

**ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЕ  
ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ДальЖАСО»  
(ОАО «ДальЖАСО»)**

---



**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор

С.В.Кучун

«04» апреля 2016г.

(приказом генерального директора № 106  
от 01.06.1999г., в редакции приказа генерального  
директора № 29 от «04» апреля 2016г.)

**ПРАВИЛА  
СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Гражданским кодексом РФ, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", иными нормативными правовыми актами регулирующими деятельность медицинских организаций, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и медицинской организацией (в дальнейшем по тексту – Страхователь) по поводу страхования ответственности на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи.

1.2. Основные понятия, используемые в целях страхования ответственности медицинской организации в соответствии с настоящими Правилами:

**здоровье** - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

**медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

**лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

**пациент** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

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

**медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую

деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

**фармацевтическая организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность;

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

**фармацевтический работник** - физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее - лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка;

**заболевание** - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

**качество медицинской помощи** - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

1.3. По договору страхования медицинской организации на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи (далее по тексту также – договор/договор страхования или договор страхования ответственности медицинской организации) Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить пациенту (Выгодоприобретателю), причиненный вследствие этого события вред жизни или здоровью (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором страховой суммы.

1.4. **Страховщик** - Дальневосточное железнодорожное открытое акционерное страховое общество “ДальЖАСО”- страховая организация, созданная в соответствии с Законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществлении соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

1.5. **Страхователи** - медицинские организации, осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования ответственности медицинской организации.

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

1.7. Договор страхования риска ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациентов при оказании им медицинской помощи считается заключенным в пользу лиц, которым

может быть причинен вред - пациентов (Выгодоприобретателей), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

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

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

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

1.9. В целях доведения до Страхователей, Выгодоприобретателей, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, Страховщик, в порядке, установленном органом страхового надзора, размещает на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информацию о своей деятельности, содержание и необходимость опубликования которой предусмотрена законодательством Российской Федерации или вытекает из обычаев делового оборота.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Согласно законодательству Российской Федерации объектом страхования гражданской ответственности могут быть имущественные интересы, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу граждан, имуществу юридических лиц, муниципальных образований, субъектов Российской Федерации или Российской Федерации (далее по тексту – третьи лица).

В соответствии с настоящими Правилами объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить причиненный пациентам вред их жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи.

## **3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

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

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

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

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховым случаем по договору страхования ответственности признается факт возникновения у Страхователя обязанности возместить вред, причиненный пациенту(ам) при оказании медицинской помощи, подтвержденный вступившим в законную силу решением суда или обоснованной претензией, признанной Страхователем в добровольном порядке.

3.3. Договор страхования между Страховщиком и Страхователем заключается на случай причинения Страхователем (Застрахованным) вреда жизни и (или) здоровью пациента(ов) при оказании медицинской помощи, по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных п.3.11. настоящих Правил.

3.4. Страховой случай считается имевшим место и ответственность Страховщика наступает, если причиненный пациенту вред явился следствием непреднамеренной ошибки, допущенной медицинским персоналом Страхователя при оказании медицинской помощи и не

связанной с умышленными действиями (бездействием) или халатным выполнением персоналом своих профессиональных обязанностей.

3.5. По договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, под непреднамеренной ошибкой понимается неумышленные действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного), указанные в договоре страхования и выбранные из следующего перечня:

3.5.1. ошибки при определении основного заболевания и/или его осложнений, и/или сопутствующего заболевания, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.5.2. ошибки при выборе тактики, назначении и проведении лечения, в том числе медицинских манипуляций, процедур, оперативных вмешательств, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.5.3. ошибки при назначении и применении лекарственных препаратов, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента;

3.5.4. ошибки при диагностике и проведении лечения, обусловленные неправильным использованием медицинской техники, приведшие к причинению вреда жизни и здоровью пациента.

3.6. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает убытки пациента(ов) в связи с причинением вреда его (их) здоровью в результате наступления страхового случая, включая:

3.6.1. расходы, необходимые для восстановления здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение, специальный медицинский уход, протезирование, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и другие, предусмотренные законодательством Российской Федерации);

3.6.2. расходы на погребение – в случае смерти пациента (в качестве получаемой выплаты выступают наследники умершего пациента, определяемые в соответствии с законодательством Российской Федерации).

3.7. При наступлении страхового случая возмещению подлежат также расходы, понесенные Страхователем с целью уменьшения убытка, возмещаемого по договору страхования, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения письменных указаний Страховщика.

3.8. Кроме того, договором страхования может предусматриваться возмещение обусловленных страховым случаем необходимых и целесообразных дополнительных расходов Страхователя по предварительному выяснению обстоятельств страхового случая, размера причиненного вреда и степени виновности Страхователя (Застрахованного), а также расходов по ведению в судебных органах дел по предполагаемым страховым случаям, если эти расходы вместе с возмещением причиненного вреда не превышают размера страховой суммы или соответствующего лимита ответственности, установленного в договоре страхования, а именно:

3.8.1. расходов на проведение независимой экспертизы с целью установления обстоятельств, причин, последствий и размера причиненного вреда;

3.8.2. судебных расходов, за исключением расходов на оплату представителей (в том числе адвокатов).

По настоящим Правилам не подлежат возмещению по договору страхования расходы, предусмотренные п.п.3.8.1., 3.8.2. настоящих Правил, если их возмещение прямо не указано в договоре страхования.

3.9. Возникновение обязанности Страхователя возместить вред, причиненный Выгодоприобретателю в результате одного действия (бездействия), рассматривается как один страховой случай, независимо от числа Выгодоприобретателей, которым причинен вред.

3.10. Страховщик несет ответственность по возмещению вреда пациенту(ам) как в течение всего срока действия договора страхования, так и по его истечении, если последствия события, признанного страховым случаем, происшедшего в период действия договора страхования, проявились после его окончания.

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

3.11.1. Умышленных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного), связанных с нарушением им законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, если такие действия подтверждены судебным решением.

3.11.2. Действия обстоятельств непреодолимой силы<sup>1</sup> (то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств – п.3 ст. 401 ГК РФ).

3.11.3. Умышленных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного), связанных с нарушением профессиональной врачебной тайны<sup>2</sup>, в том числе конфиденциальности персональных данных пациента(ов), используемых в медицинских информационных системах.

3.11.4. Действий (бездействия) персонала Страхователя в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

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

3.12. Настоящие Правила страхования не предусматривают возмещения пациентам морального вреда.

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

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ). ФРАНШИЗА**

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

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

4.3. При заключении договора страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться предельные суммы выплат страхового возмещения (лимиты ответственности Страховщика<sup>3</sup>) по каждому страховому случаю и видам медицинской помощи.

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

4.5. При заключении договора страхования по соглашению сторон может быть установлена франшиза.

Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

---

<sup>1</sup> К обстоятельствам непреодолимой силы могут быть отнесены: природные стихийные явления (землетрясения, тайфуны, наводнения и т.п.), а также некоторые обстоятельства общественной жизни (военные действия, массовые заболевания (эпидемии) и т.п.).

<sup>2</sup> Врачебная тайна - информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (за исключением случаев, когда это делается с согласия пациента или его законного представителя и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством).

<sup>3</sup> Лимит ответственности (термин, широко применяемой в международной практике страхования) – страховая сумма, устанавливаемая в договоре страхования, по каждому страховому случаю, видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения). При наступлении страхового случая страховая выплата производится в пределах лимита ответственности.

4.5.1. При установлении условной франшизы Страховщик не производит страховую выплату, если размер убытков не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме, если размер убытков, подлежащих возмещению согласно условиям договора страхования, превышает сумму франшизы.

4.5.2. При установлении безусловной франшизы ее размер всегда вычитается из размера убытков, подлежащих возмещению согласно условиям договора страхования. Убытки, не превышающие сумму безусловной франшизы, возмещению не подлежат.

4.5.3. Если в договоре страхования франшиза указана без указания ее вида, то считается, что установлена безусловная франшиза.

Если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

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

## **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПониЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ**

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

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

5.2. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанный им базовый страховой тариф (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющий страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и страхового риска.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Основываясь на базовой тарифной ставке, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенность имущественных интересов конкретного лица, связанных с причинением вреда пациентам, вправе применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты в установленных диапазонах применения, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

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

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

5.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов (Приложение № 1 к настоящим Правилам) являются результаты проведенной им

оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, информации, самостоятельно полученной Страховщиком и осмотра места деятельности Страхователя; заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая при осуществлении Страхователем (Застрахованным) медицинской деятельности, определить особенности и условия осуществления данной деятельности, профессиональный уровень медицинских работников.

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

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

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

5.4. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, характеризующих особенности и условия деятельности, осуществляемой Страхователем (Застрахованным), уровень профессиональной подготовки сотрудников, наличие факторов риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события, самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе (Застрахованном), его практическом опыте, видах оказываемых им медицинских услуг в случаях причинения вреда пациентам; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

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

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

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

Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Моментом уплаты страховой премии считается:

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

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

Страховщика.

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

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

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается<sup>4</sup> по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ) или в одностороннем порядке (в случае если такой порядок был предусмотрен сторонами при заключении договора страхования - п.3 с.450 ГК РФ), если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования). При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора, если иное не установлено законом или соглашением сторон.

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

а) страховая премия по дополнительному соглашению к договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца срока действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) - результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по основному договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора - результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

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

5.11. При увеличении страховой суммы, ее восстановлении после произведенной выплаты соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п.5.10. настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

## **6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

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

С заявлением Страхователь представляет Страховщику:

- копии юридических документов, регламентирующих деятельность медицинской организации;
- копию лицензии на право занятия медицинской деятельностью;
- копии дипломов о медицинском образовании и сертификатов специалистов (при необходимости по соглашению сторон);
- копии документов медицинской организации, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;

---

<sup>4</sup> Основания для расторжения договора определены ст. 450 ГК РФ.



- согласие на обработку персональных данных (если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия) (Приложение №9 к настоящим Правилам).

- список Застрахованных (Приложение №10 к настоящим Правилам).

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

6.3.1. Об объекте страхования.

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

6.3.3. О размере страховой суммы.

6.3.4. О сроке действия договора.

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

Договор страхования составляется в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Оригинал страхового полиса вручается Страхователю в течение 3-х рабочих дней с даты зачисления на счет Страховщика страховой премии (первого страхового взноса). При наличном расчете страховой полис вручается в момент уплаты страховой премии (взноса). Копия страхового полиса остается у Страховщика.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Исполнение договора – совершение определенных действий Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) в силу принятых прав и обязанностей по заключенному договору страхования.

6.12. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

## **7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Действие договора страхования прекращается в случаях:

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

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

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

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

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

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

7.3. Договор также досрочно прекращается в случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии пропорционально разнице между сроком, на который был заключен договор страхования, и сроком, в течение которого он действовал.

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

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

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования (Приложение 8 к настоящим

Правилам) в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя.

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

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае пропорционально не истекшему периоду действия договора страхования).

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

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

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

7.8. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан. При этом уведомлением признается также опубликование указанной информации в периодических печатных изданиях, тираж каждого из которых составляет не менее 10 тысяч экземпляров и которые распространяются на территории осуществления деятельности Страховщика, а также размещение информации об отзыве лицензии на официальном сайте Страховщика.

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

## **8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА**

8.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменения в сведениях, указанных в Заявлении на страхование, предъявление претензий со стороны пациентов по поводу диагностирования и методов лечения, судебные иски), а также обстоятельства, предусмотренные в договоре страхования (п.6.3. Приложения 3 к настоящим Правилам).

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

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

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

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

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

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### *9.1. Страховщик имеет право:*

9.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем (Застрахованным) условий договора страхования.

9.1.2. Давать Страхователю (Застрахованному) рекомендации по предупреждению страховых случаев.

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

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

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

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

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

### *9.2. Страховщик обязан:*

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

9.2.2. Соблюдать требования страхового законодательства, условия настоящих Правил и договора страхования.

9.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

9.2.4. Применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

9.2.5. По требованию Страхователя (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в правилах и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчета страховой выплаты.

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

9.3.1. Выяснить обстоятельства наступления события.

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

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

### *9.4. Страхователь имеет право:*

9.4.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.

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

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

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

9.4.5. Отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

*9.5. Страхователь обязан:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6.5. Представить следующие документы (материалы):

- письменную претензию пациента о возмещении причиненного вреда;
- решение суда о взыскании со Страхователя в пользу пациента суммы, в которую оценивается причиненный вред, если оно имело место;

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

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

9.6.6. Обеспечить участие Страховщика в установлении размера причиненного вреда.

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

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

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

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

10.2. Обязательства Страховщика по договору страхования наступают при условии, что причиненный пациенту вред явился следствием неумышленных действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного) при оказании медицинской помощи.

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

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

10.3.2. При признании события страховым случаем определяет размер убытков, страховой выплаты, составляет акт о страховом случае (страховой акт), производит страховую выплату (отказывает в выплате при наличии оснований) в сроки, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

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

- письменные претензии пациента (его наследников – в случае смерти пациента) к Страхователю о возмещении причиненного вреда при оказании медицинской помощи;
- расчет размера причиненного вреда, произведенный пациентом (наследниками);
- выписка из истории болезни;
- заключение экспертов;
- в случае смерти пациента – копии свидетельства о смерти и медицинской справки о причинах смерти;
- при установлении инвалидности – заключение соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы, выписка из истории болезни;
- выписанные рецепты на применение лекарственных средств (справки о примененных лекарственных средствах), заключения экспертов, как по поводу оценки правильности выбранных Страхователем в отношении пациента методов лечения и лекарственных средств, так и по поводу оценки соблюдения пациентом требований инструкций по применению выписанных лекарственных средств и выполнению рекомендаций Страхователя.

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

10.6. Все обязательства, вытекающие из договора страхования, при наступлении страхового случая, предусмотренного настоящими Правилами, должны быть исполнены

Страховщиком не позднее 30-ти календарных дней с момента<sup>5</sup> получения Страховщиком всех необходимых документов по наступившему событию, если по факту данного события не было возбуждено уголовное дело и в пределах указанного срока Страховщиком получены все необходимые документы для подтверждения факта страхового случая и определения размера убытков или имеется решение суда, вступившее в законную силу (при рассмотрении спора между Страховщиком и Страхователем по факту причинения вреда в судебном порядке).

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

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

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

10.9. При определении величины причиненного вреда жизни или здоровью пациентов возмещению подлежат:

10.9.1. расходы, вызванные повреждением здоровья, возмещаются Страховщиком при предъявлении потерпевшим медицинского заключения, выданного в установленном законодательством Российской Федерации порядке, с указанием характера полученных потерпевшим травм и увечий, диагноза, периода нетрудоспособности или выданного в установленном законодательством Российской Федерации порядке заключения судебно-медицинской экспертизы о степени утраты профессиональной или общей трудоспособности, а также документов, указанных в п.п. «а» - «ж» настоящего пункта.

**а) расходы потерпевшего на лечение и приобретение лекарств** (возмещаются до восстановления трудоспособности или установления степени утраты профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – до установления степени утраты общей трудоспособности).

Оплате подлежат расходы на лечение потерпевшего и приобретение им лекарств, если он не имеет права на их бесплатное получение, при: оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях стационара; оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (в том числе на дому), в дневном стационаре; прохождении медицинской реабилитации как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах. Объем лечения потерпевшего определяется врачебной комиссией медицинской организации.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет следующие документы:

- документы, подтверждающие оплату услуг лечебного учреждения (договор на оказание услуг медицинским учреждением, счета);
- документы, подтверждающие врачебные назначения приобретенных лекарственных средств и препаратов (выписки из амбулаторной карты или истории болезни);
- документы, подтверждающие расходы потерпевшего на приобретение лекарств на основании рецептов или их копий (если оригиналы подлежат изъятию), товарных и кассовых чеков аптечных учреждений;

---

<sup>5</sup> Такой момент исчисляется с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем получения Страховщиком телеграммы, факсы, электронного сообщения; факт получения Страховщиком сообщения от Страхователя регистрируется в Компании в журнале учета входящей корреспонденции (информации) специально уполномоченным сотрудником Страховщика.

б) **расходы на дополнительное питание**, определенные исходя из суточного продуктового набора дополнительного питания, назначенного потерпевшему врачом – диетологом в качестве дополнения к обычному питанию с учетом характера повреждения здоровья, и документов, подтверждающих оплату приобретенных продуктов.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет следующие документы:

- выписка из истории болезни, выданная лечебным учреждением с назначением потерпевшему дополнительного питания, назначенного по решению врачебной комиссии медицинской организации;

- кассовые чеки и иные документы, подтверждающие оплату потерпевшим приобретенных продуктов;

в) **расходы на протезирование**, предоставление слуховых аппаратов, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставленных инвалиду, включающие в себя расходы на изготовление для потерпевшего протезов, протезно – ортопедических изделий в соответствии с программой реабилитации потерпевшего, если потерпевший не имеет права на их бесплатное получение.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет кассовые чеки, квитанции и иные документы, подтверждающие оплату осуществленных потерпевшим расходов на протезирование, предоставление слуховых аппаратов, получение технических средств реабилитации и услуг;

г) **расходы на посторонний уход** (специальный медицинский и бытовой) за потерпевшим, произведенные независимо от того, кто такой уход осуществляет, в том числе при осуществлении ухода членами семьи потерпевшего. Размер возмещения ежемесячных расходов на посторонний уход не может превышать средний размер заработной платы в регионе проживания потерпевшего.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет следующие документы:

- заключение врачебной комиссии лечебного учреждения о необходимости постороннего ухода с указанием его вида и длительности оказания;

- договор на оказание услуг по постороннему уходу за потерпевшим;

- документы, подтверждающие оплату услуг по договору (при отсутствии договора на оказание услуг по постороннему уходу Страховщик производит выплату в размере, согласованном Страховщиком и Страхователем при заключении договора страхования, из расчета выплаты фиксированной суммы в сутки);

д) **расходы на санаторно-курортное лечение потерпевшего** в организациях, оказывающих санаторно – курортные услуги, осуществляемые Страховщиком в соответствии с медицинским заключением, выданным в установленном законодательством Российской Федерации порядке, о наличии у потерпевшего медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации путем оплаты расходов на лечение, проживание (с размещением в одно- или двухместном номере со всеми удобствами, за исключением номеров повышенной комфортности) и питания потерпевшего.

Оплате Страховщиком подлежат санаторно – курортные услуги, оказываемые организациями, расположенными на территории Российской Федерации. Оплата расходов на медицинскую реабилитацию потерпевшего в организациях, оказывающих санаторно – курортные услуги, осуществляются в соответствии со сроками и периодичностью санаторно – курортного лечения, рекомендованными потерпевшему в программе его реабилитации, но не чаще одного раза в год.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет Страховщику следующие документы:

Медицинское заключение, выданное в установленном законодательством Российской Федерации порядке, о наличии у потерпевшего медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации;

- выписка из истории болезни, выданная учреждением, в котором осуществлялось санаторно – курортное лечение;

- направление на санаторно – курортное лечение установленной формы;

- копия санаторно – курортной путевки или иного документа, подтверждающего получение санаторно – курортного лечения;

- документы, подтверждающие оплату путевки на санаторно – курортное лечение;



е) **расходы на приобретение специального транспортного средства**, возмещаются потерпевшему исходя из фактически произведенных им расходов в полном объеме при условии отсутствия выплаты этого вида в системе обязательного страхования или в дополнение к ней.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет следующие документы:

- копия паспорта транспортного средства или свидетельства о регистрации;
- договор, в соответствии с которым приобретено специальное транспортное средство, и заключение уполномоченной организации о необходимости его приобретения;
- документы, подтверждающие оплату приобретенного транспортного средства;

ж) **расходы на профессиональное обучение (переобучение) потерпевшего**, определяемые в соответствии со стоимостью обучения по договорам на обучение с образовательными учреждениями, рекомендованными ему программой реабилитации.

Стоимость обучения (переобучения) потерпевшего не должна превышать среднюю стоимость по соответствующим платным видам обучения в таком образовательном учреждении.

Для получения страховой выплаты потерпевший представляет следующие документы:

- счет на оплату профессионального обучения (переобучения);
- копию договора с организацией, осуществляющей профессиональное обучение (переобучение);
- документ, подтверждающий оплату профессионального обучения (переобучения).

10.9.2. документы (например, счета, квитанции, накладные, иные платежные документы), подтверждающие возмещение Страхователем причиненного Выгодоприобретателям вреда – если на основании исполнения судебного решения или по согласованию со Страховщиком Страхователь самостоятельно компенсировал вред, причиненный жизни и здоровью пациентов;

10.9.3. документы (например, договоры и все приложения к ним, акты приемки выполненных работ (оказанных услуг), счета-фактуры, платежные поручения с отметкой банка об исполнении, квитанции, накладные, иные платежные документы), подтверждающие произведенные Страхователем расходы согласно п.3.7. настоящих Правил, а также согласно п.3.8. настоящих Правил, если такие расходы возмещаются по договору страхования;

10.9.4. документы, которые упоминаются (на которые имеется ссылка) в документах, указанных в п.10.4., и относятся к произошедшему событию.

10.9.5. Размер страховой выплаты в части возмещения вреда, причиненного здоровью нескольких потерпевших лиц, определяется в пределах страховой суммы пропорционально характеру и степени повреждения здоровья каждого потерпевшего.

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

10.9.7. **В случае смерти потерпевшего лица (не являющегося кормильцем)** право на получение страховой выплаты имеют наследники умершего потерпевшего лица, признанные таковыми в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании свидетельства о праве на наследство (если в качестве Выгодоприобретателя не было назначено другое лицо). Страховое возмещение распределяется между наследниками в равных долях в пределах страховой суммы, установленной в договоре страхования.

10.9.8. **В случае смерти потерпевшего лица (кормильца).** Право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца) имеют лица, состоявшие на иждивении умершего потерпевшего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания, определяемые в соответствии со ст. 1088 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

Страховая выплата лицам, имеющим право на возмещение вреда в случае смерти потерпевшего (кормильца) осуществляется в равных долях исходя из общей суммы страховой выплаты.

Для получения страховой выплаты лицо, состоящее на иждивении умершего потерпевшего или имеющее ко дню его смерти право на получение от него содержания, или его законный представитель представляет следующие документы:

- копию свидетельства о смерти потерпевшего (кормильца);
- свидетельство о браке;
- свидетельство о рождении ребенка (детей);
- справку об установлении инвалидности лицу, состоящему на иждивении умершего потерпевшего;
- справки образовательного учреждения, если на дату смерти на иждивении умершего потерпевшего (кормильца) находились лица, обучающиеся в образовательных учреждениях;
- медицинское заключение, заключение медико – социальной или судебно – медицинской экспертизы о необходимости постороннего ухода, если на момент наступления страхового случая на иждивении умершего потерпевшего находились лица, которые нуждались в постороннем уходе;

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

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

10.12. Страховые выплаты по п.п.10.9.1; 10.9.6. настоящих Правил производятся непосредственно Выгодоприобретателям – наличными деньгами либо путем перечисления на указанные ими банковские счета.

10.12.1. В случае, если на основании судебного решения или по согласованию со Страховщиком Страхователь самостоятельно компенсировал вред, причиненный жизни и здоровью пациентов, Страховщик вправе произвести страховую выплату Страхователю в пределах произведенной им компенсации вреда, но не более установленных по договору страхования лимитов ответственности и в пределах страховой суммы.

10.13. Страховые выплаты по п.п.10.9.3., 10.13.1. настоящих Правил производятся Страхователю, понесшему такие расходы, либо по его поручению – лицам (организациям), оказавшим соответствующие услуги, - путем безналичного перечисления на указанные ими банковские счета.

10.14. Если в течение срока исковой давности после страховой выплаты обнаружится обстоятельство, которое по настоящим Правилам или по договору страхования полностью или частично лишает Выгодоприобретателя или Страхователя права на получение страховой выплаты, указанные лица обязаны вернуть Страховщику полученную сумму (или ее соответствующую часть) в течение 5 (пяти) банковских дней с момента обнаружения данного обстоятельства указанными лицами или Страховщиком (в зависимости от того, кто обнаружит ранее), если письменным соглашением сторон не будет установлен иной срок.

10.15. Если в договоре страхования не предусмотрено иное, к Страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные по договору страхования, если такие убытки причинены по вине лица, иного, чем Страхователь.

Перешедшее к Страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между Страхователем и лицом, ответственным за причиненные убытки.

10.15.1. В соответствии со ст.965 Гражданского кодекса РФ договором страхования может быть предусмотрено условие, что к Страховщику не переходит право требования к лицам, перечень которых указан в договоре страхования или письменном соглашении Страховщика и Страхователя.

10.15.2. После осуществления страховой выплаты в случае, если вред жизни и здоровью пациента причинен в результате умышленных действий (бездействия) Страхователя или

работника Страхователя, направленных на причинение вреда жизни и здоровью пациента, Страховщик имеет право обратного требования (регресса) к Страхователю.

## **11. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

11.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

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

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

11.3. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

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

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

11.5. Выплата страхового возмещения производится пациентам. В случае смерти пациента - его наследнику(ам), при отсутствии таковых - лицу, понесшему эти расходы, по предъявлении необходимых документов.

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

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

11.7. По настоящим Правилам не являются застрахованными и не порождают обязательств Страховщика по страховой выплате следующие случаи:

11.7.1. причинение вреда жизни и здоровью пациентов в результате деятельности Страхователя:

а) не указанной в договоре страхования и/или осуществляемой вне трудовых отношений с указанной в договоре страхования медицинской или иной организацией;

б) не предусмотренной лицензией на проведение медицинской деятельности, а также в период отсутствия (приостановления, прекращения, отзыва) лицензии;

11.7.2. причинение вреда жизни и здоровью пациентов лицом, не имеющим соответствующей квалификации для осуществления данного вида медицинской деятельности, а также действиями работника с превышением предоставленных ему полномочий или возложенных на него трудовых обязанностей;

11.7.3. причинение вреда жизни и здоровью пациентов в результате дефектов, поломок, неисправностей медицинского оборудования.

11.7.4. причинение вреда жизни и здоровью пациентов в результате действий (бездействия) самого пациента, приведших к ухудшению его здоровья, в том числе невыполнения предписаний и рекомендаций лечащего врача, несоблюдения режима медицинского учреждения и т.п.;

11.7.5. причинение вреда жизни и здоровью пациентов, обусловленное техническими причинами, не зависящими от Страхователя (Застрахованного): отключением электроэнергии, теплоснабжения, водоснабжения и т.п. во время оказания медицинской помощи;

11.7.6. осложнения при трансплантации и имплантации органов и тканей, не обусловленные ошибочными действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного);

11.7.7. причинение вреда жизни и здоровью пациентов в результате применения:

- а) фальсифицированных, контрафактных лекарственных средств и медицинских изделий;
- б) лекарственных средств и медицинских изделий с истекшим сроком годности;
- в) лекарственных средств и медицинских изделий, не соответствующих установленным обязательным требованиям к их качеству;

11.7.8. эстетические последствия операций, в том числе косметических.

11.8. По настоящим Правилам не возмещаются:

11.8.1. вред, обусловленный разглашением, утратой или использованием в своих целях Страхователем информации, составляющей врачебную тайну;

11.8.2. вред сверх объемов и сумм возмещения, предусмотренных действующим законодательством;

11.8.3. вред жизни и здоровью пациентов – работников Страхователя;

11.8.4. суммы, которые Страхователь обязан возместить третьим лицам по причине принятия на себя в силу договора или соглашения ответственности, которая не может возникнуть иным образом, по гарантийным или иным аналогичным им обязательствам перед пациентами, а также суммы, превышающие размеры возмещения вреда, установленные решением суда, если дело рассматривалось в судебном порядке;

11.8.5. моральный вред.

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

11.9.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

11.9.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

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

11.10. В соответствии с п.2 статьи 961 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик вправе отказать от страховой выплаты в случаях, если Страхователь не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

11.11. В соответствии с п.4 статьи 965 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещаемые Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя. В этом случае Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы. Данное основание для освобождения от страховой выплаты не применяется в случаях, указанных в п.10.15.1. настоящих Правил.

11.12. В соответствии с п.3 статьи 962 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных мер, чтобы уменьшить возможные убытки (п.9.6.2. настоящих Правил).

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

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

## **12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования ответственности медицинской организации, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

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

Приложение 1  
к Правилам страхования гражданской  
ответственности при осуществлении  
медицинской деятельности

**БАЗОВАЯ ТАРИФНАЯ СТАВКА**  
( в % к страховой сумме, на срок страхования – один год )

<b>СТРАХОВОЙ РИСК</b>	<b>ТАРИФНАЯ СТАВКА</b>
Причинение вреда жизни и (или) здоровью пациента(ов) при оказании медицинской помощи.	0,806

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска :

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов риска ( K1, K2 ... Kn).

категория :лечебного учреждения, объём оказываемых услуг ( K1 ) :  
повышающий - 1,35,  
понижающий - 0,80,

практический опыт работы персонала по специальностям ( K2 ) :  
- до 5 лет ( K2.1 ) :  
повышающий - 1,25,  
понижающий - 0,85,

- от 5 до 10 лет ( K2.2 ) :  
повышающий - 1,20,  
понижающий - 0,75,

- от 10 до 15 лет ( K2.3 ) :  
повышающий - 1,15,  
понижающий - 0,35,

- более 15 лет ( K2.4 ) :  
повышающий - 1,10,  
понижающий - 0,25,

профессиональный уровень персонала лечебного учреждения ( K3 ) :  
повышающий - 1,40,  
понижающий - 0,85,

численность медицинских работников и количество пациентов в год ( K4 ) :  
повышающий - 1,25,  
понижающий - 0,90,

уровень оснащённости медицинским оборудованием ( K5 ) :  
повышающий - 1,15,  
понижающий - 0,85,

наличие (отсутствие) фактов причинения вреда жизни или здоровью пациентов, подтвержденное судебным решением, за последние пять лет деятельности, предшествующие заключению договора страхования ( K6 ) :

повышающий - 1,20,  
понижающий - 0,95,

страхование с франшизой ( K7 ) :  
понижающие коэффициенты -  
размер франшизы 1% - 3% - 0,80,  
размер франшизы 4% - 6% - 0,75,  
размер франшизы 7% - 10% - 0,60,

расширение (по соглашению сторон) перечня исключений из страхования ( K8 ) :  
понижающий - 0,65,

повышение страхового риска в период действия договора страхования ( K9 ) :  
повышающий - 1,30,

сокращение перечня событий, включаемых в договор страхования ( K10 ) :  
понижающий - 0,45.

Формула для расчёта повышающего коэффициента :

$$K_{пов.} = K1 \times K2 \times \dots \times Kn$$

Формула для расчёта понижающего коэффициента :

$$K_{пон.} = K1 \times K2 \times \dots \times Kn$$

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать **5,30** или быть меньше **0,10**.

Тарифная ставка для конкретного договора страхования получается страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Расчёта на соответствующий коэффициент :

$$T = T_{баз.} \times K_{пов.}(K_{пон.})$$

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

Конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

Факторы риска и необходимые пояснения по размеру применённых повышающих или понижающих коэффициентов приводятся Страховщиком в договоре страхования.

Генеральный директор



С.В.Кучун