

Утверждены приказом
Генерального директора
АО СК «БАСК»
от 30 апреля 2019 года № 77-УК
действуют с 7 мая 2019 года

ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЙ И ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами страхового законодательства Российской Федерации и на условиях настоящих Правил АО СК «БАСК» (далее – Страховщик) заключает со Страхователями Договоры страхования по защите имущественных интересов медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей, связанных с риском их ответственности за причинение вреда жизни и здоровью физического лица (далее - Третьи лица, Пациенты) при осуществлении профессиональной деятельности по оказанию медицинских услуг.

1.2. Страхователями могут выступать: (1) поликлиники, диспансеры, родильные дома, женские консультации, центры народной медицины и иные медицинские учреждения, являющиеся юридическими лицами (далее - Медицинские учреждения), и (2) частнопрактикующие врачи (далее - Частнопрактикующие врачи), осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, имеющие на момент заключения Договора страхования лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в соответствии с действующим законодательством РФ. При этом лицензия на осуществление медицинской деятельности должна быть действительна на время действия Договора страхования и на территории, в пределах которой осуществляется медицинская деятельность Страхователя.

1.3. По Договору страхования может быть застрахован риск ответственности за причинение вреда, как самого Страхователя, так и его работников (персонала).

1.4. Если Страхователем является медицинское учреждение, то Застрахованными лицами являются работники, указанные в Договоре страхования. В этом случае вред, причиненный здоровью Пациентов работниками медицинского учреждения, которые не указаны в Договоре страхования (не являются Застрахованными лицами), Страховщиком не компенсируется.

1.5. Лицо, риск ответственности которого застрахован (Застрахованное лицо), должно быть названо в Договоре страхования. Если это лицо в Договоре не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя.

Все положения настоящих Правил и условий Договора страхования, обязательные для Страхователя, являются обязательными и для Застрахованных лиц. Застрахованные лица несут ответственность за невыполнение обязанностей по настоящим Правилам и условиям Договора страхования наравне со Страхователем.

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

1.7. Получатель страховых услуг – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить Договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо, и (или) Выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить вред, причиненный жизни и здоровью третьих лиц вследствие ошибки или упущения Застрахованных, совершенных при оказании медицинских услуг.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится настоящее страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым риском по настоящим Правилам является возможная причина (событие) неумышленного нанесения вреда жизни и здоровью Выгодоприобретателя, а именно:

а) непреднамеренные ошибки при установлении диагноза, назначении лечения и обследования; назначении лекарственных средств, проведении лечения, хирургических операций или лечебных манипуляций;

б) непредвиденные осложнения в результате плановой операции.

К непредвиденным осложнениям относятся чрезвычайные медицинские обстоятельства в виде внезапного проявления таких медицинских симптомов, которые не могли быть заранее предвидены и которые требуют немедленного врачебного вмешательства;

в) непредвиденные осложнения в результате применения назначенных лекарственных препаратов;

г) непреднамеренное сокращения срока лечения в результате преждевременной выписки из стационара или преждевременного закрытия больничного листа при амбулаторном лечении;

д) заражение при переливании крови, внутривенном вливании и т.п. (кроме случаев, перечисленных в п.4.2.).

3.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.4. Страховым случаем признается предъявление к Страхователю третьими лицами обоснованных требований, вызванных событиями, перечисленными в п.п. 3.2., которые служат или могут служить в соответствии с нормами гражданского права основанием для установления имущественной ответственности Страхователя за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц при осуществлении им медицинской деятельности, при условии что:

3.4.1. имеется наличие прямой причинно-следственной связи между причинением вреда и осуществлением Застрахованным лицом указанной в Договоре страхования профессиональной врачебной деятельности;

3.4.2. причинение вреда имело место во время действия Договора страхования и в конкретном Медицинском учреждении, которое указано в Договоре страхования.

3.5. Страховщик также компенсирует Страхователю необходимые и целесообразно понесенные им расходы по уменьшению вреда, причиненного потерпевшему в результате врачебных действий Застрахованного лица.

3.6. Кроме того, в Договоре страхования может быть оговорено также возмещение документально подтвержденных расходов и издержек, понесенных Страхователем в процессе судебной защиты по требованиям, предъявленным третьими лицами, а также связанных с подачей документов в суд, исключая при этом оплату приглашенных (нанятых) адвокатов и все административные расходы Страхователя.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страхование не распространяется:

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

б) на работников Страхователя – Медицинского учреждения, которые оказывали медицинские услуги не по месту своей основной работы частным образом;

в) на ответственность Страхователя, возникшую вне обусловленных Договором его профессиональных обязанностей;

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

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

а) заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п. при использовании Страхователем (его работниками) шприцов не одноразового пользования;

б) заражения при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови и Страхователь (его работники) знал об этом;

в) использования потерпевшим лицом или Страхователем лекарственных средств с просроченным периодом действия;

г) не выполнения потерпевшим лицом плана лечения и предписаний лечащего врача;

д) выполнения медицинским работником действий, не соответствующих его должностным обязанностям и квалификации;

е) проведения операции в экстремальных условиях, возникших из-за:

- всякого рода военных действий или их последствий, действия мин, бомб и других орудий войны, гражданских волнений и забастовок, незаконных актов третьих лиц, незаконных действий и распоряжений военных или гражданских властей;

- ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- отключения электроэнергии, теплоснабжения и т.д.;

ж) умышленного причинения вреда. К умышленному причинению вреда приравниваются действия/бездействие, сознательно допущенные Застрахованным, при которых с большой вероятностью ожидается наступление страхового случая;

з) нахождения Частнопрактикующего врача, работника Медицинского учреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения при выполнении своих служебных обязанностей;

и) ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, до наступления страхового случая.

4.3. Страховым случаем не является:

а) имущественная ответственность, возникшая во время и вследствие осуществления Застрахованным профессиональной медицинской деятельности, не предусмотренной выданной ему лицензией;

б) имущественная ответственность, возникшая во время и вследствие осуществления Застрахованным профессиональной медицинской деятельности в период отсутствия у него лицензии на право заниматься медицинской деятельностью или истечения (приостановления) срока действия такой лицензии в установленном законом порядке;

в) имущественная ответственность, возникшая в результате разглашения или иного использования сведений, полученных Застрахованным в ходе осуществления медицинской деятельности;

г) имущественная ответственность, возникшая вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения Застрахованным профессиональных обязанностей, если такое невыполнение или ненадлежащее выполнение имело место до вступления Договора страхования в силу;

д) имущественная ответственность, связанная с компенсацией морального ущерба, нанесенного пациенту.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и которую не может превысить общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, включая судебные расходы Страхователя.

5.2. Страховщик вправе указать при заключении Договора страхования лимит ответственности по одному страховому случаю, который является максимальной суммой, выплачиваемой Страховщиком при наступлении одного страхового события по возмещению вреда жизни и/или здоровью третьих лиц.

5.3. В Договоре страхования Стороны могут указать размер некомпенсируемого Страховщиком убытка – франшизу.

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.

В соответствии с условиями страхования франшиза 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).

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму). Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы. Страховщик вправе при определении размера страховой премии установить повышающие или понижающие коэффициенты, определяемые в зависимости от степени риска и конкретных условий страхования.

6.2. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.3. Страховая премия может уплачиваться, если иное не оговорено в Договоре страхования, единовременным платежом или - при страховании на срок более 6 месяцев - в два срока, однако первая часть страховой премии должна быть уплачена в размере не менее 50 % от всего ее размера, а вторая часть должна быть уплачена не позднее половины срока, прошедшего с начала страхования.

При заключении Договора страхования Стороны могут установить иной порядок рассроченной уплаты страховой премии. При этом в Договоре страхования (полисе) Стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность Сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей.

Если Договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, Договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных взносов (очередного взноса) или их уплаты не в полном объеме. При этом Договором страхования по соглашению Сторон могут быть предусмотрены следующие последствия:

- досрочное прекращение Договора страхования;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если Договором страхования предусмотрены иные последствия, предусмотренные законодательством, то порядок таких последствий должен быть указан в Договоре страхования.

6.4. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо уполномоченного представителя Страховщика;
- при наличной оплате - день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо представителю Страховщика с получением квитанции установленного образца об оплате.

Порядок уплаты страховой премии устанавливается в Договоре страхования.

Страхователь, уплачивает страховую премию (первый страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в настоящих Правилах и Договоре страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

6.5. При страховании на один год в случае увеличения страховой суммы Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос в размере тарифной ставки от величины приращения страховой суммы.

6.6. При страховании на срок менее одного года, страховая премия уплачивается в следующем размере от суммы годовой страховой премии, при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный:

Таблица 1

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА В МЕСЯЦАХ											
15 дней	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
РАЗМЕР СТРАХОВОГО ВЗНОСА В ПРОЦЕНТАХ ОТ ГОДОВОГО											
10	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6.7. При сроке страхования более года страховая премия рассчитывается как сумма годовой премии и премии за соответствующее количество месяцев исходя из приведенного выше расчета.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату пострадавшим третьим лицам (Выгодоприобретателям) причиненные вследствие этого события убытки путем выплаты страхового возмещения/обеспечения в пределах определенной Договором страхования суммы (страховой суммы), а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные сроки.

7.2. Договор страхования должен отвечать условиям действительности сделки в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

7.3.1. об объекте страхования;

7.3.2. о характере события, на случай наступления которого, осуществляется страхование (страхового случая);

7.3.3. о сроке действия Договора;

7.3.4. о размере страховой суммы;

7.3.5. о размере страховой премии, о порядке (единовременно или в рассрочку) и сроках уплаты страховой премии;

7.3.6. о форме выплаты страхового возмещения.

7.4. По выбору Страховщика, Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя, с указанием всех известных Страхователю обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора страхования и прилагаемые к нему документы могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;

- при заполнении от руки - разборчивое заполнение.

В случае заполнения заявления о заключении Договора страхования в письменной форме, заявление составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон и подписывается Страхователем или его уполномоченным представителем.

Один экземпляр заявления прикладывается к Договору Страховщика, второй экземпляр заявления с отметкой Страховщика о принятии заявления, прикладывается к Договору Страхователя.

Заявление о заключении Договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью Договора страхования.

Для заключения Договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы:

- заверенные Страхователем копии свидетельства о регистрации юридического лица и свидетельства о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц (ОГРН) (для юридических лиц);

- заверенная Страхователем копия свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (для индивидуальных предпринимателей);

- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица, в том числе индивидуального предпринимателя (в случае, если Страхователем является физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель);

- заверенная Страхователем копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в соответствии с действующим законодательством РФ;

- заверенная Страхователем копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (ИНН) (для юридических лиц);

- заверенная Страхователем копия выписки из ЕГРЮЛ (выданной не ранее одного месяца до даты ее представления Страховщику) (для юридических лиц);

- заверенные Страхователем копии документов, подтверждающих полномочия лица на подписание Договора, оформленные надлежащим образом (доверенность, протокол (решение) уполномоченного органа

управления Страхователя о назначении исполнительного органа, распорядительный документ о назначении генерального директора на должность доверенность);

- заверенная Страхователем копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

- заверенные Страхователем копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;

Также, к заявлению прилагаются документы, содержащие сведения о враче (врачах):

- копия документа, удостоверяющего личность;
- копии документов об образовании и квалификации (интернатура, ординатура (если есть), прохождение повышения квалификации 1 раз в 5 лет, сертификат специалиста, категория, ученая степень, стаж работы);

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг при заключении Договора страхования или при принятии решения о страховой выплате по такому Договору.

Порядок проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг определен в настоящих Правилах страхования. Стороны могут определить порядок проверки наличия имущественного интереса в Договоре страхования. Если при заключении Договора страхования Страховщику не представлены документы, подтверждающие имущественный интерес Страхователя (Выгодоприобретателя), Страхователь (Выгодоприобретатель) должен документально подтвердить наличие имущественного интереса Страхователя (Выгодоприобретателя) при подаче заявления о страховой выплате.

Страховщик вправе сократить перечень документов, требуемых для предоставления Страхователем.

После оформления Договора страхования, представленные Страхователем документы, становятся неотъемлемой его частью.

В случае если при заключении Договора страхования Страховщику не представлены документы, подтверждающие имущественный интерес Страхователя (Выгодоприобретателя), Страхователь (Выгодоприобретатель) должен документально подтвердить наличие имущественного интереса Страхователя (Выгодоприобретателя) при подаче заявления о страховой выплате.

7.5. Если иное не установлено в Договоре страхования, Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления первого или единовременного страхового взноса на расчетный счет Страховщика или уплаты его наличными деньгами. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

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

В Договоре страхования должна быть указана фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

7.7. В период действия Договора страхования Страхователь может увеличить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или в ее пределах лимиты ответственности, путем заключения в письменной форме дополнительного соглашения.

7.8. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку, если это предусмотрено Договором страхования) в установленный Договором срок и размере, при условии, что Страховщик направит Страхователю соответствующее уведомление о том, что Договор страхования досрочно прекращен в связи с неуплатой очередного страхового взноса (в этом случае Договор прекращается с даты направления Страховщиком указанного уведомления, если иной срок не установлен в уведомлении);

- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в Договоре страхования;

- ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

- прекращения действия Договора страхования по решению суда;

- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.9. 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.

7.10. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.7.9. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.11. При досрочном прекращении страхования по требованию Страхователя страховая премия не подлежит возврату, а если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, то Страховщик должен полностью вернуть Страхователю внесенные тем страховые взносы.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

а) до заключения Договора страхования разъяснить получателю страховых услуг положения, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования, расчеты изменений в течение срока действия Договора страхования страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

б) вручить Страхователю (уполномоченному представителю) один экземпляр Правил страхования. Если Договором страхования предусмотрен иной вариант ознакомления с Правилами страхования, то порядок такого ознакомления должен быть указан в Договоре страхования;

в) не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

г) после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан: выяснить обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая. После получения необходимых документов, при признании наступившего события страховым случаем, составить страховой акт, в котором произвести расчет суммы страхового возмещения и произвести страховую выплату (или отказать в выплате при наличии оснований) в установленный настоящими Правилами срок;

д) соблюдать требования страхового законодательства.

8.2. Страховщик имеет право:

а) осуществлять оценку страхового риска, а также получить страховую премию (страховые взносы). Проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования;

б) проверять сообщенную Страхователем информацию, а также соблюдение Страхователем требований и условий Договора страхования;

в) за свой счет произвести медицинское освидетельствование потерпевшего в результате страхового случая лица, назначив врача и оплатив его услуги;

г) вести дела по урегулированию убытка от имени Страхователя;

д) при приостановлении действия лицензии на осуществление медицинской деятельности Страхователя приостановить действие Договора страхования до возобновления действия лицензии, причем срок страхования в этом случае не продлевается.

8.3. Страхователь обязан:

а) своевременно уплачивать страховую премию в размере и порядке, определенном настоящими Правилами;

б) при заключении Договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также о всех заключенных или заключаемых Договорах страхования в отношении данного объекта страхования;

в) во время действия Договора страхования сообщить Страховщику в письменной форме незамедлительно, если это может повлиять на повышение степени риска страхования, о всяком изменении в характере своей деятельности;

г) во время действия Договора сообщить Страховщику в письменной форме о лишении или приостановлении действия его лицензии на осуществление медицинской деятельности;

д) принимать необходимые меры по предотвращению и уменьшению ущерба здоровью Пациентов при наступлении страхового случая, сообщать о нем Страховщику в сроки, установленные Договором страхования, а также:

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

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

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

- без письменного согласия Страховщика не давать обещаний и не делать предложений о добровольном возмещении убытка, не признавать полностью или частично своей ответственность за причинение вреда, не принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, а также не производить каких-либо выплат третьим лицам в связи с наступлением страхового случая;

е) не нарушать в течение Договора установленных правил и профессиональных требований;

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

8.4. Страхователь имеет право:

а) на изменение условий Договора страхования;

б) получить дубликат полиса в случае его утраты;

в) на досрочное расторжение Договора страхования в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации;

г) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

д) проверять выполнение Страховщиком требований и условий Договора страхования;

е) получить страховую выплату при наступлении страхового случая, указанного в Договоре страхования, при условии выполнения возложенных на него обязанностей и при соблюдении всех условий, положений, ограничений и определений, изложенных в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

9.1. Страховая выплата производится Страховщиком в пределах лимитов ответственности, указанных в Договоре страхования, за вычетом оговоренной в Договоре страхования франшизы.

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

9.3. Для произведения страховых выплат Страхователь направляет Страховщику в течение 3 (трех) рабочих дней после получения им имущественной претензии от Выгодоприобретателя письменное заявление о страховом случае с приложением подтверждающих документов, которые включают в себя:

- копию искового заявления потерпевшего Пациента или его родственников;

- выписной эпикриз, лист нетрудоспособности и т.п.;

- подтверждение медицинской экспертизой доказательства ущерба здоровью с указанием даты, природы и степени ущерба;

- документ, удостоверяющий личность Страхователя (Выгодоприобретателя), иного получателя страховой выплаты, а также ИНН (при наличии), СНИЛС (при наличии), Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе по месту нахождения на территории Российской Федерации (для юридического лица);

- иные документы, необходимые для суждения об обоснованности иска.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых Страховщику документах.

9.4. Если в Договоре страхования установлен лимит ответственности Страховщика по одному страховому случаю, то сумма возмещения по всем убыткам, вызванным, одним и тем же страховым случаем, не может превысить установленного лимита.

9.5. В тех случаях, когда убытки, причиненные в результате страхового случая, компенсированы Выгодоприобретателю лицом, виновным в причинении ущерба, не являющимся Страхователем, Страховщик возмещает только разницу между суммой, подлежащей возмещению по Договору страхования, и суммой, полученной Выгодоприобретателем.

9.6. Если Страхователь заключил Договоры страхования в отношении своей профессиональной ответственности с несколькими страховщиками, страховое возмещение, выплачиваемое Страховщиком, определяется пропорционально отношению страховой суммы по заключенному им Договору, к общей страховой сумме по всем заключенным Договорам.

9.7. Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней, после получения надлежащим образом оформленных документов, принять решение о признании или не признании случая страховым, оформить страховой акт или мотивированный отказ в страховой выплате.

Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных в п. 9.3. настоящих Правил документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных Правилами страхования и (или) Договором страхования).

Страховое возмещение выплачивается в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты утверждения Страховщиком страхового акта.

Страховщик имеет право отсрочить выплату страхового возмещения в случае:

- если последний предоставленный документ, из списка документов, указанных в п. 9.3. настоящих Правил, не надлежащим образом оформлен. При этом Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомить лицо, подавшее заявление на страховую выплату с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов;

- если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

- если соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя (Выгодоприобретателя) и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая - до окончания расследования или судебного разбирательства;

- если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, до представления Страховщику от получателя страховой выплаты документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае, срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа;

- если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, осуществление страховой выплаты продлевается (приостанавливается) на срок до получения указанных

сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки выплаты и запросить у него недостающие сведения.

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

Наследники должны предъявить свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой, а также свидетельство ЗАГСа, подтверждающую смерть этого лица.

9.9. Страховая выплата включает:

а) заработок, которого потерпевшее лицо лишилось вследствие потери (уменьшения) трудоспособности в результате повреждения здоровья за весь период утраты трудоспособности;

б) дополнительные расходы, необходимые для восстановления поврежденного здоровья (на усиленное питание, санаторно-курортное лечение, посторонний уход, протезирование, транспортные расходы и т.п.);

в) часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лица лишились нетрудоспособные лица, имевшие право на получение от него содержания за период, определяемый в соответствии с требованиями законодательства;

г) расходы на погребение в случае смерти потерпевшего лица.

9.9. Страховая выплата производится по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет получателя страховой выплаты.

По соглашению Сторон страховая выплата может быть произведена иным способом, не противоречащим законодательству РФ.

Форма выплаты страхового возмещения устанавливается в Договоре страхования (страховом полисе).

Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика для их перечисления на расчетный счет Страхователя (Выгодоприобретателя).

10. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

10.1. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения в случаях, перечисленных в разделе 4 настоящих Правил, а также, если в течение действия Договора имели место:

а) совершение работником Медицинского учреждения или Частнопрактикующим врачом умышленного преступления, находящегося в прямой связи с причинением вреда Пациенту;

б) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах риска страхования, наступления страхового случая.

10.2. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Правилами страхования, обязан письменно сообщить об этом Страхователю (Выгодоприобретателю), с обоснованием причин отказа.

10.3. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

11. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

11.1. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с их согласия в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Страхователя (Застрахованного лица) включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика. Страхователь имеет право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено под расписку представителю Страховщика.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку из персональных данных.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком, разрешаются путем переговоров.

12.2. При не достижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

13. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ (вступает в силу 28 ноября 2019 г.)

13.1. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем), не являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»¹, и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по Договору страхования, несогласия указанного в настоящем пункте Страхователя (Выгодоприобретателя) с размером осуществленной Страховщиком страховой выплаты, указанный в настоящем пункте Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими требование Страхователя (Выгодоприобретателя).

Претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня ее поступления к Страховщику. В течение указанного срока Страховщик обязан удовлетворить выраженное Страхователем (Выгодоприобретателем) требование о надлежащем исполнении обязательств по Договору страхования или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.

13.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем), являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – потребитель), и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования, если размер требований потребителя о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей и требования не связаны с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды, до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по Договору страхования, несогласия указанного в настоящем пункте Страхователя (Выгодоприобретателя) с размером осуществленной Страховщиком страховой выплаты, указанный в настоящем пункте Страхователь (Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме (далее - заявление потребителя).

13.2.1. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя в порядке, установленном Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

1) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

2) в течение 30 (тридцати) дней со дня получения заявления потребителя в иных случаях.

13.2.2. Ответ на заявление потребителя направляется по адресу электронной почты потребителя, а при его отсутствии по почтовому адресу.

13.2.3. Потребитель вправе направить обращение финансовому уполномоченному² после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя, установленных частями 1 и 2 пункта 13.2.1. настоящих Правил страхования.

13.2.4. Обращение направляется потребителем лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

13.3. В случае если размер требований потребителя финансовых услуг превышает 500 тысяч рублей либо требования потребителя финансовых услуг касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды, потребитель финансовых услуг вправе заявить указанные требования в соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей» в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

¹ Для целей указанного Федерального закона под потребителем финансовых услуг понимается физическое лицо, являющееся стороной Договора, либо лицом, в пользу которого заключен Договор, либо лицом, которому оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

² <https://finombudsman.ru/>

РАЗМЕР БАЗОВОЙ ТАРИФНОЙ СТАВКИ

(в % к страховой сумме)

Возможная причина (событие) неумышленного нанесения вреда жизни и здоровью Выгодоприобретателя	1,63
--	------

Таблица поправочных коэффициентов, в зависимости от факторов риска

№ п/п	Фактор	Коэффициент
1	В зависимости от профессионального стажа	0,7-1,7
2	Наличие действующих Договоров страхования АО СК «БАСК»	0,98
3	В зависимости от размера франшизы	0,6-1,0
4	При безубыточном страховании	0,4-1,0
5	При наличии убытков в предыдущих периодах и их сумм	1,0-2,0
6	При уплате страховой премии в рассрочку (в зависимости от количества платежей и их сроков)	1,0-1,5
7	При наличии претензий в связи с осуществлением деятельности за последние 5 лет	1,2-2,0
8	Если в объем обязательств страховщика включаются возмещение документально подтвержденных расходов и издержек, понесенных Страхователем в процессе судебной защиты по требованиям, предъявленным третьими лицами, а также связанных с подачей документов в суд	1,2
9	Стаж медицинского работника	0,7-1,5
10	Возраст медицинского работника	0,7-1,2
11	Образование медицинского работника	0,8-1,2
12	Занимаемая должность медицинским работником	0,8-1,1
13	Квалификация медицинского работника	0,7-1,2
14	Ученой степени медицинского работника	0,8-1,0
15	Прочие факторы	0,2-5,0

РАЗМЕР СТРАХОВОГО ВЗНОСА ПРИ СРОКЕ СТРАХОВАНИЯ МЕНЕЕ ГОДА

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА В МЕСЯЦАХ											
15 дней	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
РАЗМЕР СТРАХОВОГО ВЗНОСА В ПРОЦЕНТАХ ОТ ГОДОВОГО											
10	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При этом неполный месяц принимается за полный. При сроке страхования более года страховая премия рассчитывается как сумма годовой премии и премии за соответствующее количество месяцев исходя из приведенного выше расчета.