



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»
№ 49 от «23» марта 2017 г.



Генеральный директор

С.К. Васильев

**ПРАВИЛА
СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	2
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	3
3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	4
4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА.....	6
5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.....	7
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	9
7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	10
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	11
9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВРЕДА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ	14
10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	21

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Публичное акционерное общество «Страховая Акционерная Компания «ЭНЕРГОГАРАНТ» (далее Страховщик) заключает договоры страхования профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников.

1.2. По настоящим Правилам Страхователями являются:

1.2.1. медицинские организации;

1.2.2. медицинские работники, прошедшие аттестацию, получившие квалификационный аттестат (лицензию) и имеющие законное право на проведение медицинской или фармацевтической деятельности;

1.2.3. фармацевтические организации;

1.2.4. иные юридические и физические лица, имеющие не противоречащий законодательству интерес в заключение договора страхования.

1.3. По договору страхования может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена (далее Застрахованного лица).

1.4. Застрахованное лицо должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре не названо, считается застрахованным риск ответственности Страхователя.

1.5. Положения настоящих Правил страхования, касающиеся взаимоотношений сторон по договору страхования, распространяются также на Застрахованное лицо, если по договору застрахована ответственность лица, иного, чем Страхователь.

1.6. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.6.1. Медицинская организация - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии, с которой Страховщик заключил договор и/или указанное в Договоре страхования (Полисе).

1.6.1. Медицинская деятельность - предоставление Страхователем (Застрахованным лицом) профессиональных медицинских услуг на основании лицензии и/или квалификационного аттестата установленной формы, а также иных документов, дающих право на осуществление профессиональной медицинской деятельности.

1.6.2. Фармацевтическая деятельность - предоставление Страхователем (Застрахованным лицом) профессиональных фармацевтических услуг по изготовлению по рецептам врачей и требованиям лечебно-профилактических учреждений всех видов лекарственных форм и их реализации населению на основании лицензии и иных документов, дающих право на осуществление профессиональной фармацевтической деятельностью.

1.6.4. Профессиональная ответственность - предусмотренная действующим законодательством Российской Федерации гражданская ответственность юридического или физического лица за вред, причиненный третьим лицам в результате ошибки или

упущения, совершенных при осуществлении профессиональной медицинской или фармацевтической деятельности, проводимой Страхователем на основании специального разрешения (лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности) и требующей специальных знаний, опыта и квалификации.

1.7. Договор страхования считается заключенным в пользу третьих лиц - потребителей медицинских/фармацевтических услуг, которым может быть причинен вред жизни и здоровью вследствие осуществления Страхователем (Застрахованным лицом) медицинской/фармацевтической 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.

1.8. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, в том случае, если в договоре прямо указывается на их применение и сами Правила приложены к договору. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора удостоверяется записью в договоре (страховом полисе).

1.9. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования (выдержки из Правил), страховые программы к отдельному договору или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие Полисные условия прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.10. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством РФ.

1.11. Страховщик вправе помимо Дополнительных условий создавать Специальные условия страхования, отражающие особенности отдельных программ страхования. Страховщик обязан соблюдать при этом требования законодательства Российской Федерации в части внесения изменений в документы, явившиеся основанием для выдачи лицензии на страховую деятельность.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц в результате ошибки или упущения при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности, указанной в договоре страхования.

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.

3.1.1. Страховым риском с учетом всех положений, определений, исключений, предусмотренных пунктами 3.5 и 3.6 настоящих Правил, является риск возникновения ответственности Страхователя (Застрахованного лица) за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц, выразившееся в смерти третьего лица или ухудшения его здоровья, повлекшим за собой установление инвалидности, в результате непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении застрахованной 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.

3.2.1. Страховым случаем с учетом всех положений, определений, исключений, предусмотренных пунктами 3.5 и 3.6 настоящих Правил, является наступление ответственности Страхователя (Застрахованного лица) за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц, выразившееся в смерти третьего лица или ухудшения его здоровья, повлекшим за собой установление инвалидности, вследствие непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении Застрахованной деятельности.

3.2.2. Событие признается страховым случаем при условии, что:

3.2.2.1. имеется наличие прямой причинно-следственной связи причинения вреда и профессиональной деятельности Страхователя (Застрахованного лица), ответственность за которую предусмотрена условиями договора страхования;

3.2.2.2. требования о возмещении вреда заявлены в течение сроков исковой давности в соответствии и на основе норм гражданского законодательства Российской Федерации.

3.2.3. Основанием для признания случая страховым и удовлетворения требований третьих лиц о возмещении нанесенного им вреда должно являться:

3.2.3.1. либо вступившее в законную силу решение судебных органов о возмещении вреда, если дело по поданному третьим лицом иску рассматривалось в суде, арбитражном суде или третейском суде;

3.2.3.2. либо достигнутое между Страховщиком, Страхователем и третьим лицом соглашение о досудебном урегулировании заявленных претензий (без подачи третьим лицом иска в судебные органы), заключенное на основании предъявленного третьим лицом Страхователю требования о возмещении вреда с приложением документов, подтверждающих размер нанесенного убытка.

3.3. В рамках настоящих Правил под непреднамеренными (неумышленными) ошибочными действиями (бездействиями) понимаются:

3.3.1. ошибка работников медицинской организации при применении в отношении пострадавшего методов диагностики, профилактики или лечения вследствие их добросовестного заблуждения, в том числе ошибка в диагнозе пострадавшего, полноте диагностики, определении сроков и периодичности оказания лечения, выборе метода лечения;

3.3.2. ненадлежащее оказание или неоказание медицинской помощи в нарушение стандартов медицинской помощи или порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3.3.3. нарушение работником медицинской организацией в отношении пострадавшего обоснованности выбора лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и медицинских изделий;

3.3.4. обследование, лечение и содержание пострадавшего в условиях, не соответствующих санитарно-противоэпидемическим требованиям;

3.3.5. несоблюдение в отношении пострадавшего критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий;

3.3.6. нарушение в отношении пострадавшего условий и порядка изъятия органов и (или) тканей либо условий и порядка трансплантации;

3.3.7. нарушение порядка заготовки, переработки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови или ее компонентов и применения препаратов крови;

3.3.8. применение в отношении пострадавшего лекарственного препарата, пришедшего в негодность в результате нарушения медицинской организацией правил хранения лекарственных средств, правил отпуска лекарственных препаратов, правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов.

3.3.9. непреднамеренной ошибки при составлении лекарственных препаратов по выписанным рецептам и их последующая реализация населению или пациентам лечебно-профилактических учреждений.

3.4. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

3.5. По настоящим Правилам не являются застрахованными рисками (страховыми случаями) и не порождают обязательств Страховщика по страховым выплатам требования, возникшие прямо или косвенно в результате:

3.5.1. ущерб, причиненный третьим лицам в результате профессиональных ошибок или упущений, допущенных Застрахованным лицом до начала страхования;

3.5.2. ущерб, причиненный в период приостановления (отзыва, лишения) выданной Страхователю (Застрахованному лицу) лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности либо после окончания ее действия;

3.5.3. ущерба, возникшего в связи с деятельностью Страхователя, не оговоренной в договоре страхования;

3.5.4. ущерба, причиненного третьим лицам вследствие неустранения Страхователем (Застрахованным лицом) в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, заметно повышающих степень риска, на необходимость устранения которых указывал Страховщик;

3.5.5. ущерба, причиненного в результате нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) действующих законов, постановлений, ведомственных правил, инструкций или других нормативных документов, а также нормативно установленных медицинских или фармацевтических технологий, которыми он руководствуется или должен руководствоваться при осуществлении профессиональной деятельности;

3.5.6. ущерба, причиненного третьим лицам по причине принятия Страхователем (Застрахованным лицом) на себя в силу договора (соглашения, контракта) ответственности, которая не может возникнуть иным образом.

3.6. По настоящим Правилам не являются застрахованными рисками (страховыми случаями) и не порождают обязательств Страховщика по страховым выплатам (если это особо не предусмотрено договором страхования) требования за причинение вреда третьим лицам, если:

3.6.1. вред причинен при осуществлении деятельности в экстремальных условиях, из-за всякого рода военных действий, гражданских волнений, незаконных актов третьих лиц, военных или гражданских властей, ядерного взрыва, радиоактивного заражения, отключения электроэнергии, тепло- и водо- снабжения, во время ликвидаций последствий аварий и катастроф.

3.6.2. вред возник вследствие письменного отказа потерпевшего от медицинского вмешательства;

3.6.3. вред возник вследствие ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, или их представителям до наступления страхового случая.

3.6.4. заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п. при использовании Страхователем (Застрахованными лицами) шприцов не одноразового пользования, заражение при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови;

3.6.5. использования потерпевшим лицом лекарственных средств с просроченным периодом действия;

3.6.6. невыполнение потерпевшим лицом плана лечения и предписаний лечащего врача.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик несет обязанность по выплате страхового возмещения при наступлении страхового случая.

4.2. Размер страховой суммы по договору страхования устанавливается Страхователем (Застрахованным лицом) и Страховщиком по их согласованию.

4.3. В договоре страхования могут быть установлены предельные суммы страховой выплаты (лимиты ответственности), в частности:

4.3.1. по одному (каждому) страховому случаю;

4.3.2. по одному потерпевшему;

4.3.3. по видам причиненного вреда и др.

Лимит возмещения может быть установлен в абсолютном размере или в процентах от страховой суммы.

4.4. В период действия договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить размер страховой суммы по договору в целом или отдельных лимитов ответственности. При изменении страховой суммы (лимитов ответственности) оформляется дополнительное соглашение к договору страхования. При увеличении страховой суммы Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, рассчитанный пропорционально количеству месяцев, оставшихся до конца срока действия договора, при этом неполный месяц считается за полный.

4.5. При наступлении страхового случая и выплате страхового возмещения страховая сумма уменьшается на размер страховой выплаты. Страховая сумма может быть восстановлена до первоначальной, путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения на оставшийся срок страхования с оплатой дополнительно соответствующей части страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется в письменной форме и является неотъемлемой частью договора страхования.

4.6. По соглашению Сторон договором страхования может быть предусмотрено собственное участие Страхователя (Застрахованного лица) в возмещении причиненного вреда (франшиза).

4.7. 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.

4.7.1. При условной (невывчитаемой) франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

4.7.2. При безусловной (вычитаемой) франшизе размер страховой выплаты как разница между размером убытка и размером франшизы.

4.8. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете возмещения по каждому случаю.

Договором страхования могут быть предусмотрены иной порядок учета франшизы при расчете размера страхового возмещения.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

5.1. Страховая премия – денежная сумма, которую Страхователь обязуется уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховая премия оплачивается единовременно или, по соглашению сторон, может вноситься несколькими страховыми взносами, в порядке и сроки, указываемые в договоре страхования.

5.3. Если в договоре страхования не указано иного, то действует следующее условие:

- если при уплате премии в рассрочку внесение очередного страхового взноса просрочено, то страхование, обусловленное договором страхования, не распространяется на случаи, произошедшие с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как последний день уплаты взноса, внесение которого просрочено, и до 00 часов дня, следующего за днем фактической уплаты всех просроченных взносов в полном объеме.

В случае просрочки внесения очередного страхового взноса более чем на 30 календарных дней, договор страхования считается прекращенным с 24 часов последнего из предоставленных Страхователю дней на оплату этого взноса, о чем Страхователь уведомляется в письменном виде.

Уплаченные денежные средства при этом возврату Страхователю не подлежат.

5.4. При наступлении в период действия договора страхования (страхового полиса) события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь до обращения к Страховщику за страховой выплатой обязан оплатить страховую премию в полном объеме (при условии оплаты страховой премии в рассрочку), если иное не предусмотрено договором страхования.

5.5. Страховую премию (страховые взносы) за Страхователя может уплатить иное лицо.

5.6. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) является дата поступления на расчетный счет Страховщика, внесения в кассу или уплаты представителю Страховщика суммы страховой премии (страхового взноса) в полном объеме. Договором страхования может быть определена иная дата уплаты страховой премии (страхового взноса).

5.7. В случае заключения договора страхования на срок, менее 1 года, тарифы для определения страховой премии на срок от 1 до 11 месяцев, рассчитываются в процентах от годового размера страхового тарифа следующим образом, при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный:

1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

5.8. При страховании на срок более года страховой тариф получается умножением 1/12 базового годового страхового тарифа на количество месяцев, составляющих срок страхования (при этом неполный месяц считается за полный).

5.9. При заключении договора страхования может быть предусмотрен иной, чем предусмотренный в п.5.7-5.8, порядок определения страхового тарифа.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор страхования оформляется в письменной форме путем составления одного документа либо выдачей страховщиком страхователю страхового полиса.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. По просьбе Страхователя и с его слов заявление может быть заполнено представителем Страховщика. Ответственность за достоверность данных, указанных в заявлении на страхование, несет Страхователь. Заполненное заявление подписывается и заверяется Страхователем или его уполномоченным представителем.

6.3. Для оценки степени риска Страхователь обязан сообщить по установленной Страховщиком форме Заявления на страхование (с Приложениями) обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска (вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления). Страхователь обязан также дать ответы на все поставленные ему в заявлении на страхование вопросы.

В Заявления указываются:

- юридический адрес и срок деятельности Страхователя;
- сведения о выданной Страхователю лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности;
- вид страхуемой медицинской или фармацевтической деятельности;
- сведения о профессиональной квалификации страхуемых лиц и документов об образовании (дипломов, сертификатов), подтверждающих получение ими профессиональных знаний в области медицинской или фармацевтической деятельности;
- сведения о стаже работы страхуемых лиц в области медицинской или фармацевтической деятельности;
- сведения о количестве имевших место требований третьих лиц к Страхователю по поводу возмещения ущерба, причиненного в связи с осуществлением медицинской или фармацевтической деятельности, а также о суммах предъявленного к возмещению ущерба и суммах выплаченного возмещения;
- срок действия договора и страховые суммы по каждому страхуемому лицу;
- другие обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Заявление на страхование с приложением списка страхуемых лиц является неотъемлемой частью договора страхования.

6.4. Договор страхования оформляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Факт заключения договора страхования удостоверяется передаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом.

В случае утери договора страхования (полиса) в период его действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат. После выдачи дубликата утерянный договор страхования (полис) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

6.5. При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:

- об имущественном интересе, являющемся объектом страхования, включая состав возможных убытков (расходов) Выгодоприобретателей и расходов Страхователя, покрываемых страхованием;

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

- о размерах страховой суммы, лимитов ответственности и собственного участия Страхователя в возмещении убытков (франшизы);

- о сроке действия договора.

6.6. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

6.7. Договор страхования вступает в силу (если иное не предусмотрено договором):

- при уплате страховой премии наличными деньгами - с 00.00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (ее первого взноса) представителю (в кассу) Страховщика;

- при уплате страховой премии по безналичному расчету - с 00.00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (ее первого взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.8. Действие договора страхования прекращается в 24.00 часов дня, указанного в полисе как день окончания действия договора.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока его действия;

7.1.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

7.1.3. неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные в договоре страхования (полисе) объеме и сроки;

7.1.4. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

7.1.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;

7.1.6. ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;

7.1.7. прекращения у Страхователя действия (аннулирования, отзыва, признания недействительной, лишения, истечения срока действия) лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности;

7.1.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, при которых возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.1.9. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, оговоренным п.п.7.1.6.-7.1.8. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть

страховой премии, указанной в договоре к уплате, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при этом неполный месяц считается как полный).

7.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора страхования, а также по соглашению сторон.

7.3. В случае досрочного прекращения договора по инициативе Страхователя, если к этому моменту возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, оговоренным п.п.7.1.6.-7.1.8. настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором.

7.4. Если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком настоящих Правил или условий договора страхования, то последний возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью при условии отсутствия по договору страховых выплат и заявленных претензий.

7.5. Если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем настоящих Правил или условий договора страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии, указанной в договоре (полисе) к уплате, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при этом неполный месяц считается как полный).

7.6. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

7.7. Ответственность Страховщика по досрочно прекращенному договору заканчивается в 24.00 часов дня, указанного в заявлении как дата расторжения договора.

7.8. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения в случаях, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации. Факт признания договора страхования недействительным устанавливается судом (гражданским, арбитражным, третейским).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменять условия договора с оформлением дополнительного соглашения сторон;

8.1.2. получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты;

8.1.3. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном разделом 7 настоящих Правил или условиями договора.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);

8.2.2. ознакомить Застрахованных лиц с настоящими Правилами и условиями договора страхования;

8.2.3. своевременно, в сроки и объеме, оговоренные в договоре страхования (полисе), вносить страховые взносы;

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

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

8.2.5. при заключении договора страхования, а также в период его действия информировать Страховщика о всех заключенных или заключаемых аналогичных договорах страхования с другими Страховщиками;

8.2.6. при наступлении события, результатом которого может явиться или явилось требование третьего лица о возмещении причиненного ему вреда, Страхователь обязан:

8.2.6.1. немедленно принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки, а также по спасению жизни и здоровья лиц, которым нанесен ущерб;

8.2.6.2. незамедлительно, но в любом случае не позднее 3-х дней (за исключением выходных и праздничных дней) в письменном виде сообщить Страховщику о случившемся событии и всех сопутствующих ему обстоятельствах;

8.2.6.3. предпринять все возможные меры для выяснения причин и последствий случившегося события;

8.2.6.4. предоставлять Страховщику всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях случившегося события, характере и размерах причиненного ущерба;

8.2.6.5. в той мере, насколько это доступно, обеспечить участие Страховщика или его представителя в установлении размера причиненного ущерба;

8.2.6.6. не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью требования третьих лиц о возмещении вреда, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика;

8.2.6.7. незамедлительно известить Страховщика о всех требованиях, предъявляемых ему в связи со случившимся событием, и предоставить Страховщику все относящиеся к данному событию документы (копии исковых заявлений, писем, определения суда о назначении дела к слушанию и других документов, связанных с рассмотрением дела в суде и т.д.);

8.2.6.8. в случае, если Страховщик сочтет необходимым назначить своего адвоката или иное уполномоченное лицо для защиты интересов Страхователя (Застрахованного лица) - выдать доверенность и иные необходимые документы указанным Страховщиком лицам и оказывать им всевозможное содействие в судебной и во внесудебной защите;

8.2.6.9. совершать другие действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

8.2.7. на Страхователе лежит обязанность проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения этого договора в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.;

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

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

8.2.9. совершать другие действия, предусмотренные действующим законодательством, настоящими Правилами страхования и/или договором страхования (страховым полисом).

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. при заключении договора страхования проверять достоверность сообщаемой Страхователем информации.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных при заключении договора, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

8.3.2. принимать участие в выяснении обстоятельств случившегося события и переговорах с заинтересованными лицами и представителями компетентных органов;

8.3.3. от имени Страхователя (Застрахованного лица) делать заявления в отношении предъявляемых требований третьих лиц, вести переговоры и заключать соглашения о возмещении причиненного вреда, а также представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя.

Участие Страховщика или его представителей в переговорах или соглашениях, а также ведение дел в судебных и иных органах не являются признанием обязанности Страховщика выплатить страховое возмещение;

8.3.4. оспорить размер имущественных претензий к Страхователю (Застрахованному лицу) в установленном законом порядке;

8.3.5. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном разделом 8 настоящих Правил или условиями договора.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования;

8.4.2. в трехдневный срок со дня вступления договора в силу выдать Страхователю страховой полис;

8.4.3. при признании происшедшего случая страховым произвести выплату страхового возмещения в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил или условиями договора страхования;

8.4.4. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), его имущественном положении и условиях договора страхования за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВРЕДА И ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

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

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

9.1.3. письменное заявление на выплату страхового возмещения;

9.1.4. копию договора страхования (страхового полиса);

9.1.5. 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);

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

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

9.1.8. 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 Застрахованной деятельности и наступившими у потерпевшего лица последствиями.

9.1.9. 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;

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

9.1.11. банковские реквизиты для осуществления выплаты.

9.2. 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 изменен Страховщиком:

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

9.2.1.1. 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 2-НДФЛ или иной документ, подтверждающие размер среднего месячного заработка (дохода), стипендии, пенсии, пособий, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью;

9.2.1.2. 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. 9.2.1.2. 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);

9.2.1.3. 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;

9.2.1.4. 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;

9.2.2. 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.

9.2.3. 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.

9.2.4. 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).

9.3. После представления всех необходимых документов, указанных в п. 9.2. Правил, позволяющих судить об обстоятельствах, повлекших наступление страхового случая, и о размере причиненного вреда Выгодоприобретателям, Страховщик обязан:

9.3.1. 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;

9.3.2. 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;

9.3.3. 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.

9.4. 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.

9.5. Сумма страхового возмещения в зависимости от вида причиненного вреда определяется:

9.5.1. в целях возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших лиц сумма страхового возмещения может определяться по одному из вариантов, указанных в договоре страхования:

Вариант 1.

9.5.1.1. Расходы на погребение.

Размер расходов определяется исходя из стоимости услуг по погребению, установленных органами исполнительной власти субъектов РФ по согласованию с соответствующими отделениями Пенсионного фонда РФ и Фонда социального страхования РФ в соответствующем регионе.

9.5.1.2. Вред в связи со смертью кормильца.

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

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

Установленный каждому из имеющих право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, размер причинения вреда не подлежит дальнейшему перерасчету, кроме случаев:

- рождение ребенка после смерти кормильца;
- назначения или прекращения выплаты возмещения лицам, занятым уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего кормильца.

9.5.1.3. Утраченный заработок.

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

В состав утраченного заработка (дохода) Выгодоприобретателя включаются:

- все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые налогом на доходы физических лиц;

- выплаченное пособие за период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам;

- доходы от предпринимательской деятельности на основании данных налоговой инспекции, а также авторский гонорар.

Не подлежат возмещению заработки (доходы), имеющие случайный, несистематический, вероятный или единовременный характер (например, компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении).

9.5.1.4. Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья.

Дополнительно понесенные расходы включают в себя расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, если установлено, что Потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Страховщик вправе по согласованию с Выгодоприобретателем произвести частичную страховую выплату на основании документов о предоставленных медицинских услугах, необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, либо оплатить эти услуги непосредственно оказавшему их медицинскому учреждению.

Вариант 2.

9.5.1.5. Условиями договора страхования может быть предусмотрен следующий вариант выплаты по страховым случаям, связанным с причинением вреда жизни и здоровью:

9.5.1.6. в случае причинения вреда здоровью потерпевшего, повлекшем за собой установление инвалидности – в размере лимитов ответственности, установленных в договоре страхования для каждой группы инвалидности.

9.5.1.7. в случае смерти пострадавшего – в размере лимита ответственности, установленного в договоре страхования на случай смерти.

9.5.2. В целях возмещения Страхователю (Застрахованном лицу) судебных расходов: 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;

9.5.3. В целях возмещения расходов на проведение экспертизы: 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;

9.5.4. В целях возмещения расходов по уменьшению размера вреда, произведенных Страхователем (Застрахованным лицом): 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. 9.5.2. - 9.5.4. 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.

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

9.7. При отсутствии спора о том, имел ли место страховой случай, наличия у потерпевшего права на получение страхового возмещения и обязанности Страхователя его возместить, причинной связи между страховым случаем и возникшим ущербом и размером причиненного ущерба, заявленные требования удовлетворяются, и страховое возмещение выплачивается во внесудебном порядке.

9.7.1. В этом случае определение размеров ущерба и сумм страхового возмещения производится Страховщиком на основании документов указанных в разделе 12 настоящих Правил страхования.

9.8. При наличии спора об обстоятельствах, перечисленных в п.п. 9.1 и 9.2. настоящих Правил, выплата страхового возмещения осуществляется на основании вступившего в законную силу приговора суда (арбитражного суда).

В случае судебного урегулирования предъявленных к Страхователю претензий, Страхователь в течение двух дней с момента вынесения судебного решения должен уведомить Страховщика о вынесении решения судом, после получения решения суда в течение трех дней направить в адрес Страховщика:

- аварийный сертификат, составленный экспертной комиссией, содержащий причины и возможные последствия страхового случая, повлекшего нанесение вреда третьим лицам;

- иски, предъявляемые Страхователю в связи с наступившим событием;

- копии Постановления о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела;

- копии приговора суда или копии постановления о приостановлении производства по уголовному делу или постановления о прекращении уголовного дела;

- решение судебного органа, содержащие размеры сумм, подлежащих возмещению в связи с наступлением страхового случая, включаемого в объем ответственности Страховщика по договору страхования.

- оригинал исполнительного листа.

9.9. Выплата страхового возмещения в части возмещения вреда жизни и здоровью, предусмотренного п. 9.5.1. настоящих Правил, производится Выгодоприобретателю.

9.10. Расходы, указанные в п.п. 9.5.2. – 9.5.4. настоящих Правил страхования, возмещаются непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу).

9.11. Выплата страхового возмещения производится путем безналичного перечисления денежных средств в рублях на расчетный счет Выгодоприобретателя

(Страхователя, Застрахованного лица) или наличными деньгами через кассу Страховщика.

9.12. В случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) является не единственным лицом, ответственным за причинение ущерба третьим лицам, Страховщик выплачивает страховое возмещение в соответствии с долей ущерба, приходящейся на Страхователя (Застрахованное лицо).

9.13. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования, не может превышать общего размера страховой суммы по договору.

9.14. После выплаты страхового возмещения страховая сумма по договору в целом уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем, Страховщиком и Выгодоприобретателем, вытекающие из договора страхования, а также разногласия по поводу обстоятельств, характера, размера ущерба и выплат страхового возмещения разрешаются сторонами в досудебном претензионном порядке.

10.2. При не достижении сторонами соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

До предъявления иска в суд Страхователь, Выгодоприобретатель обязан направить досудебную претензию. Страховщик обязан в течение 10 рабочих дней рассмотреть и произвести выплату или направить Страхователю, Выгодоприобретателю обоснованный отказ. При отсутствии ответа или при несогласии с решением Страховщика, Страхователь, Выгодоприобретатель вправе обратиться в суд.

10.3. Уступка права на получение страхового возмещения третьим лицами не допускается.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам страхования профессиональной ответственности
медицинских и фармацевтических работников
БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
(в % от страховой суммы)

Страховые риски	<i>Тб(руб. со 100 рублей страховой суммы)</i>
<i>Причинение вреда имущественным интересам третьих лиц</i>	1.24
<i>Страхование ответственности частнопрактикующих врачей</i>	1.47
<i>Страхование ответственности фармацевтических организаций</i>	0.86

Коэффициенты, применяемые к базовому страховому тарифу

1. Поправочные коэффициенты в зависимости от номенклатуры работ (услуг):

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

Примечания.

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

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

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

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

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

g_i - количество медицинских работников в i -ой группе.

2. **Поправочные коэффициенты в зависимости от опыта работы медицинского учреждения, его работника или частнопрактикующего врача:**

Опыт работы (стаж)	Коэффициент
До 3 лет	1,5
От 3 лет до 10 лет	1,1
Свыше 10 лет	0,9

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

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

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

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

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

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

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

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

В частности, могут быть учтены:

- вид(ы) судебного(ых) акта(ов), на основании которого(ых) Страховщик производит выплату: решение суда общей юрисдикции по существу дела; определение суда общей юрисдикции, утверждающее условия мирового соглашения;
- общая численность медицинского персонала («степень укомплектованности» медицинской организации медицинским персоналом);
- уровень оснащенности необходимым медицинским оборудованием, инструментом, медикаментами;
- объем медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицом за предыдущие 12 месяцев работы;
- прочие факторы ситуации риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к Правилам страхования профессиональной ответственности
медицинских и фармацевтических работников
ОБРАЗЕЦ ПРОЕКТА

ДОГОВОР № _____

СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ/ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

г. _____

" _____ " _____ 20__ г.

Публичное акционерное общество «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ» (лицензия ЦБ РФ СИ №1834 от 01.02.2016 г.), именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице _____, действующего(ей) на основании _____, с одной стороны, и _____, в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор, далее Договор, о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Договор заключен на основании Правил страхования профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников, утвержденных приказом ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» от «__» марта 2017 г. № _____. Положения настоящего Договора имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

1.2. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц в результате ошибки или упущения при осуществлении Застрахованной деятельности, указанной в п. 1.2 настоящего договора.

1.3. Застрахованной деятельностью по настоящему Договору является _____

1.4. Договор страхования заключен по письменному заявлению Страхователя (Приложение 1 к настоящему договору), к которому прилагается список Застрахованных лиц (Приложение 2 к настоящему договору). Приложения 1 и 2 являются неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. Ответственность Страховщика по настоящему договору распространяется только на действия работников Страхователя (в дальнейшем Застрахованных лиц), указанных в Приложении 2 к настоящему договору.

1.6. В целях настоящего договора используются следующие понятия:

1.6.1. лимит ответственности по одному страховому случаю - сумма выплат по одному страховому случаю по возмещению вреда жизни и/или здоровью третьих лиц;

1.6.2. лимит ответственности по судебным расходам - сумма страховых выплат по судебным расходам Страхователя по делу о возмещении вреда, причиненного третьим лицам вследствие одного страхового случая;

1.6.3. страховая сумма - общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия настоящего договора, включая судебные расходы Страхователя.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА.

2.1. Страховым случаем по настоящему Договору с учетом всех положений, определений, исключений, предусмотренных пунктами 2.6, 2.7 настоящего Договор, является наступление ответственности Страхователя (Застрахованного лица) за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц, выразившееся в смерти третьего лица или ухудшения его здоровья, повлекшим за собой установление инвалидности, вследствие непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении Застрахованной деятельности.

2.2. Событие признается страховым случаем при условии, что:

2.2.1. имеется наличие прямой причинно-следственной связи причинения вреда и профессиональной деятельности Страхователя (Застрахованного лица), ответственность за которую предусмотрена условиями договора страхования;

2.2.2. требования о возмещении вреда заявлены в течение сроков исковой давности в соответствии и на основе норм гражданского законодательства Российской Федерации.

2.3. Основанием для признания случая страховым и удовлетворения требований третьих лиц о возмещении нанесенного им вреда должно являться:

2.3.1. либо вступившее в законную силу решение судебных органов о возмещении вреда, если дело по поданному третьим лицом иску рассматривалось в суде, арбитражном суде или третейском суде;

2.3.2. либо достигнутое между Страховщиком, Страхователем и третьим лицом соглашение о досудебном урегулировании заявленных претензий (без подачи третьим лицом иска в судебные органы), заключенное на основании предъявленного третьим лицом Страхователю требования о возмещении вреда с приложением документов, подтверждающих размер нанесенного убытка.

2.4. В рамках настоящего Договора под непреднамеренными (неумышленными) ошибочными действиями (бездействиями) понимаются ***(необходимое отметить)***:

2.4.1. ошибка работников медицинской организации при применении в отношении пострадавшего методов диагностики, профилактики или лечения вследствие их добросовестного заблуждения, в том числе ошибка в диагнозе пострадавшего, полноте диагностики, определении сроков и периодичности оказания лечения, выборе метода лечения;

2.4.2. ненадлежащее оказание или неоказание медицинской помощи в нарушение стандартов медицинской помощи или порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2.4.3. нарушение работником медицинской организацией в отношении пострадавшего обоснованности выбора лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и медицинских изделий;

2.4.4. обследование, лечение и содержание пострадавшего в условиях, не соответствующих санитарно-противоэпидемическим требованиям;

2.4.5. несоблюдение в отношении пострадавшего критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий;

2.4.6. нарушение в отношении пострадавшего условий и порядка изъятия органов и (или) тканей либо условий и порядка трансплантации;

2.4.7. нарушение порядка заготовки, переработки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови или ее компонентов и применения препаратов крови;

2.4.8. применение в отношении пострадавшего лекарственного препарата, пришедшего в негодность в результате нарушения медицинской организацией правил хранения

лекарственных средств, правил отпуска лекарственных препаратов, правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов.

2.4.9. непреднамеренной ошибки при составлении лекарственных препаратов по выписанным рецептам и их последующая реализация населению или пациентам лечебно-профилактических учреждений.

2.5. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматриваются как один страховой случай.

2.6. По настоящему Договору не являются застрахованными рисками (страховыми случаями) и не порождают обязательств Страховщика по страховым выплатам требования, возникшие прямо или косвенно в результате:

2.6.1. ущерба, причиненного третьим лицам в результате профессиональных ошибок или упущений, допущенных Застрахованным лицом до начала страхования;

2.6.2. ущерба, причиненного в период приостановления (отзыва, лишения) выданной Страхователю (Застрахованному лицу) лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности либо после окончания ее действия;

2.6.3. ущерба, возникшего в связи с деятельностью Страхователя, не оговоренной в договоре страхования;

2.6.4. ущерба, причиненного третьим лицам вследствие неустранения Страхователем (Застрахованным лицом) в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, заметно повышающих степень риска, на необходимость устранения которых указывал Страховщик;

2.6.5. ущерба, причиненного в результате нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) действующих законов, постановлений, ведомственных правил, инструкций или других нормативных документов, а также нормативно установленных медицинских или фармацевтических технологий, которыми он руководствуется или должен руководствоваться при осуществлении профессиональной деятельности;

2.6.6. ущерба, причиненного третьим лицам по причине принятия Страхователем (Застрахованным лицом) на себя в силу договора (соглашения, контракта) ответственности, которая не может возникнуть иным образом.

2.7. Не относится к страховым случаям предъявление к Страхователю требований за причинение вреда третьим лицам, если:

2.7.1. вред причинен при осуществлении деятельности в экстремальных условиях, из-за всякого рода военных действий, гражданских волнений, незаконных актов третьих лиц, военных или гражданских властей, ядерного взрыва, радиоактивного заражения, отключения электроэнергии, тепло- и водо- снабжения, во время ликвидаций последствий аварий и катастроф.

2.7.2. вред возник вследствие письменного отказа потерпевшего от медицинского вмешательства;

2.7.3. вред возник вследствие ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, или их представителям до наступления страхового случая.

2.7.4. заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п. при использовании Страхователем (Застрахованными лицами) шприцов не одноразового пользования, заражение при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови;

2.7.5. использования потерпевшим лицом лекарственных средств с просроченным периодом действия;

2.7.6. невыполнение потерпевшим лицом плана лечения и предписаний лечащего врача.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховая сумма и лимит ответственности устанавливаются в следующем размере:

3.1.1. Страховая сумма составляет

(сумма цифрами и прописью)

3.1.2. Лимит ответственности по судебным расходам

(сумма цифрами и прописью)

3.1.3. Лимит ответственности по одному страховому случаю

(сумма цифрами и прописью)

3.2. Страховая премия в размере

(сумма цифрами и прописью)

уплачивается Страхователем безналичным платежом на расчетный счет либо наличными деньгами в кассу Страховщика одновременно до "___" _____ 20 ___ г.:

Днем уплаты считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

3.2. При неуплате Страхователем страховой премии в размере и срок, оговоренные в п. 3.3, договор страхования считается несостоявшимся.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования заключается на срок _____:

4.2. Договор вступает в силу в 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет (в кассу) Страховщика и действует в течение _____.

4.3. Настоящий договор заканчивается в 24 часа последнего дня срока, указанного в п. 4.2.

4.4. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

4.4.1. истечения срока его действия;

4.4.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – в случае, когда общая сумма выплаченного страхового возмещения становится равной страховой сумме;

4.4.3. отзыва лицензии на деятельность Страхователя;

4.4.4. по инициативе Страхователя. При досрочном отказе Страхователя от настоящего Договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

О досрочном расторжении Договора Страхователь должен письменно уведомить Страховщика не позднее, чем за 5 банковских дней до предполагаемой даты расторжения;

4.4.5. ликвидации Страхователя;

4.4.6. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

4.5. Страховщик вправе потребовать признания заключенного Договора недействительным:

4.5.1. если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

4.5.2. в случае неисполнении Страхователем обязанности незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных

Страховщику в Заявлении (Приложение № 1), а также иных обстоятельствах, сообщенных Страховщику в письменном виде по запросу последнего.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА ВРЕДА

5.1. Сумма страхового возмещения в зависимости от вида причиненного вреда определяется (*выбирается и оставляется нужный вариант возмещения*):

5.5.1. в целях возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью потерпевших лиц сумма страхового возмещения определяться по одному из вариантов:

Вариант 1.

5.5.1.1. Расходы на погребение.

Размер расходов определяется исходя из стоимости услуг по погребению, установленных органами исполнительной власти субъектов РФ по согласованию с соответствующими отделениями Пенсионного фонда РФ и Фонда социального страхования РФ в соответствующем регионе.

5.5.1.2. Вред в связи со смертью кормильца.

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

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

Установленный каждому из имеющих право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, размер причинения вреда не подлежит дальнейшему перерасчету, кроме случаев:

- рождение ребенка после смерти кормильца;
- назначения или прекращения выплаты возмещения лицам, занятым уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего кормильца.

5.5.1.3. Утраченный заработок.

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

В состав утраченного заработка (дохода) Выгодоприобретателя включаются:

- все виды оплаты его труда по трудовым и гражданско-правовым договорам, как по месту основной работы, так и по совместительству, облагаемые налогом на доходы физических лиц;
- выплаченное пособие за период временной нетрудоспособности или отпуска по беременности и родам;
- доходы от предпринимательской деятельности на основании данных налоговой инспекции, а также авторский гонорар.

Не подлежат возмещению заработки (доходы), имеющие случайный, несистематический, вероятный или единовременный характер (например, компенсация за неиспользованный отпуск и выходное пособие при увольнении).

5.5.1.4. Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья.

Дополнительно понесенные расходы включают в себя расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, если установлено, что Потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Страховщик вправе по согласованию с Выгодоприобретателем произвести частичную страховую выплату на основании документов о предоставленных медицинских услугах,

необходимость в оказании которых была вызвана страховым случаем, либо оплатить эти услуги непосредственно оказавшему их медицинскому учреждению.

Вариант 2.

5.5.1.1. в случае причинения вреда здоровью потерпевшего, повлекшем за собой установление инвалидности – в размере следующих лимитов ответственности, установленных для каждой группы инвалидности.

I группа инвалидности - _____;

II группа инвалидности - _____;

III группа инвалидности - _____.

5.5.1.2. в случае смерти пострадавшего – в размере лимита ответственности, установленного на случай смерти _____.

5.5.2. В целях возмещения Страхователю (Застрахованному лицу) судебных расходов: 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;

5.5.3. В целях возмещения расходов на проведение экспертизы: 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;

5.5.4. В целях возмещения расходов по уменьшению размера вреда, произведенных Страхователем (Застрахованным лицом): 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. 5.5.2. - 5.5.4. 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.

6. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

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

6.1.1. письменное заявление на выплату страхового возмещения;

6.1.2. настоящий договор страхования;

6.1.3. 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);

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

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

6.1.6. 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 Застрахованной деятельности и наступившими у потерпевшего лица последствиями.

6.1.7. 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;

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

6.1.9. банковские реквизиты для осуществления выплаты.

6.2. 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. (в зависимости от выбранного варианта возмещения в главе 5 перечень указанных документов может быть изменен Страховщиком):

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

6.2.1.1. 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 2-НДФЛ или иной документ, подтверждающие размер среднего месячного заработка (дохода), стипендии, пенсии, пособий, которые потерпевший имел на день причинения вреда его здоровью;

6.2.1.2. 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. 9.2.1.2. 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);

6.2.1.3. 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;

6.2.1.4. 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;

6.2.2. 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.

6.2.3. 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.

6.2.4. 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).

6.3. После представления всех необходимых документов, указанных в п. 6.2. настоящего Договора, позволяющих судить об обстоятельствах, повлекших наступление страхового случая, и о размере причиненного вреда Выгодоприобретателям, Страховщик обязан:

6.3.1. 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;

6.3.2. 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;

6.3.3. 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.

6.4. 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.

6.5. Выплата страхового возмещения осуществляется в пределах страховой суммы и лимитов ответственности, установленных в настоящем Договоре.

6.6. При отсутствии спора о том, имел ли место страховой случай, наличия у потерпевшего права на получение страхового возмещения и обязанности Страхователя его возместить, причинной связи между страховым случаем и возникшим ущербом и размером причиненного ущерба, заявленные требования удовлетворяются, и страховое возмещение выплачивается во внесудебном порядке.

6.6.1. В этом случае определение размеров ущерба и сумм страхового возмещения производится Страховщиком на основании документов указанных в пунктах 6.1 и 6.2 настоящего Договора.

6.7. При наличии спора об обстоятельствах, перечисленных в п.п. 6.1 и 6.2. настоящего Договора, выплата страхового возмещения осуществляется на основании вступившего в законную силу приговора суда (арбитражного суда).

6.7.1. В случае судебного урегулирования предъявленных к Страхователю претензий, Страхователь в течение двух дней с момента вынесения судебного решения должен уведомить Страховщика о вынесении решения судом, после получения решения суда в течение трех дней направить в адрес Страховщика:

- аварийный сертификат, составленный экспертной комиссией, содержащий причины и возможные последствия страхового случая, повлекшего нанесение вреда третьим лицам;
- иски, предъявляемые Страхователю в связи с наступившим событием;
- копии Постановления о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела;
- копии приговора суда или копии постановления о приостановлении производства по уголовному делу или постановления о прекращении уголовного дела;
- решение судебного органа, содержащие размеры сумм, подлежащих возмещению в связи с наступлением страхового случая, включаемого в объем ответственности Страховщика по договору страхования.
- оригинал исполнительного листа.

6.8. Выплата страхового возмещения в части возмещения вреда жизни и здоровью производится Выгодоприобретателю.

6.9. Расходы, указанные в п.п. 6.2.2. – 6.2.4. настоящего Договора страхования, возмещаются непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу).

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

6.11. В случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) является не единственным лицом, ответственным за причинение ущерба третьим лицам, Страховщик выплачивает страховое возмещение в соответствии с долей ущерба, приходящейся на Страхователя (Застрахованное лицо).

6.12. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования, не может превышать общего размера страховой суммы по договору.

6.13. После выплаты страхового возмещения страховая сумма по договору в целом уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения.

6.14. Не подлежат возмещению:

6.14.1. любые требования о возмещении вреда сверх объемов и сумм возмещения, предусмотренных действующим законодательством;

6.14.2. требования лиц, работающих у Страхователя, о возмещении вреда, причиненного им при исполнении ими обязанностей, предусмотренных трудовыми договорами, за исключением случая, когда вред причиняется им во внерабочее время и не в связи с выполнением им должностных обязанностей;

6.14.3. косвенные убытки;

6.14.4. дополнительные расходы, вызванные улучшением состояния здоровья потерпевшего (пластическая и косметическая хирургии всякого рода протезирование, включая ортопедическое, эндопротезирование, глазное, зубное и др., лечение на курорте, в санатории, других подобных учреждениях, дополнительные услуги в лечебном учреждении, связанных с предоставлением услуг дополнительного комфорта (телевизора, телефона, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.п.), не являющихся необходимыми и неотложными с медицинской точки зрения или не назначенных врачом).

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем, Страховщиком и Выгодоприобретателем, вытекающие из договора страхования, а также

разногласия по поводу обстоятельств, характера, размера ущерба и выплат страхового возмещения разрешаются сторонами в досудебном претензионном порядке.

7.2. При не достижении сторонами соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

До предъявления иска в суд Страхователь, Выгодоприобретатель обязан направить досудебную претензию. Страховщик обязан в течение 10 рабочих дней рассмотреть и произвести выплату или направить Страхователю, Выгодоприобретателю обоснованный отказ. При отсутствии ответа или при несогласии с решением Страховщика, Страхователь, Выгодоприобретатель вправе обратиться в суд.

7.3. Уступка права на получение страхового возмещения третьим лицами не допускается.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

8.1. Заявление Страхователя о заключении договора.

8.2. Список Застрахованных лиц.

Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу. Один экземпляр договора находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

	СТРАХОВЩИК	СТРАХОВАТЕЛЬ
Юридический адрес		
Фактический адрес		
Телефон:		
Факс:		
Банковские реквизиты:		

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

М.П.

М.П.

Договор оформил: _____ / _____ / Телефон: _____

Приложение 1

К Договору страхования профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников № _____ от "___" _____ 20__ г.

ОБРАЗЕЦ ПРОЕКТА

ЗАЯВЛЕНИЕ-ВОПРОСНИК

Общая информация

1. Наименование медицинского учреждения:

--

2. Контактное лицо:

--

3. Юридический адрес:

4. ИНН:

--	--

5. Фактический адрес месторасположения медицинского учреждения (если адресов несколько, укажите каждый, при необходимости приложите отдельный лист):

--

6. Телефон

7. Факс

8. Электронная почта

--	--	--

9. Лицензия:

--

10. Формы осуществления медицинской деятельности или оказания медицинской помощи:

Форма осуществления медицинской деятельности или оказания медицинской помощи	Необходимое отметить
Поликлиника	для взрослых
	для детей
Стационар <u>или</u> сочетание амбулаторно-поликлинических и стационарных способов оказания мед. помощи	для взрослых
	для детей
Частная практика	для взрослых
	для детей
Скорая медицинская помощь	
Прочее (указать)	

11. Номенклатуры работ (услуг):

Врачи общей практики (терапевты)	Необходимое отметить
----------------------------------	-------------------------

Врачи – специалисты:	
ХИРУРГИ:	
– нейрохирургия, кардиохирургия, косметология (пластическая хирургия), трансплантация органов	
– прочие (полостные, торакальные, урологи, онкологи, гинекологи, челюстнолицевые, офтальмологи, стоматологи-хирурги и т.д.)	
АНЕСТЕЗИОЛОГ	
АКУШЕР - ГИНЕКОЛОГ	
ГИНЕКОЛОГ	
СТОМАТОЛОГ - ТЕРАПЕВТ	
ОКУЛИСТ	
ПСИХИАТР	
ПРОЧИЕ специальности	
Средний медицинский персонал	
Прочие работники	

12. Укажите, планируете ли Вы расширять спектр оказываемых услуг в течение года, (если да, то необходимо указать, какие именно услуги планируется оказывать)? Да Нет

13. Укажите число работников медицинского учреждения:

всего,	
в т.ч. врачей, являющихся работниками Страхователя	
в т.ч. врачей, привлекаемых со стороны	
в т.ч. среднего медицинского персонала	

14. Опыт работы медицинского учреждения, его работника или частнопрактикующего врача:

15. Укажите приблизительный годовой доход медицинского учреждения:

Всего:	За прошлый год, руб.	Планируемый в текущем году, руб.
в т.ч. по договорам, оплачиваемыми пациентами		
в т.ч. в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС)		
в т.ч. в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС)		

16. Укажите приблизительное количество пациентов за год?

Предыдущий опыт страхования

17. Была ли Ваша ответственность (ответственность медработников) застрахована ранее? Да Нет Если «да», то укажите названия компаний и причины смены страховщика?

18. Имели ли место иски/претензии со стороны пациентов? Да Нет Если «да», то какое решение было вынесено, и каким образом урегулировались иски/претензии?

19. Имели ли место страховые выплаты? Да Нет В каком размере? Обстоятельства?

20.

Ведутся ли на данный момент судебные разбирательства по искам Ваших пациентов? Да Нет

21. Известно ли Вам о каких-либо обстоятельствах, способных привести к предъявлению претензии/иска? Да Нет Если «да», то, пожалуйста, укажите детали.

Необходимые условия страхования

22. Объем страхового покрытия (нужное – выделить):

Страхование только в отношении деятельности врачей	
Страхование в отношении деятельности врачей и среднего медицинского персонала	
Страхование только в отношении отдельных категорий врачей (в соответствии с Приложением 1)	
Страхование в отношении отдельных категорий врачей (в соответствии с Приложением 1) и среднего медицинского персонала	

23. Лимиты ответственности (страховая сумма):

Страховая сумма по договору страхования	
Лимиты ответственности: по одному страховому случаю в отношении одного врача в отношении одного пациента	

24. Франшиза (собственное участие Страхователя в оплате убытка):

25. Укажите требуемый период страхования:

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

ДЕКЛАРАЦИЯ:

Я/Мы заявляем, что вышеуказанные сведения, внесенные мной/нами или от моего/нашего имени в настоящий заявление-вопросник соответствуют действительности и являются полными и будут являться частью договора страхования. Просим осуществить страхование ответственности сроком на один год.

Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись: _____ / _____ /
М.П.

Примечание:

Для заключения договора страхования необходимо представить следующие документы:

1. Свидетельство о регистрации
2. Лицензия Страхователя
3. Полный перечень оказываемых медицинских услуг.
4. Договор аренды помещений либо свидетельство о праве собственности
5. Разрешение компетентных органов (Санэпидстанций, противопожарной службы и т.п.) на использование помещений для осуществления конкретной медицинской деятельности.
6. Результаты контроля Санэпидстанций за санитарно-гигиеническим состоянием помещений за последние 12 месяцев.
7. Разрешение компетентных органов на использование оборудования, приборов, инструментов в конкретной медицинской деятельности
8. Договора на обслуживание мед. техники, оборудования и т.п.
9. Организационно-штатная структура фирмы.
10. Допуски сотрудников к работе с мед. оборудованием, аппаратурой.
11. Документы, подтверждающие специализацию и опыт работы сотрудников мед. учреждения в данной конкретной медицинской специальности.
12. Баланс и отчет о финансовых результатах на последнюю отчетную дату

Не возражаю против снятия копий с оригиналов документов, перечисленных выше:

_____ / _____ /

(ответственное лицо)

(подпись)

М.П.

ПОЛИС № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ/ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

115035, Москва, Садовническая наб., д. 23, тел. (495) 737-03-03, факс (495) 234-65-15, Лицензия СЛ № 1834 от 01.02.2016 г.,
выданная ЦБ РФ.

Данный Полис является договором страхования и заключен на основании Правил страхования профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников (далее Правила). Текст вышеуказанных Правил в электронном виде размещен по адресу www.energogarant.ru.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес:

Телефон:

e-mail:

Застрахованная деятельность:

Застрахованные лица: Согласно Приложению 2 Список сотрудников

Объект страхования не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц в результате ошибки или упущения при осуществлении Застрахованной деятельности, указанной в настоящем Полисе.

Страховой случай с учетом всех положений, определений, исключений, предусмотренных пунктом 3.5. Правил, является наступление ответственности Страхователя (Застрахованного лица) за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц, выразившееся в смерти третьего лица или ухудшения его здоровья, повлекшим за собой установление инвалидности, вследствие непреднамеренных (неумышленных) ошибочных действий (бездействия), допущенных Страхователем (Застрахованным лицом) при осуществлении Застрахованной деятельности.

Порядок выплаты (необходимое отметить)	Размер выплаты	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.
Вариант 1 – п.п. 9.5.1.1. – 9.5.1.4 Правил	п. 9.5.1.1. Правил - Расходы на погребение. п. 9.5.1.2. Правил - Вред в связи со смертью кормильца. п. 9.5.1.3. Правил - Утраченный заработок. п. 9.5.1.4. Правил - Дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья.		
Вариант 2 – п.п. 9.5.1.5. – 9.5.1.7 Правил	I группа инвалидности - _____; II группа инвалидности - _____; III группа инвалидности - _____. в случае смерти пострадавшего – _____.		
Судебные расходы – п. 9.2.2. Правил	п. 9.5.2. Правил		
Расходы на проведение экспертизы – п. 9.2.3. Правил	9.5.3. Правил		
Расходы по уменьшению вреда, произведенные Страхователем (Застрахованным лицом) – п. 9.2.4 Правил	п. 9.5.4 Правил		

Порядок уплаты страховой премии:
Срок действия полиса с по

Днем оплаты страховой премии считается дата оплаты наличными деньгами в кассу Страховщика или зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, при оплате путем безналичным расчетом.

Настоящий Полис вступает в силу на пятый день после даты выдачи полиса, при условии оплаты страховой премии в полном размере, но не ранее даты начала срока страхования. При неуплате Страхователем общей страховой премии в указанные размер и сроки, настоящий Полис считается не вступившим в силу и Страховщик не несет по нему никаких обязательств. Действие настоящего Полиса заканчивается в 24 часа дня, указанного как день окончания срока действия настоящего Полиса

СТРАХОВАТЕЛЬ:	ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА:
Ф.И.О.: С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем Полисе, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.	Должность: Ф.И.О.: Доверенность: Подпись: М.П.
Подпись:	

Приложение 2
 К Договору страхования профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников № _____ от
 “ ____ ” _____ 20__ г.
 Образец проекта

СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ - СОТРУДНИКОВ СТРАХОВАТЕЛЯ

п/п	Ф.И.О Медработи ка	Образование (Реквизиты диплома о мед. образовании, наименование учебного заведения.)	Специализа ция по диплому	Должность	Является ли штатным работником, совместителем или привлекаемым специалистом (консультантом и т.п.)	Стаж практической работы медработника в настоящей должности, в том числе в данном мед. учреждении	Квалификационная категория по специальности, соответствующей занимаемой должности. (Если есть, с какого года)	Наличие ученых степеней, званий.	Количество пролеченных пациентов (по специальности, соответствующе й занимаемой должности), за последние 12 месяцев	Наличие письменных претензий к качеству мед. услуг, оказанных специалистом, за последние 12 месяцев.	Индивид уальная страхова я сумма

“ ____ ” _____ 20__ г.

_____ / _____ /

(ответственное лицо)

(подпись)

М.П.

Прошнуровано, пронумеровано
и скреплено печатью и подписью
42 (сорок два) листов

Генеральный директор
ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»
Васильев С.К. Васильев
» *10.07.17* 20 *17* года

