ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. **Страховщик** – страховщик(и), указанный(ые) в Специальных условиях Договора страхования, либо АО Страховая компания, действующая от имени страхового пула на основании Договора пула.

1.2. **Страхователь** – юридическое или физическое лицо или индивидуальный предприниматель (ИП), имеющее лицензию на оказание медицинских услуг (или сертификат или другой документ, подтверждающий право оказывать медицинские услуги), указанный в Специальных условиях Договора страхования;

1.3. **Общие условия** – настоящие Общие условия добровольного страхования ответственности медицинских работников;

1.4. **Договор страхования** – означает договор страхования, заключенный в письменной форме, включающий и/или ссылающийся на настоящие Общие условия (с изменениями и/или дополнениями, согласованными между Страховщиком и Страхователем).

1.5. **Персонал** – медицинские работники (являющиеся гражданами Республики Казахстан и/или иностранные граждане/лица без гражданства, имеющие все необходимые разрешения на осуществление трудовой деятельности на территории Республики Казахстан), оказывающие медицинские услуги в соответствии с лицензией на оказание медицинских услуг Страхователя и заявленные Страхователем на страхование при заключении и во время действия Договора страхования.

1.6. **Врачебная ошибка** - любые телесные повреждения, психические травмы, болезни, заболевания или смерть пациента, вызванные ошибкой Персонала (Страхователя) вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества (отсутствия требуемых знаний) Персонала (Страхователея) в ходе выполнения профессиональных обязанностей или во время Самаритянского акта;

1.7. **Медицинская небрежность, халатность -** любые телесные повреждения, психические травмы, болезни, заболевания или смерть любого пациента, вызванные ошибкой или бездействием или в результате упущения Персонала (Страхователя) в ходе выполнения профессиональных обязанностей или во время Самаритянского акта, которые причинитель должен был и/или мог предвидеть.

1.8. **Самаритянский акт** – экстренная медицинская помощь, оказываемая Персоналом (Страхователем) в случаях чрезвычайной ситуации, несчастного случая или стихийного бедствия при нахождении на месте события или по прибытии по вызову SOS, вне места и/или времени обычного оказания своей профессиональной помощи;

1.9. **Расходы на защиту -** расходы, понесенные в связи с предварительным письменным согласием Страховщика на расследование, урегулирование или организацию юридической защиты в случае поступления иска против Персонала и/или Страхователя, в том числе представление интересов Персонала и/или Страхователя в ходе расследования в следственных и судебных органах;

1.10. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем в соответствии с условиями Договора страхования;

1.11. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком, или компенсация ущерба в натуральной форме, производимая Страховщиком при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, определенной Договором страхования, и на условиях Договора страхования;

1.12. **Страховой случай** - событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Страхователю;

1.13. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объём ответственности Страховщика при наступлении Страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования

1.14. **Прямой умысел** - любые телесные повреждения, психические травмы, болезни, заболевания или смерть любого пациента, вызванные действиями/бездействием Персонала (Страхователя), если Персонал (Страхователь) осознавал общественную опасность своего(их) действия(ий) или бездействия, предвидел возможность или неизбежность общественно опасных последствий и/или желал их наступления.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя, связанные с наступлением ответственности в ходе ведения профессиональной деятельности по оказанию медицинских услуг, в рамках лицензии Страхователя и всех заявленных Страховщику приложений к такой лицензии.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым случаем является предъявление письменной досудебной претензии или судебный иск к Персоналу и/или Страхователю, предъявленный пациентом или его уполномоченными представителями, в связи с Врачебной ошибкой (Медицинской небрежностью, халатностью) при оказании медицинских услуг, либо в связи со случаем необоснованного отказа от оказания медицинской услуги, либо ее некачественного предоставления. В качестве страхового случая также признается устная претензия или обращение за возмещением вреда со стороны пациента в случае, если Персонал и/или Страхователь признает факт Врачебной ошибки (Медицинской небрежности, халатности) по отношению к такому пациенту, либо факт неоказания или недобросовестного оказания медицинской помощи.

3.2. **Не является Страховым случаем**:

3.2.1. Иски к Персоналу и/или Страхователю, не связанные с оказанием медицинских услуг пациенту в соответствии с трудовым или иным договором со Страхователем, включая оказание медицинских услуг в организациях, не являющихся Страхователем, либо вне рабочего времени, установленного Страхователем для такого Персонала, но исключая Самаритянский акт. В случае, если Страхователем является физическое лицо или ИП без Персонала – иски к Страхователю, связанные с оказанием медицинских услуг любым лицом, не являющимся Страхователем;

3.2.2. Иски к Персоналу и/или Страхователю, связанные с денежным мошенничеством, необоснованным взиманием дополнительной оплаты либо не законным/необоснованным получением денежного или иного материального вознаграждения, либо в связи с ущербом, нанесенным имуществу пациента;

3.2.3. Любые другие иски в отношении гражданско-правовой ответственности Страхователя и/или Персонала, не связанные с Врачебной ошибкой и/или Медицинской небрежностью, халатностью, например, случаи травм или смерти в связи с несчастным случаем, произошедшим в помещениях или на территории Страхователя, либо в случае использования собственных и/или арендованных активов Страхователя (например, транспортные средства Страхователя, проведение ремонтных работ и т.д.), либо в результате действий других пациентов и/или третьих лиц, а также вследствие действий Персонала, не связанных с назначенным или проводимым лечением Персоналом, либо с отказом в предоставлении или недобросовестным предоставлением медицинской услуги;

3.2.4. Иски к Персоналу в связи с сексуальными домогательствами, оскорблениями, дискриминацией и/или диффамацией;

3.2.5. Иски, вызванные и/или в отношении качества любого товара или продукта (лекарственных препаратов, протезов, инструментов, оборудования и т.д.), поставленных или предоставленных Персоналом (Страхователем) во время оказания медицинских услуг, которые были приобретены у добросовесных поставщиков и соответствующим образом лицензированы или сертифицированы или одобрены;

3.2.6. Иски, поданные ранее или позже сроков, установленных в настоящих Общих условиях или в Договоре страхования, а также в отношении Врачебной ошибки (Медицинской небрежности, халатности), произошедшей ранее или позже сроков, установленных в настоящих Общих условиях или в Договоре страхования;

3.2.7. Иски к Страхователю по медицинских услугам, на которые Страхователь не получил необходимые лицензии и разрешения в порядке, установленном действующим законодателством Республики Казахстан;

3.2.8. Иски к Страхователю, возникшие из-за медицинского оборудования, приборов и иного имущества медицинского назначения ненадлежащего качества (равно как не прошедшие сертификацию, стандартизацию и иные разрешения на использование такого оборудования (имущества медицинского характера) на территории Республики Казахстан);

3.2.9. Иски к Страхователю, вызванные назначением лекарственных препаратов, не разрешенных в установленном порядке к применению/испольхованию в Республике Казахстан.

3.3. Во всех случаях **не подлежит возмещению ущерб**, прямо или косвенно вызванный следующими причинами, событиями или действиями:

3.3.1. военными действиями, независимо от объявления войны, военными маневрами и испытаниями;

3.3.2. массовыми беспорядками, гражданскими волнениями, а также действиями властей, направленных на их подавление;

3.3.3. влиянием ядерной энергии включая воздействие проникающей радиации или радиоактивного заражения;

3.3.4. актами терроризма; производством, использованием или хранением бомб, мин, снарядов или иного вооружения;

3.3.5. действиями бактериологических, грибковых, вирусных или других опасных субстанций;

3.3.6. противоправными действиями Персонала и/или Страхователя; умышленной Медицинской небрежностью, халатностью, безрассудными или нечестными действиями Персонала при оказании медицинских услуг;

3.3.7. оказание Персоналом медицинских услуг в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.3.8. компьютерными преступлениями, вирусами и/или потерей, повреждением электронных данных;

3.3.9. качеством любого товара или продукта (лекарственных препаратов, протезов, инструментов, оборудования и т.д.), поставленных или предоставленных Персоналом во время оказания медицинских услуг, которые были приобретены у уважаемых поставщиков и соответствующим образом лицензированы или сертифицированы или одобрены. Страховщик может согласиться выплатить компенсацию по иску Врачебной ошибки, которая была вызвана использованием такого товара при оказании медицинских услуг, при условии передачи Страхователем права требования во внесудебном и/или судебном порядке к поставщику такого товара или продукта (право суброгации);

3.3.10. асбестовыми рисками;

3.3.11. любыми существующими недостатками в профессиональной деятельности Страхователя и/или Персонала, а также проблемами Персонала (например, какие-либо заболевания либо привычки, препятствующие осуществлению профессиональной деятельности и безопасному взаимодействию с пациентами), которые уже были известны или должны были быть известны Страхователю до даты начала действия страхования и должны были быть устранены;

3.3.12. деятельностью как сторона в консорциуме, совместном предприятии или на условиях разделения прибыли за исключением случаев, задекларированных Страховщику до начала периода страхования, либо случаев декларирования в течение периода страхования с получением письменного подтверждения Страховщика о принятии такого риска на страхование;

3.3.13. Иски к медицинским работникам Страхователя, не заявленным в списке Персонала Страхователя, а также иски к Страхователю, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников, не заявленных в списке Персонала.3.3.14. Иными причинами, событиями, действием и бездействием, форма вины медицинского работника в которых классифицирована как действие/бездействие, носящая **прямой умысел,** вменяемого медицинскому работнику состава административного, либо уголовного правонарушения.

3.4. Страхованием **не покрываются следующие убытки** Страхователя, даже если они были понесены в результате страхового случая:

3.4.1. упущенная выгода, неустойка, штраф, пеня), штрафные санкции, налагаемые государственными органами;

3.4.2. любые иски и компенсации, включая арбитражные, рассматриваемые и/или присужденные судами или организациями за пределами территории страхования;

3.4.3. любые денежные выплаты, оплаченные либо подлежащие оплате, которые не являются компенсационными выплатами пациентам в связи с Врачебной ошибкой (Медицинской небрежностью, халатностью) или в связи с неоказанием или недобросовестным оказанием медицинской помощи.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма (страховой лимит) устанавливается как комбинированный единый лимит для Страхователя в целом за период страхования и может подразделяться на разделы, предусматривающие отдельные страховые суммы для каждого медицинского работника,

входящего в состав Персонала индивидуально, на каждый страховой случай, а также на Расходы на защиту.

4.3. Сумма любой и всех страховых выплат за период страхования, осуществленная в соответствии с настоящими Общими условиями и/или Договором страхования не должна превышать страховую сумму, установленную для Страхователя. Сумма выплат по каждому разделу не должна превышать страховые суммы, установленные по такому разделу.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия рассчитывается Страховщиком в соответствии с оценкой риска Страхователя на основании заполненной Страхователем анкеты с распределением персонала по видам медицинской деятельности и указанием Персонала и информацией об истории исков к Страхователю и урегулирований в связи с рисками, предусмотренными к страхованию в соответствии с настоящими Общими условиями и/или Договором страхования.

5.2. Страховая премия уплачивается Страхователем в соответствии с условиями оплаты, указанными в Договоре страхования.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

6.1. Договор страхования вступает в действие с даты начала периода страхования и действует до окончания периода страхования, указанного в Договоре страхования. В части получения заявления Страхователя о потенциальном страховом случае, произошедшем в период страхования, договор страхования продляется на 12 месяцев после окончания периода страхования.

6.2. Договор страхования заключается в письменной форме.

6.3. Страхование распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в период страхования и заявленные Страхователем не позднее 12 месяцев после окончания периода страхования, на территории Республики Казахстан, если иное не оговорено в Договоре страхования.

6.4. Договор страхования прекращается в случаях:

6.4.1. истечения срока его действия;

6.4.2. осуществления Страховщиком страховых выплат в размере Страховой суммы для Страхователя;

6.4.3. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

6.4.4. расторжения Договора страхования по соглашению Сторон;

6.4.5. расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;

6.4.6. расторжения Договора страхования по инициативе Страховщика в случаях: 1) неуплаты Страхователем Страховой премии в установленные сроки или 2) в иных случаях, предусмотренных законодательством.

6.5. О намерении досрочного прекращения Договора страхования по основаниям 6.4.4-6.4.6, указанным выше в настоящем пункте Общих условий, Стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, Договор страхования считается расторгнутым с даты получения Стороной письменного уведомления от Стороны-инициатора расторжения Договора страхования.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. получать разъяснения об Общих условиях и Договора страхования;

7.1.2. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;

7.1.3. досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном законодательством Республики Казахстан и в соответствии с условиями, предусмотренными Договором страхования;

7.1.4. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. для заключения Договора страхования заполнить и направить Страховщику анкету Страховщика и сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении Договора страхования;

7.2.2. уплачивать Страховые премии согласно заключенного Договора страхования и дополнительных соглашений к нему;

7.2.3. уведомить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая в сроки и в порядке, указанными в п. 9 Общих условий. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае неуведомления или несвоевременного уведомления Страхователем о наступлении Страхового случая.

7.2.4. предоставлять Страховщику и/или лицам, назначенным Страховщиком (независимый медицинский эксперт, юрист, адвокат и т.д.), всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях Страхового случая, характере и размерах причиненного ущерба;

7.2.5. предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения ущерба от Страхового случая;

7.2.6. по первому требованию Страховщика назначить лицо, указанное Страховщиком, для организации и предоставления юридической защиты Страхователю и/или Персоналу;

7.2.7. не согласовывать и не осуществлять без письменного согласия Страховщика какие-либо компенсационные и другие выплаты в связи со Страховым случаем, за исключением специально оговоренных в Договоре страхования;

7.2.8. своевременно уведомлять Страховщика об изменении или увеличении страхового риска в соответствии с п. 8 Общих условий.

7.2.9. 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 в период действия Договора страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Назначить независимого медицинского эксперта для взаимодействия со Страхователем при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая;

7.3.2. Назначить юриста и/или адвоката для организации и предоставления юридической защиты Страхователю и/или Персоналу;

7.3.3. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий Договора страхования;

7.3.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки Страхового случая;

7.3.5. требовать от Страхователя информацию и документы, необходимые для установления факта Страхового случая и обстоятельства его возникновения;

7.3.6. отказать в Страховой выплате, если Страхователь не предоставил документы и/или информацию, указанные в п. 9 Общих условий, либо в других случаях необоснованных требований;

7.3.7. при расторжении Договора страхования и в случае отсутствия страховых случаев - на часть Страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования, и административные расходы, связанные с ведением Договора страхования в размере 20% от возвращаемой части Страховой премии. В случае осуществления страховой(ых) выплат(ы) в течение действия договора страхования или в случае заявленного страхового случая Страховщик имеет право на полную сумму страховой премии. В случае осуществления возврата части страховой премии Страхователю, Страхователь теряет право на получение каких-либо страховых выплат после даты расторжения договора, несмотря на то, что такая страховая выплата могла произойти в течение действия Договора страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования или в дополнительном соглашении к нему;

7.3.8. требовать внесения изменений в условия Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно изменению или увеличению риска в случае, если после заключения Договора страхования произошли существенные изменения страхового риска (см. п. 8 настоящих Общих условиях).

7.3.9. предлагать урегулирование иска к Страхователю от имени Страхователя; требовать оспорить решение суда по присуждению компенсации в аппеляционном порядке.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. при наступлении Страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования произвести Страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

7.4.2. обеспечить тайну страхования.

7.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Изменением или увеличением страхового риска в течение действия Договора страхования считаются следующие обстоятельства:

8.1.1 любые изменения в списке Персонала, включая увольнение или прием нового персонала, а также изменение класса медицинской деятельности любого из членов Персонала;

8.1.2. включение в страхование любых дополнительных Страхователей (например, консорциумы, совместные предприятия, партнеры на условиях разделения прибыли и т.д.), не заявленных при заключении Договора страхования;

8.1.3. изменение общего количество застрахованного Персонала; осуществление деятельности в новых классах медицинской деятельности;

8.1.4. другие изменения, которые Страховщик может обоснованно считать изменением или увеличением страхового риска.

8.2. В случае изменения или увеличения страхового риска в период действия Договора страхования, Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии за неистекший период страхования и рассчитывает страховую премию, подлежащую доплате или возврату. Страховая премия, подлежащая доплате Страхователем или возврату Страхователю, устанавливается дополнительным соглашением к Договору страхования с указанием соответствующих условий изменения или дополнения страхового покрытия.

9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. Страхователь незамедлительно направляет уведомление Страховщику о потенциальном страховом случае сообщением по электронной почте, либо письменным уведомлением на адрес Страховщика, отправленным по почте или факсу. Уведомление должно быть сделано в течение 36 (тридцати шести) часов после того, как Страхователю стало известно о событии, имеющим признаки Страхового случая, за исключением случаев предусмотренных пунктами 9.2.1. и 9.2.2. настоящего Договора. Уведомление должно содержать информацию о потенциальном страховом случае, обстоятельствах и времени его наступления.

9.2. Потенциальным страховым случаем считается:

9.2.1. любая критика со стороны пациента в отношении оказанной медицинской услуги или профессиональных действий Персонала, устная жалоба или устное обращение с требованием по возмещению вреда в случаях, когда Страхователь (Персонал) имеет основания считать такую критику или жалобу (обращение) или отказ обоснованными. В этом случае Страхователь может незамедлительно оплатить пациенту компенсацию или не взимать стоимость услуг в размере до 5 МРП на текущий финансовый год для того, чтобы избежать иска со стороны пациента, и Страховщик соглашается возместить такую выплаченную компенсацию (стоимость услуг) при следующих условиях:

- Страхователь незамедлительно уведомил Страховщика о таком случае (в течении 24 часов, с момента оплаты компенсации Страхователем);
- Страхователь предоставил Страховщику письменное разъяснение соответствующего (виновного) Персонала об обстоятельствах, приведших к выплате компенсации, и о причинах требования компенсации пациентом;
- Страхователь предоставил Страховщику письменное разъяснение оснований, по которым выплата компенсации рассматривается как обоснованная;
- Страхователь предоставил Страховщику заявление об урегулировании претензии по форме, приведенной в приложении №1 к настоящим Общим условиям, подписанное пациентом, с указанием контактных данных пациента;
- Страховщик (по своему усмотрению) проверил факт выплаты компенсации пациенту, самостоятельно связавшись с пациентом.

Страхователь может воспользоваться настоящим условием о незамедлительной компенсации не более 2 (двух) раз в период действия Договора страхования.

9.2.2. письменная досудебная претензия к Страхователю или Персоналу. В этом случае Страхователь должен направить копию претензии Страховщику незамедлительно после ее получения, а также разъяснение относительно ее обоснованности с представлением приложенной к претензии документации. Страхователь не должен направлять ответ на такую досудебную претензию истцу без письменной инструкции Страховщика, в противном случае Страховщик не несет ответственности в рамках принятых на себя обязательств по Договору страхования. При этом Страховщик может также предпринять следующие действия:

- предложить Страхователю самостоятельно ответить на претензию с предоставлением копии ответа Страховщику – в случае очевидной необоснованности претензии;
- назначить и провести медицинскую и/или юридическую экспертизу потенциального страхового случая и/или ответа на досудебную претензию – в случае, если Страхователь не признает факт Медицинской небрежности, халатности или Врачебной ошибки;
- назначить медиатора для проведения переговоров и мирного досудебного урегулирования претензии пациента - в случае, если Страхователь признает факт Медицинской небрежности, халатности или Врачебной ошибки.

Любая досудебная претензия должна быть направлена Страховщику в течение 24 часов после ее получения Страхователем. В случае, если Страхователь не известил Страховщика о полученной досудебной претензии в указанный срок, Страховщик имеет право отказать в любой страховой выплате в связи со Страховым случаем, возникшим в результате такой досудебной претензии.

9.2.3. судебный иск к Страхователю (Персоналу), открытие уголовного или административного дела в отношении Страхователя (Персонала), уголовное или административное преследование в отношении Страхователя (Персонала). В этом случае Страховщик назначает адвоката для защиты интересов Страхователя, либо согласовывает адвоката Страхователя. **ВАЖНО**: Страховщик может отказать Страхователю в страховой выплате, либо ограничить ее по своему усмотрению, если Страхователь не уведомил Страховщика и/или не следовал его инструкциям на этапе досудебной претензии в соответствии с п. 9.2.2 Общих условий.

9.2.4. Смерть пациента или резкое ухудшение состояние здоровья во время или вследствие оказания медицинских услуг пациенту. В этом случае Страховщик незамедлительно назначает независимого медицинского эксперта для участия в расследовании такого случая, а при необходимости – адвоката - вне зависимости от поступления жалобы или иска со стороны пациента или его родственников.

9.3. Уведомление о страховом случае принимается не позднее, чем в течение 12 месяцев после завершения периода страхования по случаям, произошедшим в течение действия периода страхования, при выполнении условия, указанного в п. 9.1 настоящих Общих условий. Уведомление, полученное позднее указанного срока, не принимается Сраховщиком и освобождает Страховщика от какой-либо страховой выплаты, даже если страховой случай произошел в течение действия периода страхования.

9.4. В случае, если Страхователь не уведомит Страховщика о Страховом случае в соответствии с пунктом 9.1. Общих условий, или в случае, если он не будет следовать инструкциям Страховщика в соответствии с п. 9.2 Общих условий, Страховщик имеет право отказать в Страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Основанием для осуществления страховой выплаты Страховщиком являются следующие документы:

1) письменное уведомление Страхователя о наступившем страховом случае;

2) заявление об урегулировании претензии, подписанное истцом или получателем компенсации в соответствии с формой, указанной в Приложении №1 к Общим условиям – в случае осуществления страховой выплаты в порядке мирного досубедного урегулирования; либо решение судебного органа о присуждении компенсации;

3) в случае осуществления страховой выплаты по обстоятельствам, указанным в п. 9.2.1 Общих условий – документы, указанные в п. 9.2.1 Общих условий;

4) копию удостоверения личности истца (получателя компенсации). Если получатем компенсации не является пострадавшее лицо, либо лицо, которому присуждена или должна быть выплачена компенсация в порядке права наследования – нотариально доверенность на имя получателя компенсции от должного лица;

5) контактные данные истца(адрес, контактный телефон);

6)документы, подтверждающие факт компенсации (приходные ордера, электронные квитанции, чеки и т.д.)

10.2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Страхователя или государственных органов для установления факта наступления страхового события и соответствующих компенсационных выплат. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно. Такие документы должны быть

запрошены в течение 15 (пятнадцати) дней после представления документов, указанных в пункте 10.1 Общих условий.

10.3. Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех документов, указанных в пунктах 10.1, 10.2 Общих условий. Страховая выплата осуществляется незамедлительно после принятия соответствующего решения.

11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата может осуществляться в следующих формах:

- возмещение Страхователю денежной компенсации, выплаченной в связи с наступлением страхового случая;
- возмещение Страхователю стоимости медицинских услуг, которые пациент отказался оплатить в связи со страховым случаем как указано в п. 9.2.1 Общих условий;
- выплата компенсации пострадавшему в порядке мирного внесудебного урегулирования, либо по решению судебных органов;
- оплата стоимости медицинских услуг, предоставленных пострадавшему для лечения последствий страхового случая;
- оплата стоимости услуг независимых медицинских экспертов;
- оплата юридических и судебных расходов и оплата гонораров юристов и адвокатов

11.2. По одному страховому случаю Страховщик может осуществить несколько страховых выплат.

11.3. Общий размер страховых выплат по одному страховому случаю не должен превышать страховую сумму(страховой лимит), установленный Договором страхования для каждого страхового случая, а в случае претензии/иска к Персоналу страхователя, или если такая претензия/иск предъявлена Страхователю в отношении какого-либо Персонала – общая сумма страховых выплат по такой претензии/иску не должа превышать страховую сумму, установленный Договором страхования для одного медицинского работника Страхователя.

11.4. Общий размер страховых выплат, осуществленных для привлечения независимой медицинской экспертизы и для оплаты юридических и судебных расходов, а также гонораров юристов и адвокатов, не должен превышать страховую сумму, установленную Договором страхования для Расходов на защиту.

11.5. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении Страховой выплаты являются:

1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, Страховом случае и его последствиях;

2) умышленные действия Страхователя, направленные на наступление Страхового случая;

3) воспрепятствование Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления Страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление Страхового случая;

5) не предоставление/отказ от предоставления полного пакета документов, после дополнительного запроса Страховщика, в соответствии с п.7.3.6 Договора.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

12.2. При не достижении соглашения, спор передается на рассмотрение в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.