

Памятка лицу, ответственность которого застрахована, о порядке действий при получении информации о событии, имеющем признаки страхового случая

Гражданская ответственность Вашей организации застрахована по Коллективному договору страхования профессиональной ответственности медицинских работников № 433-744-066271/24 от «15» мая 2024 г., заключенному между СМС «МПСО» и СПАО «Ингосстрах».

ДЕЙСТВИЯ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ (НАСТУПЛЕНИЯ) СЛЕДУЮЩИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ:

- привлечение медицинской организации к участию в судебном процессе в связи с требованиями (исками, претензиями) о возмещении вреда в связи с осуществлением медицинской деятельности или направление досудебной претензии медицинской организации;
- запросы правоохранительных органов о предоставлении информации в связи с осуществлением медицинской организацией медицинской деятельности, если из сути запроса следует возможность причинения вреда пациенту(ам) и/или другим лицам (например, запросы в рамках возбужденных уголовных дел);
- не принятые к производству, полученные специалистом застрахованного лица исковые заявления о привлечении его в качестве третьего лица по судебным спорам, связанным с осуществлением медицинской деятельности;
- уведомления об ошибках, действиях (бездействиях) специалистов застрахованного лица, о которых ему стало известно, например, по результатам внутренней проверки (расследования, комиссии), и которые, по мнению медицинской организации, могут привести к причинению вреда пациентам или другим лицам.

МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО:

1. Принять разумные и доступные в сложившейся обстановке меры по предотвращению и/или уменьшению причиненного вреда.
2. В срок **не позднее 30 (тридцати) рабочих дней** любым доступным способом (телефон, электронная почта), сообщить Страховщику о случившемся, о предъявлении пациентом(ами) и/или другими лицами письменных претензий, требований о возмещении вреда, исковых заявлений, а также о начале действий компетентных органов по фактам, имеющим отношение к случившимся;
3. Не признавать в добровольном порядке без письменного согласия Страховщика претензии, требования о возмещении вреда, исковые заявления, не принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, а также не возмещать (обещать возместить) причиненный вред;
4. Любые планируемые расходы на привлечение экспертов и адвокатов необходимо в обязательном порядке согласовать со Страховщиком.
5. Страховщик в течение **10 (десяти) рабочих дней** с момента получения уведомления от медицинской организации о случившемся событии направляет письменный запрос документов, необходимых для урегулирования страхового случая.
6. Страховщик в течение **15 (пятнадцати) рабочих дней** с даты получения от медицинской организации заявления о выплате с приложением всех необходимых документов, принимает решение о признании события страховым случаем или отказе в выплате страхового возмещения.
7. В случае признания события страховым, Страховщик в срок, указанный в п.6 составляет Страховой акт, который должен содержать реквизиты получателя страховой выплаты, необходимые для ее осуществления, а также сведения о размере подлежащего выплате страхового возмещения. Копия страхового акта вручается медицинской организации и (или) Третьему лицу по его требованию.
8. Извещение о полном или частичном отказе в страховой выплате составляется в срок, указанный в п.6 и содержит мотивированные причины отказа (составление Страхового акта не требуется).
9. При признании заявленного события страховым случаем в течение **10 (десяти) рабочих дней**, после составления Страхового акта, Страховщик производит страховую выплату.
10. В случае если назначена дополнительная экспертиза с целью определения размера вреда, вызванного наступлением страхового случая, то срок выплаты страхового возмещения исчисляется, начиная с даты получения Страховщиком результатов проведения дополнительной экспертизы.

Контакты Филиала СПАО «Ингосстрах» в Свердловской области:

620142, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, д. 51, стр. А, БЦ «SUMMIT», 5 этаж, 7 кабинет

Контакты персонального менеджера по Коллективному договору страхования:

Лучников Дмитрий, Начальник отдела страхования ответственности

тел.: +7 (343) 205-80-10, вн.445; +7 (906) 805-18-65

e-mail: Dmitry.Lutchnikov@ingos.ru