3.1.5.2. «Судебные расходы» (п.3.1.3. «а» Правил)	1,1
3.1.5.3. «Расходы по предварительному выяснению обстоятельств дела» (п.3.1.3 «б» Правил)	1,2
3.1.5.4. «Компенсация морального вреда» (п. 4.15.2 «а» Правил)	1,9
3.1.5.5. «Оказание медицинской помощи неквалифицированными исполнителями» (п. 4.15.2 «б» Правил)	1,3
3.1.5.6. «Оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях» (п. 4.15.2 «в» Правил)	1,05
3.1.5.7. «Оказание медицинской помощи при недостаточной оснащенности» (п. 4.15.2 «г» Правил)	1,05

2.6. Отказ Страховщика от предъявления регрессного (суброгационного) требования к лицу(ам), в отношении которого(ых) у него возникает право регресса (суброгации) (п.4.16 Правил), — поправочный коэффициент в размере от 1,5 до 1,8 (в зависимости от потенциального размера регрессного (суброгационного) требования для ситуации риска по конкретному договору страхования).

2.7. В зависимости от размера страховой суммы:

Страховая сумма, руб.	до 100 тыс. вкл.	до 300 тыс. вкл.	до 500 тыс. вкл.	до 1000000 руб. вкл.	более 1000000 руб.
Поправочный коэффициент	1,3	1,2	1,1	1,0	0,7 - 0,95

2.8. В зависимости от видов и размеров лимитов ответственности, установленных договором страхования:

Лимиты ответственности	Поправочный коэффициент
2.8.1. Установлен лимит на каждого Застрахованного исполнителя (медицинского работника)	0,6

Лимиты ответственности		Поправочный коэффициент
<i>(страховая сумма равна сумме лимитов на каждого мед. работника)</i>		
2.8.2. Установлен лимит на один страховой случай в размере:	до 20% включительно от страховой суммы	0,7
	до 25% включительно от страховой суммы	0,75
	до 35% включительно от страховой суммы	0,8
	до 50% включительно от страховой суммы	0,9
2.8.3. Установлены лимиты на составляющие страхового покрытия, указанные в пп.2.5.1 — 2.5.4 настоящего документа:	- на каждую составляющую установлен отдельный лимит	<i>(страховая сумма равна сумме лимитов на составляющие страхового покрытия)</i>
	- на несколько составляющих установлен совокупный лимит	
2.8.4. Установлены лимиты на отдельные виды (разновидности) медицинской помощи (например, на конкретные медицинские манипуляции) - в зависимости от количества и видов лимитов		0,7 – 0,9
2.8.5. Установлены лимиты иные, чем вышеперечисленные (на одного потерпевшего; в отношении лиц, имеющих в соответствии с гражданским законодательством право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца); по тем или иным видам (составу) застрахованного вреда, расходов и т.д. - например, в отношении отдельных, оговоренных договором страхования, видов проявлений вреда, причиненного жизни или здоровью пациентов, в отношении расходов на санаторно-курортное лечение потерпевшего, расходов на дополнительное питание, расходов на посторонний уход за потерпевшим, расходов на погребение потерпевшего и т.д.) - в зависимости от количества и видов лимитов		0,7 - 0,95

2.9. В зависимости от видов и размеров франшиз, установленных договором страхования, — поправочный коэффициент в размере от 0,5 до 0,99.

В частности:

Размер франшизы (в % от страховой суммы)	1%	2%	3%	4%	5%	10%	15%	20%
Для безусловной франшизы	0,98	0,96	0,94	0,92	0,91	0,81	0,72	0,64
Для условной франшизы	—	—	—	—	0,99	0,98	0,96	0,93

Размер франшизы (в % от страховой выплаты)	5%	10%	15%	20%	25%	30%
Для безусловной франшизы	0,98	0,95	0,92	0,9	0,85	0,8

Размер франшизы (в % от лимита ответственности на один страховой случай)	5%	10%	15%	20%
Для безусловной франшизы	0,98	0,88	0,79	0,71

Размер франшизы (в % от лимита ответственности на одного мед. работника)	5%	10%	15%	20%
Для безусловной франшизы	0,98	0,88	0,79	0,71

2.10. В зависимости от срока (стажа) осуществления медицинской деятельности Застрахованным лицом:

Опыт в застрахованной медицинской деятельности:	до 5 лет вкл.	свыше 5 лет
Поправочный коэффициент	1,1	1,0

2.11. В зависимости от территории страхования:

Оказание медицинской помощи осуществляется:		Поправочный коэффициент
На территории Российской Федерации:	- только в помещениях мед. организации или в офисе (кабинете) частнопрактикующего врача	0,95
	- на любой территории, где Застрахованное лицо (Застрахованный исполнитель) вправе оказывать медицинскую помощь (включая место проживания или работы пациентов)	1,0
На территории иностранных государств или Российской Федерации и иностранных государств		1,1

2.12. В зависимости от застрахованной медицинской помощи (полноты охвата страхованием разрешенных видов медицинской помощи):

Застрахованная медицинская помощь:	все виды медицинской помощи, указанные в лицензии или иных установленных законодательством разрешительных документах Застрахованного лица при осуществлении медицинской деятельности, и все медицинские услуги (работы) данных видов, осуществляемые в период действия страхования	только отдельные виды (разновидности) медицинской помощи из числа указанных в лицензии или иных установленных законодательством разрешительных документах Застрахованного лица при осуществлении медицинской деятельности (например, страхование отдельных видов медицинских манипуляций)	только отдельные, оговоренные в договоре страхования медицинские услуги (работы) из числа указанных в лицензии или иных установленных законодательством разрешительных документах Застрахованного лица при осуществлении медицинской деятельности, осуществляемые в отношении конкретных пациентов, категорий пациентов и т.д. (например, страхование конкретных операций)

Поправочный коэффициент	1,0	0,8 – 1,0 (в зависимости от количества и состава видов мед. помощи)	0,8 — 1,2 (в зависимости от конкретной ситуации риска)
-------------------------	-----	---	--

2.13. В зависимости от срока проявления последствий наступления застрахованных событий (см. п.1):

Срок проявления последствий:		Поправочные коэффициенты
в период действия страхования или только в период действия страхования	не позднее 1 года по окончании периода действия страхования	1,0
	не позднее 2-х лет по окончании периода действия страхования	1,1
	не позднее 3-х лет по окончании периода действия страхования	1,2
	более 3-х лет по окончании периода действия страхования	1,3 – 1,5
только в период действия страхования		0,8

2.14. В зависимости от срока предъявления требований о возмещении причиненного вреда:

Срок предъявления требований:		Поправочные коэффициенты
в период действия страхования или только в период действия страхования	не позднее 1 года по окончании периода действия страхования	0,8
	не позднее 2-х лет по окончании периода действия страхования	0,9
	не позднее 3-х лет по окончании периода действия страхования	1,0
	более 3-х лет по окончании периода действия страхования	1,1 – 1,3
только в период действия страхования		0,7

2.15. По договору страхования не допускается внесудебное (досудебное) урегулирование требований потерпевших лиц (Выгодоприобретателей) — поправочный коэффициент в размере 0,9.

2.16. За отсутствие убытков по предыдущему(им) договору(ам) страхования - поправочный коэффициент в размере 0,95 за каждый год безубыточного страхования, но не более 0,6 в совокупности.

2.17. За наличие убытков по последнему договору страхования - поправочный коэффициент в размере от 1,05 до 2,0 (устанавливается в зависимости от размера убытков по договору страхования).

2.18. Уплата страховой премии в рассрочку (при заключении договора страхования на срок более 1 года уплата страховой премии может производиться за каждый год действия страхования без увеличения страхового тарифа) - поправочный коэффициент в размере от 1,0 до 1,2.

2.19. Коэффициент андеррайтера, учитывающий иные индивидуальные условия договора страхования, не учтенные вышеуказанными поправочными коэффициентами, - в размере от 0,7 до 1,5.

В частности, могут быть учтены:

— вид(ы) судебного(ых) акта(ов), на основании которого(ых) Страховщик производит выплату: решение суда общей юрисдикции по существу дела; определение суда общей юрисдикции, утверждающее условия мирового соглашения;

— общая численность медицинского персонала («степень укомплектованности» медицинской организации медицинским персоналом);

— уровень оснащенности необходимым медицинским оборудованием, инструментом, медикаментами;

— объем медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицом за предыдущие 12 месяцев работы;

— прочие факторы ситуации риска.

3. Исчисление размера страховой премии (индивидуального тарифа) по договору страхования, заключаемому на срок, отличный от годового, производится в следующем порядке:

3.1. По договорам страхования, заключенным на срок страхования менее 1 года (далее — *краткосрочное страхование*), страховая премия по общему правилу исчисляется Страховщиком в зависимости от размера годовой страховой премии и срока страхования в соответствии с нижеприведенной таблицей поправочных коэффициентов:

Срок страхования	Поправочный коэффициент к годовому страховому тарифу
до 1 месяца включительно	0,20
свыше 1 месяца до 2 месяцев включительно	0,30
свыше 2 месяцев до 3 месяцев включительно	0,40
свыше 3 месяцев до 4 месяцев включительно	0,50
свыше 4 месяцев до 5 месяцев включительно	0,60
свыше 5 месяцев до 6 месяцев включительно	0,70
свыше 6 месяцев до 7 месяцев включительно	0,75
свыше 7 месяцев до 8 месяцев включительно	0,80
свыше 8 месяцев до 9 месяцев включительно	0,85
свыше 9 месяцев до 10 месяцев включительно	0,90
свыше 10 месяцев до 11 месяцев включительно	0,95
свыше 11 месяцев до 12 месяцев включительно	1,00

3.1.1. По краткосрочному договору страхования Страховщик вправе (по своему усмотрению — в зависимости от

конкретной ситуации риска, в том числе причин заключения краткосрочного договора страхования, размера затрат на подготовку и оформление (переоформление, дополнение) договора страхования и т.п.) исчислять страховую премию исходя из размера годовой страховой премии пропорционально сроку страхования в днях:

$$СП = 0,01 * СС * СТ_{год} * N / K_{год} = СП_{год} * N / K_{год}, \text{ где}$$

СП — сумма страховой премии по краткосрочному договору;
 $СП_{год} = 0,01 * СС * СТ_{год}$ — сумма годовой страховой премии;
 СС — страховая сумма;
 $СТ_{год}$ — годовой страховой тариф в %;
 N — срок страхования по краткосрочному договору (в сутках);
 $K_{год}$ — количество дней в году (365 или 366).

3.2. По договорам страхования, заключенным на срок страхования более 1 года, (далее — *долгосрочное страхование*) страховая премия исчисляется Страховщиком пропорционально сроку страхования в сутках, исходя из размера суммы годовой страховой премии:

$$СП = 0,01 * СС * СТ_{год} * N / K_{год} = СП_{год} * N / K_{год}, \text{ где:}$$

СП — сумма страховой премии по долгосрочному договору;
 $СП_{год} = 0,01 * СС * СТ_{год}$ — сумма годовой страховой премии;
 СС — страховая сумма;
 $СТ_{год}$ — годовой страховой тариф в %;
 N — срок страхования по долгосрочному договору (в сутках);
 $K_{год}$ — количество дней в году (365 или 366).

4. Если согласованное Сторонами в период действия договора страхования изменение условий страхования влечет увеличение размера подлежащей уплате Страхователем страховой премии, то Страхователь обязан уплатить сумму дополнительной страховой премии, исчисленной Страховщиком в соответствии с нижеприведенными формулами, единовременно, если иное не предусмотрено соответствующим соглашением Сторон.

4.1. Сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$ДСП = СП_n - СП_c, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,
 $СП_c$ — страховая премия по договору страхования, исчисленная Страховщиком до внесения в него изменений,
 $СП_n$ — страховая премия, подлежащая уплате Страхователем по договору страхования после внесения в него изменений, — исчисляется по следующей формуле:

$$СП_n = \sum_{i=1}^n \left(СП_i \times \frac{M_i}{N} \right), \text{ где:}$$

$СП_n$ — размер страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по договору страхования,
 N — срок действия договора страхования (в сутках),
 n — количество частей срока действия договора страхования с различными условиями страхования,
 M_i — i -тая часть срока действия договора страхования (в сутках), в течение которой условия

договора страхования неизменны ($\sum_{i=1}^n M_i = N$),

$СП_i$ — страховая премия, которая должна была бы быть уплачена, если бы договор страхования был заключен на срок страхования N и на условиях, действующих в течение i -той части срока действия договора страхования.

В частности (в результате алгебраических преобразований вышеуказанной формулы):

1) При увеличении в течение действия договора страхования страховой суммы сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$ДСП = 0,01 * УСС * СТ * M / N, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,
 УСС — размер увеличения страховой суммы,
 $СТ$ — страховой тариф в %, исчисленный на срок страхования N ,
 N — срок действия договора страхования (в сутках),
 M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты увеличения страховой суммы (в сутках);

2) При необходимости увеличения страхового тарифа после заключения договора страхования (например, при увеличении степени страхового риска, оговоренной при заключении договора

страхования) сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{СС} * \text{УСТ} * \text{M/N}, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

СС — размер страховой суммы,

УСТ — размер увеличения страхового тарифа в %, исчисленного на срок страхования N ,

N — срок действия договора страхования (в сутках),

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с даты увеличения страхового тарифа (в сутках).

5. Если согласованное Сторонами в период действия договора страхования изменение условий страхования влечет уменьшение размера подлежащей уплате Страхователем страховой премии, то Страховщик вправе вернуть излишне уплаченную часть страховой премии за неистекший срок действия страхования; при исчислении размера излишне уплаченной части страховой премии Страховщик вправе учесть понесенные им расходы и отчисления, предусмотренные структурой тарифной ставки, а также заявленные претензии и произведенные страховые выплаты по данному договору страхования.