

Договор № ____
страхования профессиональной ответственности медицинских
учреждений и частнопрактикующих врачей.

Г. _____

«__» _____ 20__ г.

АО «Страховая компания «____», в лице Председателя правления _____ действующего на основании Устава с одной стороны и

Наименование медицинского учреждения _____ в лице Директора _____ действующего на основании Устава, с другой стороны,

Заклучили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В соответствии с настоящим договором и в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан Страховщик заключает Договоры страхования профессиональной ответственности медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей.

1.2. Страхователями по настоящему Договору могут выступать:

поликлиники, диспансеры, родильные дома, женские консультации, центры народной медицины и иные медицинские учреждения, являющиеся юридическими лицами (далее – Медицинские учреждения) имеющие на момент заключения договора страхования лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в соответствии Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях». При этом лицензия на осуществление медицинской деятельности должна быть действительна на время действия договора страхования и на территории, в пределах которой осуществляется медицинская деятельность Страхователя;

частнопрактикующие врачи (далее – Частнопрактикующие врачи), осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица имеющие на момент заключения договора страхования лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в соответствии Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях». При этом лицензия на осуществление медицинской деятельности должна быть действительна на время действия договора страхования и на территории, в пределах которой осуществляется медицинская деятельность Страхователя.

При урегулировании отношений, не отраженных в настоящих Дополнительных Условиях, Стороны руководствуются законодательством Республики Казахстан.

2. Предмет договора

2.1. Предметом Договора является страхование профессиональной ответственности страхователя при оказании медицинских услуг, в связи с чем, Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая выплатить лицу, имеющему право на возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, страховую выплату в пределах страховой суммы, предусмотренную настоящим Договором.

3. Объект страхования

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан

имущественные интересы Застрахованного по Договору лица, связанные с риском его ответственности по обязательствам, возникающим вследствие причинения вреда жизни или здоровью пациентов при осуществлении Застрахованным лицом профессиональной деятельности по оказанию медицинских услуг.

4. Страховой случай

4.1. По настоящему договору страховым случаем признается факт причинения вреда в результате оказания медицинских (врачебных) услуг и явившийся следствием небрежности, ошибки или упущения, установленный и признанный страховщиком на основании заявления пациента Страхователю (Застрахованному лицу) имущественной претензии или установленный судебным решением обязывающий Страхователя (Застрахованного лица) возместить вред имущественным интересам потерпевшего Третьего лица.

4.2. Страхованием покрывается вред, причиненный здоровью Пациентов, если он:

4.2.1. Явился следствием:

- а) ошибки в диагнозе и плане лечения;
- б) непредвиденных осложнений в результате плановой операции в стационаре;
- в) непредвиденных осложнений в результате применения назначенных лекарственных препаратов, в том числе в результате неправильно назначенной дозировки;
- г) непреднамеренного сокращения срока лечения в результате преждевременной выписки из стационара или преждевременного закрытия больничного листа при амбулаторном лечении;
- д) заражения при переливании крови, внутривенном вливании и т.п. (кроме случаев, перечисленных в п.3.4.).

4.2.2. Находится в прямой причинной связи с осуществлением Страхователем (Застрахованным лицом) указанной в настоящем договоре медицинской деятельности;

4.2.3. Имел место во время действия Договора страхования и в конкретном Медицинском учреждении, которое указано в Договоре страхования или приложениях к нему.

К непредвиденным осложнениям относятся чрезвычайные медицинские обстоятельства в виде внезапного проявления таких медицинских симптомов, которые не могли быть заранее предвидены и которые требуют немедленного врачебного вмешательства.

4.3. Несколько совершенных или предполагаемых ошибок, упущений или случаев небрежности, возникающих из одного источника или по одной причине, либо непосредственно или косвенно с ними связанных, вследствие которых был причинен вред, считаются одним событием, которое считается наступившим в наиболее ранний из моментов небрежности, ошибок или упущений. Если Стороны не могут прийти к согласию относительно момента наступления события, оно считается наступившим тогда, когда к Страхователю впервые обратились по поводу оказания медицинских услуг, приведших к наступлению страхового события.

4.4. Страховщик также компенсирует Страхователю необходимые и целесообразно понесенные им расходы по уменьшению вреда, причиненного потерпевшему.

4.4. Страхование не распространяется:

4.4.1. на работников Страхователя – юридического лица, которые проходили лечение в его же Медицинском учреждении, а также на родственников Страхователя - физического лица, которым он оказывал медицинские услуги;

4.4.2. на случаи когда работники Страхователя – Медицинского учреждения, оказывали медицинские услуги не по месту своей основной работы частным образом;

4.4.3. на ответственность Страхователя, возникшую вне обусловленных договором его профессиональных обязанностей;

4.4.4. на иски по рецидивной нетрудоспособности, которая возникает, если потерпевшее лицо после получения временной нетрудоспособности возвращается к трудовой деятельности (за исключением назначенного врачом реабилитационного режима работ) и проработав не менее 3

месяцев снова становится нетрудоспособным по причине перенесенного заболевания или связанного с ним лечения.

4.4.5. на иски, претензии в случае оказания медицинских услуг без заключения договора, а равно без оформления иных документов в рамках оказания медицинских услуг;

4.4.6. на иски, претензии в случаях если на момент оказания медицинских услуг у страхователя (застрахованного) отсутствовали по любой причине соответствующие профессиональные допуски, квалификация, и (или) лицензия.

4.5. Не признаются страховыми случаями и не покрываются убытки, возникшие прямо или косвенно в результате:

4.5.1. заражения крови, инфицирования вирусом иммунодефицита (ВИЧ) и т.п. при использовании Страхователем (его работниками) шприцов не одноразового пользования;

4.5.2. заражения при переливании крови, если предварительно не была произведена проверка сертификата переливаемой крови и Страхователь (его работники) знал об этом;

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

4.5.4. не выполнения потерпевшим лицом плана лечения и предписаний лечащего врача;

4.5.5. выполнения медицинским работником действий, не соответствующих его должностным обязанностям, квалификации, допуска, лицензии;

4.5.6. проведения операции в экстремальных условиях, возникших из-за:

- всякого рода военных действий или их последствий, действия мин, бомб и других орудий войны, гражданских волнений и забастовок, незаконных актов третьих лиц, незаконных действий и распоряжений военных или гражданских властей;

- ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- отключения электроэнергии, теплоснабжения и т.д.;

- умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица;

- нахождения Частнопрактикующего врача, работника Медицинского учреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения при выполнении своих служебных обязанностей;

- ошибок, недостатков или дефектов медицинского оборудования или лекарственных препаратов, которые были известны лицам, в пользу которых заключено страхование, до наступления страхового случая.

4.6. Иные исключения предусмотрены настоящим договором.

4.7. В соответствии с настоящим Договором страховым случаем является предъявление Страхователю обоснованного требования третьих лиц о возмещении убытков, причиненных в результате непреднамеренных ошибок и упущений Страхователя, допущенных в период, указанный в Договоре страхования.

4.8. Обоснованность претензии (требования) третьего лица устанавливается судом, и подтверждается соответствующим решением суда, вступившим в законную силу либо Страховщиком во внесудебном порядке.

4.9. Исключения из страхового покрытия:

4.9.1. Претензии вследствие любого факта, ситуации, обстоятельства или события, о котором Страхователь (Застрахованное лицо) на дату вступления в силу Договора знал или мог обоснованно предполагать, что следствием этого может явиться предъявление претензии к Страхователю (Застрахованному лицу);

4.9.2. Убытки, ожидаемые или преднамеренно причиненные Страхователем (Застрахованным лицом).

5. ФРАНШИЗА

5.1. Договором страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении в Договоре страхования (полисе) условной франшизы Страховщик

освобождается от осуществления страховой выплаты, если его размер не превышает размер франшизы, в случае если сумма ущерба превышает размер условной франшизы, страховая выплата подлежит выплате в полном объеме.

5.2. При установлении в Договоре страхования (полисе) безусловной франшизы, страховщик осуществляет страховую выплату за минусом франшизы.

5.3. Франшиза определяется по соглашению Сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

6.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страховщику по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные тарифы, на основе которых определяется премия, взимаемая с единицы страховой суммы.

Страховщик может применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от вида медицинских услуг, и иных факторов, влияющих на степень риска.

6.3. По Договорам страхования, заключенным на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах:

- за 1 месяц – 25%,
- за 2 месяца – 35%,
- за 3 месяца – 40%,
- за 4 месяца – 50%,
- за 5 месяцев – 60%,
- за 6 месяцев – 70%,
- за 7 месяцев – 75%,
- за 8 месяцев – 80%,
- за 9 месяцев – 85%,
- за 10 месяцев – 90%,
- за 11 месяцев – 95%.

6.4. Уплата страховой премии может производиться единовременно либо страховыми взносами, любым способом.

6.5. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денег на расчетный счет Страховщика (при безналичной уплате страховой премии) или день уплаты страховой премии наличными деньгами в кассу Страховщика или страховому агенту.

6.6. Если Страхователь не уплатил очередной взнос в срок, предусмотренный Договором, договор страхования прекращает свое действие со дня следующего за днем уплаты очередного страхового взноса.

7. Срок действия договора страхования.

7.1. При заключении договора 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.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные в настоящем договоре страхования, в заявлении на страхование, в письменном запросе страховщика, направленном страхователю в период заключения договора.

7.2. Договор страхования не может быть заключен при отсутствии ответов страхователя на вопросы, указанные в письменном запросе страховщика, в отношении существенных обстоятельств.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов страхователя на какие-либо вопросы страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены страхователем.

7.3. Если после заключения договора будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

7.4. Настоящий договор страхования заключен сроком на один год.

7.5. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии, и оканчивается в 24 часа дня, указанного в Договоре страхования как день окончания действия Договора.

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

7.6.1. истечения срока действия;

7.6.2. неуплаты Страхователем страховой премии в установленные Договором страхования сроки;

7.7. Договор страхования расторгается досрочно в случаях:

7.7.1. когда перестал существовать объект страхования;

7.7.2. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;

7.7.3. прекращения в установленном порядке предпринимательской (профессиональной) деятельности;

7.7.4. истечение срока действия, лишение, либо приостановление лицензии, разрешения на основании которого осуществляется медицинская деятельность страхователя;

7.7.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами;

7.7.6. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным.

7.8. Договором страхования должно быть предусмотрены одно из следующих оснований досрочного прекращения договора страхования:

7.8.1. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору в пределах страховой суммы;

7.8.2. осуществления страховщиком страховой выплаты по первому страховому случаю;

7.8.3. наступления первого страхового случая.

8. Права и обязанности сторон

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. по согласованию со Страховщиком заявлять страховую сумму по Договору страхования;

8.1.2. получить дубликат договора страхования в случае его утраты;

8.1.3. досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном настоящими Правилами порядке;

8.1.4. в период действия Договора страхования изменить по согласованию со Страховщиком страховую сумму и сроки действия Договора страхования с оформлением дополнительного соглашения и оплатой выставленного Страховщиком счета на дополнительную страховую премию, если это необходимо.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, установленные Договором страхования;

8.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки степени страхового риска, о других действующих Договорах страхования ответственности, а также о всяком существенном изменении степени страхового риска;

8.2.3. сообщать о приостановлении или прекращении действия его специального разрешения

(лицензии) на осуществление профессиональной деятельности;

8.2.4. сообщать Страховщику незамедлительно о всяком изменении в характере своей деятельности, если это может повлиять на повышение степени риска страхования;

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. при заключении Договора страхования ознакомиться со всей документацией, необходимой для определения степени риска;

8.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также соблюдение Страхователем требований и условий договора;

8.3.3. потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об объекте страхования и о наличии страхового интереса.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить ему один экземпляр;

8.4.2. обеспечить конфиденциальность информации, составляющей коммерческую, врачебную и иную профессиональную тайну Страхователя;

8.4.3 по заявлению Страхователя оформить дополнительное соглашение при восстановлении (увеличении) общего лимита ответственности, а также при включении в договор страхования дополнительных страховых рисков, предусмотренных настоящими Правилами, но не включенных при заключении договора;

8.5. При наступлении, любого события, которое может повлечь к предъявлению претензии о возмещении вреда со стороны Третьих лиц, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан немедленно (не позднее 3 рабочих дней) уведомить Страховщика о таком событии. Такое уведомление должно включать в себя сведения о характере события, о возможном вреде, именах и адресах лиц, затронутых событием, включая потенциальных заявителей претензии, о том, каким образом Страхователь (Застрахованное лицо) узнал о событии, и почему он ожидает предъявления претензий.

Уведомление о событии не считается уведомлением о страховом случае.

8.6. В случае предъявления претензии Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

8.6.1 незамедлительно предоставить Страховщику копию запроса, письма, повестки, искового заявления, уведомления о возбуждении производства по делу, вызова в суд или иного документа, полученного в связи с претензией;

8.6.2. сохранять в течение обоснованно необходимого Страховщику времени в неизменном виде любые записи, документы, имущество, оборудование, установки и иные предметы, связанные с событием, которое могло бы привести к претензии, на которую распространяется настоящий Договор;

8.6.3. без письменного согласия Страховщика не признавать требования, предъявленные в связи с причинением вреда, не принимать на себя какие-либо обязательства по урегулированию таких требований, а также не производить каких-либо выплат третьим лицам в связи с наступлением страхового события сотрудничать со Страховщиком при расследовании, урегулировании или защите от претензии;

8.6.4. оказывать Страховщику содействие при реализации права требования в отношении любого физического или юридического лица, которое может нести ответственность перед Страхователем (Застрахованным лицом) за причинение убытков, на которые распространяется действие Договора.

8.7. При наступлении страхового события Страховщик обязан:

8.7.1. установить причину и обстоятельства наступления страхового события, установить причины и размер причиненного вреда;

8.7.2 рассмотреть все предоставленные в связи с событием документы и вынести решение о признании события страховым случаем;

- 8.7.3 при признании события страховым случаем составить страховой акт;
- 8.7.4. в течение 14 банковских дней после составления и подписания страхового акта осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю;
- 8.7.5 при отсутствии оснований для осуществления страховой выплаты, в течение 7 (семи) рабочих дней, направить Страхователю мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты.

9. Определение страхового случая и размера вреда.

9.1. Страховым случаем признается факт наступления гражданско-правовой ответственности, застрахованного за причинение жизни, здоровью лиц, признанных потерпевшими, в результате осуществления страхователем (застрахованным) медицинских услуг относительно которых осуществляется страхование.

9.2. Страховая выплата производится Страховщиком в пределах страховой суммы определенной Договором страхования, за вычетом оговоренной в Договоре страхования франшизы на основании заявления Выгодоприобретателя о страховом случае с приложением документов, подтверждающих наступление страхового случая, копию судебного решения, вступившего в законную силу либо копию имущественной претензии потерпевшего, и т.п., представляемых Страховщику в сроки, оговоренные в настоящем договоре.

Страховщик на основании полученных документов в случае необходимости определяет способ определения размера вреда, специалистов необходимых для его подтверждения и расчета.

9.3. Настоящим договором не покрывается возмещение морального вреда и упущенной выгоды потерпевшего.

Вариант 1.

9.4. При причинении третьему лицу увечья или иного повреждения здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также расходы, вызванные повреждением здоровья (на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии и другие), если признано, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не получает их бесплатно.

9.5. В случае увечья или иного повреждения здоровья несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцати лет (малолетнего) и не имеющего заработка, третьего лица, страхованием возмещаются расходы, связанные с повреждением здоровья.

По достижении потерпевшим четырнадцати лет, а также в случае причинения вреда несовершеннолетнему в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет, не имеющему заработка (доходов), лица, ответственные за вред, обязаны возместить потерпевшему, помимо расходов, вызванных повреждением здоровья, также вред, связанный с утратой или уменьшением его трудоспособности, исходя из десятикратного установленного законодательными актами месячного расчетного показателя установленного на день осуществления страховой выплаты.

Если к моменту повреждения здоровья несовершеннолетний имел заработок, размер вреда определяется исходя из размера этого заработка, но не ниже десятикратного установленного законодательными актами месячного расчетного показателя на день осуществления страховой выплаты.

9.6. В случае смерти потерпевшего третьего лица, вред возмещается лицам, имеющим право на возмещение вреда в связи со смертью гражданина, вред возмещается в размере той доли заработка (дохода) умершего, исчисленного по правилам статьи 938 Гражданского Кодекса, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни. При определении возмещения

вреда этим лицам в состав доходов умершего, наряду с заработком, включаются получавшиеся им при жизни пенсия, пожизненное содержание и другие аналогичные выплаты. Также возмещаются расходы на погребение лицу, понесшему такие расходы.

Вариант 2.

9.4. Если иное не установлено договором страхования, при причинении вреда жизни, получения потерпевшим третьим лицом увечья, предельный объем ответственности страховщика по одному страховому случаю (страховая сумма) составляет (в месячных расчетных показателях):

за вред, причиненный жизни или здоровью каждого потерпевшего и повлекший:

гибель - 2 000;

В случае смерти потерпевшего лицу, осуществившему погребение потерпевшего, страховщиком возмещаются расходы на погребение в размере ста месячных расчетных показателей.

установление инвалидности:

I группы - 1 600,

II группы - 1 200,

III группы - 500;

ребенок-инвалид - 1 000.

Страховая выплата за вред, причиненный жизни и здоровью потерпевшего, повлекший гибель или установление инвалидности, осуществляется в размере предельного объема ответственности страховщика.

9.5. Если иное не установлено договором страхования, при повреждении здоровья без установления инвалидности, - в размере фактических расходов на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но не более 300 месячных расчетных показателей;

9.6. При причинении вреда имуществу одного потерпевшего, — в размере причиненного вреда, но не более 600 месячных расчетных показателей;

9.7. При причинении вреда имуществу одновременно имуществу двух и более потерпевших, — в размере причиненного вреда, но не более 600 месячных расчетных показателей каждому потерпевшему. При этом общий размер страховых выплат всем потерпевшим не может превышать 2 000. В случае превышения размера вреда над предельным объемом ответственности страховщика страховая выплата каждому потерпевшему осуществляется соразмерно степени вреда, причиненного его имуществу.

9.8. Для расчета размера страховой выплаты используется месячный расчетный показатель, установленный в соответствии с законодательным актом Республики Казахстан, на день осуществления страховой выплаты.

9.9. Расходы, понесенные страхователем (застрахованным) в целях предотвращения или уменьшения убытков, подлежат возмещению страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

Такие расходы возмещаются в фактических размерах, при этом общая сумма страховой выплаты и компенсации расходов не должна превышать предельный объем ответственности, установленный договором обязательного страхования ответственности владельцев транспортных средств. Если расходы возникли в результате исполнения страхователем указаний страховщика, они возмещаются в полном размере безотносительно к предельному объему ответственности.

Указанные расходы возмещаются страховщиком непосредственно лицу, понесшему их.

9.10. При недостаточности предельного объема ответственности для полного возмещения причиненного вреда страхователь возмещает потерпевшему разницу между страховой суммой и фактическим размером вреда.

10. Страховая выплата

10.1. Требование о страховой выплате к страховщику предъявляется страхователем (застрахованным) или иным лицом, являющимся выгодоприобретателем, в письменной форме с указанием места жительства (местонахождения), контактных телефонов выгодоприобретателя, банковских реквизитов, порядка получения страховой выплаты с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты.

10.2. По желанию заявителя требование о страховой выплате может быть направлено в электронной форме с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в виде электронных копий или электронных документов. При этом требование о страховой выплате в электронной форме не освобождает заявителя от представления страховщику оригиналов документов по месту нахождения страховщика.

10.3. К заявлению о страховой выплате прилагаются следующие документы:

10.3.1. документ, подтверждающий факт наступления страхового случая и размер вреда, причиненного потерпевшим;

10.3.2. копия справки организаций здравоохранения о сроке временной нетрудоспособности потерпевшего в случае наличия факта причинения вреда жизни, здоровью потерпевшего или справки специализированных учреждений об установлении инвалидности потерпевшего - в случае ее установления;

10.3.3. нотариально удостоверенная копия свидетельства о смерти потерпевшего;

10.3.4. документ, подтверждающий право выгодоприобретателя на возмещение вреда (копия);

10.3.5. заявление об определении размера вреда;

10.3.6. удостоверение личности выгодоприобретателя для физического лица, учредительные документы для юридического лица, оригинал доверенности, выданной представителю юридического лица;

10.3.7. документы, подтверждающие расходы, понесенные страхователем (застрахованным) в целях предотвращения или уменьшения убытков при наступлении страхового случая, - при их наличии;

10.4. Истребование страховщиком дополнительно других документов от страхователя (застрахованного) либо потерпевшего допускается при условии, что на основании имеющихся документов не возможно принять решение о признании события страховым случаем либо установить размер вреда.

10.5. Страховщик, принявший документы, обязан составить в двух экземплярах справку с указанием полного перечня представленных заявителем документов и даты их принятия.

10.6. Выгодоприобретателем является потерпевший (в случае его смерти лицо, имеющее согласно законам Республики Казахстан право на возмещение вреда в связи со смертью потерпевшего), а также страхователь (застрахованный) или иное лицо, возместившее потерпевшему (лицу, имеющему право на возмещение вреда) причиненный вред в пределах объема ответственности страховщика, установленного настоящим Законом, и получившее право на страховую выплату.

10.7. Размер страховой выплаты по обоснованным требованиям Третьих лиц о возмещении ущерба определяется по соглашению сторон на основании решения страховщика, а в случае не достижения согласия – **на основании судебного решения или документа, полученного в рамках досудебного урегулирования споров.**

10.8. Если Страхователь на основании исполнения судебного решения произвел Выгодоприобретателю компенсацию причиненного вреда до осуществления страховщиком страховой выплаты, то страховая выплата осуществляется страхователю в пределах произведенной им компенсации вреда в пределах установленной договором страховой суммы.

10.9. Страховщик имеет право приостановить осуществление страховой выплаты если:

10.9.1 по инициативе Страхователя (застрахованного), выгодоприобретателя производятся любые мероприятия по установлению факта, обстоятельств наступления страхового случая, определения вреда в натурально вещевой форме выражения и или расчету размера вреда;

10.9.2. по факту причинения вреда возбуждено уголовное дело либо начат судебный процесс – до принятия соответствующего решения судом или установления обстоятельств, не препятствующих

принятию решения об осуществлении страховой выплаты.

10.10. Страхователь (застрахованный), выгодоприобретатель, получившие страховую выплату от Страховщика, обязаны возратить ее (или их соответствующую часть), если в течение предусмотренных законодательством Республики Казахстан сроков исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает их права на страховую выплату.

10.11. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если причинение вреда произошло в следствие:

10.11.1. умышленных действий Страхователя или сговора с третьими лицами, направленных на наступление страхового случая;

10.11.2 совершение страхователем (застрахованным) умышленного должностного, экономического и иного преступления, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

10.11. 3. причинения вреда третьему лицу в период, когда страхователь (застрахованный) был лишен лицензии или специального разрешения, или действие таких документов было приостановлено или действие таких документов было прекращено в связи с истечением срока действия, а равно выполнения работ работником не имеющего специального допуска, лицензии, квалификации;

10.11.4. оказания страхователем (застрахованным) услуг без заключения договора на оказание соответствующих услуг или оформления иных документов в рамках осуществления профессиональной деятельности.

11. Разрешение споров

11.1. Стороны предусматривают обязательный досудебный порядок урегулирования споров, вытекающего по обязательствам, вытекающим из настоящего договора через обращение к страховому омбудсману.

11.2. В случае несогласия страхователя (застрахованного) выгодоприобретателя с решением страхового омбудсмана, спор решается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12. Реквизиты сторон