



«УТВЕРЖДЕНЫ»
Решением Совета Директоров
АО «СК «Freedom Finance Insurance»
Протокол № 24 от «26» июня 2022 года

Правила
добровольного страхования на случай болезни
Акционерное Общество «Страховая компания «Freedom Finance Insurance»

Изменения и дополнения, внесенные решением Совета Директоров (дата, номер):

№	Внесены изменения, дополнения	Дата	№	Рег.№
		от « » 20 г.	№ _____	Рег.№ _____
		от « » 20 г.	№ _____	Рег.№ _____
		от « » 20 г.	№ _____	Рег.№ _____

Признано утратившим силу решением Совета Директоров (протокол № _____ от «__» _____ г.).

город Алматы, 2022 год

Содержание

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Субъекты страхования
4. Порядок определения страховых сумм
5. Страховая премия, форма и порядок оплаты
6. Страховой случай. Покрываемые расходы
7. Медицинские показания. Определения
8. Последствия увеличения страхового риска
9. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования
10. Права и обязанности сторон
11. Порядок заключения договора страхования
12. Срок, место (территория) действия договора страхования
13. Порядок внесения изменений и дополнений в договор страхования
14. Действия страхователя/застрахованного при наступлении страхового случая
15. Исчерпание и перерасход страховой суммы, предусмотренной программой страхования по категории списания
16. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков
17. Порядок и условия осуществления страховой выплаты. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате
18. Дополнительное включение и досрочное исключение застрахованного, замена застрахованного
19. Условия прекращения договора страхования
20. Порядок разрешения споров
21. Условия Международного страхования
22. Антикоррупционная оговорка
23. Обстоятельства непреодолимой силы (Форс-Мажор)
24. Дополнительные условия

1. Общие положения

- 1.1. В порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами, Акционерное общество «Страховая компания «Freedom Finance Insurance» заключает с физическими и юридическими лицами (независимо от форм собственности), договоры добровольного страхования на случай болезни (далее – договор страхования).
- 1.2. Не подлежат страхованию противоправные интересы страхователя.
- 1.3. В настоящих Правилах используются следующие понятия:
 - 1) **ассистанс** - юридическое лицо, медицинская-сервисная компания, которая на основании договора о сотрудничестве со страховщиком, оказывает медицинские услуги, осуществляет услуги круглосуточной информационной поддержки Застрахованного по программе страхования, медицинским учреждениям по организации, оказанию медицинских услуг, согласно условиям договора страхования и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности;
 - 2) **амбулаторно-поликлиническая помощь** - специализированные медицинские услуги, оказанные больным на приеме в поликлинике (амбулатории) без круглосуточного медицинского наблюдения;
 - 3) **аптека** – специализированная лицензированная медицинская организация по продаже готовых лекарственных средств и других медикаментов;
 - 4) **бланк рецепта/направления** – официальный бланк страховщика, представляющий собой четыре самокопируемых листа;
 - 5) **внезапное заболевание** - острое и неожиданное расстройство здоровья застрахованного лица, характеризующееся возникновением различных форм нарушений функций организма, возникшее в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью или угрозы жизни застрахованного;
 - 6) **врач** – практикующий медицинский работник, получивший в порядке, установленном законодательством страны, на территории которой оказывается медицинская помощь, соответствующий сертификат специалиста (разрешение(лицензию) при наличии такого требования в законодательстве), подтверждающий допуск к клинической практике, и оказывающий медицинские услуги в пределах, указанных в этом документе, в соответствии с полученным специальным образованием и квалификацией;
 - 7) **врач - координатор** – уполномоченный медицинский работник представителя страховщика, осуществляющий организацию предоставления и получения застрахованным медицинскими услугами, определенных договором страхования;
 - 8) **врачебная тайна** - правило поведения медицинских учреждений и медицинских работников о неразглашении информации о состоянии здоровья и заболеваниях застрахованного;
 - 9) **выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты (застрахованный, медицинские организации представителя страховщика, страхователь);
 - 10) **госпитализация по экстренным показаниям** – госпитализация Застрахованного в отделение реанимации и интенсивной терапии и/или проведение оперативного вмешательства в течение первых 24 часов с момента поступления в медицинскую организацию из списка страховщика (представителя страховщика);
 - 11) **госпитализация по диагностическим показаниям** - госпитализация застрахованного в специализированное медицинское учреждение с целью только определения причины заболевания/установления диагноза застрахованного, без проведения лечения;
 - 12) **госпитализация по лечебным показаниям** – запланированная госпитализация застрахованного в специализированное медицинское учреждение для проведения комплекса мероприятий, необходимых для лечения застрахованного с установленным диагнозом в период обострения заболевания; стационарное лечение застрахованного в медицинских

- учреждениях из списка страховщика (представителя страховщика), необходимость которого была заранее очевидна и дата проведения которого была заранее определена врачом из Списка страховщика (представителя страховщика);
- 13) **договор страхования** – договор страхования, по которому одна сторона (страхователь) обязуется уплатить страховую премию, а другая сторона (страховщик) обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы);
 - 14) **диагностические показания** – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование). Диагностические мероприятия проводятся при угрожающих состояниях, при впервые появившихся болевых симптомах, при обострениях хронических заболеваний;
 - 15) **заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями;
 - 16) **заявление анкета на страхование** – форма установленного страховщиком образца анкеты заявления, на основании которого заключается договор страхования;
 - 17) **заявление об осуществлении страховой выплаты** – форма, установленного страховщиком образца заявления, на основании которого осуществляется страховая выплата (Приложение №1);
 - 18) **застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого страхователь заключает договор страхования;
 - 19) **инструментальные исследования** – диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, рентгенография, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопия, томография и т.п.);
 - 20) **категория списания (лимитированная позиция)** – перечень исходных медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в программе страхования к договору страхования, с возможным указанием лимита по количеству услуг, страховой суммы. Категорией списания могут быть амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология, медикаменты и т.д.;
 - 21) **койко-день** – единица учёта времени пребывания (одни сутки), проведенные одним человеком в стационаре;
 - 22) **координационный центр** – Call-центр круглосуточной информационной поддержки застрахованного по условиям договора страхования, программам страхования, медицинским организациям и их услугам;
 - 23) **клинический диагноз** – медицинское заключение о состоянии здоровья застрахованного, его заболевании (травме, состоянии) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих названия болезней (травм, состояний), их формы, стадии, варианта течения;
 - 24) **клинический протокол (далее - действующий клинический протокол диагностики и лечения, утвержденный Министерством здравоохранения Республики Казахстан)** – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации, утвержденный уполномоченным государственным органом в области здравоохранения;
 - 25) **лабораторные исследования** – диагностические исследования биологического материала, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении заболевания;
 - 26) **лечебные показания** – комплекс мероприятий, необходимый для лечения патологических состояний организма в соответствии с установленным диагнозом, не требующим неотложной медицинской помощи на момент обращения застрахованного;

- 27) **медицинская организация** – юридическое лицо, являющееся согласно законодательству организацией здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные центры медицины, клиники научно-исследовательских институтов, частные медицинские организации);
- 28) **медицинские показания** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики и лечения имеющегося заболевания у застрахованного в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными МЗ РК, программой и договором страхования;
- 29) **медицинская транспортировка** – система мероприятий по доставке застрахованного до медицинской организации, а также при необходимости в сопровождении медицинского персонала до международного порта страны постоянного проживания;
- 30) **медицинская эвакуация** - доставка застрахованного из труднодоступных мест до ближайшего медицинского учреждения населенного пункта;
- 31) **направление семейного врача или координатора** - документ установленного образца, выдаваемый семейным врачом или координатором, уполномоченным страховщиком, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг застрахованному;
- 32) **обслуживание на дому** - доступ к сети медицинских врачей и медицинских сестер, обслуживающих на дому застрахованных (осмотр, диагностика, назначения, инъекции);
- 33) **обострение хронического заболевания** – обострение длительно протекающего заболевания с поражением жизненно важных органов и систем человека с ярко выраженной симптоматикой, характеризующееся наличием патологических изменений в его организме;
- 34) **острое заболевание** – внезапно возникшее патологическое, ранее не диагностированное состояние, клинически проявляющееся поражением органов и систем организма;
- 35) **покрываемые расходы** - расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в рамках программы страхования, договора страхования;
- 36) **профилактические показания** – комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры;
- 37) **программа страхования** - перечень медицинских услуг, лекарственное обеспечение, расходы по которым, в соответствии с условиями договора страхования, подлежат компенсации страховщиком;
- 38) **период страховой защиты** – период, в течении которого у Страховщика возникает обязанность осуществлять страховую выплату, при наступлении страхового случая по договору страхования, путем оплаты медицинских расходов ассистансу или медицинской организации в соответствии с условиями договора страхования;
- 39) **прикрепление** – принятие на страхование застрахованного и/или членов его семьи, в соответствии с условиями договора страхования, и внесение их в список застрахованных;
- 40) **регламент обслуживания** – документ установленного образца, утвержденный Сторонами, определяющий условия и порядок получения, оказания медицинской помощи страхователю/застрахованному;
- 41) **стационарное лечение** – предоставление застрахованному квалифицированной и специализированной медицинской помощи, предусмотренной программой и договором страхования, с круглосуточным медицинским наблюдением в медицинском организации сети страховщика;
- 42) **список застрахованных** - перечень лиц, подлежащих страхованию, предоставляемый страхователем страховщику (представителю страховщика) и по необходимости обновляемый в порядке и сроки, установленные договором страхования;

- 43) **страхователь** – юридическое и/или физическое лицо независимо от резидентства, заключившее со страховщиком договор страхования;
- 44) **страховщик** – Акционерное общество «Страховая компания «Freedom Finance Insurance», получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю) страхования, в пределах определенной договором суммы (страховой суммы);
- 45) **страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая страховщиком выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая для возмещения убытков, причиненных страховым случаем. При получении застрахованным медицинских услуг в медицинской организации, аптеке по сети (участники медицинской сети) - выгодоприобретателем является участник медицинской сети, в случаях, когда застрахованный оплатил медицинские услуги из собственных средств, страховщик осуществляет возмещение таких расходов в размере покрываемых программой и условиями договора страхования;
- 46) **страховая карточка** – идентификационный документ, выдаваемый страховщиком каждому застрахованному, подтверждающий право его владельца на получение медицинских услуг, предоставляемых участниками медицинской сети согласно договору страхования. Страховые карточки на застрахованных предоставляются страховщиком после заключения договора страхования;
- 47) **страховая премия** – сумма денег, которую страхователь обязан уплатить страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату в соответствии с договором страхования (плата за страхование);
- 48) **страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая;
- 49) **страховой случай** – событие, обладающее признаками вероятности и случайности, с наступлением, которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;
- 50) **территория страхования** – территория, на которую распространяется действие страховой защиты по договору страхования в пределах участников медицинской сети;
- 51) **участники медицинской сети** – медицинские организации, врачи и аптеки, которые заключили со страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов застрахованным;
- 52) **франшиза** – предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. Франшиза бывает условная (не вычитаемая) и безусловная (вычитаемая). При условной франшизе страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы. При безусловной франшизе ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы.
Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере.
- 53) **хроническое заболевание** – длительно протекающее заболевание (свыше 6 месяцев), характеризующееся периодами обострения и ремиссии;
- 54) **члены семьи (лицо, включенное в список застрахованных)** – супруг (супруга) застрахованного (возраст до 65 лет) и/или дети (возраст от 1 года до 18 лет), если иное не оговорено в программе страхования, предусмотренной настоящим договором страхования;

- 55) **экстренная медицинская помощь** – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу для жизни застрахованного, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;
- 1.4. Договор страхования может заключаться как в пользу одного застрахованного (индивидуальный), так и в пользу нескольких застрахованных (коллективный).
- 1.5. Перечень медицинских услуг, расходы по которым компенсируются страховщиком, а также порядок их получения определяются отдельными программами страхования, разработанными страховщиком.

2. Объект страхования

- 2.1. Объектом страхования являются Имущественные интересы застрахованного, связанные с оплатой расходов, вызванных обращением застрахованного к врачам и/или в медицинские организации из списка страховщика/Ассистанса за медицинскими услугами в объёме и на условиях, определённых программой страхования, выбранной и оплаченной страхователем и предусмотренной договором страхования.

3. Субъекты страхования

- 3.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, страхователь одновременно может являться застрахованным.
- 3.2. Страхователь может в договоре страхования определить другое лицо в качестве застрахованного.
- 3.3. Застрахованными могут быть дееспособные граждане Республики Казахстан, иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, соответствующие всем нижеперечисленным требованиям:
- 1) лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено условиями договора страхования. К одному застрахованному может быть прикреплено не более 3 (трех) членов семьи, если иное не оговорено условиями договора страхования. Дополнительное включение членов семьи осуществляется только в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты начала действия договора страхования в отношении основного застрахованного. По истечении указанного срока прикрепление членов семьи не осуществляется, если иное не оговорено условиями договора страхования.
- 3.4. На страхование не принимаются лица:
- 1) страдающие нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
 - 2) страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;
 - 3) состоящие на учете в туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
 - 4) являющиеся инвалидами I, II группы, ребенок-инвалид;
 - 5) являющиеся ВИЧ-инфицированными;
 - 6) имеющие в анамнезе злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
 - 7) госпитализированные на момент заключения договора страхования по любому заболеванию.
- 3.5. Если в течение срока действия договора страхования выяснится, что договор страхования заключен в отношении одного или нескольких лиц, не подлежащих страхованию указанных в п. 3.4. настоящей главы, то в отношении таких лиц договор прекращает свое действие, страховые выплаты не осуществляются, а уплаченные страховые премии возврату не подлежат.
- 3.6. Заключение договора страхования в пользу застрахованного не освобождает страхователя от выполнения обязанностей по договору страхования.
- 3.7. Лимит ответственности на основного застрахованного сотрудника и членов его семьи (в случае прикрепления к программе сотрудника) является общим.

- 3.8. В случае если страхователем является юридическое лицо, которое осуществляет страхование в отношении застрахованных, общее количество застрахованных указывается в приложении к договору страхования (список застрахованных).
- 3.9. Порядок включения и исключения, застрахованных из списка застрахованных предусматривается условиями договора страхования. Изменения и дополнения к списку застрахованных оформляются письменно в форме дополнительных соглашений к договору страхования и подписываются уполномоченными представителями сторон.

4. Порядок определения страховых сумм

- 4.1. Страховая сумма (лимит ответственности) на основного застрахованного и застрахованных членов семьи определяется выбранной программой страхования и является общей для указанных застрахованных, то есть единой для основного застрахованного и застрахованных членов семьи.
- 4.2. Страховые суммы (лимит ответственности) по каждой категории списания устанавливаются программой страхования и указываются отдельно, в рамках общей страховой суммы.
- 4.3. Страховая сумма по каждой категории списания является общей для всей семьи - основного застрахованного и всех застрахованных членов семьи - в пределах этой суммы страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные основному застрахованному и застрахованным членам семьи по данной категории списания. После осуществления страховой выплаты страховщиком, страховая сумма по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.
- 4.4. Размер общей страховой суммы представляет собой сумму страховых сумм на всех застрахованных, включенных в список застрахованных.
- 4.5. В отношении основного застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 (двенадцати) месяцев, страховая сумма и предельные объемы ответственности страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь и пр.) устанавливаются в соответствии с табелем начисления согласно условиям договора страхования.
- 4.6. Размер страховой суммы может быть изменен по соглашению сторон, по инициативе одной из сторон, в том числе при существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях или изменении ее стоимости.
- 4.7. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной категории списания.
- 4.8. Дальнейшие расходы по категории списания, по которой страховая сумма, предусмотренная программой страхования, была исчерпана, страховщиком не возмещаются.
- 4.9. Возмещение расходов по категориям списания, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим категориям списания (т.е. перенос лимитов) не допускается.
- 4.10. Исчерпание страховой суммы по одной из категории списания при наличии неизрасходованных лимитов по другим категориям списания не влечет за собой досрочного прекращения договора страхования.
- 4.11. В случае возникновения перерасхода страховой суммы по одной из категорий списания, страховщик уведомляет застрахованного (страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и/или письмом (при этом уведомление застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие страховой карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому застрахованному (за исключением покрытия услуг скорой медицинской помощи) до момента полной оплаты суммы перерасхода. При условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью.

5. Страховая премия, форма и порядок ее уплаты

- 5.1. Размер общей суммы страховой премии по договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех застрахованных, включенных в список застрахованных согласно договору страхования.
- 5.2. Страховая премия подлежит оплате страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов в соответствии с условиями договора страхования.
- 5.3. Страховая премия может быть оплачена наличными денежными средствами или безналичным платежом, путем перечисления денег на банковский счет страховщика.
- 5.4. При заключении договора страхования с юридическим лицом может быть предусмотрено условие о личном участии застрахованного в оплате страховой премии. Размер личного участия застрахованного определяется по соглашению между страхователем и застрахованными и указывается в фиксированном эквиваленте в условиях выбранной программы страхования и договоре страхования.
- 5.5. Все предельные объемы ответственности страховщика, как по отдельным категориям медицинских услуг, так и по всей программе страхования в целом, устанавливаются на период страховой защиты.
- 5.6. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате страхователем в течение 3 (трех) рабочих дней с момента предоставления страховщиком соответствующего счета на оплату, если иное не предусмотрено договором страхования. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денег на банковский счет страховщика.
- 5.7. Полученные страховщиком от страхователя страховые премии принадлежат ему на праве собственности.
- 5.8. При заключении договора страхования в отношении отдельных застрахованных (при дополнительном страховании после начала действия основного договора страхования) на срок менее одного года, страховая премия устанавливается по следующей таблице, если иное не оговорено условиями договора страхования, и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору страхования:

Срок страхования (количество месяцев)	Размер страховой премии, страховой суммы и сублимитов (категорий списания) в % от годовой страховой премии, страховой суммы, сублимитов (категории списания)
от 2 месяцев до 3 месяцев включительно	40
от 3 месяцев до 4 месяцев включительно	50
от 4 месяцев до 5 месяцев включительно	60
от 5 месяцев до 6 месяцев включительно	70
от 6 месяцев до 7 месяцев включительно	75
от 7 месяцев до 8 месяцев включительно	80
от 8 месяцев до 9 месяцев включительно	85
от 9 месяцев до 10 месяцев включительно	90
от 10 месяцев до 11 месяцев	95

включительно	
от 11 месяцев до 12 месяцев включительно	100

- 5.9. В случае неоплаты страховой премии (страхового взноса) в полном размере до указанного в договоре страхования срока, действие страховой защиты по договору страхования приостанавливается в одностороннем порядке страховщиком со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии (страхового взноса). При этом страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в период приостановления действия страховой защиты.
- 5.10. Страхователь вправе возобновить действие страховой защиты на основании письменного заявления после уплаты просроченной страховой премии (страхового взноса). При этом действие договора страхования не продлевается и уплаченная страховая премия (страховой взнос) за период приостановления действия страховой защиты не возвращается.
- 5.11. Приостановление действия страховой защиты не освобождает страхователя от полной уплаты страховой премии.
- 5.12. Действие договора страхования прекращается страховщиком в одностороннем порядке в случае, если в течение 30 (тридцати) календарных дней после приостановления действия договора страхования, от страхователя не поступила оплата просроченного страхового взноса либо страховая премия, если наступили сроки такой оплаты.
- 5.13. Если страховой случай наступил до уплаты определенного страхового взноса, но в период действия страховой защиты, за исключением случаев, когда оплата страхового взноса просрочена, а также в случае, если страховой взнос (страховая премия) оплачен в меньшей сумме, чем предусмотрено договором страхования, страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму неуплаченного страхового взноса (страховой премии).
- 5.14. Уплата страховых премий осуществляется в национальной валюте Республики Казахстан – тенге.

6. Страховой случай. Покрываемые расходы

- 6.1. Страховым случаем признается обращение застрахованного в период действия договора страхования в координационный центр страховщика/Ассистанса за медицинскими и иными услугами, и связанное с этим возникновение расходов застрахованного в период действия договора страхования в соответствии с медицинскими показаниями и программой страхования.
- 6.2. Виды расходов, покрываемых страхованием, определяются в программе страхования, выбранной страхователем при заключении договора страхования, и являющейся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением заболеваний, относящихся к списку исключений из страховых случаев согласно договору страхования.

7. Медицинские показания. Определения

- 7.1. Медицинские показания - объективные причины для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению острого или обострения хронического заболевания, травмы, послужившие причиной обращения застрахованного в медицинскую сеть страховщика/Ассистанса.
- 7.2. Медицинские услуги оказываются по решению/направлению страховщика в медицинских организациях, являющихся участником медицинской сети страховщика/Ассистанса.
- 7.3. Все медицинские услуги оказываются и оплачиваются страховщиком только при условии, если услуги получены застрахованными в медицинских организациях, являющихся

участниками медицинской сети страховщика/Ассистанса в соответствии с программой и условиями договора страхования, в течение срока действия договора страхования.

7.4. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и/или лечения заболевания у застрахованного (соответствуют действующим клиническим протоколам диагностики и лечения МЗ РК). Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению страховщика:

- 1) не являются необходимыми для диагностики и/или лечения заболевания в соответствии с действующими клиническими протоколами диагностики и лечения такого заболевания;
- 2) были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

7.5. Выбор перечня исследований, тактики лечения застрахованных страховщик оставляет за медицинскими работниками участника медицинской сети. За собой страховщик оставляет право получать полный доступ к информации, касающейся объема назначенных и оказанных медицинских услуг, стоимости медицинских услуг, даты оказания услуг, наименований поставщика услуг, право выбора поставщика услуг, отказ в оплате отдельных видов услуг полностью или частично (индивидуально по каждому случаю).

7.6. Амбулаторно - поликлиническая помощь по экстренным показаниям включают в себя прием семейного врача, срочные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках договора и выбранной программы страхования) и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза и направленные на немедленное купирование экстренного состояния.

Экстренные медицинские показания – показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно, а именно в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи может повлечь за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

Экстренными показаниями для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- 1) острая боль (боли в животе, боли в области сердца и т.д.);
- 2) кровотечения;
- 3) травмы (переломы, ушибы и т.д.);
- 4) гипертермия выше 38,5°С;
- 5) абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
- 6) ожоги 2-4 степени;
- 7) острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);
- 8) гипертонические кризы;
- 9) синкопальное состояние.

Экстренные показания к стационарному лечению:

- 1) бессознательное состояние;
- 2) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
- 3) ожоги и обморожения;
- 4) острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
- 5) отравления;
- 6) аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
- 7) судороги;
- 8) острые хирургические состояния;
- 9) острая почечная недостаточность;
- 10) острая печеночная недостаточность;
- 11) острая церебральная недостаточность;

- 12) острая дыхательная недостаточность;
 - 13) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 14) острый инфаркт миокарда;
 - 15) гипертонический криз;
 - 16) нестабильная стенокардия;
 - 17) шок любой этиологии;
 - 18) другие экстренные состояния.
- 7.7. Лечебные показания** – медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи.
- 7.8.** При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником страховщика/Ассистанса, согласно перечню участников медицинской сети, соответствующего выбранной программе страхования.
- 7.9.** В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящимися в причинно-следственной связи с основным заболеванием, послужившим непосредственной причиной госпитализации застрахованного. страховщиком не покрываются расходы за госпитализацию в одноместную палату, палату VIP и/или люкс уровня, если иное не оговорено программой страхования.
- 7.10.** При обращении застрахованного в медицинские организации, страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.

8. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

- 8.1.** В период действия договора страхования страхователь (застрахованный) обязан незамедлительно письменно сообщить страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 8.2.** Значительными изменениями могут быть следующие:
- 1) выезд застрахованного с территории страхования;
 - 2) изменение вида деятельности страхователя;
 - 3) выявление у застрахованного какого-либо заболевания, включенного в список исключений из страховых случаев, предусмотренных главами 3 и 9 настоящих Правил.
- 8.3.** Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, или отказаться от дальнейшего обслуживания, застрахованного в отношении которого были выявлены риски, включенные в список исключений страховщика.
- 8.4.** Если страхователь или застрахованный возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с законодательством Республики Казахстан. При этом, страхователь имеет право на возврат части страховой премии за оставшийся срок страховой защиты, с учетом уже осуществленных страховых выплат и расходов страховщика на ведение дела.
- 8.5.** При невыполнении страхователем или застрахованным обязанностей, предусмотренных в пункте 8.1 настоящих Правил, страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением.
- 8.6.** Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

9. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

9.1. Не покрываются страхованием:

- 1) убытки, причиненные вне территории страхования или периода действия страховой защиты;
- 2) косвенные убытки (упущенная выгода, неустойки, договорные штрафы и т.п.);
- 3) моральный вред;
- 4) судебные издержки;
- 5) расходы на ведение дела, связанные со страховым случаем и с его доказыванием в любых уполномоченных органах (государственные пошлины, расходы на ксерокопии, нотариальное заверение, оценка/ экспертиза, оплата услуг адвоката, представителя, переводчика и т.д.);
- 6) ответственность страхователя за причинение вреда (убытков) любым лицам;
- 7) убытки, причиненные сверх объемов и сумм, предусмотренных договором страхования.

9.2. Страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

- 1) террористического акта;
- 2) государственных или ведомственных распоряжений;
- 3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива или использования расщепляемых материалов;
- 5) войны; вторжения; враждебных действий иностранного государства; военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 6) мятежа; забастовки; локаутов; гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания; бунта; гражданских волнений; военного мятежа; революции; военного захвата или узурпации власти; конфискации; реквизиции или национализации имущества;
- 7) умышленных действий (бездействия) застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 8) действий страхователя, застрахованного, выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
- 9) нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения и/или употребления лекарственных препаратов, влияющих на психомоторные функции организма.

9.3. Страховщик вправе полностью или частично отказать страхователю в страховой выплате, в следующих случаях:

- 1) сообщение страхователем страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2) умышленное непринятие страхователем, застрахованным мер по уменьшению убытков от страхового случая;
- 3) воспрепятствование страхователем, застрахованным страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 4) неуведомление или несвоевременное уведомление страховщика о наступлении страхового случая;
- 5) иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

9.4. Если программой/дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное, то страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам страхователя и (или) застрахованного:

9.4.1. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

9.4.2. медицинским расходам, связанным с/со:

- 1) диагностикой и лечением инфекционных заболеваний, входящих в перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 526 от 14.10.2009 г., а также заболеваний, указанных в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № КР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний», Приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан «Об утверждении Перечня инфекционных заболеваний, при угрозе возникновения и распространения которых вводятся ограничительные мероприятия, в том числе карантин» от 25 февраля 2015 года № 130, включая, но не ограничиваясь: ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты, инфекционный менингит, лихорадка Эбола, эпидемический грипп и т.д.;
- 2) диагностикой и лечением врожденных и наследственных заболеваний и их осложнений, пороков развития, детского церебрального паралича;
- 3) диагностикой и лечением других инфекционных заболеваний, в том числе заболеваний, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наблюдение за контактными лицами, по которым введен (наложен) карантин, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых кишечных инфекций, острых респираторных заболеваний;
- 4) лечением гипо- и апластических анемий (включая ЖДА);
- 5) диагностикой и лечением микозов, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза;
- 6) диагностикой и лечением заболеваний кишечника: дисбактериоз и (или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;
- 7) диагностикой и лечением паразитозов и(или) гельминтозов независимо от вида и нозологии (за исключением анализа кала на яйца глист), в том числе демодекоза;
- 8) лечением аллергических хронических заболеваний (за исключением острых состояний, требующих неотложных мер) и аллергодиагностикой;
- 9) диагностикой и лечением эндокринных заболеваний: все заболевания щитовидной железы (за исключением первичной и повторной консультации эндокринолога, УЗИ ЩЖ, ИФА № 3 (если предусмотрены программой страхования) до постановки диагноза), синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I - II типа, несахарный диабет, феохромоцитома, Аддисонова болезнь, гипопизарный нанизм, хронический гипокортицизм;
- 10) диагностикой и лечением хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, а также состояний после перенесенного инфаркта миокарда и его последствий, полученных до начала действия страховой защиты;
- 11) диагностикой и лечением заболеваний мочеполовой системы: поликистоз почек, поликистоз яичников, хронический гломерулонефрит, заболевания, сопровождающиеся ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, острый и хронический простатит

- независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия);
- 12) диагностикой и лечением заболеваний печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;
 - 13) диагностикой и лечением хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии и т.д;
 - 14) диагностикой и лечением заболеваний центральной нервной системы: гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, гидроцефалия, мигрень, а также состояний после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствий, полученных до начала действия страховой защиты;
 - 15) диагностикой и лечением заболеваний сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, стационарного лечения варикозного расширения вен анального канала и прямой кишки (геморрой), аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
 - 16) диагностикой и лечением хронических кожных заболеваний: псориаз, нейродермит, атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
 - 17) диагностикой и лечением заболеваний, относящихся к ревматическим болезням и их осложнениям, согласно рабочей классификации ревматических болезней (ВОЗ, 1985г.) (за исключением первичной и повторной консультации узкого специалиста, УЗИ, рентгенологического обследования, СРБ, РФ);
 - 18) диагностикой и лечением заболеваний двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии (за исключением первичной и повторной консультации узкого специалиста, УЗИ, рентгенологического обследования, СРБ, РФ);
 - 19) лечением глазных болезней: астигматизм, миопия, гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в том числе лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, в том числе подбором очков/линз;
 - 20) диагностикой и лечением доброкачественных и злокачественных новообразований, гиперпластических процессов, фоновых заболеваний матки и её придатков, а также их осложнений, в том числе кист, полипов, папиллом, миом, кандилом и т.д.;
 - 21) травм (и их осложнений), полученных до начала действия страховой защиты;
 - 22) пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
 - 23) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое и/или токсикоманическое опьянение застрахованного; лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
 - 24) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;
 - 25) прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для

- участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;
- 26) выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованным;
 - 27) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением (если иное не предусмотрено программой страхования);
 - 28) возрастные дегенеративные изменения организма;
 - 29) любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями, за исключением необходимости ее проведения при острых травмах;
 - 30) проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
 - 31) любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни застрахованного;
 - 32) экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови), включая аутогемотерапию, а также с гипербарической оксигенацией (ГБО), кроме случаев, когда данный метод является единственным для спасения жизни застрахованного;
 - 33) нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: андрогин, гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия, рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, грязелечение, озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, проведением общего, антицеллюлитного, вакуумного, урологического массажа, методами народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, кишечное орошение и жемчужные ванны;
 - 34) проведением ангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (все виды шунтирования, стентирование, установка ИВР, радиочастотная абляция и т.д.) включая предоперационную подготовку;
 - 35) диагностикой и лечением бесплодия, нарушением потенции, климактерическим синдромом, нарушением менструального цикла (за исключением ИФА № 3 за период страхования, если предусмотрены программой страхования);
 - 36) диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез;
 - 37) диагностическими методами ИФА, ПЦР, и РИФ, если это не предусмотрено программой страхования застрахованного;
 - 38) диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено программой страхования, застрахованного;
 - 39) стоимостью контрастного вещества при диагностических обследованиях любыми методами КТ, МРТ и ЯМРТ;
 - 40) всеми видами стоматологического протезирования, включая подготовку зубов - депульпирование, вкладки, виниры, косметологические услуги, лечение зубов под общим наркозом, ортодонтия, стоматологическая пластика, имплантология, профилактические процедуры, аппаратное лечение пародонтоза, пародонтита, снятие зубных отложений и зубного камня, если иное не предусмотрено программой страхования;

- 41) услугами психолога, психотерапевта, диетолога, генетика и логопеда;
 - 42) диагностикой и лечением психических заболеваний;
 - 43) генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
 - 44) приобретением и применением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, гомеопатических препаратов, витаминных препаратов (исключая инъекционные формы), биостимуляторов, антидепрессантов, ноотропов, контрацептивов, гепатопротекторов, статинов, хондропротекторов, иммуномодуляторов, анорексантных препаратов, биологически-активных добавок (БАДов), препаратов назначаемых с профилактической целью, лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;
 - 45) выпиской более 1 (одной) упаковки назначенного препарата в ходе лечения основного заболевания на момент первичного приема врача (консультации);
 - 46) приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям, пластин, спиц, шурупов, гипса необходимых по экстренным показаниям);
 - 47) покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
 - 48) коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы), с хирургическим изменением пола; диагностикой нарушением минерального обмена (рахит и т.д.) и нарушением обмена веществ;
 - 49) диагностикой и наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если иное не предусмотрено программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон. При наличии в программе дополнительного пакета по беременности и родам, все расходы в том числе и установление диагноза списываются с данного пакета, при этом страховая защита осуществляется до окончания срока действия договора страхования;
 - 50) санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено программой страхования. При наличии в программе санаторно-курортного лечения, оно считается как реабилитационное и предоставляется только после стационарного или хирургического лечения;
 - 51) доставкой застрахованного к врачу или в медицинскую организацию, за исключением случаев, предусмотренных программой страхования;
 - 52) патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено программой страхования;
 - 53) консультацией у нескольких специалистов одного профиля по одному диагнозу в разных медицинских центрах в течение 3-х дней; повторной консультацией специалиста на следующий день от даты первичной;
 - 54) диспансеризацией;
 - 55) диагностикой ВИЧ-инфекции, микрореакцией, реакцией Вассермана и гепатитов необходимых при госпитализации на стационарное лечение.
- 9.5. При обращении застрахованного с диагнозом «обострение межпозвонкового остеохондроза» и его осложнений (грыжа м/п дисков, протрузии, мышечно-тонический синдром, цервикокраниалгия и т.д.), сопровождающегося выраженным болевым синдромом, страховщик в пределах лимитов, установленных программой страхования, покрывает независимо от количества страховых случаев:**
- 1) консультации невропатолога;
 - 2) консультации физиотерапевта;
 - 3) медикаментозную терапию - в пределах лимита согласно программе страхования;

- 4) услуги процедурного кабинета;
 - 5) физиотерапию – 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования;
 - 6) рентгенографию (исключая другие методы диагностики), если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 7) массаж – 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования.
- 9.6. При обращении застрахованного по причине цереброваскулярного заболевания (гипертензивная энцефалопатия, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия, хроническая ишемия мозга, церебральный атеросклероз), любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнений, страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:**
- 1) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;
 - 2) консультации невропатолога;
 - 3) консультации физиотерапевта;
 - 4) физиотерапию – 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования;
 - 5) медикаментозную терапию - в пределах лимита по программе страхования;
 - 6) услуги процедурного кабинета;
 - 7) ЭЭГ, ЭхоЭГ и УЗДГ сосудов головы и шеи однократно за период действия страховой защиты.
- 9.7. При первичном выявлении заболеваний, указанных в пункте 9.4. настоящих Правил покрываются:** осмотры узких специалистов (первичная и повторная консультация до постановки диагноза), ОАК, ОАМ, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости ЭКГ, кал на яйца глист, УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования, в том числе КТ, МРТ, ЯМРТ). В случае если при госпитализации по лечебным показаниям выставлен клинический диагноз, являющийся исключением из страховых случаев, страховщиком покрывается стоимость койко-дней до даты установления диагноза. Дальнейшие диагностика и лечение данного заболевания страхованием не покрываются.

10. Права и обязанности сторон

- 10.1.** Правовые взаимоотношения и ответственность сторон начинаются с момента подписания сторонами договора страхования.
- 10.2. Страхователь имеет право:**
- 1) Требовать от страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;
 - 2) получать разъяснения об условиях страхования, порядке предоставления/получения услуг;
 - 3) ознакомиться с Правилами страхования;
 - 4) требовать предоставления застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных программой и договором страхования, в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, а также оплаты по оказанным услугам. В случае не предоставления таких услуг застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность страховщика;
 - 5) с согласия страховщика вносить изменения и дополнения в список застрахованных в соответствии с условиями договора страхования. При этом заключается дополнительное соглашение к договору страхования и производится перерасчет страховой премии;
 - 6) в период действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;
 - 7) досрочно расторгнуть договор страхования;
 - 8) получить дубликат договора страхования;

- 9) получить дубликат страховой карточки в случае ее утери в первый раз - бесплатно, при повторной утере – за счет застрахованного, в размере 1 000 (одна тысяча) тенге;
- 10) на тайну страхования;
- 11) получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 12) совершать иные действия, не противоречащие договору страхования и законодательству Республики Казахстан.

10.3. Страхователь обязан:

- 1) При заключении договора страхования сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия страховщиком решения о заключении договора страхования;
- 2) незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, 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;
- 3) уплатить страховую премию/страховые взносы в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором страхования;
- 4) соблюдать требования условий настоящих Правил и договора страхования;
- 5) предоставить страховщику достоверную информацию, касающуюся застрахованного, необходимую для заключения договора страхования, в полном объеме;
- 6) довести до сведения застрахованных условия настоящих Правил и договора страхования. При этом незнание застрахованными положений настоящих Правил и условий заключенного договора страхования является основанием для освобождения страховщика от ответственности за страховые случаи;
- 7) передать страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 8) обеспечить в случае требования страховщика обследование застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
- 9) не позднее, чем за 20 (двадцать) рабочих дней до планируемой даты проведения вакцинации или профилактического осмотра письменно уведомить страховщика с приложением списка застрахованных;
- 10) заботиться о сохранности страховых документов (договор страхования и карточки) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 11) оказывать содействие страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;
- 12) при утрате договора страхования/карточки письменно сообщить об этом страховщику для получения дубликата;
- 13) незамедлительно уведомить страховщика о принятом решении об исключении застрахованного из списка застрахованных;
- 14) изъять у исключаемого застрахованного и членов его семьи страховые карточки и передать их страховщику незамедлительно по акту приема-передачи, если иное не предусмотрено договором страхования. При нарушении данного обязательства страхователем, последний обязуется осуществить доплату страховой премии в размере стоимости полученных исключенным застрахованным услуг;
- 15) предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая;
- 16) предоставлять страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

- 17) обеспечить переход к страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 18) выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и законодательством Республики Казахстан;
- 19) предоставлять страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения им обязанностей, предусмотренных законодательством о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;
- 20) в случае нарушения требований п.п14 п.10.3 настоящих Правил, произвести оплату, на расчетный счет страховщика, дополнительной страховой премии, в размере стоимости, полученных по не изъятой страховой карточке медицинских услуг застрахованным и членами его семьи. Оплата производится в течение 5 (пяти) рабочих дней от даты получения соответствующего счета;
- 21) предоставить страховщику возможность размещать информацию об условиях договора страхования, о страховщике и страховых продуктах страховщика на сайте страхователя, информационных щитах и внутренних корпоративных периодических изданиях (при наличии таковых);
- 22) получить согласие застрахованного на заключение договора страхования.

10.4. Страховщик имеет право:

- 1) Требовать от страхователя и/или застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения договора страхования;
- 2) изменять список врачей и медицинских организаций с уведомлением страхователя и/или застрахованного;
- 3) проверять сообщенную страхователем (застрахованным) информацию, а также выполнение страхователем (застрахованным) требований и условий договора страхования;
- 4) осуществлять контроль за выполнением страхователем/застрахованным условий договора страхования;
- 5) отказать в страховой выплате, если застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских организациях, не указанных в списке страховщика и невозможность получения аналогичных услуг у врачей и в медицинских организациях из списка страховщика;
- 6) заблокировать действие страховой карточки в случаях превышения страховой суммы, предусмотренной программой страхования по категории списания (перерасход лимита), до дня поступления оплаты превышения лимита от страхователя/застрахованного.
- 7) запрашивать любые формы учетных документов и другие медицинские сведения о застрахованном во всех медицинских организациях, оказывающих медицинские услуги;
- 8) направлять запросы в соответствующие медицинские организации по факту страхового случая;
- 9) отказать в страховании застрахованному, если застрахованный или страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья застрахованного, запрашиваемую страховщиком в соответствии с договором страхования, либо досрочно расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке в отношении данного застрахованного, если подобные факты были выявлены после заключения договора страхования путем направления письменного уведомления страхователю/застрахованному. При этом договор страхования в отношении данного застрахованного, считается расторгнутым с даты направления подобного уведомления;
- 10) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;
- 11) произвести медицинское обследование застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья за свой счет;

- 12) требовать от страхователя/застрахованного информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;
- 13) не оплачивать медицинские и иные услуги, оказанные застрахованному, если они получены в организациях, не оговоренных договором страхования, или получены без согласования со страховщиком;
- 14) отказать в осуществлении страховой выплаты, если страхователем/застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом клиники больничный режим (при этом решение об отказе в компенсации принимается страховщиком на основании заключения медицинской организации);
- 15) приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении застрахованного в случаях его неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных или ложных вызовах скорой медицинской помощи;
- 16) досрочно расторгнуть договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении застрахованным и/или страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- 17) заблокировать действие карточки в случаях, предусмотренных договором страхования;
- 18) требовать от страхователя предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации клиента в соответствии с требованиями законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;
- 19) требовать от страхователя оплаты дополнительной страховой премии в размере стоимости оказанных медицинских и иных услуг, полученных застрахованным по не изъятой страхователем страховой карточке, в случае неисполнения страхователем требований п.п.14 п.10.3 настоящих Правил.

10.5. Страховщик обязан:

- 1) Обеспечить застрахованного страховой защитой на территории страхования
- 2) организовать предоставление застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных договором страхования, в режиме работы участников медицинской сети страховщика/Ассистанса;
- 3) ознакомить страхователя и/или застрахованного с настоящими Правилами, условиями программы и договора страхования;
- 4) осуществлять страховую выплату медицинским организациям или врачам из списка страховщика в порядке и сроки, определенные договорами между ними и страховщиком в рамках выбранной страхователем программы страхования;
- 5) соблюдать тайну страхования;
- 6) вести учет всех застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по договору страхования;
- 7) выдать страхователю страховые карточки на застрахованных, необходимые для обращения в медицинские организации, в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения документально подтвержденной оплаты страхователем страховой премии (страхового взноса) по договору страхования;
- 8) в случае утраты (утери) застрахованным страховой карточки выдать её дубликат в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня извещения об этом страхователем (застрахованным);
- 9) предоставить застрахованному по его письменному запросу остаток лимитов страховых сумм на медицинские услуги, медикаменты;
- 10) по письменному запросу страхователя, в течение 3 месяцев (трех месяцев) после окончания действия договора страхования, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия договора страхования и до его окончания;

11) выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

10.6. Застрахованный имеет право:

- 1) Получать от страховщика разъяснения условий страхования, а также порядка предоставления услуг;
- 2) получать медицинские услуги в медицинских организациях и у врачей из списка страховщика/Ассистанса, а также оплаты по оказанным услугам в соответствии с условиями договора и программы страхования;
- 3) сообщить страховщику о случаях не предоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;
- 4) ознакомиться с Правилами страхования;
- 5) совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

10.7. Застрахованный обязан:

- 1) При каждом обращении к врачам и/или в медицинскую организацию из списка страховщика/Ассистанса предъявлять документ, удостоверяющий личность застрахованного и страховую карточку, выданную страховщиком;
- 2) в случае заболевания или иного расстройства здоровья до обращения за медицинской или иной услугой, установленной договором страхования, программой страхования, связаться со страховщиком и получить информацию о дальнейших действиях;
- 3) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией;
- 4) соблюдать условия договора страхования;
- 5) передавать страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 6) при обращении в медицинскую организацию, не являющуюся участницей медицинской сети, известить об этом страховщика в течение срока указанного в договоре страхования, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;
- 7) обращаться за получением медицинских услуг, оговоренных в программе страхования, в медицинские организации являющиеся участниками медицинской сети;
- 8) обеспечить сохранность страховой карточки, не передавать её другим лицам с целью получения медицинских услуг;
- 9) освободить медицинскую организацию, оказавшую ему услуги, от обязательств неразглашения врачебной (медицинской) тайны перед страховщиком, в части, касающейся обстоятельств страхового случая;
- 10) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения требования страховщика возместить расходы:
 - связанные со страховой выплатой по событию, которое в соответствии с условиями страхования не подпадают под определение страхового случая (при доказанности данного факта страховщиком) не входят в перечень услуг, предусмотренных клиническими протоколами диагностики и лечения МЗ РК;
 - превышающие размер установленного программой страхования лимита ответственности страховщика по категориям списания и страховой суммы.

В случае если застрахованный не возместил указанные расходы в установленный срок, страховщик вправе приостановить действие страховой защиты (медицинского обслуживания) застрахованного до момента полного возмещения страховщику таких расходов (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью). При этом при возобновлении медицинского обслуживания срок действия страховой защиты не продлевается на количество дней приостановленной страховой защиты.

- 11) оплатить страховщику штраф в размере двукратной стоимости медицинской услуги при необоснованном вызове врача скорой (неотложной) помощи и семейного врача на дом:
 - для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
 - с преднамеренным предоставлением искаженной информации о необходимости медицинского обслуживания или места нахождения застрахованного;
 - не в медицинских целях;
 - к застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного опьянения, под воздействием сильнодействующих, наркотических, психотропных препаратов или абстинентного синдрома;
 - в случае отсутствия застрахованного на месте вызова;
 - при отказе застрахованного от медицинского осмотра.
- 12) выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

11. Порядок заключения договора страхования

- 11.1. Договор страхования заключается на основании заявления анкеты на страхование на случай болезни (далее – заявление анкета), заполняемого страхователем и застрахованными. Форма письменного заявления анкеты устанавливается страховщиком и является составной и неотъемлемой частью договора страхования.
- 11.2. В заявлении анкете должно быть указано:
 - 1) фамилия, имя, отчество страхователя и лиц, подлежащих страхованию (застрахованных), адрес и реквизиты страхователя – для физических лиц, наименование, юридический адрес и банковские реквизиты, список застрахованных – для юридических лиц;
 - 2) род или вид основной деятельности, признак резидентства;
 - 3) срок страхования;
 - 4) порядок и форма уплаты страховой премии;
 - 5) выбранные страхователем программы страхования, размер страховой суммы;
 - 6) регион обслуживания.
- 11.3. До заключения договора страхования страховщик вправе проверить достоверность предоставленных данных в заявлении анкете, и отказать в приеме на страхование, если страхователь заведомо предоставил ложные сведения. Также страховщик может запросить дополнительные документы, характеризующие степень страхового риска.
- 11.4. На основании данных, указанных страхователем в заявлении анкете, стороны заключают договор страхования в письменной форме путем:
 - 1) составления сторонами договора страхования с приложениями в 2 экземплярах;
 - 2) передачи застрахованных страхователя на медицинское обслуживание страховщику с выдачей застрахованным сотрудникам и прикрепленным членам семьи медицинских пластиковых карточек.
- 11.5. При заключении договора страхования страхователь обязан сообщить страховщику все известные страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, включая такую информацию как статистика расходов за последний год страхования по аналогичному договору страхования (отчет по убыткам за период по страхования). В случае, когда данные по рискам неизвестны и не должны быть известны страховщику (история и перечень заболеваний застрахованных, нахождения в группе риска по какому заболеванию, наличие инвалидности и т.п.), то страхователь оставляет право за страховщиком досрочно прекратить действие договора страхования в отношении отдельно взятых застрахованных, по которым после заключения договора страхования могут быть выявлены непокрываемые страховщиком риски.

- 11.6. Если недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении отдельных застрахованных с предоставлением письменного обоснования.
- 11.7. Основной номер медицинской пластиковой карточки у основного застрахованного (сотрудника) и застрахованных членов семьи единый, так как лимит ответственности (страховая сумма) по карточке одна на всю семью, также как и сублимиты по отдельным видам медицинских услуг.
- 11.8. К Договору страхования должны быть оформлены в виде приложений следующие сведения: список застрахованных по утвержденной форме заявки, программы страхования, список участников медицинской сети страховщика/Ассистанса.
- 11.9. В случае утраты договора страхования, страховщик на основании письменного заявления страхователя выдает его дубликат.
- 11.10. Изменение условий договора страхования производится по обоюдному согласию страхователя и страховщика на основании заявления страхователя в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения страховщиком заявления и оформляется дополнительным соглашением сторон.
- 11.11. Если какая-либо из сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования, в таком случае в течении 5 (пяти) рабочих дней решается вопрос о действии договора страхования на прежних условиях или о прекращении его действия.
- 11.12. Подпись Страхователя или его представителя в договоре, является подтверждением его полного согласия с условиями страхования, указанных в договоре страхования и настоящих Правилах.
- 11.13. Договор страхования заключается без предварительного медицинского осмотра, при условии согласия застрахованных - с предварительным медицинским осмотром лиц, принимаемых на страхование (застрахованных), в целях определения их принадлежности к группам риска.
- 11.14. В случаях, прямо предусмотренных договором страхования, страхователь в течение срока действия договора страхования имеет право включать в список застрахованных новые лица, согласно условиям договора и программы страхования.

12. Срок, место (территория) действия договора страхования

- 12.1. Срок действия договора страхования устанавливается соглашением сторон и указывается в договоре страхования.
- 12.2. Период страховой защиты начинается с 00.00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (либо первого взноса) в кассу либо на расчетный счет страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования, и заканчивается в 00.00 часов дня, следующего после окончания срока действия договора страхования.
- 12.3. Срок действия договора страхования совпадает с периодом страховой защиты, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 12.4. Действие страховой защиты в отношении вновь принятых застрахованных начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении к договору страхования, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии и подписания дополнительного соглашения, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 12.5. Действие страховой защиты в отношении застрахованных, исключенных их списка застрахованных, прекращается со дня, указанного в дополнительном соглашении к договору страхования.
- 12.6. Территорией страхования является территория Республики Казахстан, если иное не предусмотрено договором и программой страхования.

13. Порядок внесения изменений и дополнений в договор страхования

- 13.1. Внесение изменений и дополнений в договор страхования производится по обоюдному согласию сторон, на основании письменного заявления (уведомления) одной из сторон в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента получения заявления и оформляется дополнительным соглашением сторон.
- 13.2. Если какая-либо сторона не согласна на внесение изменений и дополнений в договор, в течении 5 (пяти) рабочих дней решается вопрос о продолжении договора на прежних условиях или о прекращении договора.
- 13.3. С момента получения заявления одной из сторон до момента принятия решения другой стороной, договор страхования действует на прежних условиях.
- 13.4. Изменения и дополнения к договору страхования оформляются путем заключения дополнительных соглашений в письменной форме.

14. Действия страхователя (застрахованного) при наступлении страхового случая

- 14.1. При наступлении страхового случая, застрахованный обязан обратиться к работнику координационного центра страховщика/Ассистанса и следовать его указаниям.
- 14.2. При каждом обращении за медицинскими услугами застрахованный обязан предъявить страховую карточку и документ, удостоверяющий личность. Получение медицинских услуг в организациях, не являющихся участниками медицинской сети, возможно лишь при наличии соответствующего направления от страховщика/Ассистанса, за исключением экстренных случаев и условий, предусмотренных в п. 14.8 настоящей Главы, а также за исключением обращения в стоматологические клиники вне сети.
- 14.3. Основанием для предоставления застрахованному медицинских услуг до момента получения страховой карточки является удостоверение личности, при условии своевременной оплаты страховой премии по договору страхования.
- 14.4. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на страхователе (застрахованном, выгодоприобретателе).
- 14.5. В случае возникновения у застрахованного экстренных показаний к амбулаторно-поликлинической помощи и стационарному лечению, когда у застрахованного не было возможности обратиться в координационный центр страховщика/Ассистанса, страхователь/застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить страховщика/Ассистанс о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.
- 14.6. В случае экстренного вызова скорой медицинской помощи 103, уведомление страховщика/Ассистанс о страховом случае должно быть сделано в течение 24-х часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано застрахованным, или родственниками застрахованного.
- 14.7. Не уведомление страхователем/застрахованным страховщика/Ассистанс о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента получения им медицинской и иной услуги, дает страховщику право отказать в страховой выплате (полностью отказать в оплате оказанной ему медицинской услуги), если застрахованным не будет доказано, что он не имел возможности уведомить страховщика по объективным причинам (по состоянию здоровья).
- 14.8. В случае, когда застрахованный по объективным причинам (в связи с тяжелым состоянием здоровья) не уведомил страховщика/Ассистанс о наступлении события, последствием которого стало наступление страхового случая, и оплатил медицинские расходы самостоятельно, страхователь/застрахованный обязан предоставить заявление на страховую выплату в письменной форме в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента прекращения оказания/получения услуги, а так же предоставить счета и все медицинские документы, подтверждающие самостоятельно понесенные расходы. При этом страховщик оставляет за собой право проводить расследование обоснованности получения этих услуг и

их соответствия программе страхования, выбранной согласно условиям договора страхования.

- 14.9. В случае утраты страхователем/застрахованным договора страхования, страховой карточки, страхователь/застрахованный обязан в течение 3 (трех) рабочих дней сообщить о факте утери страховщику в письменной форме, после чего утраченные документы не могут являться основанием для получения медицинских услуг.
- 14.10. В случае если страхователь/застрахованный сообщил страховщику об утере страховой карточки позднее срока, указанного в пункте 14.9. настоящих Правил, страхователь/застрахованный возмещает страховщику осуществленные страховые выплаты по медицинским услугам, полученным по данной карточке с момента ее утери до момента получения страховщиком уведомления об утере карточки.
- 14.11. Медицинские услуги оказываются по решению/направлению страховщика/Ассистанса в медицинских организациях - участниках медицинской сети.
- 14.12. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные программой страхования, при согласовании и по направлению семейного врача в медицинских организациях, не являющихся участниками медицинской сети только в случае, если необходимая застрахованному медицинская услуга по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза по какой-либо причине не может быть оказана участниками медицинской сети страховщика/Ассистанса.
- 14.13. В случае, указанном в пункте 14.5. настоящих Правил, застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет страховщику документы, необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии с главой 15 настоящих Правил.
- 14.14. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети, застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказ - наряде при получении стоматологического лечения, либо в реестре посещений при приеме семейным врачом) факт оказания ему медицинской услуги.
- 14.15. Список участников медицинской сети идет приложением к договору страхования.
- 14.16. Страховщик имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у страховщика изменения в списке участников медицинской сети. При исключении из списка участника медицинской сети, страховщик обязан уведомить об этом страхователя в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента такого изменения.
- 14.17. В случае если на момент исключения медицинской организации из списка участников медицинской сети, застрахованный уже получил медицинскую услугу в этой медицинской организации, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения страхователем уведомления, но в любом случае в период действия страховой защиты.
- 14.18. Медицинское обслуживание, назначенное семейным либо другим врачом в связи с заболеванием застрахованного (страховым случаем), о котором страховщик был уведомлен в соответствии с пунктом 14.1. настоящих Правил, считается страховым случаем при условии включения таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями договора, программы страхования и действующими клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан. В случае получения медицинского обслуживания у участников медицинской сети, предусмотренных договором страхования, страховщик оплачивает стоимость медицинского обслуживания непосредственно такому поставщику. В остальных случаях – возмещает сумму затрат застрахованного на получение медицинского обслуживания при предоставлении документов,

подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с главой 15 настоящих Правил на основании заявления страхователя (застрахованного) на страховую выплату. Заявление должно быть подано не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента прекращения оказания/получения услуги.

- 14.19.** При возмещении затрат учитывается ценовая политика поставщика медицинских услуг. Если стоимость медицинских услуг, представленных к возмещению, превышает среднюю стоимость таких же услуг уполномоченных поставщиков медицинских услуг (участники медицинской сети), предусмотренных договором страхования, то возмещение производится по прейскуранту цен базовых клиник/клиник прямого доступа страховщика.
- 15. Исчерпание и перерасход страховой суммы, предусмотренной программой страхования по категории списания**
- 15.1.** Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания договора страхования, ведет к прекращению обязательств страховщика по осуществлению страховой выплаты по медицинским услугам по соответствующей категории списания.
- 15.2.** Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается, если иное не оговорено договором страхования.
- 15.3.** Исчерпание страховой суммы по одной из категорий списания не влечет за собой прекращения договора страхования.
- 15.4.** Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы, предусмотренной программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается страховщику застрахованным/страхователем.
- 15.5.** В случае возникновения такого превышения, страховщик уведомляет застрахованного/страхователя о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие карточки, то есть прекращает покрытие медицинских услуг такому застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).
- 15.6.** Застрахованный, по программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней, с момента получения уведомления оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу страховщика наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет страховщика.
- 15.7.** В случае неоплаты страхователем (застрахованным) задолженности в указанный период, страховщик полностью блокирует действие карточки, с последующим снятием со страхования по истечении 30 (тридцати) календарных дней. Возврат страховой премии по данному застрахованному, а также по прикрепленным членам семьи не производится.
- 15.8.** В случае, если застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями и клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством Здравоохранения Республики Казахстан, оплата такой медицинской услуги производится застрахованным самостоятельно, либо застрахованный возмещает их стоимость страховщику. В этом случае, страховщик письменно уведомляет застрахованного о возникшей задолженности и одновременно блокирует действие карточки, то есть прекращает покрытие медицинских услуг такому застрахованному до момента оплаты за полученные медицинские услуги (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью), застрахованный обязан в срок, предусмотренный договором страхования, оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

16. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков

- 16.1.** Страховщик осуществляет страховую выплату участнику медицинской сети/Ассистансу, оказавшему услуги застрахованному, в порядке и сроки, установленные заключенным между страховщиком и участником/Ассистансом договором.
- 16.2.** В случаях, предусмотренных пунктами 14.8, 14.12 настоящих Правил, страховщик возмещает застрахованному 100% от суммы покрываемых расходов, оплаченных застрахованным самостоятельно, если иное не предусмотрено договором страхования. В этом случае для получения страховой выплаты застрахованный (выгодоприобретатель) обязан предоставить страховщику документы, подтверждающие наступление страхового случая, в течение 10 (десяти) календарных дней с момента прекращения оказания/получения медицинской услуги.
- 16.3.** Возмещение расходов застрахованному, оплатившему медицинские услуги самостоятельно, производится страховщиком в тенге, на основании письменного заявления страхователя (выгодоприобретателя) о страховом случае, предоставленных документов (согласно нижеуказанной таблицы), подтверждающих факт наступления страхового случая и размер убытков.

	Группа документов	Описание
1.	Заявление на страховую выплату (Приложение №1)	по форме страховщика
2.	Документы, подтверждающие личность заявителя (оригиналы)	1) документ, удостоверяющий личность заявителя/паспорт; 2) доверенность на правоведения дел в страховой компании и получения страховой выплаты (для юридического лица или в случае представления интересов выгодоприобретателя).
3.	Сведения о карточном или лицевом счете застрахованного	IBAN застрахованного и реквизиты банка, обслуживающего данный счет.
4.	Страховая карточка	копию карточки застрахованного/члена семьи застрахованного.
5.	Направление врача	направление семейного врача/регионального координатора.
6.	Документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:	
1)	по амбулаторно-поликлинической помощи	акт выполненных работ (оказанных услуг), счет - фактуру, фискальный чек и копии форм учетной документации из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза, рекомендаций врача, продолжительность лечения, перечень оказанных услуг с детализацией их по датам и стоимости, направления врачей и документы о прохождении лабораторных исследований или медицинских услуг.
2)	по стационарному лечению	акт выполненных работ (оказанных услуг), счет - фактуру, фискальный чек, копии форм учетной документации из медицинской карты стационарного больного, калькуляционный лист.
3)	по стоматологическому лечению	заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом), фискальный чек, квитанция к приходно-кассовому ордеру.
4)	по лекарственному обеспечению	накладную на отпуск товаров на сторону, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и

	полученных рекомендаций.
--	--------------------------

- 16.4.** В случае непредставления страхователем (застрахованным) или иным лицом, являющимся выгодоприобретателем, всех документов, предусмотренных пунктом 16.3., страховщик обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней письменно уведомить их о недостающих документах, необходимых для решения вопроса о страховой выплате (Приложение №2).
- 16.5.** Страховщик имеет право затребовать иные документы, не указанные в пункте 16.3. настоящих Правил, необходимые для установления факта страхового случая и принятия решения страховщиком об осуществлении страховой выплаты.
- 16.6.** Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без наличия официального бланка страховщика направления и/или рецепта, страховщиком не возмещаются, за исключением обращения в стоматологические клиники вне сети и условий, предусмотренных в п. 14.8 настоящих Правил.
- 16.7.** Страховщик осуществляет возмещение расходов, самостоятельно оплаченных застрахованным при получении услуг по стоматологии в размере 70% от покрываемых расходов, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 16.8.** Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на выгодоприобретателя (застрахованного/страхователя).
- 16.9.** Страховая выплата по расходам, самостоятельно оплаченным застрахованным, осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет застрахованного указанного в заявлении на страховую выплату.
- 16.10.** Страховая выплата осуществляется в размере фактических расходов застрахованного, но не более суммы лимита на одного застрахованного (членов его семьи, если на них отдельно не установлена сумма лимита) или суммы лимита на соответствующую медицинскую услугу, установленную программой страхования по договору страхования.
- 16.11.** Общая сумма страховой выплаты по одному застрахованному за последствия одного или нескольких страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования не может превышать предельного объема ответственности, устанавливаемого договором страхования в отношении такого застрахованного.

17. Порядок и условия осуществления страховой выплаты. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате

- 17.1.** Страховщик, после получения всех необходимых документов согласно пункта 16.3 настоящих Правил, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней принимает решение о страховой выплате либо о частичном или полном отказе в страховой выплате, о чем сообщает страхователю (застрахованному, выгодоприобретателю) посредством телефонной связи или в письменной форме, с указанием/озвучиванием причин отказа.
- 17.2.** Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате в случае, если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай или размер убытков, до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.
- 17.3.** Страховщик осуществляет страховую выплату выгодоприобретателю в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.
- 17.4.** За несвоевременное осуществление страховой выплаты страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.
- 17.5.** Решение об отказе в страховой выплате принимается страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг условиям договора и программы страхования.
- 17.6.** Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если застрахованный (страхователь):

- 1) получил медицинские услуги, не предусмотренные договором и программой страхования;
 - 2) получил медицинские услуги без медицинских показаний, согласно действующим клиническим протоколам диагностики и лечения Министерства Здравоохранения РК;
 - 3) сообщил искаженные сведения о здоровье застрахованного на момент заключения договора страхования;
 - 4) своевременно не известил о наступлении страхового случая;
 - 5) имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил страховщику в установленный договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
 - 6) передал свой договор страхования/страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;
 - 7) в иных случаях, предусмотренных законодательством РК и настоящими Правилами страхования.
- 17.7. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим во время лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).
- 17.8. Страховая выплата участникам медицинской сети производится безналичным платежом путем возмещения (компенсации) расходов по оказанным страхователю (застрахованному) медицинским услугам. Страховщик возмещает данные расходы, после проведения медицинской и финансовой экспертизы первичных документов, предоставленных участниками медицинской сети, на предмет обоснованности и соответствия оказанных медицинских услуг условиям договора, программы страхования и действующим клиническим протоколам диагностики и лечения Министерства Здравоохранения РК.
- 17.9. Договор страхования, в отношении каждого застрахованного, по которому была осуществлена страховая выплата в размере, меньшем страховой суммы, сохраняет силу до конца срока, указанного в договоре страхования, в размере разницы между соответствующей страховой суммой и суммой осуществленной страховой выплаты.

18. Дополнительное включение и досрочное исключение застрахованного, замена застрахованного.

- 18.1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к договору страхования.
- 18.2. Дополнительное включение застрахованного работника производится не позднее 45 (сорока пяти) рабочих дней до даты окончания действия договора страхования.
- 18.3. При дополнительном включении застрахованного работника в договор страхования, страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь и пр.) устанавливается в соответствии с табелем начисления:

Срок страхования (количество месяцев)	Размер страховой премии, страховой суммы и сублимитов (категорий списания) в % от годовой страховой премии, страховой суммы, сублимитов (категории списания)
от 2 месяцев до 3 месяцев включительно	40
от 3 месяцев до 4 месяцев включительно	50
от 4 месяцев до 5 месяцев включительно	60

от 5 месяцев до 6 месяцев включительно	70
от 6 месяцев до 7 месяцев включительно	75
от 7 месяцев до 8 месяцев включительно	80
от 8 месяцев до 9 месяцев включительно	85
от 9 месяцев до 10 месяцев включительно	90
от 10 месяцев до 11 месяцев включительно	95
от 11 месяцев до 12 месяцев включительно	100

- 18.4.** При дополнительном включении члена семьи в список застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого застрахованного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты начала действия договора страхования в отношении основного застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования. По истечении указанного срока прикрепление членов семьи не осуществляется.
- 18.5.** Список застрахованных членов семьи не подлежит корректировке в течение страхового периода (т.е. прикрепленные члены семьи не подлежат замене в течение периода действия страховой защиты).
- 18.6.** Замена застрахованного осуществляется страхователем с письменного уведомления страховщика. При этом страхователь подает заявление страховщику о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы застрахованного, исключаемого из списка застрахованных. Страховщик осуществляет изготовление и передачу страхователю карточки по вновь включенному застрахованному только после возврата по акту приема-передачи изъятой страховой карточки исключаемого застрахованного в порядке, установленном пунктом 18.11. настоящих Правил, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.
- 18.7.** В случае если застрахованный и члены его семьи, исключаемые из списка застрахованных, не воспользовались медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими организациями из списка страховщика, замена застрахованного производится страховщиком автоматически без оплаты дополнительной страховой премии на нового застрахованного и оформляется дополнительным соглашением к договору страхования. В случае если страховые выплаты по исключаемому застрахованному и членам его семьи осуществлялись, замена не производится, если иное не предусмотрено договором страхования. Замена одного застрахованного работника производится не более 1 раза за период действия договора страхования.
- 18.8.** Замена и исключение застрахованного из списка одновременно влечет за собой замену и исключение к нему прикрепленных застрахованных членов семьи. Период действия договора страхования в отношении вновь включенного (замененного) застрахованного начинается с даты замены и до окончания действия договора страхования.
- 18.9.** Действие страховой защиты в отношении включенного (исключенного) застрахованного и к нему прикрепленных членов семьи начинается (прекращается) со дня, следующего за днем получения страховщиком соответствующего заявления от страхователя.
- 18.10.** Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления от страхователя обязан изготовить и передать ему страховые карточки включенного застрахованного и прикрепленных к нему застрахованных членов семьи.
- 18.11.** Страхователь в течение 3 (трех) рабочих дней со дня подачи заявления об исключении лица из списка застрахованных обязан вернуть страховщику карточку исключаемого лица и к нему прикрепленных членов семьи.
- 18.12.** Возврат страховой премии за исключаемого застрахованного осуществляется за оставшийся период страхования с даты получения страховщиком от страхователя изъятой страховой карточки по акту приема-передачи. Если иное не предусмотрено договором

страхования, страховщик не возвращает страховую премию страхователю за исключаемого застрахованного, в одном из следующих случаях:

- 1) если застрахованный работник и/или члены его семьи воспользовались медицинскими услугами;
- 2) если страхователь не осуществил возврат изъятой страховой карточки по исключаемому застрахованному в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами.

- 18.13.** При досрочном исключении застрахованного сотрудника, из списка застрахованных, когда по данному застрахованному и членам его семьи страховые выплаты не осуществлялись, страховщик возвращает страхователю часть страховой премии, рассчитанной пропорционально оставшемуся периоду страхования с даты возврата страхователем страховщику изъятой страховой карточки по акту приема-передачи за вычетом расходов на ведение дела в размере 25% от страховой премии, подлежащей возврату, если иное не предусмотрено договором страхования. Возврат страховой премии по исключаемым членам семьи не производится. При этом расчет возврата страховой премии страхователю осуществляется страховщиком в течение 15 (пятнадцати) календарных дней после поступления страховщику письменного заявления от страхователя.
- 18.14.** При страховой выплате в размере полной (общей) страховой суммы действие договора страхования прекращается со дня осуществления страховой выплаты.
- 18.15.** Внесение дополнений к уже выбранным программам страхования (увеличение объема оказываемых услуг) оформляется дополнительным соглашением к договору страхования с указанием стоимости такого дополнения.
- 18.16.** Если оплата за членов семьи осуществляется за счет средств самого застрахованного, страховщик указывает данное условие в договоре страхования или в дополнительном соглашении к договору страхования.
- 18.17.** При включении вновь принятого сотрудника в список застрахованных страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким, как покрытие медикаментов, амбулаторное лечение и стоматологическая помощь) устанавливаются в соответствии с Табелем начисления страховой премии при неполном сроке страхования, согласно условиям договора страхования. При этом за застрахованных членов семьи страховая премия выплачивается в полном объеме.
- 18.18.** Страховая защита в отношении застрахованного, исключенного из списка застрахованных, прекращается с 0.0 ч 00 мин дня, следующего за датой уведомления страховщика об увольнении и исключении из списка застрахованных, в этом случае медицинская пластиковая карточка такого застрахованного считается недействительной с момента уведомления страховщика и подлежит возврату страховщику в согласованные сроки.
- 18.19.** Страховое покрытие застрахованного, включенного в список застрахованных, начинается согласно дате, указанной в заявке на прикрепление после оформления и подписания соответствующего дополнения к договору страхования. Страховщик выпускает медицинскую пластиковую карточку застрахованному, включенному в Список застрахованных, в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента подписания соответствующего дополнения к договору страхования.
- 18.20.** В случае если после даты исключения, застрахованного из списка застрахованных и до даты возврата медицинской пластиковой карточки такого застрахованного, произошел страховой случай, и страховщик произвел страховую выплату, страхователь/застрахованный возмещает стоимость фактически произведенной страховой выплаты.

19. Условия прекращения договора страхования

- 19.1.** Стороны имеют право на досрочное расторжение договора страхования. О намерении досрочного расторжения действия договора страхования, стороны обязаны уведомить друг

друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения договора страхования.

- 19.2.** Договор страхования прекращается досрочно по одному из следующих обстоятельств:
- 1) неуплаты страхователем страховой премии/взносов в установленные договором страхования сроки;
 - 2) перестал существовать объект страхования;
 - 3) возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 4) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности. Возврат страховых премий при ликвидации страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности;
 - 5) смерти застрахованного, не являющегося страхователем, когда не произошла замена, в таком случае действие договора страхования прекращается только в отношении данного застрахованного;
 - 6) в иных случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности», Гражданским кодексом Республики Казахстан.
 - 7) осуществление страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы, определенной условиями договора страхования. Договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного настоящим пунктом, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно письменно уведомить другую, с предоставлением копий подтверждающих документов, оформленных в соответствии с законодательством.
- 19.3.** В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине страховщика, последний обязан возратить страхователю уплаченную им страховую премию, за вычетом фактических расходов, в течении 3 (трех) месяцев от даты получения страховщиком уведомления.
- 19.4.** При досрочном расторжении договора страхования по основаниям, не предусмотренным пунктами 19.2., 19.3. настоящих Правил, и не были осуществлены страховые выплаты, страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом расходов страховщика на ведение дела в размере 25% от суммы возврата, если иное не предусмотрено договором страхования, рассчитываемой по следующей формуле:
- $$C = ((P / T) * O) * 75\%, \text{ где:}$$
- C – страховая премия, подлежащая возврату,
P – размер страховой премии согласно договору страхования,
T – срок страхования в днях,
O - количество дней до окончания срока страхования.
- 19.5.** Если по договору страхования были осуществлены страховые выплаты, то в случае досрочного расторжения такого договора уплаченная страховщику страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежат, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 19.6.** Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию страховщика в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения страхователем своих обязательств по договору страхования, либо в случае превышения лимита застрахованным по одному из видов услуг, когда он отказывается оплачивать полученные медицинские услуги за свой счет. При этом страховая премия возврату не подлежит.
- 19.7.** Если требования страховщика о прекращении договора страхования обусловлены неисполнением или ненадлежащим исполнением страхователем условий договора

страхования, то ранее оплаченные страхователем страховые премии/страховые взносы возврату не подлежат.

20. Порядок разрешения споров

- 20.1.** Споры, вытекающие из настоящих Правил и договора страхования, рассматриваются непосредственно сторонами путем переговоров.
- 20.2.** Стороны договора страхования при не разрешении спора путем переговоров, до обращения в судебные органы обязаны направить другой стороне письменную претензию, с обоснованием причин возникшего разногласия. Претензия подлежит рассмотрению в двухнедельный срок. В случае обращения к страховому омбудсману, тайна страхования может быть раскрыта ему по находящимся у него на рассмотрении обращениям физических и юридических лиц по урегулированию разногласий, возникающих из договоров страхования.
- 20.3.** В случае, если претензия была отклонена полностью или частично, либо ответ на претензию не получен по истечении срока, указанного в пункте 20.2. настоящих Правил, сторона имеет право обратиться в суд по подсудности фактического места расположения головного офиса страховщика, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

21. Условия Международного страхования

- 21.4.** При выезде Застрахованного в период действия Договора за границу он имеет право на получение медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования по страхованию лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан (за исключением расходов по диагностике и лечению COVID-19 (коронавирусная инфекция) если иное не предусмотрено программой страхования).
- 21.5.** Для оформления договора/полиса для лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, Застрахованный/Страхователь должен заполнить соответствующее форму Заявления-анкеты, предоставленную Страховщиком (форма заявления Заказчика (Застрахованного) на заключение договора/полиса для выезда за границу Республики Казахстан) и направить предварительно сканированную версию на электронный адрес Страховщика с дальнейшим предоставлением оригинала в офис Страховщика.
- 21.6.** Застрахованный должен предупредить Страховщика о предполагаемой поездке за 5 (пять) рабочих дней с указанием страны временного пребывания, цели поездки, количества дней пребывания, предоставить копию паспорта и заполнить Заявление-анкету.
- 21.7.** Страховщик обязан выдать Застрахованному полис страхования выезжающих за границу Республики Казахстан, согласно условиям договора и программы страхования, в котором указаны круглосуточные телефоны медицинского Ассистанса, по которым Застрахованному следует обратиться при наступлении страхового случая в стране временного пребывания.

22. Антикоррупционная оговорка

- 22.4.** Каждая сторона (данный термин для целей настоящих Правил включает всех работников, агентов, представителей, аффилированных лиц каждой из сторон, а также других лиц, привлекаемых ими или действующих от их имени) соглашается, что она не будет в связи с услугами (работами, товарами), оказываемыми (выполняемыми, поставляемыми) по настоящему договору, давать или пытаться давать взятки (включая, без ограничения, любые формы оплаты, подарки и прочие имущественные выгоды, вознаграждения и льготы (в виде денег или любых ценностей) другой стороне, ее работникам, агентам, представителям, потенциальным клиентам, аффилированным лицам, а также другим лицам, привлекаемым другой стороной или действующим от ее имени, государственным служащим, межправительственным организациям, политическим партиям, частным лицам и прочим сторонам («Вовлеченные стороны»).

- 22.5.** Каждая сторона заявляет и гарантирует другой стороне, что до даты заключения договора она не давала и не пыталась давать взятки вовлеченным сторонам с целью установления и (или) продления каких-либо деловых отношений с другой стороной в связи с договором страхования.
- 22.6.** Каждая сторона признает и соглашается с тем, что она ознакомилась с законами против взяточничества и отмывания денег всех стран, в которых она учреждена или зарегистрирована и в которых она осуществляет свою деятельность, и будет соблюдать указанные законы.
- 22.7.** Каждая из сторон соглашается с тем, что она не будет совершать и не допустит со своего ведома совершения каких-либо действий, которые приведут к нарушению другой стороной применимых законов против взяточничества или отмывания денег.
- 22.8.** Стороны соглашаются с тем, что их бухгалтерская документация должна точно отражать все платежи, осуществляемые по договору страхования.
- 22.9.** Если одной из сторон станет известно о фактическом или предположительном нарушении ею какого-либо из настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, она должна немедленно поставить об этом в известность другую сторону и оказать ей содействие в расследовании, проводимому по данному делу.
- 22.10.** Стороны соглашаются разработать для своих сотрудников и следовать политикам и процедурам по борьбе с коррупцией, необходимым для предотвращения фактов взяточничества или попыток дачи взяток.
- 22.11.** Каждая сторона обязуется обеспечить выполнение своими подрядчиками, консультантами, агентами и другими лицами, предоставляющими услуги от ее имени по договору страхования, процедур по предотвращению фактов взяточничества или попыток дачи взяток.
- 22.12.** Стороны соглашаются, что в дополнение к правам на расторжение (отказ от исполнения), предусмотренным другими положениями настоящих Правил, не нарушающая сторона имеет право немедленно расторгнуть (отказаться от исполнения) договор страхования в случае нарушения другой стороной настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, и при этом другая сторона не вправе требовать какие-либо дополнительные платежи в рамках договора страхования, кроме платежей, не связанных с нарушением настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, за услуги (работы, товары), надлежащим образом оказанные (выполненные, поставленные) по договору страхования до его расторжения.
- 22.13.** Каждая из сторон освобождается от обязательств по осуществлению какого-либо платежа, который может причитаться другой стороне по договору страхования, если такой платеж связан с нарушением другой стороной настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции.

23. Обстоятельства непреодолимой силы (Форс-Мажор)

- 23.1.** Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.
- 23.2.** Для целей настоящего раздела «обстоятельство непреодолимой силы» означает событие, неподвластное контролю Сторон, и имеющее непредвиденный характер. Такие события могут включать, но не ограничиваться такими действиями, как военные действия, природные или стихийные бедствия, карантин, эпидемии, режим чрезвычайного положения, эмбарго и другие.
- 23.3.** При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, Сторона, для которой становится невозможным выполнение своих обязательств по Договору, обязана в течение 5 (пяти) календарных дней с даты их возникновения направить другой Стороне письменное

уведомление о таких обстоятельствах и их причинах, а также при необходимости предоставить документы, подтверждающие факт наступления таких обстоятельств, выданные компетентным органом.

24. Дополнительные условия

- 24.1.** Договор страхования заключается без предварительного медицинского осмотра застрахованных.
- 24.2.** По соглашению сторон в заключаемый в соответствии с настоящими Правилами договор страхования могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения), а также внесены изменения и дополнения, которые в обязательном порядке должны быть составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.
- 24.3.** Умышленное создание страхового случая, а также иные мошеннические действия, направленные на незаконное получение страховой выплаты, влекут ответственность в соответствии с уголовным законодательством Республики Казахстан.
- 24.4.** Переход прав и обязанностей страховщика и (или) страхователя по договору страхования к другим лицам не допускается, если это не оговорено условиями договора страхования.
- 24.5.** Во всем остальном, не предусмотренном настоящими Правилами, стороны руководствуются законодательством Республики Казахстан.
- 24.6.** Страхователь по договору страхования гарантирует достоверность сведений по застрахованным/дополнительно застрахованным лицам, предоставленных страховщику в договоре страхования.
- 24.7.** Страховщик не несет прямой ответственности за качество, своевременность и обоснованность лечения, оказываемого застрахованному лицу поставщиками медицинских услуг по договору страхования. Страховщик проводит проверку обоснованности претензий застрахованных к поставщикам медицинских услуг и оказывает содействие застрахованным по урегулированию таких претензий. За вред, причиненный здоровью и жизни застрахованного в результате действия либо бездействия поставщика медицинских услуг (медицинской организации и/или врача), все претензии, жалобы, иски должны предъявляться, выставляться застрахованным и/или страхователем непосредственно такому поставщику медицинских услуг.
- 24.8.** Все, что не оговорено договором страхования, регулируется в соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан. В случае противоречий между договором страхования и настоящими Правилами, применяются положения Правил.

**Приложение №1 «заявление об осуществлении страховой выплаты»
к Правилам добровольного страхования на случай болезни
АО «СК «Freedom Finance Insurance»**

**Председателю Правления
АО «СК «Freedom Finance Insurance»**

от _____

моб. _____

Адрес проживания: _____

ИИН _____

Дата сообщения о страховом случае:

(заполняется медицинским экспертом СК)

**З А Я В Л Е Н И Е
ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

В соответствии с договором/полисом добровольного медицинского страхования на случай болезни № _____ от «__» _____ г., страховая карточка № _____, прошу возместить мне затраты связанные с лечением заболевания (описать заболевание):

Указать дату обращения (дата страхового случая):

1. _____
2. _____
3. _____

Необходимые документы на получение выплаты прилагаются.

Приложение (перечислить прилагаемые документы):

1. копия удостоверения личности
2. копия медицинской страховой карточки
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Страховую выплату прошу осуществить по следующим банковским реквизитам:

ФИО выгодоприобретателя: _____

ИИН выгодоприобретателя: _____

Наименование банка: _____

IBAN (номер счета карты): _____

Я (ФИО заявителя) _____ предупрежден об уголовной ответственности, предусмотренной ч.1 статьи 190 Уголовного кодекса Республики Казахстан, за умышленное создание страхового случая, предоставление ложной информации, а также иные мошеннические действия, направленные на незаконное получение страховой выплаты.

Я (ФИО заявителя) _____ настоящим подтверждаю, что возмещение по настоящему страховому случаю не получал.

« _____ » _____ 202__ г.

_____ (подпись, ФИО полностью)

Приложение №2
«уведомление о недостающих документах,
необходимых для решения вопроса о страховой выплате»
к Правилам
добровольного страхования на случай болезни
АО «СК «Freedom Finance Insurance»

**Уведомление о недостающих документах, необходимых для решения вопроса о страховой
выплате**

Для рассмотрения вопроса об осуществлении страховой выплаты, в соответствии с условиями договора страхования № _____ от «___» _____ 202__ г. По факту страхового события, произошедшего «___» _____ 202__ г., просим Вас дополнительно предоставить следующие документы:

1. _____ ;
2. _____ ;
3. _____ ;
4. _____ ;
5. _____ .

Представитель АО «СК «Freedom Finance Insurance»

_____ « ___ » _____ 202__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

Уведомление получил:

_____ « ___ » _____ 202__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

Пронумеровано и прошнуровано
на 40 (сорок) листах
и скреплено печатью

