

**ПРАВИЛА  
СТРАХОВАНИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТИ  
ВРАЧЕЙ**

---

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами об охране здоровья граждан и страховании настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу страхования его профессиональной (гражданской) ответственности и возмещения вреда<sup>1</sup>, нанесенного третьим лицам в результате непреднамеренных ошибок в связи с осуществлением Страхователем медицинской деятельности<sup>2</sup>.

При этом под третьими лицами для целей настоящих Правил понимаются пациенты (клиенты), обратившиеся к Страхователю (в лечебное учреждение или к лицу, занимающемуся частной медицинской практикой) за медицинской помощью<sup>3</sup>.

- 1.2. На основании настоящих Правил заключаются два вида договоров страхования в зависимости от субъектов страхования:

- профессиональной ответственности физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой;
- гражданской ответственности лечебного учреждения (включая лечебные учреждения системы государственного, муниципального и частного здравоохранения).

- 1.3. По договору страхования профессиональной (гражданской) ответственности врачей Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) возместить потерпевшему третьему лицу причиненный вследствие этого события вред жизни или здоровью (выплатить страховое возмещение) в пределах определенной договором страховой суммы.

- 1.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им сведения о Страхователе, Выгодоприобретателях (пациентах) и их имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

- 1.5. Отношения, возникающие при страховании профессиональной ответственности врачей, не урегулированные настоящими Правилами и Договором страхования, регулируются действующим законодательством российской Федерации.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. **Страховщик** - ЗАО «Страховая бизнес группа», осуществляет страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

---

<sup>1</sup> Согласно Гражданскому кодексу РФ (ст.1068) и Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.66) юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ.

<sup>2</sup> В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.54) право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности (перечень устанавливается Минздравом РФ), также и сертификат специалиста и лицензию. Лица, получившие медицинскую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях РФ в порядке, устанавливаемом Правительством РФ, а также после получения лицензии на занятие определенными видами деятельности.

<sup>3</sup> Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь.

## 2.2. Страхователи:

- физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой<sup>4</sup> на основании лицензии, выдаваемой в порядке и на условиях, определяемых Правительством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования профессиональной ответственности;

- юридические лица – лечебные учреждения любых типов государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения<sup>5</sup>, имеющие сертификат соответствия условий их деятельности установленным стандартам и лицензию (лицензии) на оказание соответствующих видов медицинской помощи, заключившие со Страховщиком договор страхования гражданской ответственности.

2.3. По договору страхования риска ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациентов при оказании им медицинской помощи, может быть застрахован риск ответственности самого Страхователя или иного лица, на которое такая ответственность может быть возложена. При этом такое лицо должно быть названо в договоре страхования. Если это лицо в договоре страхования не названо, считается застрахованным риск ответственности самого Страхователя.

2.4. Договор страхования риска ответственности за причинение вреда жизни или здоровью пациентов при оказании им медицинской помощи считается заключенным в пользу лиц, которым может быть причинен вред (**Выгодоприобретателей**), даже если договор заключен в пользу Страхователя или иного лица, ответственных за причинение вреда, либо в договоре не сказано, в чью пользу он заключен.

В случае, когда по договору страхования риска ответственности за причинение вреда застрахована ответственность лица иного, чем Страхователь, последний вправе в любое время до наступления страхового случая заменить это лицо другим, письменно уведомив об этом Страховщика.

## 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по договору страхования профессиональной (гражданской) ответственности являются имущественные интересы Страхователя, связанные с его обязанностью возместить в порядке, установленном гражданским законодательством, вред,

---

<sup>4</sup> Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Частная медицинская практика - это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий. Осуществляется в соответствии с Основами и другими актами законодательства РФ, республик в составе РФ. Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

<sup>5</sup> К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и другие лечебные учреждения; к муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и иные лечебные учреждения; к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности.

Учреждения государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензии на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам, в порядке, определяемом Правительством РФ (постановление от 22.01.2007г. № 30). Выдачу лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта РФ или местной администрацией.

причиненный жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок в процессе оказания медицинской помощи.

#### 4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 4.1. Страховым риском является вероятное возникновение у Страхователя по вступившему в законную силу решению суда или обоснованной претензии, письменно признанной Страховщиком, обязательств возместить вред, причиненный жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) при оказании медицинской помощи вследствие непреднамеренных ошибок, предусмотренных подпунктами 4.2.1 - 4.2.5. настоящих Правил страхования.
- 4.2. Страховым случаем является возникновение у Страхователя по вступившему в законную силу решению суда или обоснованной претензии, письменно признанной Страховщиком, обязательств возместить вред, причиненный жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) при оказании медицинской помощи вследствие:
  - 4.2.1. непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения;
  - 4.2.2. непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции;
  - 4.2.3. непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств;
  - 4.2.4. непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях.
  - 4.2.5. непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.
- 4.3. Договор страхования по усмотрению Страхователя может быть заключен на случай наступления всех событий, перечисленных в пункте 3.2. настоящих Правил, или отдельных из них.
- 4.4. Страховой случай считается имевшим место и ответственность Страховщика наступает, если причиненный третьему лицу вред явился следствием непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при оказании медицинской помощи, и не связан с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей<sup>6</sup>.
- 4.5. Страховщик несет обязательства по возмещению вреда потерпевшему лицу как в течение срока действия договора страхования, так и по его истечении, если последствия события, признанного страховым случаем, происшедшего в период действия договора страхования, проявились после его окончания, но в пределах срока исковой давности, предусмотренного гражданским законодательством.
- 4.6. В соответствии с настоящими Правилами происшедшее событие не признается страховым, если оно произошло вследствие:
  - 4.6.1. действий (бездействия) Страхователя, связанных с нарушением профессиональной врачебной тайны<sup>7</sup>;

<sup>6</sup> (пункт 7 статьи 63 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан)

<sup>7</sup> Врачебная тайна - информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (за исключением случаев, когда это делается с согласия пациента или его законного представителя и в других случаях, предусмотренных действующим законодательством).

- 4.6.2. действий (бездействия) Страхователя – физического лица (сотрудников Страхователя – юридического лица) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 4.6.3. несоблюдения требований стандартов качества медицинской помощи, если это подтверждено документами профессиональной медицинской ассоциации или независимой экспертизы;
- 4.6.4. совершения Страхователем, занимающимся частной медицинской практикой, непреднамеренных ошибок при оказании медицинской помощи после отзыва лицензии (приостановления ее действия).

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

- 5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 5.2. Страховая сумма в договоре страхования определяется по соглашению Страхователя и Страховщика.
- 5.3. При заключении договора страхования в пределах страховой суммы также могут устанавливаться предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности Страховщика<sup>8</sup>) по одному страховому случаю и по видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения).
- 5.4. Страховые выплаты не могут превышать установленные договором страхования лимиты ответственности, а если они не установлены - страховую сумму.

Сумма всех страховых выплат по договору страхования не может превышать страховую сумму, установленную договором страхования.

- 5.5. В период действия договора страхования Страхователь может увеличить по соглашению со Страховщиком страховую сумму или лимиты ответственности по каждому страховому случаю, а также включить в договор другие, предусмотренные настоящими Правилами страховые случаи, путем заключения дополнительного соглашения.
- 5.6. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза – часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза различается на условную и безусловную.

При условной франшизе Страховщик освобождается от страховой выплаты, если ее размер не превышает франшизу. При безусловной франшизе страховая выплата производится в размере убытка за минусом франшизы.

Франшиза определяется сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

## 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

- 6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

---

<sup>8</sup> Лимит ответственности (термин, широко применяемой в международной практике страхования) – страховая сумма, устанавливаемая в договоре страхования, по каждому страховому случаю, видам медицинской помощи (отделениям лечебного учреждения). При наступлении страхового случая страховая выплата производится в пределах лимита ответственности.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

- 6.2. Страховая премия определяется путем умножения страховой суммы по договору страхования на тарифную ставку (страховой тариф).

При заключении договора страхования на условии включения в него всех или отдельных рисков, предусмотренных настоящими Правилами, базовая тарифная ставка определяется как сумма базовых тарифных ставок<sup>9</sup> по каждому из страховых случаев (Приложение 1 к настоящим Правилам), включаемых в договор.

При определении тарифной ставки по конкретному договору страхования Страховщик вправе применить к полученной базовой тарифной ставке повышающие или понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.

- 6.3. Оценка страхового риска производится на основании информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком и осмотра места деятельности Страхователя; заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования, определить особенности осуществляемой Страхователем деятельности.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления конкретных страховых случаев Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке конкретных повышающих или понижающих коэффициентов, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.

- 6.4. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.
- 6.5. По договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия уплачивается единовременно в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95%.

<sup>9</sup> Базовая тарифная ставка определяет страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы.

По договору страхования, заключенному на срок более 1 года, страховая премия определяется путем умножения 1/12 годовой страховой премии на число месяцев, составляющих срок страхования.

При определении страховой премии неполный месяц страхования считается полным.

6.6. Расчет страховой премии в связи с увеличением Страхователем страховой суммы производится в следующем порядке:

6.6.1. страховая премия, определенная для увеличенной страховой суммы, делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца срока действия договора страхования (неполный месяц считается за полный).

Результатом является величина страховой премии, полученная исходя из увеличенной страховой суммы на оставшийся период срока действия договора страхования;

6.6.2. первоначальная страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора.

Результатом является величина страховой премии по договору страхования на оставшийся период срока его действия;

6.6.3. величина страховой премии, подлежащая доплате Страхователем в связи с увеличением страховой суммы, определяется путем вычитания из величины страховой премии, полученной в соответствии с подпунктом 6.6.1. настоящих Правил, величины страховой премии за оставшийся период срока действия по договору страхования в соответствии с подпунктом 6.6.2. настоящих Правил).

6.7. Страхователю, который в течение двух и более предыдущих лет без перерыва страховал свою профессиональную ответственность у Страховщика, и по этим договорам не было страховых случаев, при заключении нового договора предоставляется скидка со страховой премии в размерах: при наличии непрерывного страхования в течение двух предыдущих лет - 5% от суммы исчисленной страховой премии, трех и более лет - 10%.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Порядок заключения Договора страхования:

7.1.1. Договор страхования заключается на основании Заявления на страхование по установленному образцу (Приложение 2 к настоящим Правилам), подписанного Страхователем и врученного Страховщику или его представителю с прилагаемыми документами:

- копию лицензии на право занятия медицинской деятельностью;
- копии дипломов о медицинском образовании и сертификатов специалистов;
- копии (выписки) приказов о назначении врачей на должности и их должностные обязанности;
- иные документы и информацию по требованию Страховщика.

После оформления договора страхования копии указанных документов становятся неотъемлемой его частью.

7.1.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (Заявлении на страхование).

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.1.3. При заключении договора страхования Страховщик определяет степень страхового риска - анализирует информацию и изучает документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенные Страховщиком, характеризующие особенности деятельности, осуществляемой Страхователем, уровень профессиональной подготовки сотрудников, наличие факторов риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых случаев, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе, его опыте и виде оказываемой им медицинской помощи; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании / отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

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

- об объекте страхования (имущественном интересе, связанном с обязанностью возместить в порядке, установленном гражданским законодательством, вред, причиненный жизни или здоровью третьих лиц (пациентов) в результате непреднамеренных ошибок в процессе оказания медицинской помощи);

- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом случае);

- о размере страховой суммы;

- о сроке действия договора страхования.

7.1.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме путем составления договора страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и/или вручения Страхователю страхового полиса, подписанного сторонами или только Страховщиком (Приложение 4 к настоящим Правилам).

Страховой полис вручается Страхователю в течение 3-х рабочих дней с даты зачисления на расчетный счет или внесения в кассу Страховщика страховой премии (первого страхового взноса).

- 7.1.5. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее взноса.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

Датой уплаты страховой премии или первого ее взноса признается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.

- 7.1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

- 7.1.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

- 7.2. Порядок исполнения договора страхования:

- 7.2.1. Страховая премия может быть уплачена по согласованию Страхователя со Страховщиком единовременно или в рассрочку наличными деньгами либо по безналичному расчету. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на счет Страховщика;
- при наличной оплате - день уплаты страховой премии наличными деньгами в кассу Страховщика.

- 7.2.2. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии договор (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) страхования считается не вступившим в силу.

- 7.2.3. Если, при уплате страховой премии в рассрочку, Страхователь просрочил оплату очередного взноса (или отказался от дальнейшей уплаты), то Страховщик вправе в одностороннем порядке досрочно прекратить действие Договора страхования с момента получения Страхователем письменного (в том числе при помощи факсимильной связи, электронной почты) извещения от Страховщика.

- 7.2.4. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (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).

- 7.2.5. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации. В частности, соглашение о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, обязательства сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора, а при его расторжении в судебном порядке - с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора.

Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора, если иное не установлено законом.

- 7.2.6. Если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора, то в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора<sup>10</sup>.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

- 7.2.7. Страхователь, после того как ему стало известно о наступлении страхового события, обязан незамедлительно уведомить о его наступлении Страховщика. Если договором страхования предусмотрен срок и (или способ) уведомления, оно должно быть сделано в условленный срок и указанным в договоре способом.

- 7.2.8. Неисполнение обязанности, предусмотренной пунктом 7.2.7. настоящих Правил страхования, дает Страховщику право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

- 7.2.9. При наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, Страхователь обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки. Принимая такие меры, Страхователь должен следовать указаниям Страховщика, если они сообщены Страхователю (письменно согласованные со Страховщиком, в том числе при помощи факсимильной связи, электронной почты), чтобы уменьшить возможные убытки.

- 7.3. Порядок прекращения договора страхования:

- 7.3.1. Действие договора страхования прекращается с даты, указанной в договоре страхования как дата окончания срока страхования;

- 7.3.2. Действие договора страхования прекращается в случае исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме, то есть выплаты Страховщиком в совокупности полной страховой суммы;

<sup>10</sup> Пункт 3 статьи 959, пункт 5 статьи 453 ГК РФ

7.3.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;

7.3.4. Договор страхования может быть прекращен 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.

К таким обстоятельствам, в частности, относится отзыв у Страхователя лицензии на осуществление медицинской деятельности.

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.

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

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

7.3.6. Договор страхования может быть прекращен по иным основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

7.4. Изменение и расторжение договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страховщик имеет право:

8.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию и выполнение Страхователем условий договора страхования.

8.1.2. Давать Страхователю рекомендации по предупреждению страховых случаев.

8.1.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, при необходимости направлять запросы в компетентные органы по факту наступления события.

8.1.4. Расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

8.1.5. При изменении степени риска потребовать изменения условий договора страхования.

8.1.6. Вступать от имени Страхователя в переговоры и соглашения о возмещении причиненного событием вреда, представлять интересы Страхователя в суде или иным образом осуществлять

правовую защиту Страхователя в связи со страховым случаем. Данные права Страховщика не являются его обязанностями.

- 8.2. Страховщик обязан:
  - 8.2.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр.
  - 8.2.2. Соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.
  - 8.2.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем.
- 8.3. После получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:
  - 8.3.1. Выяснить обстоятельства наступления события, установить факт наличия или отсутствия страхового случая путем проверки соответствия приведенных в заявлении Страхователя сведений (времени, места, обстоятельств события и т.д.) условиям договора страхования и настоящим Правилам; установления факта и определения причины возникновения события, вследствие которого был причинен вред жизни (здоровью) потерпевшего (на основании документов соответствующих организаций); проверки, было ли происшедшее событие и наступившие убытки предусмотрены договором страхования; определения необходимости привлечения экспертов, осуществления иных действий, направленных на установление факта страхового случая (при необходимости).
  - 8.3.2. После получения документов в соответствии с пунктами 9.9.1.-9.9.5 настоящих Правил в течение срока, указанного в договоре страхования принять решение о признании или непризнании события страховым случаем, определить размер вреда, причиненного пациентом, произвести расчет суммы страхового возмещения и составить страховой акт.
  - 8.3.3. Произвести страховую выплату (или письменно отказать в выплате при наличии оснований) в установленный договором страхования срок.
- 8.4. Страхователь имеет право:
  - 8.4.1. Требовать от Страховщика выполнения обязательств по договору страхования.
  - 8.4.2. Получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.
  - 8.4.3. Назначить экспертов, адвокатов по вопросам, связанным с наступлением события, определением размера убытка и суммы страхового возмещения.
- 8.5. Страхователь обязан:
  - 8.5.1. Уплачивать страховую премию в размерах и сроки, определенные договором страхования.
  - 8.5.2. 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.
  - 8.5.3. Соблюдать условия настоящих Правил, договора страхования, требования законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

- 8.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь обязан:
- 8.6.1. В срок и способом, предусмотренным договором страхования, уведомить о случившемся Страховщика. При этом Страхователь обязан сообщить Страховщику сведения о возможных причинах и возможных последствиях события, имеющего признаки страхового случая (характере и размере убытка), указать причастных к событию лиц.
- Несвоевременное уведомление Страховщика о наступившем событии дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.
- 8.6.2. Принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков. Расходы по уменьшению убытков, если они были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, должны быть возмещены Страховщиком, даже если соответствующие меры оказались безуспешными<sup>11</sup>.
- Такие расходы возмещаются пропорционально отношению страховой суммы к страховой стоимости, независимо от того, что вместе с возмещением других убытков они могут превысить страховую сумму.
- 8.6.3. Принять все необходимые меры для выяснения причин и последствий наступления события.
- 8.6.4. В течение 5-ти рабочих дней с момента наступления события представить Страховщику заявление по установленной форме (Приложение 5 к настоящим Правилам) и следующие документы (материалы):
- письменную претензию потерпевшего третьего лица о возмещении причиненного вреда;
  - решение суда о взыскании со Страхователя в пользу третьего лица суммы, в которую оценивается причиненный вред, если оно имело место;
  - имеющиеся документы компетентных органов о фактах, последствиях и объемах причинения вреда, в том числе медицинских экспертных комиссий, профессиональных медицинских ассоциаций, органов социального обеспечения;
  - справки, счета и иные документы, подтверждающие произведенные расходы.
- 8.6.5. Обеспечить участие Страховщика в установлении размера причиненного вреда.
- 8.6.6. Незамедлительно известить Страховщика обо всех требованиях, предъявленных ему в связи с наступившим событием.
- 8.6.7. Оказывать возможное содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления третьими лицами требований о возмещении вреда.
- 8.6.8. Не оплачивать убытки, не признавать частично или полностью требования, предъявляемые ему в связи с событием, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика.

---

<sup>11</sup> Статья 962 ГК РФ

## 9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 9.1. По договору страхования при наступлении страхового случая Страховщик возмещает потерпевшему лицу:
- 9.1.1. заработок, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья;
  - 9.1.2. дополнительные расходы, необходимые для восстановления здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, санаторно-курортное лечение, специальный медицинский уход, протезирование, приобретение специальных транспортных средств);
  - 9.1.3. часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания;
  - 9.1.4. расходы на погребение – в случае смерти пациента (в качестве получателей выплаты выступают наследники умершего пациента).
- 9.2. В соответствии с настоящими Правилами не подлежит возмещению причиненный потерпевшим третьим лицам (пациентам) моральный вред.
- 9.3. Страховая выплата - денежная сумма, определяемая в соответствии с договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая.

В сумму страховой выплаты включаются:

- 9.3.1. Заработок, которого потерпевший лишился вследствие потери трудоспособности или уменьшения ее в результате причиненного увечья или иного повреждения здоровья.

Определение размера подлежащего возмещению утраченного потерпевшим заработка (дохода) осуществляется в соответствии с гражданским законодательством.

Размер заработка (дохода) определяется в процентах к его среднему месячному заработку (доходу) до увечья или иного повреждения здоровья либо до утраты им трудоспособности (профессиональной или общей). В состав утраченного заработка (дохода) потерпевшего 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.

При определении размера утраченного заработка (дохода), пенсия по инвалидности, назначенная потерпевшему лицу в связи с увечьем или другим повреждением здоровья, иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, а также заработок (доход), получаемый после повреждения здоровья, не засчитываются в счет возмещения вреда.

В случае причинения вреда несовершеннолетнему лицу в возрасте от 14 до 18 лет, не имеющему заработка (дохода), возмещению подлежит, помимо расходов, вызванных повреждением здоровья, также вред, связанный с утратой или уменьшением его трудоспособности. Если на момент повреждения его здоровья он имел заработок, то вред возмещается исходя из размера этого заработка.

При причинении вреда здоровью несовершеннолетнего лица, не достигшего 14 лет и не имеющего заработка (дохода), ему возмещаются расходы, вызванные повреждением здоровья.

- 9.3.2. *Дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья:* расходы на лечение (определяются на основании счетов медицинских учреждений), дополнительное питание (на основании справки медицинского учреждения о рационе дополнительного питания и справки о ценах на продукты), приобретение лекарств (по предъявленным рецептам и чекам), санаторно-курортное лечение, включая стоимость проезда к месту лечения и обратно (санаторно-курортные путевки, проездные документы), приобретение специальных транспортных средств (в пределах стоимости того транспортного средства, которое показано решением соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы), специальный медицинский уход, протезирование (счета медицинских учреждений), подготовку к другой профессии (счета учебных заведений о затратах на обучение).
- 9.3.3. Часть заработка, которого в случае смерти потерпевшего лишились нетрудоспособные лица, состоявшие на его иждивении или имевшие право на получение от него содержания.
- 9.3.4. Расходы на погребение.
- Расходы на погребение определяются Страховщиком на основании представленных родственниками потерпевшего документов (счета патолого-анатомических учреждений и ритуальных фирм об оплате оказанных услуг по погребению) в пределах лимитов ответственности, установленных договором страхования.
- 9.4. Для участия в определении размера убытка и суммы страхового возмещения при необходимости могут привлекаться независимые медицинские эксперты, оплата услуг которых производится пригласившей стороной.
- 9.5. В случае судебного спора размер убытков, причиненных в результате страхового случая, определяется на основании вступившего в законную силу решения суда.
- 9.6. Размер страховой выплаты устанавливается с учетом лимитов ответственности и франшизы, определенных в договоре страхования.
- 9.7. Сумма всех страховых выплат по договору страхования не может превышать страховую сумму, установленную договором страхования.
- 9.8. Обязательства Страховщика по страховой выплате наступают при условии, что причиненный гражданину (пациенту) вред явился следствием непреднамеренной ошибки Страхователя при оказании медицинской помощи.
- 9.9. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании страхового акта и следующих документов, предоставляемых Страхователем (Выгодоприобретателем):
- 9.9.1. Заявление о страховой выплате (Приложение 6 к настоящим Правилам);
- 9.9.2. Договора страхования (страхового полиса);
- 9.9.2. Письменной претензии к Страхователю со стороны пациента о возмещении причиненного вреда;
- 9.9.3. Документов, подтверждающих факт страхового случая и размер причиненного пациенту вреда (при отсутствии судебного спора между Страховщиком, Страхователем и потерпевшим лицом (пациентом) по поводу признания наступившего события страховым случаем, определения размера причиненного пациенту вреда и суммы страхового возмещения):

- 9.9.3.1. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при определении диагноза и проведении курса лечения - письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении вреда в связи с допущенной ошибкой (ошибками), расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, заключения экспертов, иные документы, подтверждающие наличие причинно-следственной связи между поставленным диагнозом (проведенным курсом лечения) и причиненным вредом жизни или здоровью пациента.
- 9.9.3.2. В случае причинения вреда жизни или здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при проведении хирургической операции - в случае смерти пациента: свидетельство о смерти и медицинскую справку о причинах смерти; письменные претензии наследников умершего к Страхователю о возмещении убытков, документы, свидетельствующие о размере заработка (дохода или пенсии, пожизненного содержания, других подобных выплат) умершего, документы в отношении лиц, состоявших на иждивении умершего; в случае причинения вреда здоровью пациента: письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, при установлении инвалидности - заключение соответствующего органа государственной службы медико-социальной экспертизы, выписки из истории болезни, заключения экспертов (экспертных комиссий), иные документы, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного вреда.
- 9.9.3.3. В случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при выборе методов лечения и лекарственных средств - письменные претензии потерпевшего к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, произведенный потерпевшим, выписка из истории болезни, выписанные рецепты на применение лекарственных средств (справки о примененных лекарственных средствах), заключения экспертов как по поводу оценки правильности выбранных Страхователем в отношении пациента методов лечения и лекарственных средств, так и по поводу оценки соблюдения пациентом требований инструкции (памятки) по применению выписанных лекарственных средств и выполнению рекомендаций Страхователя, иные документы, свидетельствующие о наступлении страхового события и размере причиненного потерпевшему лицу вреда.
- 9.9.3.4. В случае причинения вреда здоровью пациента в результате допущенной непреднамеренной ошибки при принятии решения о прекращении процесса лечения пациента в амбулаторных либо стационарных условиях - письменные претензии потерпевшего лица к Страхователю о возмещении причиненного вреда, расчет размера вреда, выполненный потерпевшим, выписка из истории болезни потерпевшего, сведения о размере заработка (дохода) потерпевшего и о дополнительно понесенных расходах, вызванных повреждением здоровья, с приложением подтверждающих эти расходы документов (чеки, счета, квитанции и подобных документов), заключение эксперта (экспертной комиссии), иные документы, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.
- 9.9.3.5. В случае причинения вреда здоровью пациента вследствие допущенной непреднамеренной ошибки при проведении медицинской экспертизы - письменные претензии потерпевшего лица по поводу организации, проведения и заключения медицинской экспертной комиссии, расчет причиненного вреда, выполненный потерпевшим, заключение и иные документы медико-социальной экспертизы, проводившей обследование и выдавшей заключение, заключения и иные материалы независимой медицинской экспертизы соответствующего вида, документы, полученные Страховщиком от учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения, иные документы, подтверждающие причины и факт причинения вреда пациенту.

- 9.9.3.6. В случае если представленные Страхователем (Выгодоприобретателем) документы однозначно не подтверждают факт страхового случая или размер убытков, Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе по согласованию со Страховщиком представить дополнительные документы в зависимости от характера наступившего события и его последствий; а Страховщик вправе назначить повторную независимую медицинскую экспертизу, а также запрашивать сведения, связанные с наступившим событием у правоохранительных органов, медицинских учреждений, других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах наступления события, осуществлять иные действия по выяснению обстоятельств страхового случая и определению размера убытка в зависимости от причин и последствий наступившего события;
- 9.9.4. Вступившего в силу решения суда (при наличии судебного спора между Страховщиком, Страхователем и потерпевшим лицом (пациентом) по поводу признания наступившего события страховым случаем, определения размера причиненного пациенту вреда и суммы страхового возмещения);
- 9.9.5. Документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя (наследника Выгодоприобретателя).
- 9.10. С момента получения всех документов, предусмотренных пунктом 9.9. настоящих Правил, Страховщик в течение срока, определенного договором страхования, составляет страховой акт, в котором отражается решение о страховой выплате, указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненного вреда, размер страховой выплаты пострадавшим третьим лицам (Приложение 7 к настоящим Правилам).
- 9.11. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.
- 9.12. Выплата страхового возмещения производится потерпевшим третьим лицам (Выгодоприобретателям), а в случае смерти потерпевшего - его наследникам, при отсутствии таковых - лицу, понесшему эти расходы, по предъявлении необходимых документов.
- Если после определения размера убытков и суммы страховой выплаты по письменному согласованию со Страховщиком Страхователь компенсирует причиненный им вред в требуемом размере, то выплата страхового возмещения производится непосредственно Страхователю после предоставления им Страховщику документов, подтверждающих произведенные расходы.
- 9.13. Страховая выплата производится Страховщиком в течение срока, установленного договором страхования, с момента составления Страховщиком страхового акта.
- 9.14. В случае отказа в страховой выплате Страховщик в течение срока, предусмотренного пунктом 9.13. настоящих Правил, направляет Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление с указанием причин отказа.

## 10. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 10.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате:
- 10.1.1. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не предоставил документы, предусмотренные пунктом 9.9. настоящих Правил, что повлекло невозможность установления факта, причин или обстоятельств наступления события, предусмотренного пунктом 4.2. настоящих Правил, или размера убытков.
- 10.1.2. Страхователь не выполнил одно из обязательств, предусмотренных разделом 8.6. настоящих Правил, что повлекло для Страховщика невозможность установления факта, причин или

обстоятельств наступления события, предусмотренного разделом 4.2. настоящих Правил или размера убытков.

- 10.1.3. Если убыток возник в результате любых событий или явлений, в том числе предусмотренных Договором страхования, но наступивших до начала срока страхования, независимо от того, когда такой убыток был установлен.
- 10.1.4. Страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя – физического лица (работника Страхователя – юридического лица), Выгодоприобретателя.

Страховщик не освобождается от выплаты страхового возмещения по договору страхования гражданской ответственности за причинение вреда жизни или здоровью, если вред причинен по вине ответственного за него лица<sup>12</sup>.

- 10.2. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки<sup>13</sup>.
- 10.3. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие<sup>14</sup>:
  - 10.3.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
  - 10.3.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
  - 10.3.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

## 11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 11.1. Споры по Договору страхования разрешаются путем переговоров между Страховщиком и Страхователем.

При недостижении согласия между Страховщиком и Страхователем в ходе переговоров спор передается на рассмотрение арбитражного или третейского суда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- 11.2. Предъявление сторонами исков, связанных с Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, осуществляется в сроки, предусмотренные законодательством Российской Федерации<sup>15</sup>.
- 11.3. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

<sup>12</sup> Пункт 1 статьи 963 ГК РФ

<sup>13</sup> Пункт 3 статьи 962

<sup>14</sup> Пункт 1 статьи 964 ГК РФ

<sup>15</sup> Статья 966 ГК РФ

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**  
**к Правилам страхования**  
**профессиональной ответственности врачей**

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ**

( в % к страховой сумме, на срок страхования – один год )

СТРАХОВЫЕ РИСКИ	ТАРИФНЫЕ СТАВКИ	
	Страхователи - физические лица	Страхователи - юридические лица
1) возникновение у Страхователя обязательств возместить вред жизни или здоровью пациента, причиненный в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при определении диагноза и проведении курса лечения;	0.27	0.37
2) возникновение у Страхователя обязательств возместить вред жизни или здоровью пациента, причиненный в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении хирургической операции;	0.17	0.25
3) возникновение у Страхователя обязательств возместить вред жизни или здоровью пациента, причиненный в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при выборе методов лечения и лекарственных средств;	0.23	0.29
4) возникновение у Страхователя обязательств возместить вред жизни или здоровью пациента, причиненный в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при принятии решения о прекращении процесса лечения в амбулаторных либо стационарных условиях;	0.28	0.36
5) возникновение у Страхователя обязательств возместить вред жизни или здоровью пациента, причиненный в результате непреднамеренной ошибки, допущенной Страхователем при проведении медицинской экспертизы.	0.24	0.33
<b>ПО ПОЛНОМУ ПАКЕТУ РИСКОВ</b>	<b>1.19</b>	<b>1.60</b>

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих / понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать особенности оказываемой Страхователем медицинской помощи, возможные факторы риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска определены экспертным путем с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие от 1,1 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,9 коэффициенты в зависимости от следующих

факторов риска: категория медицинского учреждения, специализация медицинского работника, стаж и место работы медицинского работника.

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 5,0 или быть меньше 0,1.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Приложения на повышающий или понижающий коэффициент.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.