

«УТВЕРЖДЕНЫ»
Протоколом Совета Директоров
АО Страховая компания «Basel»
Протокол № 19/26 от «01» июня 2026 г.

ПРАВИЛА

добровольного страхования на случай болезни
АО Страховая компания «BASEL»

г.Алматы, 2026 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Определения
2. Объект страхования
3. Застрахованные
4. Страховая сумма. Порядок определения страховой суммы
5. Медицинские показания
6. Страховой случай
7. Исключения из страховых случаев и ограничения страхования
8. Размер, порядок и сроки уплаты страховой премии
9. Договор страхования: сроки и место действия, порядок заключения, условия прекращения.
10. Права и обязанности
11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования
12. Замена/увеличение/исключение Застрахованных
13. Действия Застрахованного лица при наступлении страхового случая
14. Порядок предоставления медицинских услуг и оплаты медицинских расходов
15. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков
16. Страховая выплата. Порядок и условия осуществления страховой выплаты. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат или отказе в страховой выплате
17. Дополнительные условия
18. Порядок разрешения поров

На условиях настоящих Правил добровольного - страхования на случай болезни (далее - Правила страхования) АО Страховая компания «BASEL» заключает договоры добровольного страхования на случай болезни с физическими и юридическими лицами (далее - договор страхования).

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Страховщик - АО Страховая компания «BASEL».
- 1.2. Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного страхования на случай болезни.
- 1.3. Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель) - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.
- 1.4. Медицинское обслуживание - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному лицу Поставщиками медицинских услуг в соответствии с Программой страхования.
- 1.5. Врач - специалист с высшим медицинским образованием, имеющий лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающий у Поставщика медицинских услуг.
- 1.6. Договор страхования - Договор добровольного страхования на случай болезни, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных (ого) лиц(а).
- 1.7. Программа страхования - описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты), как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или заболеваний. Условия программ предусматриваются в договоре страхования.
- 1.8. Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.
- 1.9. Поставщики медицинских услуг - медицинские учреждения, заключившие договор о сотрудничестве с Представителем Страховщика (Ассистансом) на медицинское обслуживание Застрахованных лиц, указанных в договоре страхования.
- 1.10. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.
- 1.11. Медицинская пластиковая карточка/электронная выписка установленного образца из договора страхования или страховой полис - выдаваемые Страховщиком Застрахованному лицу (Страхователю) в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны CALL-центра Представителя Страховщика (Ассистанса) Медицинская пластиковая карточка/ электронная выписка установленного образца из договора страхования или страховой полис, которые подтверждают право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица. Медицинская пластиковая карточка/электронная выписка установленного образца из договора страхования действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного лица.
- 1.12. Заболевание - любое поддающееся обнаружению негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица в течение действия Договора страхования с учетом определений и исключений, предусмотренных настоящими Правилами страхования, Договором страхования и соответствующей Программой страхования Застрахованного лица.
- 1.13. Хроническое заболевание - негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, имеющее хотя бы один из следующих признаков:
 - 1) является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
 - 2) ведет к частичной нетрудоспособности;
 - 3) причиной являются необратимые патологические изменения;
 - 4) требует специального режима пациента для реабилитации;

- 5) ожидается, что потребует длительного периода надзора, наблюдения или ухода, согласно протоколу лечения.
- 1.14. Страхование покрытие - условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма - всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы – если применимо, и т.д.).
- 1.15. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования.
- 1.16. Члены семьи - прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга) в возрасте до 65 лет и дети в возрасте до 18 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 1.17. Направление врача - документ установленного образца, выдаваемый врачом или врачом-координатором, уполномоченным Представителем Страховщика (Ассистансом), определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному.
- 1.18. Ассистанс (Медицинская сервисная компания) - Представитель Страховщика- юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком на организацию и предоставление различных видов медицинских услуг для Застрахованных.
- 1.19. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению Заболевания.
- 1.20. Экстренными показания - ухудшение здоровья Застрахованного, представляющее угрозу жизни Застрахованного, вызванное внезапным и непредвиденным заболеванием Застрахованного, впервые возникшим в период действия страховой защиты. Если иное не предусмотрено программой страхования экстренными медицинскими показаниями (состояниями) являются:
- 1) болевые симптомы;
 - 2) ожоги и травмы;
 - 3) шоковые состояния;
 - 4) судороги, потеря сознания, удушье;
 - 5) симптомы изменения артериального давления;
 - 6) кровотечение;
 - 7) острые аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса, острая крапивница).
- 1.21. Лечебные показания - медицинские показания, при которых необходимы диагностика и/или лечение Заболеваний, не требующих экстренной медицинской помощи (состояния, не перечисленные, как экстренные показания в пункте 4 настоящей статьи).
- 1.22. Страховой полис - договор присоединения к Правилам страхования, выдаваемый Страхователю при заключении договора страхования (на бумажном носителе или в электронной форме).
- 1.23. Территория страхования - территория Республики Казахстан или территория иных стран, на которой осуществляется страхование.
- 1.24. Стандарты и протоколы диагностики и/или лечения заболеваний – документ, утвержденный уполномоченным органом в области здравоохранения Республики Казахстан.
- 1.25. Организация по формированию и ведению базы данных** – некоммерческая организация с государственным участием, осуществляющая формирование и ведение базы данных по обязательным добровольным видам страхования гражданско-правовой ответственности на основании Закона Республики Казахстан «О страховой деятельности и законодательных актов Республики Казахстан по обязательным видам страхования».

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом добровольного страхования на случай болезни являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с риском возникновения затрат на получение медицинской помощи.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 3.1 Застрахованными могут быть физические лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено Договором страхования.
- 3.2 Не подлежат страхованию лица, которые на дату заключения договора страхования:
 - 1) являются инвалидами I – II группы по любому заболеванию, дети категории ребенок-инвалид;
 - 2) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах;
 - 3) госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;
 - 4) имеют на дату заключения договора страхования, следующие заболевания:
 - ВИЧ (СПИД);
 - злокачественные, в том числе онкогематологические образования.
- 3.3 Расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 3.2. настоящей статьи, не покрываются Страховщиком.
- 3.4 При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного на момент заключения договора страхования состояний и/или ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 3.2. настоящей статьи на момент заключения договора страхования, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ

- 4.1. Общая страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату, и которая является основой для определения размера страховой премии.
- 4.2. Страховая сумма Застрахованного 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.
- 4.3. 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.
- 4.4. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

5. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- 5.1. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и/или лечения Заболевания у Застрахованного.
- 5.2. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты:
 - 1) не являются необходимыми для диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами диагностики и/или лечения такого Заболевания;
 - 2) назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами;
 - 3) назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

- 5.3. Страховщик не покрывает расходы, связанные с дополнительной диагностикой других заболеваний и лечением сопутствующих или дополнительно выявленных заболеваний, а также дополнительные расходы за размещение в палатах повышенной комфортности.

6. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 6.1. Страховой случай – возникновение у Застрахованного заболевания, повлекшее за собой обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи/лекарств или услуг, предусмотренных Программой страхования.
- 6.2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:
- 1) не предусмотренных договором страхования;
 - 2) полученные в медицинских учреждениях, не из списка Представителя Страховщика или не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования с Представителем Страховщика (Ассистансом);
 - 3) 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;
 - 4) 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.
- 6.3. Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами, необходимость в получении которых возникла в результате:
- 1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 2) аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;
 - 3) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 4) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;
 - 5) природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).
- 6.4. Договор страхования заключается по Программе страхования, предусматривающей условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или Заболеваний. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинских услуг:
- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому;
 - 2) стационарная медицинская помощь;
 - 3) скорая медицинская помощь;
 - 4) реабилитационно-восстановительное лечение;
 - 5) а также покрытие иных расходов или предоставление услуг в соответствии с Программой страхования и условиями Договора страхования.
- 6.5. Страховщик не несет ответственность за результат или качество медицинских и иных услуг, процедур, лечения или консультирования, оказанных Застрахованному по Договору страхования.
- 6.6. Страховщик не несет ответственность за своевременное получение медицинских услуг при введении карантинных мероприятий на территории страхования.

7. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Не является Заболеванием и/или Страховым случаем, согласно условиям настоящих правил страхования, если иное не указано в программе страхования:

- 1) заболевания, указанные в приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения», а также заболевания, указанные в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих:
 - а) карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (торс), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного нила, лихорадка денге, лихорадка рифт-вали (долины рифт), менингококковая инфекция;
 - б) особо опасные инфекции: ВИЧ-инфекция (СПИД), крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;
 - в) паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия, чесотка и т.д.;
 - г) воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;
 - д) острые инфекционные заболевания:
 - острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;
 - е) эпидемии и эпизоотии, если иное не предусмотрено программой страхования.
 - 2) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан, настоящими Правилами страхования и договором страхования.
- 7.2. Также не является Заболеванием и/или Страховым случаем, согласно условиям настоящих Правил:
- 1) психические заболевания (а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы), эпилепсия;
 - 2) наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм);
 - 3) наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона, миастения, миопатия, наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, прогрессирующая мышечная дистрофия, нервные амиотрофии; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
 - 4) демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, болезнь Девика, лейкоэнцефалопатии, синдром Гийена – Барре, синдром Гийена, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич;
 - 5) фенилкетонурия; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
 - 6) паразитарные и инфекционные заболевания (вызываемые – гельминтами и членистоногими): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы, демодекозы, арахнозы, энтомозы и т.д.;
 - 7) состояние реабилитации после инфаркта миокарда;
 - 8) состояние реабилитации после перенесенного нарушения мозгового кровообращения;
 - 9) доброкачественные и злокачественные новообразования, в т.ч. онкогематологические, кисты, полипы, папилломы, миомы, кондиломы, и т.д. и гиперпластические процессы (аденоидные разрастания, эрозия шейки матки, в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия, эндометриоз и т.д.);
 - 10) хронические кожные заболевания: микозы, псориаз, нейродермит атопический, дерматит, алопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
 - 11) микозы, кроме микозов, возникших вследствие недавней антибиотикотерапии, а также слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ;

- 12) диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП) (ИФА, ПЦР и РИФ), в том числе: гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез кандидозы и др.;
- 13) заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия, хронический энтерит и др.;
- 14) диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы (сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие остеопороз, пяточная шпора, дисплазии, хронические остеомиелиты и т.д.);
- 15) стационарное лечение остеохондрозов;
- 16) заболевания глаз и век: миопия, астигматизм, гиперметропия, катаракта, глаукома, ретинопатии, халазион, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока Расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции, связанные с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 17) медицинские расходы, связанные с пластическими реконструктивными (восстановительными) операциями; косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями; медицинские расходы, связанные с коррекцией веса и фигуры; расходы, связанные с хирургическим изменением пола, и т.д.;
- 18) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекаменный диатез, подагра, дистрофия и т.д.;
- 19) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: заболевания щитовидной железы, в том числе гипотиреоз, гипертиреоз, эндемический зоб и их последствия (за исключением первичной консультации эндокринолога и однократных исследований до постановки диагноза); синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I – II типа, несахарный диабет, Аддисонова болезнь, хронический гипокортицизм;
- 20) заболевания, относящиеся к ревматическим болезням: системная красная волчанка, узелковый периартериит, системная склеродермия, дерматомиозит, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, полиостеоартроз, спондилез, ревматоидный артрит; полиартрит, ДОО (деформирующий остеоартроз), ревматизм, системный васкулит, микрокристаллический артрит (например, подагра) и прочих заболеваний, относящихся к ревматическим согласно рабочей классификации ревматических болезней Всемирной Организации Здравоохранения;
- 21) аутоиммунные заболевания: АИТ (болезнь Хасимото), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);
- 22) заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек и яичников; хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;
- 23) диагностика и лечение гинекологических заболеваний, если это не предусмотрено Договором страхования;
- 24) диагностика и лечение простатитов и аденомы предстательной железы, урологический массаж;
- 25) диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, нарушений потенции, климакса, все методы контрацепции; медицинские расходы, связанные с генетическими исследованиями и(или) другими услугами по планированию семьи;
- 26) хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью;

- 27) хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения;
- 28) заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты любой этиологии, стеатогепатоз (жировой гепатоз);
- 29) хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность и хроническая печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа так же других экстракорпоральных методов лечения: плазмафереза и гемосорбции, УФО крови, лазерное облучение крови (ВЛОК);
- 30) заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия;
- 31) хронические заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки- требующее хирургического лечения; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
- 32) медицинские расходы, связанные с лечением хронических заболеваний, кроме случаев, которые представляют угрозу для жизни застрахованного (экстренные показания);
- 33) хронические и иные заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования, если это не предусмотрено договором страхования;
- 34) диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, ДЦП;
- 35) медицинские расходы, связанные с диагностикой на аппарате Юникап и лечение аллергических хронических заболеваний, алергодиагностика, лечение аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
- 36) терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (напр., специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);
- 37) использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмма, ИФА диагностика, физиотерапевтические процедуры в периоде клинко-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний;
- 38) нетрадиционные методы диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикулодиагностика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, грязелечение, аутогемотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО), вакуумная терапия, мануальная терапия, иглотерапия рефлексотерапия, траволечение, лечение в барокамере, флотинг-ванны, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, УВТ и т.д., гомеопатия, кишечное орошение, жемчужные и др. ванны, хиджама;
- 39) массаж, не назначенный врачом по медицинским показаниями в связи с заболеванием или проводимый более чем один курс;
- 40) возрастные дегенеративные изменения организма;
- 41) подбор, приобретение и ремонт корригирующей техники (очки, линзы, протезно-ортопедические изделия, слуховые аппараты и т.д.);
- 42) заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или имплантации, или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а также последствия таких операций;
- 43) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.);
- 44) консультации и все методы лабораторно-инструментальных обследований, связанные с ведением беременности и родовспоможением, если иное не входит в программу страхования;
- 45) расходы, связанные с проведением стерилизации, связанные с прерыванием беременности (медицинские и медикаментозные аборты), за исключением случаев,

- прямо угрожающих жизни Застрахованного. Последствия и осложнения таких манипуляций;
- 46) патронаж ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 47) выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются Застрахованным, если это не предусмотрено Договором страхования;
 - 48) медицинские расходы, связанные с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ в целях определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;
 - 49) медицинские расходы, связанные с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено настоящим Договором страхования;
 - 50) стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 51) медицинские расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта;
 - 52) профессиональные заболевания (заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды);
 - 53) заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом военных действий или непосредственного участия Застрахованного в общественных беспорядках, забастовках, народных волнениях различного рода, митингах, стихийных бедствиях;
 - 54) травма, заболевание, ухудшение состояния здоровья, являющиеся последствием алкогольного или наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача;
 - 55) умышленное причинение телесных повреждений, в том числе покушение на самоубийство;
 - 56) заболевания или травмы, являющиеся результатом занятия профессиональным или любительским спортом, в том числе занятие альпинизмом, спелеологией, участие в скачках, автогонках, управлении летательного аппарата, участие в различных рода испытаний;
 - 57) вред, причиненный деятельностью лиц, создающей повышенную опасность для окружающих (источником повышенной опасности) и которые в соответствии с законодательством Республики Казахстан обязаны возместить причинный вред;
 - 58) вред, нанесенный лицами, которые в соответствии с законодательством Республики Казахстан несут гражданско-правовую ответственность и обязаны в соответствии с законодательством Республики Казахстан возместить вред, причиненный жизни, здоровью третьих лиц;
 - 59) острая и хроническая лучевая болезнь;
 - 60) медицинские расходы, связанные с 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;
 - 61) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 62) расходам, связанным с лечением аллергических болезней и аллергодиагностика;
 - 63) приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы и т.д.), а также приобретение не медикаментозных средств медицинского назначения (исключения

- шприцы, системы, венозные катетеры по любым показаниям; пластины, спицы, шурупы, гипс необходимые по экстренным показаниям);
- 64) другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан, настоящими Правилами страхования и договором страхования.
- 7.3. Не включаются в Страховое покрытие (не является Страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:
- 1) контрацептивные препараты (кроме тех случаев, когда назначаются по лечебным показаниям);
 - 2) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
 - 3) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза (кроме тех случаев, когда антибиотики применяются при аллергии на все другие группы антибиотиков);
 - 4) биологические активные добавки (БАДы);
 - 5) гомеопатические препараты;
 - 6) анорексантные средства;
 - 7) косметические и гигиенические средства;
 - 8) биологические стимуляторы;
 - 9) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);
 - 10) антидепрессанты, ноотропы.
- 7.4. Программой страхования может быть предусмотрено обратное включение в Страховое покрытие некоторых из исключений, указанных в пунктах 7.1. и 7.2. настоящей статьи, либо могут быть предусмотрены дополнительные исключения из Страхового покрытия. Настоящий пункт распространяется на случаи заключения и подписания сторонами договора страхования в письменной форме на бумажном носителе.
- 7.5. Ограничение страхования указаны в пункте 3.2. статьи 3 настоящих Правил.

8. РАЗМЕР, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

- 8.1. Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату страхователю (выгодоприобретателю) в размере, определенном договором страхования.
- 8.2. Страховой взнос - при уплате страховой премии в рассрочку - часть страховой премии, уплачиваемый Страхователем.
- 8.3. Размер страховой премии по договору страхования зависит от выбранных Страхователем Программ страхования, величины страховой суммы и срока страхования.
- 8.4. 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.
- 8.5. Если страховая премия или первый страховой взнос не будут уплачены в срок, то Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор с даты неуплаты страховой премии. При этом письменного уведомления Страховщика к Страхователю не требуется.
- 8.6. Если к моменту наступления страхового случая страховая премия (первый страховой взнос) все еще не будет уплачена, Страховщик:
- освобождается от исполнения своих обязательств по Договору и не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в указанный период либо
 - вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму неуплаченного страхового взноса (страховой премии).
- 8.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем или по его поручению иным лицом посредством:
- 1) безналичных расчетов;
 - 2) иным способом, не запрещенным действующим законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 9.1. Договор страхования (страховой полис) заключается на срок не более 12 месяцев с действием на территории Республики Казахстан, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.
- 9.2. Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, которое прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.
- 9.3. 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, кроме случаев страхования физических лиц по страховому полису.
- 9.4. Страховщик имеет право запросить заполнение Застрахованным лицом медицинской анкеты установленной формы. Страхователь/Застрахованный несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании. При этом Страхователь обязан проинформировать Застрахованного (лицо, которое будет включено в список Застрахованных) о такой необходимости. При страховании физических лиц заполнение медицинской анкеты обязательно.
- 9.5. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Застрахованным лицом данных. В случае, если будет установлено, что Страхователь/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, а если Договор был заключен, то отказать в осуществлении страховой выплаты.
- 9.6. Договор страхования (страховой полис) заключается путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.
- 9.7. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования, кроме случаев страхования физических лиц по страховому полису.
- 9.8. Страховщик вправе самостоятельно (лично или через страхового посредника) вручить указанные выше документы Застрахованным лицам.
- 9.9. Договор страхования (страховой полис), если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в день, следующий за днём после поступления страховой премии в полном объёме на банковский счет Страховщика и действует до окончания срока, установленного в договоре страхования (страховом полисе).
- 9.10. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в договоре страхования, на территории Республики Казахстан или на территории других стран, если это предусмотрено в договоре страхования (страховом полисе). Минимальный срок страхования физических лиц составляет не менее 7 дней, максимально-12 месяцев.
- 9.11. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, Договор страхования прекращается досрочно в случаях:
- 1) истечения срока его действия;
 - 2) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
 - 3) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо и это не является страховым случаем;
 - 4) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - 5) расторжения договора по соглашению сторон;
 - 6) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - 7) 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;
- 8) в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан и договором страхования.
- 9.12. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования (страхового полиса) в любое время путем письменного уведомления Страховщика за 3 (три) рабочих дня до предполагаемой даты расторжения.
- 9.13. При досрочном прекращении договора страхования (страхового полиса) по обстоятельствам, предусмотренным в пункте 1 статьи 841 ГК РК, страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, а также Страховщик имеет право осуществить вычет административных расходов на ведение дела в размере 25% от страховой премии, если иной размер не установлен договором страхования. Возврат страховых премий (взносов) при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.
- 9.14. При досрочном прекращении или расторжении Договора страхования (страхового полиса) по обстоятельствам иным, чем указано в пункте 1 статьи 841 ГК РК, а также в случае отказа Страхователя от договора страхования, уплаченная Страхователем Страховщику страховая премия возврату не подлежит.
- 9.15. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования (страхового полиса) вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию полностью, не позднее 30 (тридцати) календарных дней после установления вины Страховщика, в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.
- 9.16. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возвратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).
- 9.17. При отказе страхователя - физического лица от договора страхования, связанного с договором займа, в пределах срока, предусмотренного частью второй настоящего пункта, займодаделец вправе пересмотреть условия по договору займа в части ставки вознаграждения по данному договору и (или) связанной с ним комиссии. Размер ставки вознаграждения (размер комиссии) по договору займа по результатам пересмотра не может превышать ставку вознаграждения (комиссию), действовавшую на дату заключения такого договора займа без условия заключения договора страхования.
- 9.18. При отказе страхователя-физического лица от договора страхования, связанного с договором займа, по причине исполнения им (заемщиком) обязательств перед займодателем по договору займа, страховщик обязан в течение пяти рабочих дней с момента получения заявления о расторжении договора страхования от страхователя - физического лица возвратить страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

- 9.19. Если по Договору страхования (страховому полису) производилась страховая выплата, то уплаченная страховая премия независимо от основания возникновения досрочного прекращения Договора страхования, возврату не подлежит.
- 9.20. Договор страхования (страховой полис) может быть расторгнут 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.
- 9.21. Изменения в Договор страхования (страхового полиса) по инициативе Страхователя осуществляются на основании письменного заявления, представляемого Страховщику и согласия Страховщика.
- 9.22. Изменения в Договор страхования вносятся в письменной форме.
- 9.23. Условия и последствия признания Договора страхования (страхового полиса) недействительным предусмотрены в соответствии с нормами действующего законодательства Республики Казахстан.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

- 3) ознакомиться с условиями страхования, получить копию Правил страхования, 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;
- 4) обращаться к Представителю Страховщика для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;
- 2) обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
- 3) досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
- 4) осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;
- 5) изменять состав и количество Застрахованных путем направления письменного уведомления Страховщику. При этом заключается дополнительное соглашение к Договору и производится перерасчет размера страховой суммы и страховой премии;
- 6) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и настоящим договором.

10.2. Страхователь (Застрахованный) 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 в соответствии с запросом (анкетой) Страховщика;
- 2) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 3) при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном пунктом 1 статьи 13 настоящих Правил;
- 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;
- 5) заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее другим лицам с целью получения такими лицами медицинских услуг по Договору страхования немедленно после обнаружения этого факта известить Страховщика;
- 6) при утере Медицинской пластиковой карточки или указании некорректной информации Страхователем при заполнении данных для заказа карточки оплатить

сумму, определенную настоящим Договором страхования в счет возмещения затрат Страховщика на перевыпуск Медицинской пластиковой карточки;

- 7) при откреплении Застрахованных в связи с увольнением расторжением трудового договора уведомить Страховщика о прекращении страхования в отношении такого работника и членов его семьи не позднее, чем в течение в 24 (двадцати четырех) часов после расторжения трудового договора. В случае несвоевременного предоставления вышеуказанной информации Страхователь обязан возместить Страховщику расходы по Медицинскому обслуживанию открепленных Застрахованных, произведенные в период после расторжения трудового договора и до даты уведомления Страховщика;
- 8) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 9) предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая;
- 10) самостоятельно довести до Застрахованного его права и обязанности по настоящему Договору;
- 11) ознакомить Застрахованных с условиями и Правилами страхования;
- 12) обеспечить письменное согласие застрахованного на сбор, обработку и передачу, хранение персональных данных Застрахованного Страховщиком и другими лицами, непосредственно связанными с оказанием услуг по Договору страхования;
- 13) предоставить запрашиваемые Страховщиком документы и сведения, касающиеся Застрахованного (принимаемого Страховщиком риска) и необходимые для исполнения требований законодательства Республики Казахстан.

10.3. Страховщик имеет право:

- 1) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;
- 2) запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- 3) направлять запросы соответствующим Поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
- 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- 5) требовать от Застрахованного заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или направить Застрахованного для прохождения медицинского обследования для оценки фактического состояния его здоровья (за счет Страховщика). 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;
- 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;
- 7) отказать в страховой выплате, если Застрахованное лицо не предоставило документы, подтверждающие получение Медицинского обслуживания, отказалось от прохождения медицинской экспертизы,;
- 8) отказать в страховой выплате, если Застрахованный получил медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования, не известил Страховщика или его представителя о страховом случае при своем обращении в медицинское учреждение за медицинскими услугами;
- 9) отказать в страховой выплате, если застрахованный получил медицинские услуги без направления или разрешения Представителя страховщика, получил медицинские

услуги в медицинских учреждениях, не входящих в список Представителя Страховщика (за исключением случаев, когда им получено разрешение Представителя Страховщика на получение медицинских услуг в медучреждениях не из списка Страховщика);

- 10) требовать внесения изменений в условия Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания Договора страхования произошли существенные изменения страхового риска;
- 11) требовать от Страхователя/Выгодоприобретателя предоставления документов и сведений, необходимых для идентификации клиента (его представителя) в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан;
- 12) заблокировать действие медицинской пластиковой карточки Застрахованного лица и приостановить действия страховой защиты, в случаях, предусмотренных договором страхования;
- 13) приостановить\отказать в проведении операции с деньгами и (или) иным имуществом в рамках Договора страхования в целях соблюдения законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

10.4. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить страхователя с условиями страхования и по его требованию представить (направить) копию Правил страхования. Направление Правил страхования по указанному Страхователем адресу электронной почты или предоставление правил страхования путем размещения их на сайте Страховщика является надлежащим предоставлением Правил страхования;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- 3) возместить Страхователю (Застрахованному лицу) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 4) обеспечить тайну страхования;
- 5) в течение 7 (семи) рабочих дней, после уплаты страховой премии, выдать Страхователю (Застрахованному лицу) медицинские пластиковые карточки/ электронную выписку установленного образца из договора страхования;
- 6) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
- 7) по письменному запросу Страхователя, в течение 7 (семи) рабочих дней после получения запроса, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия Договора и до даты запроса;
- 8) организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Медицинских поставщиков.

10.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

10.6. Застрахованный имеет право:

- 1) обращаться за необходимой медицинской помощью в медицинские организации из Списка Представителя Страховщика, указанных в Приложении к Договору страхования;
- 2) на получение медицинских услуг в составе и объеме, предусмотренных Договором страхования и Приложениях к Договору страхования;
- 3) до обращения в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика за медицинской помощью (услугой), установленной Договором, связаться с Представителем Страховщика и получить информацию о дальнейших действиях;
- 4) иные права, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

10.7. Застрахованный обязан:

- 1) заботиться о сохранности Медицинской пластиковой карточки и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

- 2) сообщить Страховщику или его представителю о наступление страхового случая при своем обращении в медицинское учреждение за медицинскими услугами;
- 3) соблюдать условия Правил страхования и Договора страхования, соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинской организации;
- 4) предоставлять Представителю Страховщика всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 5) заботиться о сохранности своего здоровья;
- 6) при получении медицинских услуг, предусмотренных в программах страхования, предъявить врачу и/или в медицинскую организацию из списка Представителя Страховщика медицинскую пластиковую карточку Застрахованного и удостоверение личности;
- 7) получить письменное разрешение Представителя Страховщика или направление врача из списка Представителя Страховщика в случаях определенных программами страхования статьи 13 Договора;
- 8) при экстренной госпитализации в медицинскую организацию не из списка Представителя Страховщика, равно как и из Списка Представителя Страховщика, не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Представителю Страховщика лично или через своего представителя о наступлении страхового случая.
- 9) передать Представителю Страховщика всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Представителю Страховщика для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая;
- 10) сохранять медицинскую пластиковую карточку и не передавать ее другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 11) Застрахованный или члены его семьи в случае получения медицинских услуг и/или приобретения медицинских препаратов после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного, либо не предусмотренных программой страхования, обязаны возместить Представителю Страховщика указанные расходы в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате;
- 12) при увольнении незамедлительно возвратить Страхователю идентификационную карточку;
- 13) в течение 3 (трех) рабочих дней после получения уведомления Страхователя о превышении Застрахованным страховой суммы за оказанные ему медицинские услуги обязан внести сумму перерасхода на банковский счет Представителя Страховщика, либо наличным платежом в кассу Представителя Страховщика;
- 14) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- 15) предоставить все запрашиваемые Страховщиком документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательства Республики Казахстан;
- 16) выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования, Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

11. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 11.1. Значительным увеличением страхового риска является выявление у Застрахованного лица какого-либо хронического заболевания либо обстоятельства, включенного в список исключений из страховых случаев или Заболеваний, предусмотренных пунктом 3.2. статьи 3 настоящих Правил, не известных Страховщику и/или Страхователю до даты заключения Договора страхования. Такое увеличение страхового риска может быть выявлено на основе анкетирования, медицинского лечения, в ходе Медицинского обслуживания и на основе информации Застрахованного лица, либо на основе других фактических данных.

- 11.2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
- 11.3. При выявлении признаков мошеннических действий (мошенничества) со стороны Застрахованного лица Страховщик вправе потребовать исключения такого Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц без пересмотра страховой премии по Договору страхования.
- 11.4. Страховщик не вправе требовать изменений условий Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

12. ЗАМЕНА/УВЕЛИЧЕНИЕ/ИСКЛЮЧЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ

- 12.1. Замена/увеличение/исключение Застрахованных, осуществляются при обязательном письменном уведомлении Страховщика и вступают в силу после подписания дополнительного соглашения к Договору страхования уполномоченными представителями сторон. После подписания такого дополнительного соглашения к Договору страхования осуществляется перерасчет страховой премии на укороченный срок страхования.
- 12.2. Информацию о работниках Страхователя с которыми прекращены трудовые отношения передается Страховщику по факту прекращения трудовых отношений, при этом такой застрахованный обязан осуществить возврат медицинской пластиковой карточки/ек Страховщику. При исключении основного застрахованного (сотрудника) члены семьи открепляются автоматически. В случаях, когда страховые выплаты по Застрахованному с которым прекращены трудовые отношения и по его членам семьи не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за Застрахованного и членов семьи основного Застрахованного в соответствии с таблицей согласно Приложение к Договору страхования.

В случае обращения Застрахованного и членов семьи основного Застрахованного за медицинскими услугами страховая премия по Застрахованному с которыми прекращены трудовые отношения и по членам его семьи не возвращается Страхователю.
- 12.3. Действие страховой защиты в отношении работников Страхователя, с которыми заключен трудовой договор в период действия Договора страхования, начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении, подписанном обеими Сторонами.
- 12.4. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных (на основании его увольнения), не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком без доплаты страховой премии за нового Застрахованного, при условии страхования последнего по аналогичной программе страхования, по согласованию Сторон.
- 12.5. В случае, если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими организациями из списка Представителя Страховщика, Страховщик имеет право на получение за нового Застрахованного дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии, положенной Страховщику за укороченный период страхования (за нового Застрахованного), осуществляется в соответствии с Приложением к Договору, при этом за застрахованных членов семьи страховая премия оплачивается в полном объеме. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением к Договору.
- 12.6. В случае включения в список Застрахованных работников Страхователя, с которыми трудовые отношения начаты в период действия Договора страхования, страховая премия на вновь принятых Застрахованных рассчитывается пропорционально оставшемуся периоду страховой защиты в соответствии с Приложением к Договору. Страховая сумма в данном случае по программе и по отдельным медицинским услугам пересчитывается

- пропорционально оставшемуся периоду действия страховой защиты в соответствии с Приложением к Договору страхования.
- 12.7. Страховщик выдает Страхователю карточку медицинского обслуживания, оформленную на вновь принятого Застрахованного в течение 7 (семи) рабочих дней с момента оплаты страховой премии и передачи Страхователем Страховщику подписанного Сторонами дополнительного соглашения и приложений к нему, при этом в страховой документации Застрахованного указываются даты начала и окончания действия периода страховой защиты на данного Застрахованного. По согласованию со Страхователем могут быть установлены иные сроки.
- 12.8. Замена Застрахованного влечет за собой внесение соответствующих изменений в Договор путем подписания дополнительных соглашений к Договору. При замене Застрахованного, Страхователь направляет Страховщику письменное уведомление о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы Застрахованного, исключаемого из списка Застрахованных.
- 12.9. Дополнительное прикрепление членов семьи сотрудников осуществляется в течение первых 30 (тридцати) календарных дней с даты начала действия договора страхования. Страховая премия, исчисленная по члену семьи, не подлежит изменению независимо от срока страхования, не подлежит возврату при откреплении основного застрахованного. Замена прикрепленных членов семьи на других членов семьи Застрахованного в течение срока действия Договора страхования не допускается, если это не предусмотрено Договором страхования.
- 12.10. При страховании лиц старше 65 лет (как основных застрахованных, так и членов семьи) страховщик имеет право требовать заполнения-анкеты заполнения для физических лиц и приложений к анкете при условии детализации информации по заболеваниям. При этом страховщик применяет поправочные коэффициенты.
- 12.11. Внесение дополнений к уже выбранным программам страхования (увеличение объема оказываемых услуг) оформляется дополнительным соглашением с указанием стоимости такого дополнения.
- 12.12. Страховая защита в отношении застрахованного, исключенного из Списка застрахованных, прекращается с 0.0 ч 00 мин. дня, следующего за датой уведомления страховщика о прекращении трудовых отношений и исключении из Списка застрахованных, в этом случае медицинская пластиковая карточка такого застрахованного считается недействительной с момента уведомления страховщика и подлежит возврату страховщику.
- 12.13. Страховое покрытие застрахованного, включенного в Список застрахованных, начинается согласно дате, указанной в заявке на прикрепление после оформления и подписания соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования. Страховщик выпускает медицинскую пластиковую карточку застрахованному, включенному в Список застрахованных, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента подписания соответствующего дополнения к договору страхования.
- 12.14. В случае если после даты исключения застрахованного из Списка застрахованных и до даты возврата медицинской пластиковой карточки такого застрахованного, произошел страховой случай, и страховщик (Представитель Страховщика) произвел страховую выплату, страхователь/ застрахованный возмещает стоимость фактически произведенной страховой выплаты Страховщику.

13. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 13.1. При возникновении Заболевания Застрахованный уведомляет о наступлении страхового случая одним из следующих способов:
- 1) обращается к Представителю Страховщика (Ассистанс) за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Представителя Страховщика (Ассистанс) - телефон которого указан на медицинской пластиковой карточке или в электронной выписке. Представитель Страховщика (Ассистанс) осуществляет организацию

- медицинского обслуживания Застрахованных в медицинских учреждениях из списка Представителя Страховщика
- 2) уведомляет Представителя Страховщика (Ассистанс) об обращении за Медицинским обслуживанием в медицинское учреждение при экстренных показаниях позвонив в CALL-центр Представителя Страховщика (Ассистанс) в течение 24 (двадцати четырех) часов, с момента обращения.
- 3) в случае экстренного вызова скорой помощи 103, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано Застрахованным, родственниками Застрахованного или врачом скорой помощи по телефону CALL-центра Страховщика;
- 13.2. В случае, если Застрахованный не уведомит Страховщика о страховом случае в порядке, описанном в пункте 1 настоящей статьи, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.
- 13.3. Медицинское обслуживание, назначенное врачом в связи с Заболеванием Застрахованного, 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 случае обращения Застрахованного в медицинское учреждение не из списка Страховщика, и без направления или разрешения Представителя Страховщика оплата страхового возмещения осуществляется только в случаях если Застрахованный обратился с заболеванием представляющим угрозу его жизни (экстренные показания и при условии, что он, либо его представители уведомили Представителя Страховщика в установленные договором сроки. В этом случае Представитель Страховщика возмещает сумму затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания в соответствии с условиями Договора страхования при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с пунктом 1 статьи 14 настоящих Правил на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат). Заявление должно быть подано не позднее 10 (десяти) дней после получения услуг.

14. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ

- 14.1. При возникновении заболевания Страхователь/ Застрахованный обязан обратиться к Представителю Страховщика за организацией медицинских услуг из списка Представителя Страховщика. При возникновении острого заболевания, когда состояние здоровья, застрахованного не позволяет ему самостоятельно обратиться в медицинское учреждение, в результате острой боли в области живота или в области сердца, гипертоническом кризе, отравлениях, температуре тела с выше 38,5 С, Страхователь/ Застрахованный имеет право вызвать врача на дом в выходные и рабочие дни или на рабочее место в рабочие дни недели, если это предусмотрено Договором страхования. При возникновении экстренных показаний – по телефону связаться с диспетчером, который при необходимости вызовет бригаду скорой медицинской помощи (или бригаду интенсивной терапии). В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического токсикоманического опьянения), Страхователь/Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.
- 14.2. При обращении к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика Страхователь/ Застрахованный обязан предъявлять медицинскую пластиковую карточку и удостоверение личности, направление семейного врача. Передача медицинской пластиковой карточки третьим лицам не допускается. При обнаружении такого факта карточка изымается.
- 14.3. Врач, при необходимости направляет Застрахованного в медицинское учреждение из списка Представителя Страховщика на получение определенных медицинских услуг (прием узких специалистов, проведение лабораторно - инструментальных исследований,

проведение лечебных мероприятий, стационарное лечение, получение медицинских препаратов и др.). Получение медицинских услуг или приобретение медицинских препаратов осуществляются только по направлению/ рецепту врача, исключая стоматологическую помощь.

- 14.4. Страхователь/Застрахованный извещает Представителя Страховщика о результатах посещения медицинских учреждений и предоставляет копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Страхователем/ Застрахованным медицинских услуг. Получение медицинских услуг, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение медицинских препаратов и т.п.), а также повторный прием узкого специалиста, осуществляется Страхователем/Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача, врача-координатора Представителя Страховщика.
- 14.5. Обращение Страхователя/Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения, не указанным в списке Страховщика, не допускается.
- 14.6. Обращение Страхователя/Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения без направления или согласования семейного врача/координатора не подлежат возмещению, а также Страховщик не несет ответственность за качество и объем полученных медицинских услуг в этих учреждениях.
- 14.7. Медицинские организации и/или Врачи по своей деятельности несут ответственность за лечение в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

15. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

- 15.1. 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 подпунктах 1)-3) настоящей статьи. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный. Все указанные документы предоставляются Страхователем/ Застрахованным не позднее, чем в течение 10 (десяти) рабочих дней после наступления страхового случая. В случае предоставления документов позже вышеуказанного срока Страховщик имеет право отказать в возмещении расходов.
- 15.2. Конкретный перечень документов определяется Договором страхования.
- 15.3. Страховщик имеет право запросить 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 пунктом 15.1. статьи 15 настоящих Правил страхования должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного.
- 15.4. Возмещение по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению

доверенности, заверенной нотариально, от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности.

**16. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

- 16.1. Выгодоприобретателем по настоящим правилам выступает:
 - 1) Уполномоченный поставщик медицинских услуг в случае оказания медицинских услуг Застрахованному;
 - 2) Застрахованный в случае оплаты медицинских услуг за свой счет в соответствии с условиями Правил/Программы страхования.
- 16.2. Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 15.1. статьи 15 настоящих Правил, согласно Программам страхования и Договора страхования. 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 пунктах 15.1. и 15.2. статьи 15 настоящих Правил.
- 16.3. Предельный срок рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты по договорам добровольного страхования Страхователей - физических лиц, после представления всех необходимых документов Страховщику составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней.
- 16.4. В случае, если решение об осуществлении страховой выплаты не может быть принято в установленные сроки, требуется дополнительная информация либо сведения к представленным документам, Страховщик уведомляет Страхователя – физического лица (Застрахованного, Выгодоприобретателя) с объяснением причин необходимости продления сроков осуществления страховой выплаты. При этом срок, не превышает 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты, по договорам добровольного страхования Страхователей - физических лиц.
- 16.5. 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.
- 16.6. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующих Медицинских услуг, полученных Застрахованным в связи со Страховым случаем, непосредственно Представителем Страховщика (Ассистанс) 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.
- 16.7. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам Медицинского обслуживания в течение всего периода действия заключенного Договора, осуществленных в пользу Представителя Страховщика (Ассистанс) или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной Договором страхования, Программой страхования Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. В случае, если общая страховая сумма, установленная Договором страхования, 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.

- 16.8. 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.
- 16.9. 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 со статьей 7 настоящих Правил или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая в соответствии с пунктом 13.1. статьи 13 настоящих Правил страхования;
 - 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.
 - 9) в случаях, предусмотренных законодательством о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.
- 16.10. 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.
- 16.11. 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.
- 16.12. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику

либо медицинскому учреждению указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

- 16.13. По результатам рассмотрения документов, представленных Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) для подтверждения факта наступления страхового случая и размера причиненного ущерба, Страховщик осуществляет одно из следующих действий:
- 1) осуществляет страховую выплату.
 - 2) отказывает в осуществлении страховой выплаты
 - 3) принимает решение о невозможности осуществить или отказать в осуществлении страховой выплаты.
- 16.14. Страховщик осуществляет страховую выплату или отказывает в осуществлении страховой выплаты в порядке на условиях, указанных в настоящих Правилах.
- 16.15. Порядок рассмотрения страховых случаев осуществляется в письменной форме, так и электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страховщиком, Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) и организацией по формированию и ведению базы данных.
- 16.16. Порядок обмена электронными информационными ресурсами между организацией по формированию и ведению базы данных и Страховщиком, Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) определяется нормативным правовым актом уполномоченного органа.
- 16.17. Решение Страховщика о невозможности осуществить или отказать в осуществлении страховой выплаты принимается в случае, если из представленных документов невозможно установить обстоятельства произошедшего события, размер ущерба, причиненного в результате наступления такого события, исполнение Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) своих обязательств.
- 16.18. В свою очередь невозможность установления обстоятельств, указанных в решении Страховщика, не позволяет Страховщику принять решение об осуществлении либо отказе в осуществлении страховой выплаты с учетом норм Правил страхования, условий Договора страхования/Приложениями к настоящим Правилам.
- 16.19. В этом случае Страховщик в своем решении должен указать какие именно обстоятельства произошедшего события и/или размер ущерба, причиненного в результате наступления такого события, факты исполнения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) своих обязательств, нельзя установить и какие действия должен предпринять Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель).

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 17.1. Правила страхования составлены на государственном и русском языках. В случае возникновения разночтений между текстами Правил страхования на государственном и русском языках, текст на русском языке имеет преимущественную силу.
- 17.2. Подписанием Договора страхования Страхователь соглашается с тем, что тайна страхования может быть раскрыта Страховщиком Представителю Страховщика (Ассистансу) в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

18. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 18.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.
- 18.2. При возникновении споров Стороны обязаны соблюдать следующий досудебный порядок урегулирования спора:
- В случае возникновения спора Сторона обязана обратиться с письменной претензией к другой Стороне и получить ответ на претензию. Если Сторона откажет в удовлетворении требований, изложенных в претензии, или не даст письменный ответ на претензию в

течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии, или не совершит действия, свидетельствующих о частичном или полном признании претензии, Сторона обращается с заявлением к страховому омбудсману о разрешении спора. Разрешение спора, по существу, страховым омбудсманом является обязательным этапом соблюдения досудебного этапа урегулирования спора. При этом исполнение решения страхового омбудсмана для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) не является обязательным.

- В случае возникновения спора, касающегося оспаривания размера страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан получить неоспариваемую часть страховой выплаты после чего совершает действия, указанные в подпункте 1) настоящего пункта.

- 18.3. При недостижении соглашения и невозможности урегулирования спора в досудебном порядке Стороны обращаются с иском в суд Медеуского района города Алматы (если одной стороной спора выступает физическое лицо или) или специализированный межрайонный экономический суд г. Алматы (если спор между юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями), то есть устанавливается договорная подсудность.
- 18.4. Настоящие Правила страхования составлены в 2 (двух) экземплярах на государственном и русском языке. В случае выявления несоответствия содержания текста настоящих Правил, составленного на государственном языке, содержанию текста настоящих Правил, составленного на русском языке, Стороны будут руководствоваться текстом настоящих Правил, составленного на русском языке.