



УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом ОАО «Росгосстрах»
от 09.08.2012 года
№ 38**

ПРАВИЛА
страхования гражданской ответственности при осуществлении
профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности
(типовые (единые))

№ 195

(в редакции, утвержденной Приказом ОАО «Росгосстрах» от 01.07.2014г. № 88)

г. Москва, 2014 год

Содержание:

1. Субъекты страхования.
2. Объект страхования.
3. Страховые случаи, страховые риски.
4. Порядок определения страховой суммы. Франшиза.
5. Срок страхования.
6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии, страхового взноса.
7. Договор страхования – порядок его заключения, исполнения, прекращения, внесения в него изменений и дополнений.
8. Права и обязанности сторон договора страхования.
9. Порядок определения размера вреда, причиненного жизни и здоровью третьих лиц, и осуществления страховой выплаты.
10. Порядок действий сторон при наступлении страхового случая.
11. Основания для отказа в страховой выплате.
12. Суброгация.
13. Порядок разрешения споров.
14. Термины и определения.

На условиях настоящих Правил страховые общества системы Росгосстраха (ОАО «Росгосстрах», ООО «Росгосстрах»), именуемые в дальнейшем «Страховщик», заключают Договоры страхования гражданской ответственности лиц при осуществлении ими профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности, действующие на территории Российской Федерации.

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Договор страхования гражданской ответственности при осуществлении профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности (далее - Договор страхования) может быть заключен Страховщиком с правоспособными юридическими лицами и дееспособными физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями (далее – «Страхователи»), осуществляющими профессиональную медицинскую (далее медицинскую) и/или фармацевтическую деятельность на основании действующих лицензий и сертификатов, выданных соответствующими органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Также договор страхования может быть заключен с объединениями, ассоциациями, союзами и другими некоммерческими сообществами, членами которых являются как профильные лечебно-профилактические учреждения любой формы собственности, так и физические лица – медицинские и фармацевтические работники, включая индивидуальных предпринимателей, осуществляющие медицинскую и/или фармацевтическую деятельность на основании действующих лицензий и сертификатов, выданных соответствующими органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации

1.2. По Договору страхования может быть застрахован риск ответственности Страхователя, непосредственно осуществляющего медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, и/или иного указанного в Договоре страхования лица, на которое такая ответственность может быть возложена (далее – «Застрахованный»), если Застрахованный является работником лечебно-профилактического учреждения или индивидуального предпринимателя, осуществляющего профессиональную медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, выполняющим работу на основании трудового договора или договора гражданско-правового характера.

1.3. По Договору страхования не может быть застрахована гражданская ответственность лиц, не имеющих права в соответствии с действующим законодательством заниматься медицинской и/или фармацевтической деятельностью, а также лишенных в установленном законом порядке этого права (в том числе: студентов и учащихся медицинских учебных заведений, врачей-интернов, медицинских и фармацевтических работников, не имеющих соответствующих сертификатов, практикантов, стажеров).

1.4. Требования и условия осуществления медицинской и/или

фармацевтической деятельности Страхователями (Застрахованными) устанавливаются действующим законодательством Российской Федерации и нормативно-правовыми актами органов государственной власти.

1.5. Всякое введение Страховщика в заблуждение относительно права Страхователя (Застрахованного) на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности влечет за собой недействительность Договора страхования.

1.6. Страховщик имеет право провести проверку достоверности сведений, удостоверяющих право Страхователя (Застрахованного) на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности.

1.7. Договор страхования заключается в пользу третьих лиц, жизни и здоровью которых был причинен вред в результате осуществления медицинской и/или фармацевтической деятельности Страхователем (Застрахованным).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни и здоровью при осуществлении Страхователем (Застрахованным) профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности.

2.2. Страховщик по Договору страхования принимает на себя обязательство возместить потерпевшим (третьим лицам) вред, причиненный их жизни и здоровью в результате наступления страхового случая при осуществлении Страхователем/Застрахованным медицинской и/или фармацевтической деятельности.

2.3. Перечень видов медицинской и/или фармацевтической деятельности Страхователя (Застрахованного), при осуществлении которых может быть причинен вред жизни и здоровью третьих лиц и возникает обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат, устанавливаются Договором страхования. Страховщик не несет ответственности по искам и имущественным претензиям, связанным с оказанием Страхователем (Застрахованным) иных услуг и осуществлением иной деятельности, помимо установленных Договором страхования.

2.4. Под понятием «вреда», подлежащего возмещению Страховщиком на условиях настоящих Правил (Договоров страхования), понимаются суммы убытков, заявленные в письменных претензиях, предъявленных Страхователю (Застрахованному) потерпевшими и признанных Страховщиком обоснованными в порядке досудебного урегулирования споров, или суммы убытков, предъявленные к взысканию со Страхователя (Застрахованного), на основании вступившего в законную силу решения суда по искам потерпевших. Страхователь в случае досудебного урегулирования споров с потерпевшими не имеет права на признание обоснованности претензии потерпевшего при отсутствии письменного заключения Страховщика об обоснованности предъявленной претензии. Несоблюдение Страхователем (Застрахованным) настоящего требования влечет за

собой возможность Страховщика отказаться от страховой выплаты.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

3.1. Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым риском по настоящим Правилам является предполагаемое наступление обязанности Страхователя (Застрахованного лица) по возмещению вреда, причиненного жизни и/или здоровью третьих лиц при осуществлении Страхователем (Застрахованным) профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности.

3.2. Страховым случаем является возникновение обязанности Страхователя (Застрахованного) возместить вред, причиненный жизни и/или здоровью третьего лица в соответствии с действующим Гражданским законодательством РФ, в том числе путем компенсации расходов, произведенных вследствие причинения вреда жизни и здоровью третьего лица (с учетом п.п. 2.3. настоящих Правил), в результате совершенной Страхователем (Застрахованным) непреднамеренной ошибки или упущения при осуществлении им медицинской и/или фармацевтической деятельности при условии, что:

3.2.1. Вред был причинен исключительно в течение срока действия Договора страхования.

3.2.2. Требование о возмещении вреда впервые было предъявлено в течение срока действия Договора страхования или в течение 3-х (трех) месяцев с даты окончания Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Требование считается впервые предъявленным, независимо от сроков совершения последующих юридических процедур, связанных с возмещением ущерба в момент, когда Страхователем (Застрахованным) либо Страховщиком впервые получено письменное извещение о предъявлении требования (в расчет принимается более ранний период времени).

3.2.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, требования о возмещении вреда, причиненного третьим лицам, предъявлены в соответствии с законодательством Российской Федерации, и их урегулирование осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации – во внесудебном порядке либо в суде Российской Федерации в соответствии с подсудностью.

3.2.4 Событие не произошло до вступления Договора страхования в силу или после его прекращения.

3.2.5. Претензия, исковое заявление третьего лица (потерпевшего) не связаны с осуществлением медицинской и/или фармацевтической деятельности иным лицом, чем Страхователь (Застрахованный), в том числе в случаях, когда такая медицинская и/или фармацевтическая деятельность осуществлялась по согласованию, договору (или иным основаниям) со Страхователем (Застрахованным).

3.2.6. Претензия, исковое заявление третьего лица (потерпевшего) не связаны с

фактом и последствиями заражения вирусом иммунного дефицита (недостаточности), венерическими заболеваниями, инфекционным гепатитом, иными инфекционными и вирусными заболеваниями, произошедшими при и/или вследствие осуществления медицинской и/или фармацевтической деятельности.

3.2.7. Претензия, исковое заявление третьего лица (потерпевшего) не связаны с психическими расстройствами, произошедшими при и вследствие осуществления медицинской и/или фармацевтической деятельности.

3.2.8. Медицинская и/или фармацевтическая деятельность не осуществлялась Страхователем (Застрахованным) после аннулирования или отзыва лицензии на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности, и/или Застрахованным с просроченным сертификатом специалиста.

3.2.9. Медицинскую и/или фармацевтическую деятельность не осуществляли лица, не имеющие на это права в соответствии с профессиональной компетенцией и должностными обязанностями, требования к которым установлены условиями выдачи лицензии на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности, а также лишенные в установленном Законом порядке этого права (в том числе: студенты и учащиеся медицинских учебных заведений, врачи-интерны, медицинские и фармацевтические работники, не имеющие соответствующих сертификатов, практиканты, стажеры).

3.2.10. Исковое заявление, претензия не явилась следствием медицинской и/или фармацевтической деятельности Страхователя (Застрахованного) и/или его работников, направленной на причинение вреда третьим лицам, а также любых их действий (бездействия), в которых соответствующими органами установлены признаки уголовно-наказуемого деяния, в том числе совершенных по принуждению или в состоянии аффекта.

3.2.11. Предметом претензии, искового заявления не является возмещение морального вреда, за исключением случаев, когда по вступившему в силу решению суда взыскание наложено непосредственно на Страховщика. При этом сумма возмещения не может превышать установленного Договором страхования лимита ответственности с учетом страховых выплат по имущественным претензиям третьих лиц по страховому событию.

3.2.12. Предметом претензии, искового заявления не является возмещение ущерба, связанного с нарушением косметики лица и/или тела потерпевшего, в случаях, если такие нарушения не привели к нарушению основных функций организма.

3.2.13. Претензия, исковое заявление не явились следствием применения в процессе лечения наркотических, психотропных и подобных средств, лечения с применением радиоактивных препаратов и медицинского оборудования, иглоукалывания, психотерапии, а также традиционных методов лечения, которые не подлежат оплате Страховщиком в соответствии с п. 14.9. настоящих Правил и подобным основаниям.

3.2.14. Предметом претензии, искового заявления не является возмещение вреда сотрудникам Страхователя (Застрахованным), если медицинские и/или фармацевтические услуги были оказаны им другими сотрудниками Страхователя (Застрахованными).

3.2.15. Предметом претензии, искового заявления не является вред, причиненный

жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении фармацевтической деятельности:

- годными к употреблению лекарственными средствами, медицинскими изделиями и иной продукцией, распространяемой Страхователем (Застрахованным лицом) – фармацевтическим учреждением, но не изготовляемый непосредственно им;

- вследствие приема третьими лицами лекарственных средств или их дозировки, ошибочно назначенных лечащим врачом;

- в результате противопоказаний в приеме лекарственных средств, распространяемых Страхователем (Застрахованным лицом) без рецептов;

- при реализации населению готовых лекарственных средств, которые не разрешены к медицинскому применению на основании действующего нормативного документа (фармакопейная статья, временная фармакопейная статья), утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2.16. Иски и имущественные претензии не связаны с оказанием Страхователем (Застрахованным) иных услуг и осуществлением иной деятельности, помимо установленных Договором страхования.

3.2.17. Предметом претензии, искового заявления не является компенсация упущенной выгоды, косвенных убытков, возмещение неустоек, штрафов, пени, подлежащих уплате Страхователем (Застрахованным).

3.2.18. Ущерб (вред), причиненный третьим лицам, не является следствием:

3.2.18.1. умышленного/неумышленного причинения третьим лицом вреда своей жизни и здоровью;

3.2.18.2. эксплуатации Страхователем (Застрахованным) любого транспортного средства во время оказания медицинских услуг, повлекшей причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц;

3.2.18.3. нарушения Страхователем (Застрахованным) требований и условий лицензирования деятельности, связанной с оказанием медицинских и фармацевтических услуг;

3.2.18.4. использования Страхователем (Застрахованным) донорской крови, не имеющей сертификата установленного образца, а также лекарственных препаратов с истекшим сроком годности;

3.2.18.5. неисполнения Страхователем предписаний, выданных соответствующими органами надзора по устранению нарушений порядка организации лечебного процесса, хранения лекарственных препаратов, эксплуатации медицинского оборудования, зданий, сооружений и инженерных коммуникаций;

3.2.18.6. нарушения Страхователем (Застрахованным) нормативных документов, устанавливающих порядок использования медицинского инструмента одноразового использования;

3.2.18.7. действий Страхователя (Застрахованного), связанных с оказанием медицинской и/или фармацевтической деятельности вне оговоренной договором страхования Территории страхования и во внерабочее время;

3.2.18.8. действий работников Страхователя (Застрахованных), совершенных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2.18.9. бездействия Страхователя (Застрахованных) и/или их работников, обусловленных отсутствием необходимых лекарственных средств, приборов и инструментов.

3.2.19. Событие не наступило вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствий, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, террористических актов, народных волнений всякого рода и забастовок, стихийных бедствий, экологических катастроф.

3.3. Под непреднамеренной ошибкой или упущением при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности понимается нарушение Страхователем (Застрахованным) требований должностных инструкций, правил и других нормативных документов, определяющих порядок и условия оказания медицинской помощи и осуществления фармацевтической деятельности, при условии, что Страхователь (Застрахованный) должен был предусмотреть наступление событий, которые могут повлечь причинение вреда жизни и здоровью третьего лица при несоблюдении вышеуказанных требований.

3.4. Под причинением вреда здоровью третьего лица в настоящих Правилах понимается всякий ущерб здоровью физического лица, включая его смерть, причиненный вследствие непреднамеренной ошибки или упущения:

- при осуществлении медицинской деятельности:
 - при установлении диагноза;
 - при проведении курса лечения;
 - при назначении лекарственных препаратов;
 - при проведении хирургических операций;
 - при осуществлении ухода за пациентами;
- допущенных в результате недостатков и/или дефектов медицинского оборудования, используемого Страхователем (Застрахованным) при оказании медицинской помощи, за исключением производственных дефектов медицинского оборудования;
- при осуществлении фармацевтической деятельности:
 - некачественного изготовления аптеками лекарственных форм вследствие неправильной дозировки, нарушения технологии изготовления или несоответствия выписанному рецепту;
 - использования для приготовления аптечными (фармацевтическими) организациями лекарственных средств, препаратов (химико - фармацевтических, гормональных, ферментных, антибиотиков, препаратов из растительного и животного сырья, радио фармацевтических препаратов, диагностических наборов), чей сертификат качества оказался не соответствующим стандартам Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучию человека (Роспотребнадзора).

3.5. Страховщик возмещает также Страхователю (Застрахованному) письменно согласованные со Страховщиком расходы и издержки, понесенные в процессе судебной защиты по предъявленным потерпевшими иском требованиям, по случаям, признанным страховыми, а также издержки, связанные с подачей исков в суд, исключая при этом оплату услуг адвокатов по найму.

3.6. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным) заведомо ложных сведений о событии, имеющем признаки страхового случая, либо о содержании требования, либо в случае мошеннических действий со стороны Страхователя (Застрахованного) при предоставлении Страховщику документов или сведений об обстоятельствах события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик имеет право требовать прекращения договора страхования в одностороннем порядке со дня представления Страхователем (Застрахованным) таких сведений. В этом случае наступившие события, имеющие признаки страхового случая, не будут являться страховыми случаями и не будут оплачены Страховщиком.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ. ФРАНШИЗА.

4.1. Страховая сумма в Договоре страхования устанавливается по соглашению сторон и определяет предел денежных обязательств Страховщика по всем страховым выплатам, произошедшим за период действия договора страхования. Расходы и издержки, указанные в п. 3.5., возмещаются в размере, не превышающем 3 (трех) процентов от страховой суммы, в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.

4.2. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы Страховщик по соглашению со Страхователем может устанавливать отдельные страховые суммы (лимиты ответственности) по одному или нескольким страховым случаям; по одному или группе страховых рисков; отдельную страховую сумму в отношении каждого Застрахованного по Договору страхования.

4.3. В случае выплаты страхового возмещения общая страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения в случаях, когда количество страховых событий не установлено Договором страхования.

В случае, если Договором страхования установлены лимиты ответственности на страховое событие и количество страховых событий, при выплате страхового возмещения общая страховая сумма уменьшается на сумму лимита по страховому событию, и, при этом, сокращается количество застрахованных событий по Договору страхования.

В случае, если Договором страхования установлены лимиты ответственности на Застрахованное лицо и количество Застрахованных лиц, при выплате страхового возмещения общая страховая сумма уменьшается на сумму лимита по Застрахованному лицу, и, при этом, сокращается ответственность Страховщика в отношении количества Застрахованных лиц по Договору страхования.

Страховая сумма считается уменьшенной со дня наступления страхового случая.

4.4. Все имущественные претензии, явившиеся следствием одной непреднамеренной ошибки, упущения Страхователя (Застрахованного лица), либо множества связанных между собой непреднамеренных ошибок, упущений, рассматриваются как один страховой случай.

4.5. Размер страховой суммы по Договору страхования может быть увеличен в период действия Договора страхования с уплатой соответствующей дополнительной страховой премии, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования в простой письменной форме в порядке, предусмотренном для самого Договора страхования, и является его неотъемлемой частью.

4.6. По согласованию между сторонами в Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная 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.

Франшиза по Договору страхования может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Если иное не предусмотрено Договором страхования, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза учитывается по каждому из них.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год. По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен на срок менее одного года, но не менее трех месяцев, или более одного года.

5.2. Договор страхования вступает в силу со дня поступления страховой премии (первого ее взноса) на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов или с момента уплаты страховой премии (первого ее взноса) при наличной форме оплаты представителю Страховщика, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования.

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА

6.1. Сумма страховой премии является платой за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховая премия исчисляется Страховщиком за весь срок страхования, исходя из страховой суммы по договору страхования и размера страхового тарифа. Страховая премия рассчитывается Страховщиком путем умножения страховой суммы, установленной в договоре страхования для соответствующего объекта страхования, на соответствующий страховой тариф.

6.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.3. Конкретный размер страхового тарифа определяется Договором

страхования по согласованным Страховщиком и Страхователем условиям страхования.

6.4. Страховая премия исчисляется Страховщиком за весь срок страхования. Уплата страховой премии (страховых взносов) может быть произведена единовременно или в рассрочку путем безналичных расчетов или наличными деньгами представителю Страховщика. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) устанавливается в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии (страховых взносов) считается день зачисления денежных средств на расчетный счет при безналичных расчетах или уплаты уполномоченному представителю Страховщика при наличных расчетах. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок уплаты страховой премии (страховых взносов).

6.5. В случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) в срок и размере, предусмотренных Договором страхования, последний считается не вступившим в силу.

6.6. В случае уплаты страховой премии или первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку в сумме меньшей, чем предусмотрено в Договоре страхования, Страховщик возвращает полученные средства в течение 3 рабочих дней с даты их получения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.7. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки, безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик уведомляет Страхователя о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), путем направления Страхователю письменного уведомления о прекращении действия Договора страхования. В этом случае Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ – ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

7.1. Договор страхования заключается Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя (Приложение 2) и анкеты (Приложение 3). Формы заявления, анкеты являются типовыми и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования и законодательством РФ.

7.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан предоставить следующую информацию:

- ФИО (наименование) Страхователя, и/или Застрахованных лиц по договору страхования;
- сведения для идентификации Страхователя (Застрахованного лица);
- сведения о периоде страхования и/или сроке действия договора страхования;
- сведения о страховой сумме, лимитах ответственности;
- сведения о наличии / отсутствии франшизы;
- об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении Застрахованного лица;
- о рисках, от которых предполагается страхование объектов страхования;
- о факторах повышающих/понижающих степень риска возникновения страхового события;
- сведения о действующих лицензиях и сертификатов, выданных соответствующими органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- сведения о трудовых или гражданско-правовых договорах, о наличии высшего и среднего медицинского и/или фармацевтического образования;
- свидетельство о регистрации юридического лица/ИП.

7.3. При заключении Договора страхования с целью подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, в целях идентификации Страхователя (Застрахованного лица), для оценки степени рисков, принимаемых на страхование, в зависимости от условий страхования, страховых рисков, включаемых в ответственность по договору страхования, размера страховых сумм Страховщик вправе запросить следующие документы:

7.3.1 Документы, необходимые для идентификации Страхователя, Застрахованного лица:

а) Для физических лиц:

Для гражданина Российской Федерации - одного из следующих документов:

- паспорта гражданина РФ;
- общегражданского заграничного паспорта;
- паспорта моряка (удостоверение личности моряка);
- военного билета, временного удостоверения, выдаваемого взамен военного билета, или удостоверения личности (для лиц, которые проходят военную службу);
- временного удостоверения личности гражданина РФ, выдаваемого органом внутренних дел до оформления паспорта;

– иных документов, признаваемых в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность.

Для иностранного гражданина:

– паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

Для лиц без гражданства, если оно постоянно проживает на территории РФ:

– вида на жительство в РФ.

Для иных лиц без гражданства - одного из следующих документов:

– документа, выданного иностранным государством, и признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

– разрешения на временное проживание;

– вида на жительство;

– иного документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность без гражданства.

б) Для юридических лиц:

Для юридических лиц резидентов Российской Федерации:

– свидетельство о регистрации;

– свидетельство о постановке на налоговый учет.

Для юридических лиц нерезидентов:

– свидетельство о регистрации, выданное в стране регистрации;

– свидетельство о присвоении кода иностранной организации, выданное в стране регистрации.

в) Для индивидуальных предпринимателей:

– документы, указанные для физического лица;

– свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

свидетельства о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

7.3.2. Действующие лицензии и сертификаты, выданные соответствующими органами в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

7.3.3. Трудовые или гражданско-правовые договоры, документы о наличии высшего и среднего медицинского и/или фармацевтического образования.

7.3.4. Документы, подтверждающие опыт работы и стаж медицинской или фармацевтической деятельности сотрудников;

7.3.5. По запросу Страховщика:

– разрешение компетентных органов на использование оборудования, приборов, инструментов в конкретной медицинской деятельности.

– разрешение Фармкомитета России (г. Москвы) на использование применяемых материалов в конкретной медицинской деятельности.

– разрешение компетентных органов (Санэпидслужбы, противопожарной службы и т.п.) на использование помещений для осуществления конкретной медицинской деятельности.

– результаты контроля Санэпидслужбы за санитарно-гигиеническим состоянием помещений и санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии лечебно-профилактического учреждения санитарным нормам и правилам.

– документы, подтверждающие допуск сотрудников к работе по медицинским показаниям.

7.4. Все предоставленные Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения Договора страхования либо принятия на страхование Застрахованного лица. Предоставляются оригиналы документов или заверенные надлежащим образом их копии.

7.5. В случае, если предоставленные вышеуказанные документы не содержат информации, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретных лиц, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения договора страхования, а также проводить экспертизу предоставленных документов.

7.6. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь/Застрахованное лицо сообщили заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора не действительным и применения последствий, предусмотренных п.2. ст.179 ГК РФ.

7.7. Страховщик рассматривает предоставленные документы (п.7.3. настоящих Правил), заявление и анкету Страхователя. При достижении сторонами согласия по всем существенным условиям Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами Договор страхования заключается в письменной форме. При несогласии на заключение Договора страхования Страховщик извещает Страхователя о своем решении.

7.8. Договор страхования может быть заключен путем составления одного полнотекстового документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

7.9. В отдельных случаях при заключении полнотекстового Договора страхования с юридическим лицом помимо Договора страхования Страхователю в течение 3-х дней с момента перечисления страховой премии (первого страхового взноса) может выдаваться страховой полис с указанием Застрахованных лиц.

7.10. Договор страхования прекращает свое действие:

7.10.1. В случае неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок (в соответствии с п. 6.7. настоящих Правил);

7.10.2. При осуществлении страховых выплат в размере страховой суммы по Договору страхования, со дня осуществления последней страховой выплаты.

7.10.3. В случае ограничения, приостановления, отзыва лицензии на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности Страхователя (Застрахованного лица), с момента вступления в силу соответствующего решения (при этом страховая премия за не истекший срок страхования по Договору страхования не возвращается);

7.10.4. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица, с момента вступления в силу соответствующего решения.

7.10.5. В случае смерти Страхователя – физического лица, с момента смерти.

7.10.6. В случае принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным, с момента заключения Договора страхования.

7.10.7. По истечении срока действия Договора страхования.

7.10.8. По соглашению Страховщика и Страхователя.

7.10.9. В случае письменного отказа Страхователя от Договора страхования.

7.10.10. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.11. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за не истекший срок страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела не более 30% от установленной Договором страховой премии, пропорционально времени периода обслуживания по Договору страхования.

7.12. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа действие Договора страхования не было прекращено по обстоятельствам, указанным в п.7.11. настоящих Правил страхования. В этом случае оплаченная страховая премия за не истекший период страхования не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.13. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из сторон в течение пяти дней с момента получения заявления другой стороной, и оформляется дополнительным соглашением сторон, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

7.14. Если какая-либо из сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, в пятидневный срок решается вопрос о действии Договора

страхования на прежних условиях или о его прекращении.

7.15. С момента получения заявления одной из сторон до момента принятия решения, вытекающего из п.п. 7.13 и 7.14., Договор страхования продолжает действовать на прежних условиях.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованных и третьих лицах и их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.1.2. При признании обоснованной претензии, предъявленной Страхователю (Застрахованному) потерпевшим, или присуждении к исполнению иска потерпевшего судом в соответствии с условиями Договора страхования осуществить страховую выплату в порядке и в размерах, предусмотренных настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

8.1.3. В случае отказа в страховой выплате известить Страхователя (Застрахованного) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

8.1.4. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

8.2. Страховщик имеет право по своему усмотрению:

8.2.1. Проводить экспертизу предъявленных Страхователю (Застрахованному) исков и претензий;

8.2.2. Проводить проверку соблюдения Страхователем (Застрахованным) условий и порядка осуществления медицинской и/или фармацевтической деятельности, предусмотренных условиями выдачи лицензии на осуществление медицинской и/или фармацевтической деятельности;

8.2.3. Получать доступ к документам Страхователя (Застрахованного), необходимым для установления факта и причин возникновения страхового случая и размера подлежащего выплате страхового возмещения.

8.2.4. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным) заведомо ложных сведений о событии, имеющем признаки страхового случая, либо о содержании требования, либо в случае мошеннических действий со стороны Страхователя (Застрахованного) при предоставлении Страховщику документов или сведений об обстоятельствах события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик имеет право требовать прекращения договора страхования в одностороннем порядке со дня представления Страхователем (Застрахованным) таких сведений. В этом случае наступившие события, имеющие признаки страхового случая, не будут являться страховыми случаями и не будут оплачены Страховщиком (п.3.6. настоящих Правил).

8.2.5. Представлять интересы Страхователя (Застрахованного) в целях урегулирования претензий и исков, предъявленных потерпевшими, в том числе в суде;

8.2.6. Вести от имени Страхователя (Застрахованного) переговоры о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевшего при наступлении страхового случая.

8.2.7. Назначать при необходимости своего адвоката или иное уполномоченное лицо для защиты интересов Страхователя.

8.2.8. Направлять запросы в компетентные органы по мере необходимости.

8.2.9. Отсрочить страховую выплату в случае проведения административного, судебного расследования или возбуждения уголовного дела до его завершения или, если имеются сомнения в правомерности действий Страхователя (Застрахованного) или лиц, находящихся с ним в трудовых, гражданско-правовых отношениях, - до представления необходимых доказательств.

8.2.10. Отказать в страховой выплате, или прекратить Договор страхования до истечения его срока в случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

8.2.11. Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованных лиц) в целях исполнения договора страхования, предоставления Страхователю (Застрахованным) информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным) прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством. Страховщик при этом не несет ответственности за предоставление ему Страхователем (Застрахованным) персональных данных других лиц без разрешения со стороны таких лиц.

8.3. Страхователь имеет право:

8.3.1. Обратиться к Страховщику с заявлением о страховой выплате при наступлении страхового случая.

8.3.2. На оплату Страховщиком расходов и издержек при предъявлении необходимых документов в соответствии с п. 3.5. и п.4.1. настоящих Правил страхования.

8.3.3. Досрочно прекратить Договор страхования в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3.4. Изменить размер страховой суммы и иные условия Договора страхования в период его действия по согласованию со Страховщиком.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. При заключении Договора страхования и во время его действия предоставить Страховщику по его требованию всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению данного Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска).

8.4.2. Незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

8.4.3. При получении информации о событии, которое может стать

причиной предъявления иска или претензии в связи с осуществлением медицинской деятельности, в течение трех дней письменно сообщить об этом Страховщику с указанием даты события, причин и размера возможной претензии потерпевшим. В случае если судом возбуждено дело по иску потерпевшего, жизни и здоровью которого причинен вред, в течение двух дней сообщить об этом Страховщику и представить копию иска и документы, имеющие к нему отношение.

8.4.4. При получении претензии от потерпевшего или решения суда об удовлетворении иска потерпевшего о страховой выплате в течение трех дней с момента получения письменно сообщить об этом Страховщику и представить необходимые документы, в том числе по требованию Страховщика.

8.4.5. Представить Страховщику всю доступную ему информацию и документацию о причинах, характере и размерах причиненного ущерба.

8.4.6. Если у Страхователя имеется возможность согласования отзыва иска или уменьшения размера вреда, поставить Страховщика в известность и принять к этому все доступные меры.

8.4.7. Передать Страховщику документы и выполнить все формальности, необходимые для осуществления Страховщиком права требования Страхователя к лицу, ответственному за убытки на возмещение ущерба (суброгация).

8.4.8. Сообщать Страховщику обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении гражданской ответственности при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности.

8.4.9. Оказывать всевозможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении ущерба по страховому событию.

8.4.10. Своевременно уплатить страховую премию.

8.5. Страхователь (Застрахованный), заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного) для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного) включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору

страхования передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь (Застрахованный) дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя (Застрахованного) на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь (Застрахованный) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику, и действие Договора страхования прекращается полностью или в отношении данного Застрахованного в связи с дальнейшей невозможностью Страховщика исполнять свои обязательства по Договору страхования.

После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных. При этом Страхователь обязан получить от Застрахованных и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного на использование и обработку персональных данных Застрахованного с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ТРЕТЬИХ ЛИЦ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Размер вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших и подлежащего возмещению Страховщиком, определяется размером претензии, предъявленной Страхователю (Застрахованному) потерпевшими, или суммой, присужденной к взысканию со Страхователя (Застрахованного) по решению суда.

В случаях досудебного урегулирования претензии потерпевшего к Страхователю расчет размера страховой выплаты производится на основании документов компетентных органов (ЛПУ, МСЭК, СМЭ, другое), с учетом документов, подтверждающих обоснованно произведенные потерпевшим расходы, связанные с причинением вреда его жизни и здоровью медицинской и/или фармацевтической деятельностью Страхователя (Застрахованного).

9.2. В сумму страховой выплаты включаются:

9.2.1. Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, приобретение лекарств, реабилитационно-восстановительное лечение, дополнительное питание, посторонний уход, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

9.2.1.1. При предъявлении требования о возмещении дополнительно понесенных потерпевшим расходов на лечение и приобретение лекарств, на бесплатное получение которых потерпевший не имеет право (в том числе сверх базовой программы обязательного медицинского страхования), помимо документов, указанных в п.10.2.2. настоящих Правил, представляются:

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

9.2.1.2. При предъявлении требования о возмещении дополнительно понесенных потерпевшим расходов, вызванных повреждением здоровья (кроме расходов на лечение и приобретение лекарств), помимо документов, указанных в п.10.2.2. настоящих Правил, представляются: заключение врачебной комиссии о необходимости дополнительного питания, протезирования, постороннего ухода, реабилитационно-восстановительного лечения, а также:

а) при предъявлении требования о возмещении расходов на дополнительное питание:

- справка органов местного самоуправления или других уполномоченных органов о сложившихся в данном регионе ценах на продукты, входящие в суточный продуктовый набор дополнительного питания;

- справка медицинского учреждения о составе необходимого для потерпевшего суточного продуктового набора дополнительного питания;

- документы, подтверждающие оплату приобретенных продуктов из продовольственного набора дополнительного питания.

Расходы на дополнительное питание включаются в страховую выплату в размере не выше 3 процентов страховой суммы;

б) при предъявлении требования на возмещение 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.

Расходы на посторонний уход включаются в сумму страховой выплаты в размере не выше 10 процентов страховой суммы;

г) при предъявлении требования о возмещении расходов на реабилитационно-восстановительное лечение:

- выписка из истории болезни, выданная учреждением, в котором

осуществлялось реабилитационно-восстановительное лечение;

- направление на реабилитационно-восстановительное лечение;

- документы, подтверждающие оплату реабилитационно-восстановительного лечения в соответствующем учреждении;

д) при предъявлении требования о возмещении расходов на профессиональную подготовку потерпевшего:

- счет на оплату профессионального обучения (переобучения);

- копия договора с организацией, осуществляющей профессиональное обучение (переобучение);

- документ, подтверждающий оплату профессионального обучения (переобучения).

9.2.2. Утраченный заработок (доход) вследствие потери профессиональной трудоспособности (а при отсутствии профессиональной – потери общей трудоспособности).

9.2.2.1. Размер подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) определяется в процентах к его среднемесячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности, соответствующих степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степени утраты общей трудоспособности

9.2.2.2. В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего третьего лица включаются все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по основному месту работы, так и совместительству, облагаемые подоходным налогом. Не учитываются выплаты единовременного характера, в частности компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении. За период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам учитывается выплаченное пособие. Все вида заработка (дохода) учитываются в начисленных суммах до исчисления подоходного налога.

Среднемесячный заработок за год рассчитывается за фактически отработанное время путем деления общей суммы заработка (дохода) на фактически отработанное число месяцев календарного года, предшествующих повреждению здоровья.

В случае, когда потерпевшим лицом является несовершеннолетний, то размер возмещения определяется в соответствии со статьей 1087 Гражданского Кодекса РФ.

9.2.2.3. При предъявлении требования о возмещении утраченного заработка (дохода) потерпевшего, помимо документов, указанных в п.10.2.2. настоящих Правил, представляются:

- а) заключение медицинского учреждения с указанием вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевшего, диагноза, периода нетрудоспособности;

- б) заключение медико-социальной или судебно-медицинской экспертизы о степени утраты потерпевшим профессиональной трудоспособности, а при отсутствии профессиональной трудоспособности – степени утраты общей трудоспособности;

- в) справка или иной документ о среднем месячном заработке (доходе) по

основному месту работы и совместительству, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью, ;

г) иные документы (2НДФЛ, 3НДФЛ, ЕНВД, УСНО), подтверждающие доходы потерпевшего, которые учитываются при определении утраченного заработка (дохода).

9.2.3. Возмещение вреда в связи со смертью кормильца.

Лицам, имеющим право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, происшедшей в результате страхового случая, вред возмещается в размере той доли заработка (дохода) умершего, определенного в соответствии с действующим законодательством, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни. При определении возмещения вреда этим лицам в состав доходов умершего наряду с заработком (доходом) включаются получаемые им при жизни пенсия, пожизненное содержание и другие подобные выплаты.

При определении размера возмещения вреда пенсии, назначенные лицам в связи со смертью кормильца, а равно другие виды пенсий, назначенные как до, так и после смерти кормильца, а также заработок (доход) и стипендия, получаемые этими лицами, в счет возмещения вреда не засчитываются.

9.2.3.1 При предъявлении требования о возмещении вреда, причиненного в связи со смертью кормильца, помимо документов, указанных в п.10.2.2. настоящих Правил, представляются:

а) заявление с перечислением членов семьи погибшего и указанием лиц, находившихся на его иждивении и имевших право на получение от него содержания;

б) свидетельство о смерти потерпевшего;

в) справка о зарплате (доходе), получаемой пенсии, пожизненном содержании, стипендиях, других выплатах (рента, алименты и т.д.) погибшего за период, предусмотренный гражданским законодательством для расчета возмещения вреда в связи со смертью кормильца;

г) свидетельство о рождении ребенка (детей), если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились несовершеннолетние дети;

д) справка учреждения медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности, если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились инвалиды;

е) справка образовательного учреждения о том, что член семьи погибшего, имеющий право на получение возмещения, обучается в этом образовательном учреждении, если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились лица, обучающиеся в образовательном учреждении;

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

з) справка органа социального обеспечения (медицинского учреждения, органа местного самоуправления, службы занятости) о том, что один из

родителей, супруг либо другой член семьи пострадавшего не работает и занят уходом за его родственниками, если на момент наступления страхового случая на иждивении погибшего находились неработающие члены семьи, занятые уходом за его родственниками.

Ущерб, причиненный третьим лицам при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности в результате смерти кормильца, возмещается единовременно за весь срок исполнения Страховщиком обязательств перед этими лицами.

9.2.4. Возмещение расходов на ритуальные услуги в сумме не более 50 тысяч рублей при предъявлении соответствующих чеков, квитанций и других документов об оплате ритуальных услуг.

9.2.4.1. При предъявлении требования о возмещении расходов на ритуальные услуги, за исключением расходов, которые компенсируются установленным в соответствии с законодательством социальным пособием на погребение, помимо документов, указанных в п.10.2.2. настоящих Правил, представляются:

а) свидетельство о смерти;

б) документы, подтверждающие произведенные расходы на ритуальные услуги.

9.3. В сумму страхового возмещения не включаются:

9.3.1. стоимость медицинских услуг, в процессе оказания которых была допущена ошибка, в результате которой был причинен вред потерпевшим лицам;

9.3.2. стоимость медицинских услуг повторно оказанных Страхователем (Застрахованным) потерпевшему лицу.

9.4. Решение о страховой выплате/отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней после получения от Страхователя (Застрахованного) всех необходимых документов, предусмотренных разделами 9 и 10 настоящих Правил, с последующим составлением страхового акта. Страховая выплата производится единовременным платежом в течение 5 рабочих дней после принятия решения о страховой выплате, если иное не предусмотрено договором страхования, путем перечисления на счет третьего лица или Страхователя (Застрахованного), если он самостоятельно возместил ущерб третьим лицам.

9.5. Размер страховой выплаты не может превышать страховой суммы, установленной в соответствии с п.4.2. настоящих Правил.

9.6. В случаях, если Договором страхования установлена франшиза, страховая выплата осуществляется с учетом условий и размера франшизы.

9.7. В случае осуществления страховой выплаты Страховщик продолжает нести ответственность по Договору страхования в пределах разницы между установленными в Договоре страхования страховыми суммами и суммой произведенных страховых выплат в соответствии с п.4.3. настоящих Правил.

10. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. С заявлением о страховой выплате к Страховщику вправе обратиться третье лицо (Выгодоприобретатель по законодательству РФ), здоровью которого был причинен вред в результате осуществления медицинской и/или фармацевтической деятельности Страхователя (Застрахованного лица), а также Страхователь.

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

10.2.1. В срок не более 3-х рабочих дней со дня, когда Страхователю стало известно о таком событии, сообщить о случившемся Страховщику любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения. Одновременно письменная форма уведомления, содержащая пакет документов в соответствии с п. 9.2. настоящих Правил, должна быть направлена Страховщику курьером или по почте в течение 10 рабочих дней с момента получения информации о наступлении события, имеющего признаки страхового. Страхователь вправе обратиться к Страховщику для получения разъяснений о дальнейших действиях при наступлении такого события.

10.2.2. Страхователь обязан предоставить Страховщику следующий пакет документов:

10.2.2.1. Письменное Заявление о страховой выплате;

10.2.2.2. Договор страхования;

10.2.2.3. Письменную претензию потерпевшего с указанием причин, обстоятельств причинения вреда его жизни и здоровью при осуществлении медицинской деятельности Страхователем (Застрахованным), размера предполагаемого ущерба, подлежащего компенсации;

10.2.2.4. Копию вступившего в законную силу решения суда.

10.2.2.5. Заверенные в установленном порядке (прошитые, пронумерованные, заверенные подписью уполномоченного лица и печатью учреждения, выдавшего документ) полные копии документов в зависимости от профиля медицинского учреждения;

- карту вызова скорой медицинской помощи;
- медицинскую карту:
 - стационарного больного;
 - амбулаторного больного;
 - стоматологического больного;
 - прерывания беременности;
- индивидуальную карту беременной и родильницы;
- историю родов;
- историю развития новорожденного;
- историю развития ребенка и иные документы.

Дополнительные документы, которые могут быть представлены Страхователем для установления факта причинения вреда жизни и здоровью третьего лица:

- Журнал:
 - учета приема больных и отказов в госпитализации;
 - операционного;
 - анестезиологического пособия и иные;
- Протокол операции,

- Карты анестезиологического пособия и иные документы.

В случае смерти пациента Страхователь предоставляет:

- Протокол (карту) патологоанатомического исследования трупа или Акт (заключение) судебно-медицинского исследования (вскрытия) и архивного биологического материала от трупа.

10.2.2.6. Протокол, содержащий анализ предъявленной письменной Претензии и описание ответных действий Страхователя на письменную Претензию третьего лица в адрес Страхователя (Застрахованного), здоровью которого был причинен возможный ущерб.

10.2.2.7. В рамках фармацевтической деятельности:

- копию свидетельства о регистрации организации по оказанию фармацевтических услуг;
- заключение государственного санитарного надзора;
- копии аккредитационных сертификатов аптечных учреждений и персонала;
- список лиц, которые непосредственно будут осуществлять фармацевтическую деятельность, с указанием данных:
- об окончании специализированного медицинского учебного заведения (для работников, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, представляются копии документов и их заверенный перевод о полученном образовании и фармацевтической практике за рубежом);
- о стаже работы по специальности (не менее трех лет). Если работники Страхователя имели перерыв в работе по фармацевтической специальности более 5 лет и после этого перерыва не закончили курсов переподготовки или повышения квалификации по фармацевтической деятельности, то они не могут быть включены в список работников Страхователя);
- Заключение Отдела мониторинга эффективности и безопасности лекарственных средств регионального Управления Росздравнадзора.

10.3. Оформить и надлежащим образом хранить документы, которые могут подтверждать факт наступления страхового события, факт наступления ответственности Страхователя (Застрахованного), размер возмещаемых убытков и расходов;

10.4. Предпринять все необходимые меры для выяснения причин и последствий заявленного события;

10.5. По запросу Страховщика предоставить Страховщику все возможные полномочия по получению документов и других сведений в связи с обстоятельствами вероятного или фактического причинения вреда;

10.6. Сотрудничать со Страховщиком и назначенными им экспертами, специалистами в расследовании, урегулировании требований третьих лиц или защите прав в связи с предъявленным требованием;

10.7. Обеспечить (насколько это ему доступно) участие Страховщика в урегулировании вопросов, связанных с фактами претензий третьих лиц, включая Выгодоприобретателей, в том числе рассматриваемых в судебном порядке;

10.8. По запросу Страховщика предоставить полномочия по представлению интересов Страхователя (Застрахованного) в суде;

10.9. Для осуществления страховой выплаты предоставить оригиналы, либо, по согласованию со Страховщиком, нотариально заверенные копии необходимых для выплаты документов.

10.10. Сумма страховой выплаты рассчитывается в соответствии п. 9 настоящих Правил и с учетом иных положений Договора страхования, но в любом случае не может превышать страховых сумм, установленных Договором страхования.

10.11. Страховщик имеет право самостоятельно провести проверку причин и обстоятельств причинения вреда жизни и здоровью потерпевшего при осуществлении медицинской деятельности Страхователем, определить размер такого вреда, или назначить в этих целях эксперта или экспертную комиссию.

10.12. После получения Страховщиком последнего из документов, предусмотренных разделами 9 и 10 настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер возмещаемых расходов и убытков, Страховщик в течение десяти рабочих дней составляет страховой акт, после чего в течение пяти рабочих дней или иной срок, указанный в договоре страхования (страховом полисе) производит страховую выплату.

10.13. Выплата страхового возмещения производится третьему лицу, здоровью которого был причинен вред при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности Страхователем (Застрахованным), или Выгодоприобретателям по законодательству РФ в случае смерти третьего лица. Выплата в счет возмещаемых расходов производится Страхователю (Застрахованному), если Страхователь (Застрахованный) уже произвел выплату возмещения третьим лицам по согласованию со Страховщиком.

11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- если заявленное событие в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного договором страхования;
- если наступившее событие исключено из страхования (в соответствии с условиями Правил страхования и/или договора страхования);
- если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации, в том числе в связи с тем, что событие, имеющее признаки страхового случая, наступило в результате:
 - если не выполнены какие-либо условия страховой выплаты, предусмотренные разделами 9 и 10 настоящих Правил (и (или) договором страхования);
 - если убыток возмещен третьими лицами;
 - в случае непредставления Страхователем (Выгодоприобретателем)

документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.

11.2. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик письменно сообщает об этом Страхователю (Застрахованному) с указанием причин отказа в срок не более 5 рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

12. СУБРОГАЦИЯ

12.1. К Страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком.

12.2. Страхователь (Застрахованный) обязан передать Страховщику все документы и доказательства, а также сообщить все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права.

12.3. Если Страхователь (Застрахованный) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Застрахованного), то Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе требовать возврата излишне выплаченной суммы страхового возмещения.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры по Договору страхования разрешаются путем переговоров между сторонами и заинтересованными лицами.

13.2. Предъявление сторонами исков, связанных с Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, осуществляется сторонами в порядке и в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации и Договором страхования.

14. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины и определения, указанные в данном разделе настоящих Правил применяются в Договорах страхования, заключаемых на основании настоящих Правил только в соответствии с данными им определениями.

14.1. Медицинская деятельность – деятельность, осуществляемая юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности, которая включает выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по

соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

14.2. Фармацевтическая деятельность включает в себя работы и услуги, указанные в Приложении к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности».

14.3. Медицинские учреждения – имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-курортные организации, медико-социальные центры, оказывающие, в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских и иных услуг) медицинскую помощь и иные (в том числе медико-социальные) услуги на территории Российской Федерации.

14.4. Медицинские услуги – это мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

14.5. Третьи лица – физические лица, жизни и здоровью которых был нанесен ущерб в результате непреднамеренной ошибки, упущения Страхователя (Застрахованного) при осуществлении им медицинской деятельности, а также Выгодоприобретатели по Законодательству Российской Федерации в случае смерти третьего лица.

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

14.7. Франшиза – это невозмещаемая Страховщиком часть страховой выплаты.

Условная франшиза предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности за ущерб, не превышающий или равный размеру франшизы, но если размер ущерба превышает установленную франшизу, то при определении размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

Безусловная франшиза предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю, если иное не предусмотрено Договором страхования, на размер установленной франшизы. Если договором страхования не предусмотрено иное, безусловная франшиза устанавливается в процентах от страховой суммы.

Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указан тип франшизы (условная или безусловная), считается, что франшиза является безусловной.

14.8. Работниками страхователя являются работники медицинского и/или фармацевтического учреждения (врачи, средний медицинский персонал, инженерно-технические работники, фармацевты, провизоры и др.), имеющие

высшее или среднее специальное, дополнительное образование и специальную подготовку, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также соответствующую квалификацию и опыт работы в сфере медицинской и/или деятельности, выполняющие работу на основании трудового договора или договора гражданско-правового характера

14.9. К традиционным методам лечения, которые не подлежат оплате Страховщиком, относятся:

14.9.1. Традиционная диагностика.

14.9.1.1. Акупунктурная диагностика; ауриколодиагностика; термопунктурная диагностика; электропунктурная диагностика; пульсовая диагностика; иридодиагностика; энергоинформационная (при помощи выраженных сенситивных способностей, биолокационных и биорезонансных эффектов и т. д) диагностика.

14.9.2. Методы традиционной терапии.

14.9.2.1. Акупунктура (кроме классической акупунктуры, микроиглотерапии; поверхностной иглорефлексотерапии): термопунктура; акупрессура и точечный массаж; криорефлексотерапия; апирефлексотерапия; гирудорефлексотерапия; вакуумрефлексотерапия; ультрарефлексотерапия; фармакопунктура; электропунктурная рефлексотерапия; электромагнитопунктурная рефлексотерапия; магнитопунктура; светопунктурная рефлексотерапия; лазеропунктура; биоэнергопунктура; Су-Джок акупунктура; аппликационная рефлексотерапия; комбинированные методы рефлексотерапии и прочие методы рефлексотерапии.

14.9.2.2. Фитотерапия и лечение другими средствами природного происхождения: фитотерапия; апитерапия; лечение средствами минерального происхождения; лечение средствами животного происхождения.

14.9.2.3. Гомеопатия.

14.9.2.4. Энергоинформатика: биоэнерготерапия; частотно-модулированное электромагнитное, магнитное и акустическое воздействие - биорезонансная терапия, музыкотерапия, цветотерапия, ароматотерапия и т.п. бесконтактное полевое воздействие металлами, минералами, растениями: воздействие «концентраторами» и «трансформаторами» космической энергии; воздействие информационно-активными препаратами «заряженная» вода, нозоды, органопрепараты и их репринтные копии и т. п.; воздействие с помощью генераторов особых физических полей; воздействие посредством аппаратно-биологических комплексов.

14.9.2.5. Традиционные системы оздоровления: отечественная система; китайская система; тибетская система; аюрведа; альтернативные методы диагностики и лечения по методу Фолля; системы психологического оздоровления - музыкотерапия, ароматотерапия, цветотерапия, медитация, психоэнергосугестия и т. п.; системы физического оздоровления - Цигун-терапия, системы управления дыханием, оздоровительные массажи, ипликаторы Кузнецова, очистительные процедуры, рациональное питание и т.п.; натуротерапия; аэроионотерапия.

14.10. Страховые общества системы Росгосстраха – ОАО «Росгосстрах», ООО «Росгосстрах».

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
К ПРАВИЛАМ СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ И/ИЛИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(ТИПОВЫМ (ЕДИНЫМ)) № 195

Таблица 1. Базовый годовой страховой тариф (в % от страховой суммы)

<i>Вид ответственности</i>	<i>Базовый страховой тариф</i>
Гражданская ответственность при осуществлении профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности	2,00

При заключении Договора страхования с установлением в пределах общей страховой суммы отдельных страховых сумм (лимитов ответственности) (например, по одному или нескольким страховым случаям; в отношении каждого Застрахованного (п. 4.2 Правил)) применяется поправочный коэффициент из диапазона 0,7–1,0 в зависимости от соотношения установленных страховых сумм и страховой суммы по договору, специфики деятельности Страхователя.

Базовые страховые тарифы соответствуют сроку страхования 1 год. При сроке страхования менее одного года (при этом неполный месяц считается за полный) к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент 0,4–1,0.

При страховании с установлением франшизы (п. 4.6 Правил) к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент 0,5–1,0, зависящий от размера, вида франшизы и способа установления франшизы.

Базовый страховой тариф рассчитан на годовую уплату страховой премии (или единовременную уплату взноса при сроке страхования не более 1 года). При уплате годовой премии в рассрочку (п. 6.4 Правил) к базовому тарифу применяется повышающий коэффициент 1,0–1,2, зависящий от количества и сроков платежей.

Страховщик также имеет право применять к страховому тарифу поправочные коэффициенты из диапазона 0,1–10,0 в зависимости от профиля/вида медицинской и/или фармацевтической деятельности, при осуществлении которой может быть причинен вред жизни и здоровью третьих лиц, специфики лечебного учреждения, от уровня профессиональной квалификации и продолжительности (стажа) осуществления профессиональной медицинской и/или фармацевтической деятельности Застрахованных, материально-технического оснащения, от количества пациентов, количества претензий пациентов (решений суда на возмещение убытков) в связи с осуществлением медицинской/фармацевтической деятельности за последние годы, иных обстоятельств и индивидуальных условий договора страхования.