**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;
* 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 5 (пяти) рабочих дней** любым доступным способом (телефон, электронная почта), сообщить Страховщику о случившимся, 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. При обращении за страховой выплатой Страховщику подготовить следующие документы:
	1. письменное заявление на выплату;
	2. копии письменных претензий, требований о возмещении вреда, исковых заявлений со стороны пациентов или других лиц;
	3. копии судебных решений (судебных постановлений), устанавливающие обязанность медицинской организации возместить вред, причиненный пациентам или другим лицам, если вопрос о возмещении вреда рассматривался в судебном порядке;
	4. копии решений (заключений) компетентных органов, в случае если по факту случая возбуждено уголовное дело, и если результаты расследования могут повлиять на определение факта наступления страхового случая и размера причиненного вреда, копии постановления о возбуждении или копии постановления об отказе в возбуждении уголовного дела;
	5. копию договора на оказание услуг между медицинской организацией и пациентом;
	6. платежные документы, подтверждающие размер вреда, причиненного пациентам или другим лицам;
	7. документы, подтверждающие дополнительные расходы медицинской организации:

**а)** чеки, платежные поручения, договоры на оказание услуг, отчеты, подтверждающие расходы на оказание медицинской организации юридической помощи при ведении дел в судебных и арбитражных органах, включая оплату услуг адвокатов и иных полномочных представителей;

**б)** чеки, платежные поручения, договоры на оказание услуг, отчеты, подтверждающие расходы на оплату услуг экспертов, привлекаемых в целях выяснения обстоятельств предполагаемого страхового случая, его причин, размера причиненного вреда;

**в)** чеки, платежные поручения, договоры на оказание услуг, отчеты, подтверждающие расходы на оплату услуг привлеченных медиаторов, омбудсменов и др. в целях уменьшения вреда, причиненного страховым случаем;

* 1. результаты дополнительной экспертизы, в случае если назначена дополнительная экспертиза с целью определения размера вреда, вызванного наступлением страхового случая.

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке, либо с переводом на русский язык. Страховщик вправе, в случае необходимости, запросить у медицинской организации или потерпевших лиц дополнительные документы и информацию об обстоятельствах, причинах и размере причиненного вреда.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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).
5. При признании заявленного события страховым случаем в течение **10 (десяти) рабочих дней**, после составления Страхового акта, Страховщик производит страховую выплату.
6. 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.

**СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СО СТРАХОВЩИКОМ**

не более

**десяти** дней

не более

**пяти** дней

не более **тридцати** дней

в течение

**десяти** дней

в течение

**пятнадцати** дней