

Приложение № 52

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «СК ИНТЕРИ»



(Мацевич М.А.)
(Приказ № 25 от 07.11.2024 г.)

**ПРАВИЛА № 19/20-41/3
СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания ИНТЕРИ» (далее - **Страховщик**) на основании действующего законодательства Российской Федерации, лицензии на осуществление страхования, выданной органом страхового надзора, и положений настоящих Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников (далее – Правила страхования) осуществляет страхование риска гражданской ответственности медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей, которая может наступить вследствие причинения вреда третьим лицам, путем заключения договора страхования профессиональной ответственности медицинских работников (также по тексту – договор страхования).

«Страховые услуги» – финансовые услуги страховой организации (страховщика) по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования;

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

1.2. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации, в том числе Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г., Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», стандартами Всероссийского союза страховщиков и другими законодательными актами.

1.3. Договор страхования считается заключенным на условиях настоящих Правил, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил. Правила страхования должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения Правил страхования на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о Правилах страхования путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования (правила страхования).

В случае если документ, в котором изложены Правила страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

1.4. Под медицинскими работниками в настоящих Правилах страхования понимаются:

1.4.1. Медицинские учреждения, осуществляющие медицинскую деятельность (в лице их работников) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, полученной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Под работниками медицинского учреждения в настоящих Правилах страхования понимаются работники медицинского учреждения, которые состоят с медицинским учреждением в трудовых отношениях на основании трудового договора или гражданско-правового договора, регулирующего трудовые отношения.

1.4.2. Частнопрактикующие врачи - индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, полученной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

1.5. Страхователями по настоящим Правилам страхования признаются заключившие со Страховщиком договор страхования:

1.5.1. Медицинские учреждения;

1.5.2. Частнопрактикующие врачи;

1.5.3. Иные юридические и физические лица, имеющие не противоречащий законодательству интерес в заключении договора страхования.

1.6. Страхование по настоящим Правилам страхования осуществляется в соответствии со статьей 931 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

1.7. По договору страхования может быть застрахована ответственность самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена. Лицо, риск ответственности за причинение вреда которого застрахован (Застрахованное лицо), должно быть названо в договоре страхования. При этом все положения настоящих Правил страхования и условий договора страхования, обязательные для Страхователя, распространяются соответственно и на Застрахованное лицо (за исключением обязанности по уплате страховой премии). Застрахованное лицо несет ответственность за невыполнение обязанностей по настоящим Правилам страхования и условиям договора страхования наравне со Страхователем. Если такое лицо в договоре страхования не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя. В период действия договора страхования Страхователь вправе, если иное не предусмотрено договором страхования, в любое время до наступления страхового случая заменить Застрахованное лицо, письменно уведомив об этом Страховщика (п. 1 ст. 955 ГК РФ).

1.8. Договор страхования считается заключенным в пользу третьих лиц - потребителей медицинских услуг, которым может быть причинен вред жизни и здоровью вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности (далее также - третьи лица, пациенты, потерпевшие лица, потерпевшие, Выгодоприобретатели), даже если он заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре страхования не сказано, в чью пользу он заключен.

1.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также - Стороны) могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Объектом страхования** являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с его обязанностью в порядке, предусмотренном законодательством, возместить вред, причиненный жизни и здоровью третьих лиц вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым риском согласно настоящим Правилам страхования является риск возникновения ответственности Страхователя (Застрахованного лица) за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц в результате непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении медицинской деятельности.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в установленном законодательством и договором страхования порядке и объеме, при соблюдении положений настоящих Правил страхования.

Страховым случаем с учетом всех положений, определений, исключений, предусмотренных настоящими Правилами страхования, является возникновение обязанности Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с законодательством Российской Федерации возместить вред, причиненный жизни и здоровью третьих лиц вследствие непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении медицинской деятельности.

3.3. Событие признается страховым случаем, если:

3.3.1. непреднамеренные (неумышленные) ошибочные действия (бездействие), повлекшие за собой причинение вреда третьему лицу, были допущены:

- работником медицинского учреждения в ходе исполнения им трудовых (служебных, должностных) обязанностей по трудовому договору (контракту) или гражданско-правовому договору, регулирующему трудовые отношения, если при этом он действовал или должен был действовать по заданию медицинского учреждения и под его контролем за безопасным ведением работ;

и/или (в зависимости от условий договора страхования)

- частнопрактикующим врачом при осуществлении медицинской деятельности.

В целях настоящих Правил страхования под непреднамеренными (неумышленными) ошибочными действиями (бездействием) понимаются добросовестные действия (без элементов халатности, небрежности), совершенные по неосторожности, то есть когда Страхователь (Застрахованное лицо, работник медицинского учреждения) не предвидел возможности наступления последствий своих действий (бездействия), повлекших причинение вреда третьим лицам, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть эти последствия при осуществлении медицинской деятельности, включая:

- непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения, допущенные при определении основного заболевания (постановке диагноза);

- непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения в виде нераспознавания осложнений основного заболевания и/или нераспознавания сопутствующего заболевания;

- непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения, допущенные при назначении и проведении медицинских процедур и/или операций;

- непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения, допущенные при назначении лекарственных препаратов;

- непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения, приведшие к заражению (инфицированию) при переливании крови и внутривенном вливании (кроме случаев, перечисленных в разделе 4 настоящих Правил страхования);

- другие непреднамеренные (неумышленные) ошибки или упущения, допущенные при осуществлении медицинской деятельности;

3.3.2. причинение вреда находится в прямой причинно-следственной связи между действиями (бездействием) Страхователя (Застрахованного лица) при осуществлении медицинской деятельности и наступившими последствиями у потерпевшего лица;

3.3.3. непреднамеренные (неумышленные) ошибочные действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), повлекшие за собой причинение вреда третьему лицу, произошли в течение срока действия договора страхования, если договором страхования не установлено, что страхование распространяется на непреднамеренные (неумышленные) ошибочные

действия (бездействие) Страхователя (Застрахованного лица), допущенные, в том числе, в определенный период до начала срока действия договора страхования - ретроактивный период страхования;

3.3.4. требования о возмещении вреда предъявлены Выгодоприобретателями в течение срока действия договора страхования, если договором страхования не установлено, что страхование распространяется на требования о возмещении вреда, предъявленные, в том числе, в определенный период после прекращения срока действия договора страхования – дополнительный период для предъявления претензий.

Под требованиями о возмещении вреда, предъявленными Выгодоприобретателями, в настоящих Правилах страхования понимаются письменные претензии и исковые требования о возмещении вреда, предъявленные к Страхователю (Застрахованному лицу), подтвержденные доказательствами о факте, причинах и размере причиненного вреда;

3.3.5. факт установления обязанности Страхователя (Застрахованного лица) возместить вред Выгодоприобретателю признан Страхователем (Застрахованным лицом) (с предварительного согласия Страховщика) в досудебном (внесудебном) порядке или установлен вступившим в законную силу решением суда.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. По настоящим Правилам страхования не признается страховым случаем возникновение гражданской ответственности Страхователя (Застрахованного лица) по следующим требованиям:

4.1.1. о возмещении вреда, причиненного в связи с фактом, ситуацией, обстоятельством, непреднамеренным (неумышленным) ошибочным действием, которые на дату начала действия договора страхования были известны Страхователю (Застрахованному лицу), или Страхователь (Застрахованное лицо) должен был предвидеть, что они могут привести к предъявлению в его адрес претензии или искового требования;

4.1.2. о возмещении вреда, причиненного вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности, не предусмотренной выданной ему лицензией, а также во время отсутствия у него лицензии (окончания срока ее действия, приостановления либо отзыва в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

4.1.3. о возмещении вреда сверх объемов и сумм возмещения, предусмотренных действующим законодательством, настоящими Правилами страхования и договором страхования;

4.1.4. о возмещении вреда, причиненного за пределами территории страхования;

4.1.5. работника Страхователя (Застрахованного лица) о возмещении вреда, причиненного ему при исполнении им трудовых (служебных, должностных) обязанностей, предусмотренных трудовыми и гражданско-правовыми договорами. Если, однако, вред жизни, здоровью ему причинен как пациенту медицинского учреждения (Страхователя), то он подлежит возмещению в соответствии с положениями настоящих Правил страхования и договора страхования;

4.1.6. о возмещении вреда, возникшего вследствие разглашения, утраты или использования в своих целях Страхователем (Застрахованным лицом), работником медицинского учреждения любой конфиденциальной информации о пациенте, составляющей медицинскую тайну, а также требованиями о возмещении вреда, причиненного имуществу третьих лиц, или убытков третьих лиц в виде реального ущерба или упущенной выгоды;

4.1.7. о возмещении сумм неустоек (штрафов, пеней), предъявленных (выставленных) непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу), а также требования пациента по возврату денежной суммы, уплаченной им Страхователю (Застрахованному лицу) за оказание медицинских услуг;

4.1.8. о возмещении вреда, причиненного окружающей природной среде (экологический ущерб);

4.1.9. о возмещении вреда, причиненного пациентам Страхователя (Застрахованного лица), находящимся с ним в родстве или свойстве;

4.1.10. о рецидивной нетрудоспособности, которая возникает, если потерпевшее лицо после получения временной нетрудоспособности возвращается к активной трудовой деятельности (за исключением назначенного врачом реабилитационного режима работ) и, проработав не менее 3 месяцев, снова становится нетрудоспособным по причине перенесенного заболевания или связанного с ним лечения;

4.1.11. о возмещении вреда, причиненного третьим лицам вследствие невыполнения Страхователем (Застрахованным лицом) (их работниками) в установленные сроки и в установленных объемах предписаний (требований), выданных органами надзора.

4.2. В соответствии со статьей 963 Гражданского кодекса РФ Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя.

4.3. В соответствии со статьей 964 Гражданского кодекса РФ Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

4.3.1. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.3.2. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

4.3.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.4. В соответствии с пунктом 2 статьи 961 Гражданского кодекса РФ Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях, если Страхователь (Застрахованное лицо) не уведомил Страховщика о наступлении страхового случая (п.п. 9.3.5. - 9.3.6. Правил страхования), если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

4.5. В соответствии с пунктом 4 статьи 965 Гражданского кодекса РФ Страховщик освобождается от страховой выплаты, если Страхователь (Застрахованное лицо) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещаемые Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Застрахованного лица). В этом случае Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы.

4.6. В соответствии с пунктом 3 статьи 962 Гражданского кодекса РФ Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не принял(о) разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки (п. 9.3.7. настоящих Правил страхования).

4.7. Событие не признается страховым случаем, если оно наступило вследствие:

4.7.1. умышленных¹, преступных, преднамеренных, мошеннических действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица), работников медицинского учреждения;

4.7.2. действий (бездействия) Страхователя (Застрахованного лица), работников Страхователя (Застрахованного лица), находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или другого опьянения или его последствий, в состоянии одурманивания и его последствий, а также осуществления работниками Страхователя (Застрахованного лица) деятельности, не

¹ Умышленные действия (бездействие) – действия (бездействие) лица, если лицо знало или должно было знать о негативных последствиях своих действий (бездействия) согласно действующим нормативным и другим актам, и желало их наступления, либо не желало, но допускало их наступления, или относилось к ним безразлично.

оговоренной в договоре страхования или не соответствующей должностным обязанностям и квалификации;

4.7.3. умышленных действий пациента, направленных на ухудшение состояния его здоровья, а также вследствие невыполнения пациентом режима лечения и предписаний, назначенных Страхователем (Застрахованным лицом), работником медицинского учреждения;

4.7.4. стихийных бедствий, действий обстоятельств непреодолимой силы природного происхождения (землетрясением, оползнем, оседанием грунта, наводнением, затоплением и т.д.), а также событий, которые не могут быть установлены (не может быть установлена причина причинения вреда третьим лицам);

4.7.5. владения, пользования, распоряжения Страхователем (Застрахованным лицом), работником медицинского учреждения любыми транспортными средствами;

4.7.6. эксплуатации Страхователем (Застрахованным лицом), работником медицинского учреждения опасных объектов (опасных производственных объектов, объектов использования атомной энергии и т.д.);

4.7.7. проведения экспериментальных операций, клинических (доклинических) исследований лекарственных средств;

4.7.8. использования для лечения пациента (проведения хирургических операций) одноразового инструмента, лекарственных средств, расходных материалов с истекшим сроком годности или использование которых не разрешено на территории Российской Федерации;

4.7.9. нарушения договора на оказание медицинских услуг, заключенного между пациентом и Страхователем (Застрахованным лицом), а именно:

- неисполнение обязательств по такому договору в указанные в нем сроки;

- предоставление пациенту медицинской услуги, качество которой не соответствует условиям договора, обязательным требованиям и/или представлениям пациента о конечном результате услуги, за исключением случаев, если это повлекло причинение вреда жизни, здоровью пациента в результате наступления страхового случая, что покрывается страхованием по настоящим Правилам страхования;

4.7.10. проведения лечения/предоставления услуг для стимуляции/избежания беременности, включая операции по стерилизации, искусственному оплодотворению и/или абортam, и убытками, связанными с этим;

4.7.11. телесных повреждений, эмоциональных срывов, душевных травм и фобий, вреда, действительно или предположительно вызванного или каким-либо образом связанного с заражением СПИДом, его патогенными производными, или гепатитом;

4.7.12. медицинских манипуляций, проводимых Страхователем (Застрахованным лицом), для получения, хранения и последующего переливания крови, кроме случаев необходимости крови или кровепродуктов для операций, покрываемых данным страхованием;

4.7.13. неудовлетворительных эстетических результатов хирургических операций и иных медицинских манипуляций, кроме случаев, когда в результате этого нанесен вред третьим лицам;

4.7.14. использования несертифицированных лекарственных средств, медицинского оборудования;

4.7.15. использования лекарственных средств (медицинского оборудования), побочные действия (отрицательные последствия воздействия которых) не были известны на момент их назначения или использования;

4.7.16. планового осложнения или последствий после оказания медицинской помощи;

4.7.18. действий (бездействия) работника Страхователя (Застрахованного лица), совершенного с превышением полномочий, предоставленных трудовым (гражданско-правовым) договором и должностной инструкцией, и/или при отсутствии необходимой квалификации (диплом, навыки, стаж и проч.), необходимой для осуществления медицинской деятельности;

4.7.19. действий студентов и учащихся медицинских учебных заведений, врачей-интернов; действий медицинских работников, не имеющих допуска к медицинской деятельности в связи с имевшимся многолетним перерывом в работе по специальности;

4.7.20. заражения крови, инфицирования при использовании Страхователем (Застрахованным лицом) шприцов не одноразового пользования;

4.7.21. проведения операции (прочих медицинских манипуляций) в экстремальных условиях, возникших из-за отключения электроэнергии, теплоснабжения;

4.7.22. отказа Потерпевшего от медицинского вмешательства и стационарного лечения, оформленного документально;

4.7.23. оказания экстренной медицинской помощи в нерабочее время либо в непригодных для того условиях.

4.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, не признается страховым случаем возникновение ответственности Страхователя (Застрахованного лица) по следующим требованиям:

4.8.1 о возмещении морального вреда;

4.8.2. о возмещении вреда, причиненного вследствие применения общей анестезии.

5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. Если в договоре страхования не указана территория страхования, то территорией страхования является территория Российской Федерации.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

6.1. **Страховая сумма** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) определена договором страхования при его заключении и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Размер страховой суммы определяется соглашением Сторон договора страхования. При определении размера страховой суммы Стороны могут руководствоваться предполагаемым размером вреда, который может быть причинен потребителям медицинских услуг.

6.2. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности:

6.2.1. на один страховой случай, который будет максимальной суммой, которую Страховщик выплатит Выгодоприобретателям в результате одного и каждого страхового случая, независимо от количества претензий третьих лиц. При этом несколько случаев причинения вреда, произошедших в результате одного события или находящихся в причинной связи с одним событием, будут рассматриваться как один страховой случай;

6.2.2. на одно потерпевшее лицо, который будет максимальной суммой, которую Страховщик выплатит одному Выгодоприобретателю в результате одного и каждого страхового случая;

6.2.3. иные (по соглашению сторон договора страхования).

6.3. Лимит ответственности Страховщика по судебным расходам и издержкам Страхователя (Застрахованного лица), иным расходам Страхователя (Застрахованного лица), поименованным в п.п. 10.5.2. – 10.5.4. Правил страхования по всем страховым случаям (общая сумма страхового

возмещения по таким расходам Страхователя (Застрахованного лица)), устанавливается в размере, не превышающем 10% от общей страховой суммы, установленной по договору страхования.

6.4. Страховщик несет ответственность в пределах страховой суммы, установленной при заключении договора страхования. При этом если в договоре страхования установлена предельная сумма страховых выплат на один страховой случай (лимит ответственности на один страховой случай) или иные лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязанности по выплате страхового возмещения в пределах указанных сумм (лимитов ответственности).

Сумма страховых выплат по всем страховым случаям и по всем потерпевшим лицам ни при каких условиях не может превысить установленную величину страховой суммы по договору страхования.

6.5. В случае заключения договора страхования, условия которого содержат обязанность Страховщика осуществить страховую выплату, в размер которой включается компенсация морального вреда, подтвержденного судебным решением, в договоре страхования устанавливается страховая сумма по такому виду вреда.

6.6. После выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая страховая сумма по договору страхования уменьшается на размер выплаченного возмещения.

6.7. В течение срока действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право при условии уплаты дополнительной страховой премии увеличить размер страховой суммы путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования.

7. ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

7.1. Страховая премия исчисляется исходя из размеров страховой суммы, страхового тарифа и срока действия договора страхования.

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

Страховой тариф определяется исходя из размера базовой тарифной ставки и размера поправочных коэффициентов, в соответствии с *Приложением № 1 к настоящим Правилам страхования.*

7.3. При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от размера годовой страховой премии (при этом неполный месяц принимается как полный):

Срок страхования	Размер страховой премии (% от исчисленной годовой премии)
до 1 месяца	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) возместить лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), причиненный вследствие этого события вред в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы).

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

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

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

Для заключения договора страхования и оценки страхового риска Страхователь представляет Страховщику письменное полностью заполненное Заявление на страхование (*Приложение № 2 к настоящим Правилам страхования*), которое является неотъемлемой частью договора страхования.

По просьбе Страхователя и с его слов Заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Дополнительно к Заявлению на страхование Страховщик вправе запросить один или несколько из указанных ниже документов, оформленных в соответствии с действующим законодательством:

8.3.1. копии Устава и Свидетельства о регистрации Страхователя (Застрахованного лица) в качестве юридического лица (если Страхователь (Застрахованное лицо) является юридическим лицом) или Свидетельства о регистрации Страхователя (Застрахованного лица) в качестве индивидуального предпринимателя (если Страхователь (Застрахованное лицо) является индивидуальным предпринимателем), или паспорта (все заполненные страницы) (если Страхователь (Застрахованное лицо) является физическим лицом);

8.3.2. копии документов, подтверждающих наличие образования и профессиональных знаний в области медицинской деятельности.

8.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 8.3. настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

8.5. Страховщик вправе проверить достоверность сообщаемых Страхователем сведений, касающихся договора страхования.

8.6. Договор страхования должен быть заключен путем составления одного документа и/или вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового

полиса, подписанного Страховщиком (*Приложения №№ 3, 4 к настоящим Правилам страхования*).

8.7. Страхователь обязан уплатить страховую премию (первый страховой взнос) в течение 5 (пяти) рабочих дней (если иной срок не установлен договором страхования) с даты заключения договора страхования или получения согласия от Страховщика на заключение договора страхования. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (ее первого взноса), договор страхования считается не вступившим в силу и никакие выплаты по нему не производятся, если иное не оговорено в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок уплаты страховой премии.

Датой уплаты страховой премии (взноса страховой премии) считается:

а) при безналичной оплате – дата поступления страховой премии (взноса страховой премии) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате наличными деньгами - дата поступления страховой премии (взноса страховой премии) в кассу Страховщика.

8.8.1. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то при неуплате очередного взноса страховой премии в полном объеме в установленный договором страхования срок, договор страхования считается досрочно прекращенным по инициативе Страхователя с даты, следующей за датой окончания срока оплаты данного взноса страховой премии, если иное не установлено договором страхования. События, произошедшие после досрочного прекращения договора страхования не могут рассматриваться в качестве страховых случаев.

При неуплате очередного взноса страховой премии в полном объеме в установленный договором страхования срок, Страховщик незамедлительно информирует Страхователя о том, что условие договора страхования об оплате страховой премии не выполнено, последствием чего в соответствии с Правилами страхования является досрочное прекращение договора страхования. В этом информационном сообщении Страхователю указывается дата прекращения договора страхования. Информирование Страхователя осуществляется любым возможным способом, позволяющим зафиксировать факт отправки сообщения (email, смс, письменное уведомление, пр.), по контактными данным, указанным при заключении договора страхования. При этом, факт прекращения договора страхования не зависит от того, направлено Страхователю указанное здесь информационное сообщение Страховщиком или нет.

8.8. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

8.9. Договор страхования вступает в силу после уплаты Страхователем страховой премии (первого взноса страховой премии при уплате страховой премии в рассрочку) в установленном порядке:

а) при безналичной оплате - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии (ее первого взноса) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате наличными деньгами - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (ее первого взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора страхования в силу.

8.10. В случае утраты Страхователем страхового полиса или договора страхования в период его действия выдается дубликат. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.11. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по

договору страхования в полном объеме;

в) ликвидации Страхователя (Застрахованного лица) в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;

г) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;

д) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и договором страхования.

8.12. В случае неуплаты Страхователем очередного взноса страховой премии в установленный договором страхования срок, договор страхования прекращается (если иное не определено в договоре страхования) в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами страхования. При этом Страховщик обязан направить Страхователю письменное уведомление о прекращении договора страхования.

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

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на компенсацию своих расходов на ведение дела за счет страховой премии, которую Страхователь уплатил или обязан уплатить по договору страхования, если оплата страховой премии производится в рассрочку, а также на оставшуюся часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования (если иное в отношении расходов на ведение дела не предусмотрено договором страхования).

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

При досрочном прекращении договора страхования по основаниям, указанным в настоящем пункте Правил страхования, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.15. О намерении досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.16. Существенное изменение обстоятельств, из которых Стороны исходили при заключении договора страхования, является основанием для его изменения или расторжения, если иное не предусмотрено договором страхования.

При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 9.3.2. настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования в соответствии с гражданским законодательством.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9. 1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с содержанием Правил страхования и вручить ему при заключении договора страхования один экземпляр Правил страхования.

9.1.2. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.1.3. При условии соблюдения положений настоящих Правил страхования и договора страхования своевременно произвести выплату страхового возмещения при наступлении страхового случая в установленные Правилами страхования или договором страхования сроки.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. Проверить достоверность сообщаемых Страхователем (Застрахованным лицом) сведений, касающихся заключения договора страхования.

9.2.2. Затребовать документацию, указанную в п. 10.2. настоящих Правил страхования, а также осуществлять проверку такой документации.

9.2.3. Проводить экспертизу предъявленных Страхователю (Застрахованному лицу) претензий или исковых требований с целью определения наличия страхового случая.

9.2.4. Представлять интересы Страхователя (Застрахованного лица) в целях урегулирования требований, предъявленных в связи с событием, имеющим признаки страхового случая.

9.2.5. Вести от имени Страхователя (Застрахованного лица) переговоры и заключать соглашения о возмещении Выгодоприобретателю вреда, причиненного страховым случаем.

9.2.6. При уведомлении, в соответствии с обязанностью Страхователя, предусмотренной п. 9.3.2. Правил страхования, об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, потребовать изменения условий договора страхования, уплаты дополнительной страховой премии соразмерно степени увеличения риска.

9.2.7. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования и/или доплаты страховой премии в случаях, указанных в п.9.2.6. настоящих Правил страхования.

9.2.8. Полностью или в соответствующей части отказать в выплате страхового возмещения и/или расторгнуть договор страхования, если Страхователь (Застрахованное лицо) не выполнил обязанности, предусмотренные Правилами страхования или договором страхования, а также в иных в случаях, предусмотренных Правилами страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

9.2.9. Потребовать признания договора страхования недействительным, если после его заключения будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил (о) Страховщику при заключении договора страхования заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска.

9.2.10. Отсрочить выплату страхового возмещения в случаях, определенных в п. 10.4 настоящих Правил страхования.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. Своевременно, в порядке и размере, установленном Правилами страхования или договором страхования, оплатить страховую премию.

9.3.2. В течение срока действия договора страхования незамедлительно предоставить Страховщику полную информацию о существенных изменениях в обстоятельствах, из которых Стороны исходили при заключении договора страхования, которые могут существенно повлиять на увеличение страхового риска по договору страхования. Под обстоятельствами, из которых Стороны исходили при заключении договора страхования, понимается информация, изложенная Страхователем в Заявлении на страхование и в документах, приложенных к Заявлению на страхование.

9.3.3. В письменной форме сообщить Страховщику о прекращении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности, а также о ее приостановлении или отзыве в течение 3 (трех) дней с момента прекращения (приостановления, отзыва).

9.3.4. При наличии аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями сообщить об этом Страховщику.

9.3.5. После того, как Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о наступлении любого события, которое может повлечь наступление страхового случая, либо события, имеющего признаки страхового случая (в том числе при обнаружении ошибки или упущения, которые могут повлечь предъявление претензии или искового требования третьего лица о возмещении вреда):

- обеспечить документальное оформление события;

- незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить о событии (ошибке, упущении) Страховщику или его представителю любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт наступления данного события, с указанием причин, обстоятельств и возможных последствий события, с обязательным последующим (в срок не позднее 7 (семи) рабочих дней) письменным уведомлением (с использованием почтовой, факсимильной или иной связи) Страховщика. Такое уведомление должно содержать в наиболее полном объеме следующую информацию: время, характер и причины ошибочных действий (бездействия), совершенных при осуществлении медицинской деятельности, возможный вред, имена и адреса всех лиц, вовлеченных в событие (работники Страхователя, пациенты, потенциальные истцы и т.д.).

9.3.6. В случае предъявления третьими лицами Страхователю (Застрахованному лицу) требований о возмещении вреда в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения указанных требований, сообщить об этом Страховщику любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения, с обязательным письменным подтверждением уведомления (с использованием почтовой, факсимильной или иной связи) и предоставить всю доступную Страхователю (Застрахованному лицу) информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, характере и размерах причиненного вреда, а именно: копию искового требования (письменной претензии), предписания суда, извещения, вызова в суд или любых иных документов, полученных в связи с данным событием. Несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении событий, указанных в настоящем пункте Правил страхования, дает право Страховщику отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

9.3.7. В случае наступления событий, изложенных в п.п. 9.3.5. – 9.3.6. Правил страхования, по согласованию со Страховщиком принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для предотвращения и/или уменьшения размера вреда.

Расходы по уменьшению размера вреда, если они были необходимы или были произведены по согласованию со Страховщиком, должны быть возмещены Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

Страховщик освобождается от возмещения вреда, возникшего вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не принял(о) разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможный вред.

9.3.8. В течение разумных сроков, которые потребует Страховщик, сохранять неизменными и неисправленными все записи, документы, оборудование, устройства или предметы, которые каким-либо образом явились причиной ошибки или упущения, которые могут повлечь за собой предъявление искового требования (претензии).

9.3.9. Оказывать всевозможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда.

9.3.10. Не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью любые требования о возмещении вреда, предъявляемые в связи с событием, обладающим признаками страхового случая, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика.

9.3.11. В случае, если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов как Страховщика, так и Страхователя (Застрахованного лица) в связи с событием, обладающим признаками страхового случая, - выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. Изменять условия договора страхования по согласованию со Страховщиком.

9.4.2. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, установленном Правилами страхования и гражданским законодательством.

9.4.3. Требовать выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая.

9.4.4. Урегулировать претензии потерпевших лиц с письменного согласия Страховщика.

9.4.5. Получить дубликат договора страхования и/или страхового полиса в случае его утраты.

9.5. При заключении конкретного договора страхования могут быть предусмотрены и другие, помимо перечисленных, обязанности и корреспондирующие им права Сторон.

10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВРЕДА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

10.1. Страховое возмещение исчисляется в таком размере, в котором это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, при соблюдении положений настоящих Правил страхования и договора страхования.

10.2. Для принятия решения о возможности осуществления страховой выплаты Страхователь (Застрахованное лицо) представляет Страховщику:

а) письменное заявление на выплату страхового возмещения;

б) копию договора страхования (страхового полиса);

в) копию уведомления, направленного Страховщику в соответствии с п. 9.3.5. Правил страхования;

г) документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой. Если с заявлением на выплату страхового возмещения (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица), то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты);

д) копии документов (разрешения, лицензии), предоставляющих право на осуществление Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской деятельности, полученных (оформленных) в установленном порядке;

е) акт внутреннего расследования с наиболее подробным указанием причин и обстоятельств произошедшего события, указанием виновных лиц;

ж) акты (в том числе заключения) государственных медицинских учреждений, а также организаций, осуществляющих экспертизу (в частности, судебно-медицинскую, патологоанатомическую), акты правоохранительных органов (в том числе прокуратуры), свидетельствующие о наличии прямой причинно-следственной связи между осуществлением Страхователем медицинской деятельности и наступившими у потерпевшего лица последствиями.

з) приказы о приеме на работу, трудовые договоры (гражданско-правовые договоры) лиц, ответственных за произошедшее событие, их объяснительные по факту произошедшего события, документы подтверждающие квалификацию указанных лиц;

и) договор на оказание медицинских услуг с пациентом, счета, акты выполненных работ, платежные документы, медицинскую карту, историю болезни;

к) банковские реквизиты для осуществления выплаты.

Помимо этого для принятия решения о размере страховой выплаты Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику пакет документов, включающий в себя копии (по запросу Страховщика также оригиналы в целях сличения их с копиями) указанных ниже документов. При этом в зависимости от конкретного случая перечень указанных документов может быть сокращен Страховщиком:

10.2.1. в целях возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших лиц:

10.2.1.1. документы, связанные с утратой потерпевшим заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь, а именно:

а) медицинское заключение, выданное в установленном законодательством Российской Федерации порядке, с указанием характера полученных потерпевшим травм и увечий, диагноза, периода нетрудоспособности или выданное в установленном законодательством Российской Федерации порядке заключение судебно-медицинской экспертизы о степени утраты профессиональной или общей трудоспособности;

б) справка или иной документ, подтверждающие размер среднего месячного заработка (дохода), стипендии, пенсии, пособий, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью;

10.2.1.2 документы, подтверждающие дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья потерпевшего, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет право на их бесплатное получение, а именно:

а) документы (договор на оказание услуг медицинским учреждением, счета и т.п.), подтверждающие оплату услуг лечебного учреждения;

б) документ, подтверждающий врачебные назначения приобретенных лекарственных средств и препаратов (выписка из амбулаторной карты или карты стационарного больного (истории болезни) и т.п.);

в) документы, подтверждающие расходы потерпевшего на приобретение лекарств на основании рецептов или копий рецептов, если оригиналы подлежат изъятию, товарных и кассовых чеков аптечных учреждений;

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

д) кассовые чеки и иные документы, подтверждающие оплату потерпевшим приобретенных продуктов (дополнительного питания);

е) кассовые чеки, квитанции и иные документы, подтверждающие оплату осуществленных потерпевшим расходов на протезирование и ортезирование, предоставление слуховых аппаратов, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг;

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

- з) договор на оказание услуг по постороннему уходу за потерпевшим и документы, подтверждающие оплату услуг по договору;
- и) медицинское заключение, выданное в установленном законодательством Российской Федерации порядке, о наличии у потерпевшего медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации;
- к) выписка из истории болезни, выданная учреждением, в котором осуществлялось санаторно-курортное лечение;
- л) направление на санаторно-курортное лечение установленной формы;
- м) санаторно-курортная путевка или иной документ, подтверждающий получение санаторно-курортного лечения;
- н) документы, подтверждающие оплату путевки на санаторно-курортное лечение;
- о) договор, в соответствии с которым приобретено специальное транспортное средство, и заключение уполномоченной организации о необходимости его приобретения и документы, подтверждающие оплату приобретенного специального транспортного средства;
- п) копия паспорта транспортного средства, указанного в пп. «о» п. 10.2.1.2. Правил страхования, или свидетельства о регистрации данного транспортного средства;
- р) счет на оплату профессионального обучения (переобучения);
- с) договор с организацией, осуществляющей профессиональное обучение (переобучение), и документ, подтверждающий оплату профессионального обучения (переобучения);

10.2.1.3. документы, подтверждающие часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания, а именно:

- а) свидетельство о смерти потерпевшего (кормильца);
- б) свидетельство о браке;
- в) свидетельство о рождении ребенка (детей), если на дату смерти умершего потерпевшего (кормильца) на его иждивении находились несовершеннолетние дети, а также его детей, родившихся после его смерти;
- г) справка, подтверждающая факт установления инвалидности лицу, состоящему на иждивении умершего потерпевшего, если на дату смерти на иждивении умершего потерпевшего (кормильца) находились инвалиды;
- д) справка образовательного учреждения о том, что член семьи умершего потерпевшего, имеющий право на возмещение вреда, обучается в образовательном учреждении, если на дату смерти на иждивении умершего потерпевшего (кормильца) находились лица, обучающиеся в образовательном учреждении;
- е) медицинское заключение, выданное в установленном законодательством Российской Федерации порядке, 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;
- ж) справка органа, осуществляющего назначение и выплату пенсии нетрудоспособному гражданину, справка службы занятости, заключение лечебного учреждения о том, что один из родителей, супруг либо другой член семьи погибшего 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;

10.2.1.4. документы, подтверждающие расходы на погребение потерпевшего, а именно:

- а) свидетельство о смерти потерпевшего и документ с указанием причины смерти;
- б) документы, подтверждающие размер произведенных необходимых расходов на погребение;

10.2.2. В целях возмещения морального вреда: вступившее в законную силу решение суда, устанавливающее размер морального вреда.

10.2.3. В целях возмещения Страхователю (Застрахованном лицу) судебных расходов: договор с организацией, оказывающей юридические услуги (иные услуги, связанные с подачей документов в суд) и документ, подтверждающий оплату данных услуг.

10.2.4. В целях возмещения расходов на проведение экспертизы: договор с экспертной организацией, привлеченной Страхователем (Застрахованным лицом) с письменного согласия Страховщика для выяснения обстоятельств наступления страхового случая, размера причиненного вреда и документ, подтверждающий оплату экспертных услуг.

10.2.5. В целях возмещения расходов по уменьшению размера вреда, произведенных Страхователем (Застрахованным лицом): документы, подтверждающие фактически произведенные затраты Страхователя (Застрахованного лица), направленные на уменьшению размера вреда (договоры, счета, акты выполненных работ, товарные накладные, платежные документы).

10.3. После представления всех необходимых документов, указанных в п. 10.2. Правил страхования, позволяющих судить об обстоятельствах, повлекших наступление страхового случая, и о размере причиненного вреда Выгодоприобретателям, Страховщик обязан:

10.3.1. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования) изучить представленные Страхователем (Застрахованным лицом) вышеперечисленные документы, составить и подписать страховой акт;

10.3.2. при признании факта наступления страхового случая рассчитать сумму страхового возмещения и произвести страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня подписания Страховщиком страхового акта;

10.3.3. в случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения или об уменьшении его размера, известить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня подписания Страховщиком страхового акта.

10.4. Вместе с тем, Страховщик имеет основание, письменно уведомив Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), отсрочить принятие решения о выплате страхового возмещения:

- до полного выяснения обстоятельств причинения вреда, если это требует дополнительного расследования, участия в таком расследовании, привлечении независимых экспертов или судебного разбирательства, но не более чем на 5 (пять) рабочих дней со дня получения Страховщиком результатов расследования и затребованных документов;

- до вынесения окончательного решения судебными или следственными органами, если в связи с событием, которое впоследствии может быть признано страховым случаем, проводится расследование или судебное разбирательство;

- до вынесения судебного решения о признании договора страхования недействительным, если Страховщик предъявил исковое требование о признании договора страхования недействительным по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

10.5. В сумму страхового возмещения (страховой выплаты) включаются:

10.5.1. суммы возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших лиц в виде:

а) утраченного потерпевшим заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь, размер которого определяется в соответствии с положениями действующего законодательства;

б) дополнительно понесенных расходов, вызванных повреждением здоровья потерпевшего, в том числе расходов на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет право на их бесплатное получение;

в) части заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания;

г) расходов на погребение потерпевшего;

10.5.2. документально подтвержденные расходы и издержки Страхователя (Застрахованного лица) в связи с наступлением страхового случая, понесенные в процессе судебной защиты по исковому требованию, а также расходы (издержки), связанные с подачей документов в суд, исключая все административные расходы Страхователя (Застрахованного лица) и расходы (издержки) Страхователя (Застрахованного лица), связанные с уголовным преследованием, уголовным судопроизводством;

10.5.3. документально подтвержденные необходимые и целесообразные расходы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с проведением медицинской экспертизы и выяснением обстоятельств наступления страхового случая, произведенные Страхователем (Застрахованным лицом) по согласованию со Страховщиком;

10.5.4. документально подтвержденные целесообразные расходы по уменьшению размера вреда, причиненного потерпевшему лицу страховым случаем, произведенные Страхователем (Застрахованным лицом) по согласованию со Страховщиком.

При этом выплата страхового возмещения по судебным расходам и издержкам Страхователя (Застрахованного лица), иным расходам Страхователя, поименованным в п.п. 10.5.2. - 10.5.4. Правил страхования:

- производится исключительно при условии согласования со Страховщиком необходимости осуществления данных расходов Страхователем (Застрахованным лицом), а также их величины;
- по всем страховым случаям (общая сумма страхового возмещения по таким расходам Страхователя (Застрахованного лица) не должна превышать лимит ответственности, установленный по договору страхования, при соблюдении положений п. 6.3. Правил страхования.

10.6. Кроме того, в случае заключения договора страхования, условия которого содержат обязанность Страховщика осуществить страховую выплату, в размер которой включается сумма компенсации морального вреда, в страховое возмещение, соответственно, включается сумма компенсации морального вреда, подтвержденная вступившим в силу решением суда.

10.7. Выплата страхового возмещения осуществляется в пределах страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в конкретном договоре страхования.

10.8. Страховое возмещение в досудебном порядке выплачивается при отсутствии спора:

- о том, имел ли место страховой случай;
- о наличии у Выгодоприобретателя права требования возмещения вреда и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) его возместить;
- о причинно-следственной связи между страховым случаем и вредом, причиненным Выгодоприобретателю;
- о размере причиненного вреда Выгодоприобретателю.

В таком случае Сторонами и Выгодоприобретателем подписывается трехстороннее соглашение о страховой выплате.

10.9. При наличии спора об обстоятельствах, перечисленных в п. 10.8. настоящих Правил страхования, выплата страхового возмещения осуществляется на основании вступившего в законную силу решения суда.

10.10. Выплата страхового возмещения в части возмещения вреда жизни и здоровью, предусмотренного п. 10.5.1. настоящих Правил страхования, а также сумма компенсации морального вреда, подтвержденная вступившим в силу решением суда, предусмотренного п. 10.6. настоящих Правил страхования, производится Выгодоприобретателю.

10.11. Расходы, указанные в п.п. 10.5.2. – 10.5.4. настоящих Правил страхования, возмещаются непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу).

10.12. Выплата страхового возмещения производится путем безналичного перечисления денежных средств в рублях на расчетный счет Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) или наличными деньгами через кассу Страховщика.

10.13. После выплаты страхового возмещения Страховщик несет обязательства по договору страхования в размере разности между страховой суммой и произведенными выплатами.

10.14. Если страховое (-ые) возмещение (-ия) выплачено (-ы) в размере обязательств Страховщика по договору страхования полностью, то действие договора страхования прекращается с момента окончательного расчета.

10.15. Если на дату наступления страхового случая в отношении Страхователя (Застрахованного лица) действовали также другие договоры страхования по аналогичным рискам, страховое возмещение выплачивается пропорционально отношению страховой суммы по договору страхования со Страховщиком к общей страховой сумме по всем договорам страхования, заключенным Страхователем (Застрахованного лица) со страховыми организациями. Страховщик выплачивает возмещение лишь в части, падающей на его долю по совокупной ответственности.

10.16. Страховщик имеет основание частично или полностью отказать в возмещении вреда, если Страхователь не выполнил обязанностей, предусмотренных Правилами страхования и/или договором страхования, а также в иных случаях, поименованных в Правилах страхования. Решение об отказе в выплате страхового возмещения или об уменьшении его размера Страховщик сообщает Страхователю в письменной форме с обоснованием причины отказа.

10.17. При предъявлении Страховщику требования о выплате страхового возмещения, подающее данное требование лицо обязано предоставить Страховщику документы, подтверждающие следующие сведения, необходимые Страховщику в целях идентификации лица, обратившегося к Страховщику с требованием о выплате страхового возмещения (Страхователя (Застрахованного лица), Выгодоприобретателя, их представителей):

- в отношении физического лица - фамилию, имя, а также отчество (если такое не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

- в отношении юридического лица - наименование, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации и адрес местонахождения.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с требованием о выплате страхового возмещения, то вышеуказанные в настоящем подпункте документы должны быть предоставлены на каждое из этих лиц по отдельности.

11. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования считается недействительным с момента его заключения, в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор страхования признается недействительным судом.

11.3. Последствия признания договора страхования недействительным определяются гражданским законодательством Российской Федерации.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем переговоров.

12.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам (т.е. в случае полного или частичного отказа стороны удовлетворить претензию либо неполучения ответа в тридцатидневный срок), их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

12.2.1. В случае, если спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным согласно Федерального закона от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", до подачи иска в суд в отношении Страховщика заинтересованное лицо обязано обратиться с требованием к Финансовому уполномоченному в порядке, предусмотренном законом.

13. ПРОЧЕЕ

13.1. Условия, не оговоренные настоящими Правилами страхования, регламентируются Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Гражданским кодексом Российской Федерации, нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность Страхователя, и иными актами.

13.2. Страховщик обеспечивает защиту информации, полученной в процессе своей деятельности, независимо от формы ее представления, а также защиту персональных данных получателей финансовых услуг, в соответствии с действующим Законодательством, стандартами Банка России и Всероссийского союза страховщиков.