

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ЗАО «МАКС»
от 03.07.2006 г.
№ 102-ОД(А)

ПРАВИЛА № 35.3 **СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВРАЧЕЙ**

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Закрытое акционерное общество «Московская акционерная страховая компания» ЗАО "МАКС" (далее – «Страховщик») заключает договоры страхования профессиональной ответственности врачей со Страхователями, которыми могут выступать:

1.1.1. юридические лица, которые в соответствии с действующим законодательством несут ответственность за вред, причиненный их работниками, исполняющими трудовые (служебные, должностные) обязанности по трудовому или гражданско-правовому договору, при наличии у Страхователя лицензии на право заниматься медицинской деятельностью или имеющие намерение осуществлять медицинскую деятельность (соискатели лицензии);

1.1.2. физические лица – индивидуальные предприниматели, при наличии лицензии на право заниматься медицинской деятельностью или имеющие намерение осуществлять медицинскую деятельность (соискатели лицензии), которые в соответствии с действующим законодательством несут ответственность за вред, причиненный:

- ими при исполнении своей профессиональной (трудовой) деятельности;
- их работниками, исполняющими трудовые (служебные, должностные) обязанности по трудовому или гражданско-правовому договору.

1.2. По договору страхования может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которого такая ответственность может быть возложена (далее – «Застрахованный»).

Лицо, риск ответственности которого за причинение вреда застрахован, должно быть названо в договоре страхования, а если это лицо в договоре не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя.

1.3. Все положения настоящих Правил и условий договора, обязательные для Страхователя, являются обязательными также для Застрахованных лиц. Последние несут ответственность за невыполнение обязанностей по настоящим Правилам и условиям договора наравне со Страхователем.

Права по условиям настоящих Правил и договора страхования могут осуществляться только непосредственно Страхователем.

1.4. Договор страхования считается заключенным в пользу Третьих лиц, которым может быть причинен вред (далее – «Потерпевших»), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственного за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью в порядке, установленном действующим законодательством, возместить вред, причиненный Третьим лицам в связи с осуществлением Страхователем (его работниками) профессиональной деятельности.

2.2. Под профессиональной деятельностью понимается медицинская деятельность Страхователя в соответствии с выданной ему в соответствии с действующим законодательством лицензией на право осуществления медицинской деятельности, а также деятельность его работников (врачей, среднего медицинского персонала), исполняющих трудовые (служебные, должностные) обязанности по трудовому или гражданско-правовому договору со Страхователем, соответствующие их квалификации.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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

3.2. Страховым случаем является факт наступления ответственности Страхователя за причинение вреда жизни и здоровью Третьих лиц в результате осуществления Страхователем (его работниками) профессиональной деятельности и возникший вследствие:

3.2.1. Ошибки при определении диагноза заболевания;

3.2.2. Ошибки при назначении курса лечения или выписке рецептов на применение лекарственных веществ;

3.2.3. Ошибки при проведении курса лечения, включая проведение операций;

3.2.4. Ошибки при проведении диагностики;

3.2.4. Преждевременного прекращения лечения, включая преждевременную выписку из стационара, закрытие больничных листов;

3.2.5. Других ошибок и случаев, предусмотренных договором страхования.

3.3. Страховой случай должен быть подтвержден вступившим в законную силу постановлением судебных органов или добровольным признанием Страхователя с письменного согласия Страховщика имущественной претензии о возмещении вреда, причиненного Третьим лицам.

3.4. Обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения наступает, если вред жизни и здоровью Третьих лиц причинен:

- в прямой связи с медицинской деятельностью Страхователя (его работников), осуществляемой в рабочее время на «территории страхования»;

- в период действия договора страхования.

3.5. Если договором не предусмотрено иное, Страховщик несет ответственность по претензиям (искам) Третьих лиц о возмещении вреда, предъявленным к Страхователю в течение 2 (двух) лет с момента причинения вреда.

3.6. Под «территорией страхования» понимается территория, указанная в договоре страхования, на которой Страхователь осуществляет медицинскую деятельность.

3.7. Страховщик также компенсирует:

- необходимые и целесообразно произведенные расходы Страхователя в целях уменьшения или предотвращения вреда Третьим лицам;

- предварительно согласованные со Страховщиком судебные расходы Страхователя, связанные с рассмотрением дел в суде о возмещении причиненного вреда (расходы по ведению судебных дел, судебные сборы, госпошлины).

3.8. Случай не является страховым, если он произошел в результате:

- 3.8.1. умышленного причинения вреда Страхователем (его работниками) потерпевшим Третьим лицам;
- 3.8.2. предоставления Страхователем (его работниками) медицинских услуг, не соответствующих его должностным обязанностям, квалификации или не предусмотренных лицензией;
- 3.8.3. осуществления Страхователем (его работниками) профессиональной деятельности в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 3.8.4. причин, имевших место или начавших действовать до начала действия договора страхования;
- 3.8.5. применения шприцев одноразового использования;
- 3.8.6. непригодности технического оборудования для осуществления медицинской деятельности;
- 3.8.7. нарушения Страхователем (его работниками) санитарно-гигиенических, противоэпидемических норм;
- 3.8.8. нарушения Страхователем (его работниками) правил использования, хранения лекарственных, наркотических и сильнодействующих препаратов;
- 3.8.9. нарушения Страхователем (его работниками) порядка осуществления медицинской деятельности, установленного действующим законодательством, иными нормативными правовыми актами, инструкциями, правилами, положениями и другими нормативными документами;
- 3.8.10. отказа потерпевшего Третьего лица от медицинского вмешательства, оформленного документально и в обязательном порядке содержащего Фамилию, Имя, Отчество потерпевшего, причину отказа, дату и подпись потерпевшего или его законного представителя;
- 3.8.11. воздействия атомного взрыва, радиации и радиоактивного заражения, связанных с любым применением атомной энергии и использованием энергии расщепленных материалов;
- 3.8.12. действий (бездействия) государственных органов, органов местного самоуправления, компетентных органов либо должностных лиц этих органов, в том числе в результате издания указанными органами и должностными лицами документов (указов, предписаний, требований, распоряжений) в части осуществления Застрахованным медицинской деятельности;
- 3.8.13. военных действий, терроризма (террористических актов), а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок и других форс-мажорных обстоятельств (действий непреодолимой силы);
- 3.8.14. предоставления Страхователем (его работниками) медицинских услуг за пределами «территории страхования», установленной при заключении договора страхования.

3.9. По соглашению сторон события, перечисленные в п.3.8.4-3.8.6 настоящих Правил, могут быть включены в объем ответственности Страховщика при условии уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса.

3.10. Случай не является страховым, если он произошел в период приостановления действия лицензии Страхователя на осуществление медицинской деятельности.

3.11. Страхованием не покрываются:

- 3.11.1. требования о возмещении вреда, причиненного работникам Страхователя, а также членам семьи и родственникам Страхователя (работников Страхователя), за исключением случаев, когда они являются пациентами Страхователя;
- 3.11.2. требования о возмещении морального вреда;
- 3.11.3. требования о возмещении вреда, причиненного имуществу Третьих лиц;
- 3.11.4. убытки, вызванные уплатой штрафов (неустойки, пени), неисполнением договорных обязательств;
- 3.11.5. убытки, являющиеся упущенной выгодой, а также иные косвенные убытки, каким-либо образом связанные со страховым случаем.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и определяется общим лимитом ответственности Страховщика по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования.

4.2. В пределах страховой суммы могут устанавливаться максимальные суммы выплат страхового возмещения (лимиты ответственности):

- на один страховой случай;
- на одного потерпевшего Третьего лица;
- иные лимиты ответственности.

4.3. В период действия договора страховая сумма может быть увеличена, объем ответственности Страховщика может быть расширен по согласованию сторон путем заключения дополнительного соглашения. В этом случае действие дополнительного соглашения заканчивается одновременно с окончанием действия основного договора, а неполный месяц действия дополнительного соглашения принимается за полный.

4.4. В договоре страхования Стороны могут оговорить размер некомпенсируемого Страховщиком убытка – франшизы, устанавливаемой по каждому страховому случаю как в отношении всего объема ответственности Страховщика, так и в отношении конкретных случаев, указанных в п.3.2.1-3.2.5 настоящих Правил.

4.4.1. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливается как в процентах к страховой сумме, так и в абсолютном размере.

При установлении условной (невывчитаемой) франшизы ущерб возмещается, если он превышает сумму франшизы.

При установлении безусловной (вычитаемой) франшизы возмещается сумма ущерба за вычетом суммы франшизы.

4.4.3. Если в договоре страхования не указан вид установленной франшизы (безусловная или условная) считается, что договором определена безусловная франшиза.

4.4.4. При наступлении в период действия договора страхования нескольких страховых случаев франшиза вычитается по каждому из них.

4.5. После выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения.

4.6. Размер страховой премии по договору страхования устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы, тарифных ставок, указанных в Приложении N 1 к настоящим Правилам, и срока страхования.

4.7. При заключении договора страхования на срок менее 1 года размер страховой премии составляет от годового размера страховой премии:

при сроке страхования:	1 месяц - 20%;	7 месяцев - 75%;
	2 месяца - 30%;	8 месяцев - 80%;
	3 месяца - 40%;	9 месяцев - 85%;
	4 месяца - 50%;	10 месяцев - 90%;
	5 месяцев - 60%;	11 месяцев - 95% годовой премии.
	6 месяцев - 70%;	

При этом неполный месяц принимается за полный.

4.8. Размер страховой премии по дополнительным соглашениям, заключенным в связи с увеличением страховой суммы или расширением объема ответственности Страховщика, исчисляется исходя из размера 1/12 части годовой премии за каждый месяц, оставшийся до конца срока действия договора страхования. При этом неполный месяц принимается за полный.

4.9. При заключении договора на срок более 1 года:

- при страховании в целых годах страховая премия по договору исчисляется как сумма страховых взносов за каждый год страхования;

- при страховании на год (несколько лет) и несколько месяцев размер страховой премии по договору рассчитывается по следующей формуле: $\frac{\text{годовая страховая премия}}{12 \times \text{срок действия договора в месяцах}}$. При этом неполный месяц принимается за полный.

4.10. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным расчетом.

Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

4.11. Страховая премия уплачивается:

- при страховании сроком до 1 года – единовременно;
- при заключении договора страхования сроком на 1 год и более – единовременно или в рассрочку в следующем порядке: первая часть страховой премии в размере не менее 50% уплачивается при заключении договора, а вторая часть – не позднее половины срока, прошедшего со дня вступления договора страхования в силу;

- при заключении договора страхования на ряд лет - годовыми платежами.

Однако при заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок уплаты страховой премии.

4.12. Если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия или ее первый взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, если договором не предусмотрено иное.

4.13. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок или уплаты страхового взноса не в полном объеме, договор страхования прекращается в порядке, предусмотренном п.8.1 настоящих Правил, если договором не предусмотрено иное.

4.14. Если страховой случай произошел до уплаты страховой премии в полном объеме, страховая выплата производится только после доплаты Страхователем оставшейся части страховой премии, если договором не предусмотрено иное.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год либо на иной срок по соглашению сторон, не превышающий срок действия лицензии Страхователя на медицинскую деятельность.

5.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

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

- при уплате наличными - день передачи денежных средств представителю Страховщика или внесения денежных средств в кассу Страховщика;

- при уплате безналичным путем – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования профессиональной ответственности врачей заключается на основании письменного заявления Страхователя.

6.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. сведения о ранее предъявленных к Страхователю претензиях (исках) третьих лиц о возмещении вреда, причиненного Страхователем (его работниками) в результате их профессиональной деятельности), а также предоставить по требованию Страховщика копию лицензии на осуществление медицинской деятельности и другие документы.

6.3. Договор страхования оформляется в письменной форме и может быть заключен путем составления одного документа (договора или полиса), подписанного сторонами, либо вручения Страхователю на основании его заявления подписанного Страховщиком страхового полиса (свидетельства, сертификата).

6.4. В случае утраты договора страхования (полиса) в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный договор (полис) считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

При повторной утрате договора страхования (полиса) в период его действия для получения дубликата полиса Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления договора (полиса).

6.5. При заключении договора (полиса) страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении их.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. СТРАХОВЩИК ОБЯЗАН:

7.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и выдать ему экземпляр Правил страхования;

7.1.2. При наступлении страхового случая произвести выплату страхового возмещения (или отказать в выплате) в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил;

7.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.2. СТРАХОВАТЕЛЬ ОБЯЗАН:

7.2.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать страховую премию (страховые взносы);

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

7.2.3. В период действия договора страхования незамедлительно, но в любом случае не позднее 1 (одного) рабочего дня после того, как только это станет ему известно, сообщить Страховщику о всех существенных, влияющих на увеличение страхового риска, изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан в любом случае уведомить Страховщика об этих изменениях;

7.2.4. Ознакомить Застрахованного с Правилами страхования и условиями договора страхования;

7.2.5. Сообщить Страховщику в письменной форме об аннулировании (отзыве) или приостановлении лицензии Страхователя на медицинскую деятельность;

7.2.5. В 3-дневный срок отвечать на запросы Страховщика, сделанные ему в целях осуществления контроля за изменением риска после заключения договора страхования;

7.2.6. При предъявлении требований (претензий) о возмещении вреда либо наступления события, которое может послужить поводом для предъявления требований (претензий) к Страхователю о возмещении причиненного им (его работниками) вреда:

а) принять все необходимые и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению вреда жизни и здоровью Третьих лиц, а если от Страховщика получены соответствующие инструкции - предпринимать указанные меры в соответствии с этими инструкциями;

б) незамедлительно, но в любом случае не позднее 1 (одного) рабочего дня после того, как ему стало известно (должно было стать известно), любым доступным в сложившихся обстоятельствах способом сообщить об этом Страховщику, а в течение 3 (трех) суток письменно подтвердить свое сообщение Страховщику;

в) сохранять до проведения расследования или экспертизы неизменными и неисправленными все записи, документы, оборудование, устройства и предметы, которые каким либо образом явились причиной ошибки;

г) предоставить Страховщику возможность проводить самостоятельное расследование обстоятельств и причин возникновения ущерба;

д) предпринять все возможные меры для выяснения причин, хода и последствий произошедшего события;

е) подать письменное заявление на выплату страхового возмещения с указанием даты, причин и

характера ущерба, имен и адресов всех лиц, вовлеченных в событие, включая потенциальных истцов, а также предоставлять Страховщику всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного ущерба;

ж) уведомить Страховщика о начале действий компетентных органов по факту причинения вреда Третьим лицам (расследование, вызов в суд и т.д.), а также информировать его о ходе следствия, судебного разбирательства и т.д.;

з) не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью требование, предъявляемое Страхователю в связи причинением вреда Третьим лицам, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без предварительного письменного согласия на то Страховщика;

и) оказывать содействие Страховщику в судебной и во внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;

к) в случае, если Страховщик сочтет необходимым назначение своего адвоката или иного уполномоченного лица для защиты интересов Страхователя в связи со страховым случаем, выдать доверенность или иные необходимые документы для защиты таких интересов указанным Страховщиком лицам.

7.2.7. выполнять другие обязанности и требования, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

7.3. СТРАХОВЩИК ИМЕЕТ ПРАВО:

7.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;

7.3.2. От имени Страхователя вступать в переговоры и заключать соглашения по претензиям Третьих лиц о возмещении причиненного Страхователем (его работниками) вреда, участвовать в определении размера вреда, а также вести связанные с этим судебные дела;

7.3.3. Давать Страхователю рекомендации по уменьшению ущерба, а также по предупреждению страховых случаев. Однако эти действия не могут рассматриваться признанием Страховщиком обязанности выплатить страховое возмещение;

7.3.4. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства возникновения ущерба, при необходимости направлять запросы в соответствующие компетентные органы о предоставлении документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления страхового случая;

7.3.5. Требовать от Страхователя информацию, необходимую для выяснения обстоятельств наступления страхового случая и определения размера причиненного ущерба;

7.3.6. При возникновении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменений условий договора или уплаты Страхователем дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска;

7.3.7. Отказать в выплате страхового возмещения или части его, если:

а) Страхователь сообщил заведомо недостоверные или неполные сведения об объекте страхования или об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска;

б) Страхователь не известил или несвоевременно известил Страховщика о существенных изменениях в риске в период действия договора страхования;

в) Страхователь несвоевременно сообщил о предъявленной к нему претензии или о наступлении события, которое могло послужить поводом для предъявления к нему требований (претензий) либо не сообщил о начатом против него судебном деле;

г) Страхователь не принял необходимых мер по предотвращению увеличения размеров убытка или совершил какие-либо действия в целях увеличения размеров убытка;

д) Страхователь воспрепятствовал участию Страховщика в переговорах с Третьими лицами и судебных делах, в определении размера ущерба, а также отказался оказывать ему необходимую помощь;

е) Страхователь не представил Страховщику документов, необходимых для установления причин и обстоятельств страхового случая, размера убытка;

ж) Страховой случай произошел вследствие неустранения Страхователем в течение согласованного со Страховщиком срока обстоятельств, заметно повышающих степень риска, на необходимость устранения которых указывал Страхователю Страховщик;

з) в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7.3.8. осуществлять иные права и действия, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования и действующим законодательством.

7.4. СТРАХОВАТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

7.4.1. В период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить размер страховой суммы и/или расширить объем ответственности Страховщика путем заключения дополнительного соглашения;

7.4.2. Досрочно расторгнуть договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

7.4.3. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.

7.5. Участие Страховщика или его представителей в переговорах или соглашениях, а также ведение дел в судебных и других органах не является признанием обязанности Страховщика выплатить страховое возмещение.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Действие договора страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия - в 24 часа дня, указанного в договоре (полисе) как день окончания договора страхования;

- исполнения Страховщиком своих обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме - с момента окончательного расчета;

- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок или уплаты страхового взноса не в полном объеме, если договором не предусмотрено иное, - в 24 часа дня окончания оплаченного страховым взносом периода страхования;

- в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

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

- в результате прекращения Страхователем медицинской деятельности;

- при аннулировании (отзыве) лицензии Страхователя на осуществление медицинской деятельности;

- при возникновении иных обстоятельств, тем или иным образом препятствующих осуществлению Страхователем профессиональной деятельности.

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

8.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно:

8.4.1. По требованию Страхователя.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.4.2. По соглашению сторон.

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.

9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Размер страхового возмещения определяется величиной причиненного ущерба, но не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности), установленной(-ых) договором страхования.

9.2. Общая сумма страхового возмещения, подлежащая выплате по совокупности всех страховых случаев, наступивших в течение действия договора страхования, не может превысить величину общего лимита ответственности Страховщика по договору страхования (страховой суммы).

9.3. Страховая выплата производится Страховщиком с учетом (за вычетом) оговоренной в договоре страхования франшизы.

9.4. Несколько убытков, наступивших по одной и той же причине, рассматривается как один страховой случай.

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

9.6. Если сумма страхового возмещения, подлежащая выплате всем пострадавшим Третьим лицам в результате одного страхового случая, больше страховой суммы (лимита ответственности) по договору страхования, то выплата страхового возмещения каждому пострадавшему производится в размере, пропорциональном его доле ущерба в общем размере ущерба по страховому случаю.

9.7. При наличии необходимых и достаточных документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер причиненного вреда, а также 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 причиненным вредом, о размере причиненного вреда, заявленные требования удовлетворяются и страховое возмещение выплачивается во внесудебном порядке.

9.7.1. В этом случае определение факта и размера вреда производится Страховщиком на основании документов компетентных органов (медицинских учреждений, медицинских экспертных комиссий и т.д.) об обстоятельствах и причинах страхового случая, а также справок, счетов и иных документов, подтверждающих расходы на лечение и восстановление здоровья, расходы на погребение и др.

9.8. При наличии спора об обстоятельствах, перечисленных в п.9.7 настоящих Правил, выплата страхового возмещения осуществляется на основании вступившего в законную силу постановления судебного органа.

В этом случае факт и размер причиненного ущерба должен быть подтвержден документами суда (постановление суда, исполнительный лист и т.п.).

9.9. Ущербом считается:

- заработок, которого потерпевшее лицо лишилось вследствие потери трудоспособности или уменьшения его в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья;
- дополнительные расходы, необходимые для восстановления поврежденного здоровья (расходы на лечение, усиленное питание, санаторно-курортное лечение, посторонний уход, протезирование, приобретение специальных транспортных средств для инвалидов и т.п.), если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение;
- часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания за период, определяемый в соответствии с требованиями гражданского законодательства РФ;
- расходы на погребение в случае смерти потерпевшего лица.

9.10. Страховщик также компенсирует расходы, указанные в п.3.7 настоящих Правил.

9.10.1. Расходы самого Страхователя по рассмотрению предъявленных ему требований (работа собственного персонала, канцелярские расходы и т.д.) к вышеуказанным расходам не относятся и страхованием не покрываются.

9.11. При наступлении страхового случая Страховщик производит выплату:

- потерпевшим Третьим лицам, жизни и здоровью которых причинен вред;

- наследникам потерпевших Третьих лиц (в случае их смерти),
- Страхователю в порядке возмещения расходов, указанных в п.3.7 настоящих Правил.

Выплата производится Страховщиком наличными деньгами или путем перечисления на расчетный счет получателя выплаты.

9.12. Для выплаты страхового возмещения Страхователь должен в течение 72 часов с даты предъявления ему имущественной претензии о возмещении вреда или решения суда представить Страховщику следующие документы:

- заявление о страховой выплате;
- страховой полис (договор страхования), документы, подтверждающие уплату страховой премии;
- акты, экспертные заключения соответствующих компетентных органов (медицинских учреждений, медицинских экспертных комиссий и т.д.), протоколы, другие документы и материалы о факте, обстоятельствах и причинах страхового случая;
- документы, подтверждающие расходы на лечение и восстановление здоровья потерпевшего Третьего лица, на погребение (в случае смерти потерпевшего Третьего лица), размер утраченного заработка (чеки, квитанции, счета, справки и др.);
- свидетельство о смерти потерпевшего Третьего лица и свидетельство о праве на наследство (в случае выплаты страхового возмещения наследникам потерпевшего Третьего лица);
- претензию (иск), предъявляемую(-ый) Страхователю в связи с причинением вреда;
- решение судебного органа, содержащее размеры сумм, подлежащих возмещению в связи с наступлением страхового случая;
- документы, подтверждающие расходы, указанные в п.3.7 настоящих Правил.

9.13. Страховщик производит страховую выплату или отказывает в выплате (при наличии оснований) в течение 10 рабочих дней (если иное не предусмотрено договором страхования) после получения Страховщиком от Страхователя всех необходимых документов с учетом положений п.4.14 настоящих Правил.

9.14. Договор страхования, по которому выплачивалось страховое возмещение, сохраняет силу до конца срока его действия в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаты.

9.15. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Потерпевшему) в письменной форме с обоснованием причин отказа.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При недостижении соглашения спор подлежит разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

10.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.