

**УТВЕРЖДЕНО:**  
**Решением Совета Директоров**  
**АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»**  
**Протокол № 08-2020 от 15.09.2020 года**

*Республика Казахстан, А26С7Х9, г. Алматы, ул.Пушкина, 97*

*Телефон: (727) 2444-684,2444-685, факс: (727) 291 67 23*

---



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
НА СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**г. Алматы, 2020 г.**

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- I. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан и Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности». Вид страхования, описываемый настоящими Правилами страхования - Добровольное медицинское страхование на случай возникновения критических заболеваний, класс страхования Страхование на случай болезни.
- II. Сроки и условия страхования устанавливаются в соответствии со сроками и условиями страхового покрытия General Reinsurance AG - Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Cologne, Germany (далее – «GenRe»), который является основным держателем рисков по Договору перестрахования № 3 54696 001 от 01.06.2020г. (через перестрахование). Сроки и условия страхового покрытия, для каждого застрахованного определяется в соответствии с выбранной программой страхования и выбранной территорией страхования.
- III. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.
- IV. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- V. Положения, содержащиеся в Договоре страхования, являются приоритетными по отношению к соответствующим положениям Правил страхования.
- VI. По соглашению между Страхователем и Страховщиком на основании Правил могут быть заключены договоры страхования, предусматривающие дополнительные условия, определяемые при заключении договора страхования.

## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»
- 1.2. **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования, которое отвечает за оплату премии и обеспечивает выполнение условий Договора от имени каждого застрахованного лица.
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** - физическое лицо, указанное в страховом сертификате в качестве застрахованного лица.
- 1.4. **Критическое заболевание** — это заболевание, существенно влияющее на образ жизни, имеющее однозначное определение, объективный и подтверждаемый диагноз.
- 1.5. **Острое состояние** - заболевания, травмы или болезни, которые быстро поддаются лечению, нацеленному вернуть состояние здоровья, в котором Застрахованное лицо было непосредственно до заболевания или травмы, и которое ведет к полному выздоровлению.
- 1.6. **Форма-заявление** - форма, которую Застрахованное лицо заполняет и подписывает от своего имени до заключения договора страхования.
- 1.7. **Территория страхования** – территория на которой Страховщик, покрывает расходы на лечение застрахованного лица, пределы которой определяются программой страхования и указаны в Договоре страхования и Страховом сертификате.
- 1.8. **Услуги Ассистанса** – Ассистанс, застрахованный Страховщиком для предоставления ассистанских услуг Застрахованному лицу по программе страхования покрытия критических заболеваний во время страхового случая.
- 1.9. **Страховой сертификат** - подтверждение страхового покрытия, выданного Страховщиком. Сертификат страхования подтверждает страховое покрытие, территорию покрытия, период покрытия, и любые специальные условия, относящиеся к страховому покрытию.
- 1.10. **Страховая выплата** - общая стоимость курса лечения для конкретного заболевания.
- 1.11. **Страна проживания** - страна, являющаяся основным и регулярным местом жительства Застрахованного лица.
- 1.12. **Родная страна** – страна проживания Застрахованного лица, сообщенная им в заявлении на страхование и указанная в Страховом сертификате.
- 1.13. **Дата прикрепления** – дата начала страхового покрытия впервые.
- 1.14. **Дневной стационар** – Застрахованное лицо является пациентом дневного стационара, когда по медицинским причинам, Застрахованный должен пойти в больницу или пункт дневного стационара, в связи с необходимостью восстановления под медицинским наблюдением, без необходимости оставаться в больнице на ночь.
- 1.15. **Диагностическое обследование** - обследования, такие как рентген или анализы крови, с целью найти или помочь найти причину симптомов заболевания.
- 1.16. **Неотложная помощь** - необходимое лечение, предоставленное в отделении больницы скорой и неотложной помощи для определения и лечения острых заболеваний, как результата несчастного случая или внезапного наступления болезни, от которой Застрахованный никогда не страдал ранее, в случае которого целесообразно полагать, что симптомы состояния высокой степени тяжести, и что отказ от немедленного обращения к врачу может привести к либо сильному ухудшению здоровья или привести нарушению телесных функций.
- 1.17. **Срок окончания** - дата, на которую все страховое покрытие заканчивается
- 1.18. **Полный возврат средств** – покрываемые Страховщиком расходы за все объективное и общепринятое лечение, с учетом любых годовых и/или пожизненных лимитов, которые могут применяться, и с учетом любого со-страхования и/или эксцесса, которые могут применяться.
- 1.19. **Хоспис** – стационар, предоставляющий паллиативную помощь и помощь неизлечимо больным пациентам.
- 1.20. **Больница (стационар)** - учреждение, которое находится под постоянным наблюдением врача-резидента и которое лицензировано в качестве медицинского или хирургического стационара в соответствии с законодательством страны, в которой оно расположено.
- 1.21. **Болезнь** - любая болезнь, заболевание, расстройство или изменение в состоянии здоровья, установленное врачом.
- 1.22. **Дата начала** - дата, когда страховое покрытие в соответствии с настоящим договором начинает действовать, и как указано в Страховом Сертификате.
- 1.23. **Стационарное лечение** - медицинское лечение, представленное больницей, куда Застрахованный был принят в связи с медицинской необходимостью, где Застрахованный занимает койко-место в течение одних или нескольких суток, но не более 12 месяцев для любого медицинского состояния.

- 1.24. **Опасное для жизни состояние** - критическое состояние здоровья, покрываемое программой страхования, которое, по мнению Ассистанса является угрозой для жизни и требует немедленного лечения в стационаре.
- 1.25. **Медицинское состояние (заболевание)** - любое заболевание или болезнь (в том числе психические заболевания) иначе не исключенные настоящими Правилами.
- 1.26. **Врач** - человек, который имеет степень в медицинской практике и хирургии, как результат окончания признанного медицинского института, и который имеет лицензию на медицинскую практику от соответствующего лицензирующего органа, где проводится лечение. Признанным медицинским институтом является медицинская школа, которая указана в действующем Всемирном справочнике медицинских ВУЗов, опубликованном Всемирной организацией здравоохранения.
- 1.27. **Необходимое с медицинской точки зрения** – адекватное и необходимое лечение состояния здоровья, которое покрывается условиями настоящего Правил, и не противоречит общепринятой медицинской практике и руководящих принципов в отношении вида, частоты и продолжительности лечения. Руководящие принципы Великобритании, используемые для данных целей, опубликованы Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства в Великобритании.
- 1.28. **Практикующий врач** - лицо, имеющее полную регистрацию согласно медицинскому акту страны, где оно практикует и которое специализируется на уходе, или физиотерапевтическом лечении.
- 1.29. **Имплантация органа** - лечение, сделанное для выполнения имплантации, следующих естественных человеческих органов: почек, печени, сердца, легких и пересадка кожи (где необходимо по медицинским показаниям, а не в косметических целях). Покрытие не предоставляется для имплантации любого другого органа естественного или искусственного характера.
- 1.30. **Амбулаторное лечение** – лечение врачом или по рекомендации врача в кабинете больницы, отделении скорой помощи или поликлиники, в случае, когда с медицинской точки зрения нет необходимости в госпитализации или лечения в дневном стационаре.
- 1.31. **Общий лимит страхования** - максимальная сумма денег, оплата которой производится Страховщиком в течение каждого периода страхования.
- 1.32. **Паллиативное лечение** - лечение, основной целью которого является только временное облегчение симптомов, а не лечение заболевания, вызывающее симптомы.
- 1.33. **Период покрытия** – период в 12 месяцев с даты вступления покрытия в силу или с даты любого последующего обновления. Период покрытия, указанный в сертификате страхования, и покрытие остаются в силе в течение этого периода, и при условии получения страховой премии(й) от Страхователя на день или до установленной даты оплаты. Если премия не получена Страховщиком на установленную дату оплаты, период покрытия будет прекращен с даты до установленной даты оплаты премии.
- 1.34. **Семейный врач (терапевт)** - врач, лицензированный и уполномоченный соответствующими органами управления на медицинскую практику в стране, где предоставляется лечение.
- 1.35. **Программа страхования (план)** - наименование программы, которая применяется и указано подробно в сертификате страхования Застрахованного.
- 1.36. **Лечение после госпитализации** - представляет собой консультации наблюдающего врача по медицинским показаниям, физиотерапию, диагностические исследования и/или лечение, которое должно проводиться амбулаторно после стационарного или дневного стационарного лечения, покрываемого планом и пройденного в течение 60 дней после даты выписки из больницы.
- 1.37. **Существующие заболевания** - любое заболевание, болезнь или травма, включая психологическое состояние или установленное состояние, в связи с которым: Застрахованный получает лекарства, консультации или лечение; или испытывает симптомы вне зависимости был ли установлен диагноз в любое время до начала страхового покрытия.
- 1.38. **Связанные заболевания** - любое медицинское состояние, которое является либо основной причиной, либо непосредственно связанное с основной болезнью, заболеванием или травмой и подлежит условиям страхового случая.
- 1.39. **Лекарство, отпускаемое по рецепту** - медикаменты и лекарственные вещества, продажа и использование которых является ограничено законом, кроме как по рецепту врача. Препараты, лекарства и другие медикаменты, приобретенные без рецепта врача, не покрываются.
- 1.40. **Разумная и общепринятая (обоснованная) стоимость** – размер оплаты, которое, как правило, подлежит поставщикам медицинских услуг в стране, в которой Застрахованный получает лечение. Если расходы на лечение превышают стоимость, которая, как правило, взимается медицинским поставщиком услуг, в стране, в которой Застрахованный получает лечение, Страховщик будем оплачивать только ту сумму, которая, как правило, взимается в этой стране.
- 1.41. **Признанное медицинское лечение** – лечение, которое является целесообразным и необходимым

по медицинским показаниям для лечения заболевания, покрываемого условиями настоящего Договора, и которое соответствует общепринятой медицинской практике и руководящим указаниям относительно этого типа, периодичности и продолжительности. Британское руководство, используемое для этой цели - указания, опубликованные Национальным институтом здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании.

- 1.42. **Связанное состояние (сопутствующее заболевание)** - любое заболевание, болезнь или травма, которая вызвана ранее существующим состоянием или как результат той же основной причины, как уже существующее состояние.
- 1.43. **Сессия (сеанс)** - одна непрерывная консультация, во время которой Застрахованный получает консультацию, лечение и/или рецепт на лекарства.
- 1.44. **Специалист** - хирург, анестезиолог или врач, который законно занимается медицинской или хирургической деятельностью, как результат посещения признанного медицинского института, и признанный соответствующими органами в стране, в которой предоставляется лечение, как имеющий специализированное образование в области ИЛИ опыт в лечении заболевания, болезни или травмы. Признанным медицинским институтом имеется ввиду медицинское образовательное учреждение, которое указано в мировом каталоге медицинских ВУЗов, публикуемых Всемирной организацией здравоохранения.
- 1.45. **Особые условия** - любые исключения или условия, которые Страховщик может применить к программе страхования Застрахованного. Любые особые условия, относящиеся к программе страхования Застрахованного указаны в сертификате страхования.
- 1.46. **Программа страхования** – перечень страховых выплат, указанный в Договоре страхования.
- 1.47. **Лечение** - хирургические или медицинские услуги (в том числе диагностические исследования), которые необходимы для диагностики, облегчения или лечения заболевания, болезни или травмы.
- 1.48. При употреблении слов «нас», «мы», «наш» подразумевается Страховщик.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

- 2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с риском возникновения в период действия Договора страхования критического заболевания у застрахованного лица.

## **3. СТРАХОВАЯ СУММА**

- 3.1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.
- 3.2. Страховой суммой является предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком отдельно для каждого Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования.
- 3.3. Страховая сумма может быть установлена как по всему Договору страхования, так и по отдельным видам услуг и/или Заболеваниям, как для каждого Застрахованного, так и в целом для Страхователя, в соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программы страхования.
- 3.4. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

## **4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

- 4.1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с возникновением критического заболевания, и возникновение расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию, подлежащих частичной или полной компенсации
- 4.2. Страховщик покрывает расходы застрахованного лица, в соответствии с выбранной программой страхования и на условиях, указанных в Разделе 3 Договора страхования.

## **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ**

- 5.1. Список исключений из страхового случая указан в Договоре страхования и определяется в соответствии с выбранной программой страхования.
- 5.2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:

- не предусмотренных договором страхования;
- в медицинские учреждения без предварительного согласования со Страховщиком;
- в связи с получением травмы Застрахованным лицом при управлении им любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче им управления лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.
- В связи с заболеванием, возникшим до начала периода страхования или во время периода ожидания

5.3. Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами, необходимость в получении которых возникла в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;
- природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).

## **6. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА. МЕДИЦИНСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ.**

- 6.1. Застрахованными лицами могут быть лица возраст, которых на момент заключения договора страхования не превышает 65 (шестьдесят пять) лет.
- 6.2. Перед заключением договора страхования каждое лицо, подлежащее страхованию, обязано заполнить, подписать и предоставить в оригинале Страховщику заявление на страхование по установленной Страховщиком форме.
- 6.3. Страховщик вправе по своему усмотрению запросить у Застрахованного лица прохождение медицинского обследования
- 6.4. По результатам медицинского анкетирования, Страховщик вправе по своему усмотрению запросить у Застрахованного лица прохождение медицинского осмотра. Объем медицинского осмотра определяется по усмотрению Страховщика.
- 6.5. Результаты медицинского осмотра предоставляются Страховщику не позднее 3 месяцев с даты начала периода страхования.
- 6.6. В случае не предоставления Застрахованным лицом сведений о прохождении медицинского осмотра, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении такого Застрахованного лица. При этом страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом административных расходов Страховщика в размере 35% (тридцати пяти процентов) от уплаченной Страхователем страховой премии или страховых взносов.
- 6.7. Расходы, связанные с прохождением медицинских осмотров, являются расходами лица, подлежащего страхованию и в последующем не подлежат возмещению Страховщиком.
- 6.8. Застрахованное лицо несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании.
- 6.9. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Застрахованным лицом данных. В случае, если будет установлено, что Застрахованный сообщил о себе ложные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, Страховщик может предложить доплатить страховую премию либо отказать Страхователю в заключении договора страхования.

## **7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

- 7.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 7.2. Страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку – часть страховой премии, уплачиваемый Страхователем.
- 7.3. Размер страховой премии по договору страхования зависит от выбранных Страхователем Программ страхования, величины страховой суммы и срока страхования и устанавливается в Евро (EUR), при этом оплата страховой премии производится Страхователем в казахстанских тенге (KZT) по курсу установленному Национальным Банком Республики Казахстан на день оплаты страховой премии или страхового взноса.

- 7.4. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.
- 7.5. Страховая премия может быть уплачена Страхователем или по его поручению иным лицом посредством:
- безналичных расчетов;
  - внесения наличных денег в кассу Страховщика или передачи их уполномоченному представителю Страховщика;
  - иным способом, не запрещенным действующим законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон.

## **8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ**

- 8.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) календарный год с действием на территории Республики Казахстан и другие страны, определённые программой страхования.
- 8.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.
- 8.3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.
- 8.4. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- 8.5. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. Страхователь – юридическое лицо представляет список Застрахованных лиц с указанием:
- фамилий, имен, отчеств;
  - дат рождения, пола;
  - индивидуальных идентификационных номеров;
  - домашних адресов и телефонов;
  - данных о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица (паспорт, удостоверение личности, свидетельство о рождении или вид на жительство);
- 8.6. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем с согласия Страховщика. До момента получения Страховщиком указанных изменений, заключенный договор сохраняет силу в отношении Застрахованных лиц, указанных в ранее представленных списках.
- 8.7. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания установленного в договоре срока страхования.
- 8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в договоре страхования по истечении периода ожидания, определённого программой страхования, если иное не оговорено в нем.
- 8.9. Договор страхования прекращается в случаях:
- а) истечения срока его действия;
  - б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
  - в) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо. В случае, если по договору страхования, заключенного Страхователем – физическим лицом, Застрахованными лицами являются и другие физические лица, то в случае смерти Страхователя Застрахованное лицо может принять на себя обязанности Страхователя по договору страхования;
  - г) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
  - д) расторжения договора по соглашению сторон;
  - е) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
  - ж) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:
    - неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;
    - отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;

- установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;
  - в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 8.10. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, только в случае отсутствия страховых выплат по такому договору. Возврат страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов); пропорционально неистекшему периоду страхования, за который уплачена страхования премия (страховой взнос) за вычетом расходов на ведение дела.
- 8.11. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в настоящих Правилах, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 30-ти календарных дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне.

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:**

- 9.1.1. получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и о Программах страхования, а также о порядке предоставления Медицинского обслуживания и об Уполномоченных поставщиках медицинских услуг;
- 9.1.2. получать Медицинское обслуживание, предусмотренное Договором страхования и соответствующей Программой страхования, оплаченное Страховщиком, или возмещение расходов на Медицинское обслуживание, полученное в соответствии с Договором страхования и соответствующей Программой страхования;
- 9.1.3. обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;
- 9.1.4. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
- 9.1.5. досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
- 9.1.6. осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;
- 9.1.7. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования.

### **9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:**

- 9.2.1. при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования в соответствии с запросом (анкетой) Страховщика.
- 9.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 9.2.3. при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном п. 9.1. раздела I настоящих Правил;
- 9.2.4. соблюдать условия Договора, назначения и предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения Заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение этого требования может служить основанием для отказа в Страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием доказанного нарушения таких назначений и предписаний, режима и распорядка;
- 9.2.5. при откреплении застрахованных уведомить Страховщика о прекращении страхования
- 9.2.6. предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.
- 9.2.7. предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.

### **9.3. Страховщик имеет право:**

- 9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора;
- 9.3.2. запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- 9.3.3. направлять запросы соответствующим Поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
- 9.3.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;



- 9.3.5. требовать от Застрахованного заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или прохождение медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья (за счет Застрахованного). В случае обнаружения предоставления недостоверной информации в анкете или отказа, Застрахованного пройти медицинское обследование, Страховщик имеет право прекратить или ограничить действие страхового покрытия в отношении такого Застрахованного;
- 9.3.6. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения, а также прохождения независимой медицинской экспертизы (за счет Страховщика) для подтверждения возмещаемых расходов;
- 9.3.7. отказать в страховой выплате, если Застрахованное лицо не предоставило документы, подтверждающие получение Медицинского обслуживания, отказалось от прохождения медицинской экспертизы, либо в других случаях необоснованных требований;
- 9.3.8. при расторжении настоящего Договора – на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, плюс 25% от общей суммы страховой премии в счет возмещения расходов на административные расходы;
- 9.3.9. требовать внесения изменений в условия настоящего Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания настоящего Договора произошли существенные изменения страхового риска

#### **9.4. Страховщик обязан:**

- 9.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
  - 9.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором;
  - 9.4.3. возместить Страхователю (Застрахованному лицу) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
  - 9.4.4. обеспечить тайну страхования.
  - 9.4.5. обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
  - 9.4.6. по письменному запросу Страхователя, в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения запроса, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия Договора и до даты запроса.
  - 9.4.7. организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Медицинских поставщиков
- 9.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

### **10. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

- 10.1. При возникновении страхового случая (заболевания) Застрахованный обращается к Страховщику за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Страховщика, телефон которого указан в страховом сертификате.
- 10.2. Медицинское обслуживание, назначенное врачом в связи с Заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен, считается страховым случаем при условии включения таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями Договора страхования и соответствующей Программы страхования Застрахованного. В случае получения Медицинского обслуживания у Уполномоченных Поставщиков медицинских услуг Страховщик оплачивает стоимость Медицинского обслуживания непосредственно такому поставщику. В остальных случаях Страховщик возмещает сумму затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания в соответствии с условиями Договора страхования при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая Правил на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат).

### **11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

- 11.1. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:
  - 1) копии выписки из истории болезни Застрахованного (амбулаторного или стационарного лечения), заверенные личной печатью врача и медицинского учреждения;

- 2) копии медицинских заключений лечащих врачей, копии рецептурных бланков, стоматологические заказ-наряды, копии заключений рентгенологов, и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;
  - 3) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, консультаций врачей, их количества и стоимости.
  - 4) для получения возмещения затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания - заявление Страхователя (Застрахованного) с приложением документов, указанных в пп.1-3 выше. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный. Все указанные документы предоставляются Страхователем/Застрахованным не позднее, чем в течение 24 (двадцати четырех) рабочих дней после наступления страхового случая. В случае предоставления документов позже вышеуказанного срока Страховщик имеет право отказать в возмещении расходов.
- 11.2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного и/или Поставщика медицинских услуг, предоставивших Медицинское обслуживание, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно. Дополнительные документы, а также недостающие документы в соответствии с п. 11.2 должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного.
- 11.3. Возмещение по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению доверенности от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности. В случае, если такое уполномоченное лицо не является членом семьи Застрахованного, получающего возмещение, доверенность от Застрахованного должна быть заверена нотариально.

## **12. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 12.1. Выгодоприобретателем по страховой выплате является Застрахованный и/или Поставщик медицинских услуг
- 12.2. Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 11.1 настоящих Правил, согласно Программам страхования и Договора. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 11.1 и 11.2 настоящих Правил.
- 12.3. Страховщик имеет право за свой счет провести экспертизу назначенного Застрахованному объема и качества Медицинского обслуживания и назначить дополнительное медицинское обследование для установления состояния здоровья Застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.
- 12.4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующего Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, непосредственно Уполномоченным поставщикам медицинских услуг или путем возмещения затрат Застрахованного на Медицинское обслуживание, полученное в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.
- 12.5. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам Медицинского обслуживания в течение всего периода действия заключенного Договора, осуществленных в пользу Застрахованного или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной Программой страхования Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. В случае, если общая страховая сумма, установленная Программой страхования Застрахованного исчерпана, обязательства Страховщика в отношении такого Застрахованного по Договору страхования прекращаются. В случае, если исчерпана страховая сумма по соответствующему виду Медицинского обслуживания, Страховщик прекращает осуществление страховых выплат по такому виду Медицинского обслуживания.
- 12.6. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:
- 1) войны; вторжения; враждебных действий иностранного государства; военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;

- 2) 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; актов терроризма;
  - 3) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива.
- 12.7. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:
- 1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
  - 2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
  - 3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
  - 4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;
  - 5) когда доказано, что Застрахованный не выполнял назначения и предписания лечащего врача или нарушал определенный лечащим врачом больничный или амбулаторный режим.
  - 6) обращение Застрахованного за медицинским обслуживанием по заболеванию и его последствий, наступивших до начала срока страхования/после окончания срока страхования;
  - 7) обращение Застрахованного в связи с Заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая в соответствии с настоящими Правилами или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая;
  - 8) референс-исследования, т.е. случаи обращения Застрахованного к более, чем двум различным поставщикам медицинских услуг по одному и тому же страховому случаю (Заболеванию) и по одному и тому же виду услуг.
- 12.8. Страховщик не производит страховую выплату за:
- 1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), неустойку, упущенную выгоду;
  - 2) моральный вред;
  - 3) судебные издержки, если иное не установлено Договором страхования.
- 12.9. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения.
- 12.10. В случае получения Медицинского обслуживания в период ожидания и после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

### **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 13.1. Все споры между Страховщиком и Страхователем по Договору решаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

### **14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

- 14.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.
- 14.2. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.