СТРАХОВАНИЕ

профессиональной ответственности персонала и ГБУЗ СОКОД

Заместитель главного врача по правовым вопросам и управлению персоналом

ЦАРЕВА ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Страхование медицинской деятельности представляет страховую защиту для учреждения и медицинских работников со стороны пациентов, их родственников и иных лиц при осуществлении медицинской деятельности.

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Целью заключения договора страхования профессиональной ответственности является создание доступного механизма возмещения вреда, полученного при оказании медицинской помощи

Заключение договора коллективного страхования профессиональной ответственности медицинских учреждений и врачей позволит:

1. Обеспечить гарантии выплаты, возмещения вреда в случае его причинения

2. Уменьшить убытки медицинских организаций, обусловленные возмещением вреда

3. Снизить объем убытков у государства, на которое в ряде случаев может быть возложена как на собственника ответственность по долям созданных им учреждений и организаций

4. Повысить качество оказываемых услуг

СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ по договору коллективного страхования профессиональной ответственности

Медицинские организации + врачи, входящие в Ассоциацию

Перечисляют взносы (страховая премия) в Ассоциацию на страхование профессиональной ответственности

Ассоциация оплачивает страховую премию по коллективному договору профессиональной ответственности

ПОРЯДОК

ПАЦИЕНТ

- Претензия к медицинскому учреждению

УЧРЕЖДЕНИЕ

- В течение 30 рабочих дней направляет в страховую компанию

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

- В течение 30 рабочих дней осуществляет выплату

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

СОГАЗ
СТРАХОВАЯ ГРУППА

Страховая сумма	5 000 000 рублей
Страховая премия /чел	200 рублей/ за человека
Общая страховая премия по договору	94 604 рублей
ВЫПЛАТЫ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ	
Максимальный лимит на 1 страховой случай за ненадлежащее оказание медицинской помощи	500 000 рублей
Максимальный лимит по расходам на экспертизу на каждый страховой случай (в том числе судебную, экспертизу качества оказания медицинской помощи)	140 000 рублей
Максимальный лимит по судебным расходам (включая расходы на оплату представителей, адвокатов)	200 000 рублей
Максимальный лимит по моральному вреду	300 000 рублей
Франшиза	отсутствует

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1
- Медицинская организация формирует список работников по форме приложения к договору страхования

2
- Медицинская организация направляет список работников в Ассоциацию для заключения договора страхования.

3
- На основании списков работников Ассоциация заключает договор страхования профессиональной ответственности с АО «СОГАЗ»

4
- Ассоциация заполняет заявление и подтверждение ознакомления получателя страховых услуг с информацией по форме приложения к договору страхования

5
- Договор профессиональной ответственности считается заключенным

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Форма направляемого списка работников в Ассоциацию

Приложение __ к Договору/полису страхования ответственности при осуществлении медицинской деятельности № _____ от "__" _____ 20__ г.

Список работников _____
указать наименование организации - работодателя

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Специальность	Стаж	Категория / ученая степень	Документы, подтверждающие квалификацию

Страхователь _____ / _____ /
подпись ФИО

М.П.

Форма заявления на страхование профессиональной ответственности

Приложение № ____ к Договору страхования ответственности при осуществлении медицинской деятельности № ____ от __ __ ____.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОБВЕТСТВЕННОСТИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (СТРАХОВАТЕЛЕ):

1.1. Адрес места нахождения (адрес места жительства – для ИП, физ. лиц, код подразделения выдавшего ДУЛ, место рождения)		
1.1.1. Фактический адрес (адрес места пребывания (фактического проживания) – для ИП, физ. лиц):		
1.2. (телефон)	1.2.1. (моб. телефон)	1.2.2. (e-mail)
1.3. Для юр.лиц:		
1.3.1. ИНН (или код иностранной организации – для нерезидентов)		
1.3.2. КПП	1.3.3. ОКПО	1.3.4. ОКВЭД
1.3.5. ОГРН (регистрационный номер в стране регистрации – для нерезидентов)		
1.3.6. место государственной регистрации		
1.3.7. Р/С		1.3.8. Банк
1.3.9. К/С		1.3.10. БИК
1.4. Для ИП, физ. лиц[1]:		
[1]Для иностранных граждан и лиц без гражданства укажите, пожалуйста, такие данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, либо приложите копии указанных документов.		
1.4.1. Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	вид документа	
серия №		дата выдачи: «__» ____ г.
кем выдан		
1.4.2. Дата рождения:	1.4.3. Гражданство:	
1.4.4. СНИЛС (для физ. лиц):	1.4.5. ИНН (для физ. лиц - при наличии):	
1.4.6. ОГРНИП	1.4.7. место государственной регистрации	
2. ЛИЦО, РИСК ОТВЕТСТВЕННОСТИ КОТОРОГО ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ ЗАСТРАХОВАТЬ:		
Физические лица, в соответствии со списком (Приложение № 1 к настоящему заявлению).		
2.1. Сведения о лице, риск ответственности которого предполагается застраховать (заполняется, если данным лицом		

Проделанная работа по страхованию профессиональной ответственности работников ГБУЗ СОКОД

ГБУЗ СОКОД сформированы списки работников, состоящих в Ассоциации

→

Работниками ГБУЗ СОКОД внесены членские взносы в Ассоциацию

→

Списки работников по форме приложения к договору направлены с сопроводительным письмом в Ассоциацию с целью заключения договора страхования

ЦАРЕВА
ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА

Заместитель главного врача
по правовым вопросам и
управлению персоналом

+7 (846) 994-37-91

https://samaraonko.ru

info@samaraonko.ru

Благодарю за внимание!