

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

ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ,
ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ
АО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «BASEL»

г. Алматы, 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения и понятия
2. Объект страхования
3. Субъекты страхования
4. Определение понятий и медицинских показаний
5. Страховой случай. Перечень страховых случаев
6. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты
7. Порядок определения страховой суммы
8. Порядок определения страховой премии
9. Порядок заключения Договора страхования
10. Срок и место действия Договора страхования
11. Права и обязанности сторон
12. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора страхования
13. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая
14. Документы, необходимые для рассмотрения вопроса об осуществлении страховой выплаты
15. Порядок и условия осуществления страховых выплат
16. Условия прекращения Договора страхования
17. Ответственность сторон
18. Порядок разрешения споров
19. Дополнительные условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного страхования лиц, выезжающих за границу (далее - Правила) регламентируют условия, на которых Акционерное общество Страховая компания «Basel» (далее - Страховщик) осуществляет добровольное страхование лиц, выезжающих за границу. Договор страхования лиц, выезжающих за границу, заключается с юридическими (независимо от форм собственности) и дееспособными физическими лицами (далее - Страхователь).
- 1.2. Настоящие Правила разработаны в рамках класса страхования на случай болезни и несчастного случая.
- 1.3. В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:
 - 1) **Страхователь** – совершеннолетнее дееспособное физическое лицо, независимо от гражданства, или юридическое лицо, независимо от резидентства, заключившее со страховщиком Договор страхования;
 - 2) **Застрахованный** – дееспособное физическое лицо, в отношении которого Страхователь заключает Договор страхования;
 - 3) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты;
 - 4) **страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату в соответствии с Договором страхования (плата за страхование);
 - 5) **страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;
 - 6) **страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая для возмещения убытков, причиненных страховым случаем;
 - 7) **франшиза** – предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. Франшиза бывает условная (не вычитаемая) и безусловная (вычитаемая). При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы. При безусловной франшизе ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы. Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере. Устанавливается программами страхования (внутренний документ компании)
 - 8) **страховой случай** – событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;
 - 9) **сервисная компания/ Ассистанс /представитель Страховщика** – юридическое лицо, которое на основании Договора о сотрудничестве со Страховщиком, осуществляет услуги по организации и оказанию медицинских и иных услуг, согласно программе страхования, выбранной Страхователем в стране временного пребывания;
 - 10) **страховой полис** – документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю в случае заключения Договора страхования путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам. Используемые в настоящих Правилах понятия Договор страхования и Страховой полис имеют равнозначное употребление и регламентируют отношения между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем),

размер, порядок и сроки оплаты страховой премии, суммы, порядок, размеры и сроки осуществления страховой выплаты, а также иные условия страхования;

- 11) **внезапное заболевание** – острое и неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, характеризующееся возникновением различных форм нарушений функций организма, травмы в том числе, возникшие в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего вреда здоровью или угрозы жизни Застрахованного;
- 12) **медицинский поставщик** – юридическое или физическое лицо, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи, с которым сервисная компания Страховщика заключила Договор на возмездное оказание услуг Застрахованным;
- 13) **больница** – лечебно-профилактическое учреждение, которое:
 - обеспечивает уход и лечение больных или раненых;
 - имеет диагностическое, хирургическое и др. отделения;
 - обеспечивает 24-часовой уход аттестованных медсестер;
 - курируется одним или несколькими врачами.
 - работает в рамках государственных лицензий
- 14) **больницей не считается:**
 - родильные дома, отделения для пациентов, проходящих реабилитацию после плановых оперативных вмешательств и лечения хронических заболеваний, отделение гериатрии;
 - санатории, дома отдыха, дома престарелых.
- 15) **заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями;
- 16) **медицинские услуги** — это услуги, связанные с оказанием квалифицированной медицинской помощи;
- 17) **лекарства** - вещество или смесь веществ синтетического или природного происхождения в виде лекарственной формы (таблетки, капсулы, растворы, мази, вакцины и т. п.), применяемые для диагностики и лечения заболеваний, назначаемые врачом.
- 18) **территория страхования** – территория, на которую распространяется действие страховой защиты по Договору страхования;
- 19) **поездка** – выезд за границы Республики Казахстан с целью отдыха, учебы, рабочего визита, туризма, участия в соревнованиях и т.п.;
- 20) **родственники** – супруг (супруга), родители, дети, усыновители, усыновленные, полнородные и не полнородные братья и сестры, бабушка, бабушка, внуки;
- 21) **врач** – медицинский работник, имеющий сертификат специалиста в области медицины, а также лицензию на осуществление определенного рода медицинской деятельности;
- 22) **спорт** – комплексы физических упражнений для развития и укрепления организма, соревнования по таким упражнениям и комплексам, а также система организации и проведения этих соревнований;
- 23) **медицинская эвакуация** – транспортировка Застрахованного из-за границы (с территории страхования), предполагающая также расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) до контрольно-пропускного пункта ближайшего аэропорта Республики Казахстан.
- 24) **расходы Страховщика** – неизбежные, необходимые затраты, возникающие за пределами страны постоянного проживания/гражданства Застрахованного, возникшие в связи с диагностикой состояния (заболевания), терапевтическим или хирургическим лечением, оказанным или предписанным квалифицированным практикующим врачом, которое не может быть отложено до возвращения Застрахованного в страну его

- постоянного проживания/гражданства покупкой медикаментов, оказанием стоматологической помощи, возвращением тела погибшего Застрахованного в страну постоянного проживания, возвращением пострадавшего Застрахованного в сопровождении медицинского работника, помощь в поиске и возвращении утерянного багажа, расходы на возвращение застрахованных детей до 16 лет в случае госпитализации или смерти взрослого Застрахованного;
- 25) **посмертная репатриация** – транспортировка останков Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до международного аэропорта страны постоянного проживания. При этом Страховщик не несет расходы на ритуальные услуги, погребение, а также перевозку тела внутри страны постоянного проживания. Расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного:
- юридическое оформление и расходы на вскрытие тела, гроб, требуемый для международной перевозки;
 - перевозку тела (останков) до международного аэропорта страны постоянного проживания Застрахованного.
- 26) **программа страхования** – перечень покрываемых расходов при наступлении страхового случая. Программа страхования предоставляет на выбор Страхователю определенный перечень медицинских и сервисных услуг в разбивке по территориям страхования, страховым суммам и периодам страхования.
- 27) **гражданская война** - вооруженное противостояние между двумя или более сторонами, имеющими отношение к одной и той же стране, но принадлежащими к различным этническим, религиозным или идеологическим группам. В определение включены: вооруженное восстание, революция, антиправительственная агитация, бунт, государственный переворот, последствия военного положения.
- 28) **несчастный случай** – наступившее вопреки воле человека внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть.
- 29) **телесные повреждения** – нарушение физической целостности организма Застрахованного, возникшее в период действия страховой защиты вследствие несчастного случая.
- 30) **перевозчик** – юридическое/физическое лицо, занимающееся перевозкой пассажиров, средствами воздушного, железнодорожного, морского, автомобильного транспорта, имеющее лицензию на этот вид деятельности и производящее их по регулярному расписанию.
- 31) **рецепт** - письменное предписание врача для Застрахованного по перечню, дозировке и порядку приема медицинских препаратов.
- 32) **экстренная медицинская помощь** – предоставление медицинских услуг при возникновении угрожающих для жизни состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства.
- 33) **страна временного пребывания** – страна, указанная в Договоре страхования и входящая в территорию страхования, за исключением той, чье гражданство имеет Застрахованный и (или) постоянно там проживает.
- 34) **эвакуация Застрахованных детей до 16 лет в случае госпитализации или смерти взрослого Застрахованного** – организация Ассистансом выезда детей в Республику Казахстан, в случае госпитализации или смерти взрослого Застрахованного на территории страхования в период действия страховой защиты.
- 35) **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 страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с расходами Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на получение медицинских и сервисных услуг в соответствии с Договором страхования и программой страхования, выбранной Страхователем, возникших вследствие острого внезапного заболевания или несчастного случая в период его пребывания на территории страхования, указанной в Договоре страхования.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Страхователями могут быть дееспособные совершеннолетние граждане Республики Казахстан, иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, а также лица, имеющие вид на жительство в Республике Казахстан и юридические лица любой организационно-правовой формы.
- 3.2. Страхователь, если он является физическим лицом, может одновременно быть Застрахованным, с учетом требований пп. 3.4. – 3.5., при этом он указывается в графе Застрахованный. Если он не указан в списке Застрахованных, то Страхователь остается только Страхователем.
- 3.3. Страхователь может в Договоре страхования определить другое лицо в качестве Застрахованного. Договор страхования может заключаться как в пользу одного Застрахованного (индивидуальный договор), так и в пользу нескольких Застрахованных (коллективный договор).
- 3.4. Застрахованными могут быть граждане Республики Казахстан, иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, а также лица, имеющие вид на жительство в Республике Казахстан.
- 3.5. На страхование не принимаются физические лица, возраст которых старше 90 лет, лица, выезжающие на постоянное место жительства за пределы Республики Казахстан, с целью планового лечения или реабилитации. Страховая выплата таким лицам не осуществляется.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ

- 4.1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения медицинских услуг и/или медикаментов для диагностики и лечения внезапного заболевания, послужившего причиной обращения у Застрахованного, в соответствии с его программой страхования.
- 4.2. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с Медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются общепризнанными в медицинском сообществе, необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.
- 4.3. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с Медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, были назначены не для диагностики и лечения конкретного Застрахованного в целях оказания помощи при внезапном ухудшении здоровья или травме.

- 4.4 При организации стационарного лечения по экстренным показаниям выбор медицинского учреждения осуществляется работником Ассистанс компании или Страховщика.
- 4.5 В ходе курса стационарного лечения по экстренным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с причиной госпитализации (основным заболеванием) Застрахованного.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

- 5.1. Страховым случаем является внезапное, непредвиденное и непреднамеренное заболевание и/или несчастный случай, произошедшее в течение срока действия страховой защиты и на территории страхования, и в результате которого был причинен вред жизни и/или здоровью Застрахованного, повлекший возникновение:
- 1) неотложной медицинской помощи, в том числе визит и консультации врачей, медицинские обследования;
 - 2) расходов на медикаменты, назначенные врачом - согласно лимиту установленного программой страхования;
 - 3) расходов на организацию и оказание экстренной стационарной помощи;
 - 4) расходов на стоматологическую помощь, согласно лимиту установленного программой страхования - острая зубная боль, возникшая в результате острого воспаления зуба и/или окружающих его тканей ротовой полости, или зубочелюстная травма, полученная в результате несчастного случая;
 - 5) расходов, связанных с оказанием медико-транспортной помощи, а именно медицинская транспортировка Застрахованного машиной скорой помощи с места происшествия/наступления страхового случая в больницу на территории страхования;
 - 6) расходов на медицинскую эвакуацию Застрахованного в Республику Казахстан, организованную Ассистансом, если:
 - расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный Договором страхования лимит, при условии отказа Застрахованного оплатить разницу между стоимостью предполагаемых медицинских расходов и суммой установленного Договором страхования лимита;
 - нет возможности оказания Застрахованному требуемой медицинской помощи в стране временного пребывания. Медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика на основании документов местного лечащего врача и при отсутствии медицинских противопоказаний;
 - требуется длительное лечение по причине госпитализации (более 2 (двух) недель).
 - 7) расходов по репатриации тела умершего Застрахованного покрываются в размере фактической стоимости перевозки тела авиаперевозчиком до международного порта страны постоянного проживания в пределах страховой суммы по программе Застрахованного, а именно:
 - юридическое оформление документов и расходы на вскрытие тела, гроб, требуемый для международной перевозки;
 - перевозка тела (останков) до международного аэропорта страны постоянного проживания Застрахованного.

- 8) расходов на возвращение Застрахованных детей до 16 лет в Республику Казахстан, в случае госпитализации или смерти взрослого Застрахованного, а именно расходы на перелет организованный Ассистансом;
- 9) расходов, связанных с организацией помощи в поиске и возвращении утерянного багажа;
- 10) расходов на организацию и оказание стационарного лечения впервые диагностируемого симптомного заболевания коронавирусной инфекцией Covid 19 в период действия страховой защиты. Заболевание считается симптомным при наличии жалоб и клинических проявлений вирусной инфекции в соответствии с протоколом лечения страны пребывания.

5.2 Перечень состояний и заболеваний, покрываемых Страховщиком:

- 1) бессознательное состояние;
- 2) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей;
- 3) внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
- 4) ожоги и обморожения;
- 5) нарушения анатомической целостности организма;
- 6) укусы насекомых, животных;
- 7) химические ожоги и отравления в результате несчастного случая;
- 8) пищевые отравления;
- 9) аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенсон-Джонса);
- 10) судороги неизвестного генеза с потерей сознания;
- 11) острые хирургические заболевания;
- 12) острая почечная недостаточность;
- 13) острая печеночная недостаточность;
- 14) острая мозговые нарушения (инсульты);
- 15) острая дыхательная недостаточность;
- 16) острая сердечно-сосудистая недостаточность (инфаркты);
- 17) гипертонические кризы;
- 18) шок любой этиологии.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрен иной перечень страховых случаев.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1 Страховыми случаями, согласно настоящих Правил, не признаются расходы Застрахованного, вследствие:

- 1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 2) народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок, мятежа, 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, террористических акций;
- 3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4) природных катаклизмов, землетрясений, наводнений, селей, ураганов;
- 5) техногенных катастроф, взрывов и утечки токсичных веществ на заводах, прорывов на трубопроводах или аварий, катастроф, крушений поездов, кораблекрушений и пр.;

- 6) умышленных действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
 - 7) действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
 - 8) рисков, не предусмотренных программой страхования;
 - 9) если цель поездки, указанная Страхователем в Договоре страхования, не соответствует фактической цели поездки Застрахованного;
 - 10) эвакуации/репатриации Застрахованного по собственному желанию/усмотрению или на основании предписания врачей, но организованную самостоятельно Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или письменного согласования со Страховщиком;
 - 11) самостоятельной организации возвращения детей умершего взрослого Застрахованного, близкими родственниками либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или письменного согласования со Страховщиком.
- 6.2 Ограничение в страховании касаются лиц старше 90 лет.
- 6.3 **Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:**
- 1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
 - 2) умышленное непринятие Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового события;
 - 3) получение Страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка;
 - 4) воспрепятствование Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
 - 5) не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая;
 - 6) действий Застрахованного (Выгодоприобретателя), совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящимся под воздействием сильнодействующих лекарственных или психотропных средств;
 - 7) отказ Страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также передать Страховщику документы, необходимые для перехода к Страховщику права требования. Если страховое возмещение уже было выплачено, Страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;
 - 8) другие случаи, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования.
- 6.4 **Страховщик не производит страховую выплату за:**
- 1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), потери (штрафы, неустойка, пеня), убытки в виде упущенной выгоды;
 - 2) моральный вред;
 - 3) предоставление Застрахованному в больнице условий повышенной комфортности - отдельной палаты и палаты-люкс, телефона, телевизора, кондиционера, услуг

парикмахера, массажиста, косметолога, услугами переводчика, обслуживанием в палате, пребыванием сопровождающего лица (кроме случаев пребывания в палате с ребенком до 3 лет);

- 4) расходы на оказание экстренной медицинской помощи Застрахованному связанные с совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного, кроме случаев превышения пределов необходимой обороны;
- 5) судебные издержки;
- 6) любые транспортные расходы Застрахованного на поездку из медицинского учреждения до места временного проживания на территории страхования за исключением поездки на машине скорой медицинской помощи.

6.5 Страховщик не осуществляет страховую выплату в следующих случаях:

- 1) предоставления медицинских услуг, не являющихся экстренной медицинской помощью и не назначенных лечащим врачом при экстренном обращении;
- 2) хронических заболеваний и их последствий, и осложнений, а также обострений, за исключением состояний прямо угрожающих жизни Застрахованного, кроме случаев, когда обострение/осложнение хронических заболеваний явилось следствием травмы либо иного события, признанного страховым случаем. Если Застрахованный оспаривает диагноз, установленный врачом, оказавшим медицинскую помощь в стране временного пребывания, то он обязан пройти медицинское освидетельствование на территории Республики Казахстан по направлению Страховщика;
- 3) онкологических заболеваний (доброкачественных и злокачественных), их осложнений и обострений, а также их диагностики, независимо от сроков выявления;
- 4) заболеваний, требовавших лечения в течение последних 6-ти месяцев до начала действия Договора страхования, а также заболеваний, имевшихся у Застрахованного в день начала поездки, последствий (осложнений), возникших в период после оперативного или терапевтического лечения данного заболевания;
- 5) состоянием неполного выздоровления Застрахованного или нахождением его в процессе лечения до отбытия за границу, включая состояние после оперативного вмешательства;
- 6) проведения профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;
- 7) психических заболеваний, депрессии, услуг психолога;
- 8) подбор и приобретение медицинской корригирующей техники: очков, контактных линз, слуховых аппаратов, сопутствующих медицинских товаров: инвалидные коляски, биндажи и костыли, протезы и т.д.;
- 9) косметической, пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии любого вида, за исключением события, приведшего к нарушению анатомической целостности организма в результате события, признанного страховым случаем, когда необходима пересадка кожи или восстановление функций сосудов (ожоги);
- 10) последствий солнечного излучения, лечения солнечных ожогов;
- 11) ВИЧ-инфекции, СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП, урогенитальных инфекций, включая их диагностику и обследование;
- 12) лечение в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, попечительский уход;

- 13) состояние беременности, родов, любых осложнений беременности, а также аборт, в том числе самопроизвольный за исключением выкидышей на сроке до 12 недель;
 - 14) всякого рода протезирования, имплантация, в том числе глазного и стоматологического;
 - 15) инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и (или) являющихся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем;
 - 16) обследования, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности, по мнению врачей сервисной компании (представителя Страховщика);
 - 17) расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся жизненно необходимыми с медицинской точки зрения;
 - 18) стоматологического лечения зубов (замена пломб, косметология, отбеливание, протезирование, виниры), за исключением экстренной помощи при острой зубной боли;
 - 19) самоубийства или попытки самоубийства, любого причинения вреда собственному здоровью самим Застрахованным;
 - 20) преднамеренное причинение вреда своему здоровью Застрахованным с целью получения страховой выплаты за полученные медицинские услуги на территории страхования;
 - 21) искусственного осеменения, лечения бесплодия или по предупреждению зачатия;
 - 22) управления транспортным средством лицом, не имеющим на то прав, или лицом, находящимся в состоянии опьянения или под воздействием наркотиков, психотропных веществ и десенсибилизирующих (седативных) веществ, вызывающих сонливость, нарушение ориентации, нарушение концентрации внимания;
 - 23) самолечения, назначения и проведения лечения родственником Застрахованного;
 - 24) заболеваний, если они вызваны действиями врача, не уполномоченного Страховщиком;
 - 25) добровольного отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, и всех последствий такого отказа;
 - 26) лечения и диагностики следующими методами: иридодиагностика, аурикулодиагностика, светодиагностика, сухая и подводная вытяжки, флотинг-ванны, ультрафиолетовое облучение (УФО) крови, аутогемотерапия, вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, трудотерапия, исследование по Фоллю, инфразвуковая терапия (ИФС), биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, водные процедуры; бальнеология: грязелечение и т.д.;
 - 27) медицинские и/или иные расходы понесены Застрахованным после окончания срока действия Договора, даже если страховой случай наступил во время действия Договора страхования.
- 6.6 Не являются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы Застрахованного вследствие занятия любыми видами профессионального или любительского спорта, активным видом отдыха, участия в мероприятиях/развлечениях, имеющих элементы спорта, занятие дельтапланеризмом, парашютным спортом, авиационными видами спорта/развлечений, альпинизмом/скалолазанием, спелеологией, подводным плаванием с использованием дыхательных аппаратов, горнолыжным видом

спорта/развлечений, серфингом, охотой, верховой ездой, ездой на велосипеде, мотоцикле, мопеде и/или скутере (водном мотоцикле);)

6.7 Не являются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы Застрахованного вследствие занятия активными видами отдыха, профессиональным спортом. Данное исключение не распространяется на программу, покрывающую эти риски.

6.8 **Не признаются страховыми случаями, согласно условиям настоящих Правил**, события, связанные с обращением Застрахованного в сервисную компанию/Ассистанс за услугами вследствие:

- 1) заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования или окончания периода страхования;
- 2) если на момент заключения Договора страхования, Застрахованный уже госпитализирован или находится на территории страхования;
- 3) любые хронические заболевания и их последствия и осложнения, за исключением внезапных обострений, прямо угрожающих жизни Застрахованного;
- 4) алкоголизм, наркомании, токсикомания прием психотропных препаратов;
- 5) паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы;
- 6) доброкачественные новообразования (аденома, миома, мастопатия и т.д.) и гиперпластические процессы (эрозия шейки матки, эндометриоз и т.д.);
- 7) врожденные заболевания (в том числе пороки и аномалии развития);
- 8) кожные заболевания (псориаз, экзема, все виды лишая, микозы, алопеции, витилиго, чесотка и т.д.);
- 9) цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, грибковые заболевания;
- 10) болезнь Крона, гепатиты, циррозы печени, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия, язва 12 перстной кишки и желудка;
- 11) диагностика и лечение нарушение осанки: сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие;
- 12) заболевание сосудов (облитерирующий эндартериит, атеросклероз, аневризма, варикозное расширение вен, тромбозы, тромбозы; болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), варикоцеле, варикозное расширение прямой кишки-геморрой);
- 13) глазные болезни: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, ретинопатии, 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;
- 14) операции, косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, хирургическое изменение пола, коррекция веса и т.д. Исключение составляет пластика кожи, проводимая при лечении ожогов вследствие события, произошедшего в период действия Договора страхования;
- 15) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочеислый диатез, подагра, дистрофия и т.д.;
- 16) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и их последствия;
- 17) системные заболевания (СКВ, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шегрена, болезнь Рейтера, ДОО, дерматомиозит, системные васкулиты, ревматизм и т.д.), заболевания костной системы

- (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии и т.д.), аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевание крови и т.д.);
- 18) диагностика и лечение простатитов;
 - 19) диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, импотенции, все методы контрацепции, любых осложнений беременности свыше 12 недель;
 - 20) операции по трансплантации или протезированию, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов тканей, а также последствия таких операций;
 - 21) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии, МРТ/КТ, дорогостоящих и сложных видов диагностики без согласования с представителем Страховщика; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма и т.д.);
 - 22) диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, ДЦП;
 - 23) диагностика и лечение аллергических хронических заболеваний, за исключением острых состояний, требующих неотложных мер;
 - 24) терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (например, специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);
 - 25) лечение гемодиализом, проведение плазмофореза и гемосорбции, УФО крови, барокамера, кишечное орошение;
 - 26) лечение заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, требующих хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма;
 - 27) гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, эпилепсия, детский церебральный паралич, посттравматическая энцефалопатия;
 - 28) нетрадиционные методы диагностики и лечения: гомеопатия, гирудотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, фитотерапия и лечения средствами природного происхождения;
 - 29) профессиональные заболевания – заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды;
 - 30) острая и хроническая лучевая болезнь;
 - 31) хронические гепатиты любой этиологии и степени активности;
 - 32) медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок для выезда за рубеж, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 33) не соблюдения Застрахованным законодательства страны временного пребывания при осуществлении каких-либо видов деятельности;
 - 34) проведения Застрахованным в стране временного пребывания видов деятельности, на осуществление которых необходимы специальные разрешения;
 - 35) приобретение медицинских изделий (маски, ингаляторы, градусники, бинты вата, лейкопластырь, клизмы, кресла, костыли, очки, зубные и ушные протезы т.д.);
 - 36) лечение атипичной пневмонии, птичьего гриппа;

- 37) расходов, связанных с проведением тестов на Covid-19 без наличия симптомов проявления болезни, если это не предусмотрено Договором страхования, программой страхования;
- 38) определение уровня гормонов крови.
- 6.9 Не включается в страховое покрытие (не является страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:
- 1) контрацептивные препараты;
 - 2) витамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
 - 3) противотуберкулезные препараты;
 - 4) биологические активные добавки;
 - 5) гомеопатические препараты;
 - 6) анорексантные средства;
 - 7) косметические средства;
 - 8) биологические стимуляторы (например, настойка женьшеня и др.);
 - 9) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);
 - 10) антидепрессанты, ноотропы.
- 6.10 Если в течение срока действия Договора страхования выяснится, что Договор страхования заключен в отношении одного из указанных в п.3.5. настоящих Правил лиц, то в отношении такого Застрахованного действие страховой защиты прекращается с момента заключения Договора страхования.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ. ФРАНШИЗА

- 7.1. Страховой суммой является установленная в Договоре страхования сумма денег, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика: в любом случае предельный размер страховой выплаты (предельный объем ответственности) по каждому страховому случаю не превышает страховой суммы, означенной в Договоре страхования.
- 7.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон, исходя из выбранного Страхователем количества Застрахованных, программы и территории страхования, указанных в Договоре страхования. Страховая сумма не может быть изменена после начала срока страхования. В зависимости от выбранной Программы Страхователем согласно настоящим Правилам страхования действуют также сублимиты по видам покрытия.
- 7.3. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза. Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере.
- 7.4. Вид и размер франшизы устанавливается по согласованию между Страхователем и Страховщиком и указывается в Договоре страхования.
- 7.5. Франшиза может быть установлена для одного страхового случая или для каждого застрахованного риска. Если имели место несколько страховых случаев или рисков, сумма франшизы учитывается при расчете суммы ущерба по каждому из них.

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

- 8.1. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно тарифам, установленными внутренними документами Страховщика.
- 8.2. Страховая премия подлежит оплате в наличной или безналичной форме:
- 1) для физических лиц - единовременным платежом;

- 2) для юридических лиц - единовременным платежом, если период страховой защиты до 6 месяцев, если Договором страхования не установлено иное.
- 8.3. 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.
- 8.4. 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).
- 8.5. В случае неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) в полном размере до указанного в Договоре страхования срока Страховщик вправе:
- 1) в одностороннем порядке прекратить действие страховой защиты по Договору страхования со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты очередного страхового взноса. При этом Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедший до даты неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса);
 - 2) при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату Сервисной компании в полном объеме (при этом, Страховщик имеет право требовать со Страхователя возврата суммы выплаты, в том числе в судебном порядке);
- 8.6. Страховщик вправе требовать уплаты неустойки за несвоевременное исполнение денежных обязательств Страхователем в соответствии со статьей 353 Гражданского Кодекса Республики Казахстан.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

- 9.1. Договор страхования заключается:
- 1) в письменной форме путем составления сторонами Договора страхования. Договоры страхования могут предусматривать изменение, исключение отдельных положений Правил страхования, а также дополнительные условия, определяемые при заключении Договора страхования, о чем в Договоре должно быть прямо указано.
 - 2) в письменной или электронной форме путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам и выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса. Формы Договора страхования и Страхового полиса утверждаются внутренними документами Страховщика.
- 9.2. Для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику подписанное им заявление-анкету на бланке установленной Страховщиком формы, в котором Страхователь обязан указать точные и полные сведения в соответствии с реквизитами бланка заявления. Заявление-анкета на страхование является неотъемлемой частью Договора страхования. Формат бланка утверждается внутренними документами Страховщика.
- 9.3. При указании Страхователем в заявлении заведомо ложных сведений, Страховщик при наступлении страхового случая вправе признать Договор страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

- 9.4. При заключении Договора страхования Страхователь обязан письменно в заявлении-анкете сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).
- 9.5. Настоящие Правила страхования являются публичным документом и предоставляются по первому требованию, факт ознакомления с ними удостоверяется Страхователем в Заявлении-анкете на страхование.
- 9.6. Договор страхования должен содержать:
- 1) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), и местожительства Страхователя (если им является физическое лицо) или его наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
 - 2) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), контактный номер телефона и индивидуальный идентификационный номер страхового агента (если им является физическое лицо-резидент Республики Казахстан) или наименование, место нахождения, контактный номер телефона и бизнес-идентификационный номер страхового агента (если им является юридическое лицо-резидент Республики Казахстан);
 - 3) указание о наличии или отсутствии комиссионного вознаграждения, причитающегося страховому агенту;
 - 4) указание объекта страхования;
 - 5) указание страхового случая и условий его наступления;
 - 6) размеры страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
 - 7) размеры страховой премии, порядок и сроки оплаты страховой премии;
 - 8) дату заключения и срок действия Договора страхования;
 - 9) указания о Застрахованном и Выгодоприобретателе;
 - 10) номер, серию Договора страхования;
 - 11) случаи и порядок внесения изменений в условиях Договора страхования;
 - 12) обязанность Страхователя незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска в период действия Договора страхования;
 - 13) сроки уведомления Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты;
 - 14) вид валюты страховой суммы, страховой выплаты и страховой премии;
 - 15) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Страхователя;
 - 16) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Застрахованного (Выгодоприобретателя), если он не является Страхователем по Договору страхования, в случае указания Застрахованного (Выгодоприобретателя) в Договоре страхования;
 - 17) указание территории действия Договора страхования;
 - 18) права, обязанности и ответственность сторон;
 - 19) подписи сторон.
- 9.7. По соглашению сторон в Договор страхования могут быть включены иные условия.
- 9.8. Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) запрещается передавать Договор страхования другим лицам с целью получения ими услуг по Договору страхования. Если будет установлено, что Страхователь (Застрахованный,

Выгодоприобретатель) передал другому лицу Договор страхования с такой целью, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования. При этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

- 9.9. При утрате Договора страхования Страхователь (Застрахованный) должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утерянные документы признаются недействительными со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя (Застрахованного) и не могут являться основанием для обращения в Ассистанс компанию. Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат Договора страхования.
- 9.10. Страховщик освобождается от ответственности за осуществление страховой выплаты иному лицу по утерянному Договору страхования, в случае не уведомления либо несвоевременного уведомления Страхователем, Застрахованным Страховщика об утере Договора страхования.
- 9.11. В случае изменения сведений, указанных в Договоре страхования, Договор страхования прекращает свое действие, в связи с чем, заключается новый Договор страхования, включающий в себя новые сведения.

10. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. Договор страхования заключается на одну конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку, обучение и др.) Застрахованного в страну временного пребывания на период ее продолжительности, за исключением многократности поездок Застрахованного в течение определенного периода. Если Застрахованный выезжает сразу в несколько стран выписываются Договоры страхования на разные территории страхования с учетом разных сроков пребывания на указанных территориях.
- 10.2. Если Договор страхования предусматривает многократные (два и более раза в период срока действия Договора страхования) поездка Застрахованного за границу, то он заключается на определенный период (не более одного календарного года) и страховая защита действует в течение срока фактического пребывания Застрахованного на территории страхования.
- 10.3. Фактическое количество дней, в течение которых действует Договор страхования, указывается в Договоре страхования.
- 10.4. Действие страховой защиты начинается с момента пересечения Застрахованным границы государства, указанного в Договоре страхования (въезд на территорию страхования, подтверждается отметкой пограничных служб в паспорте), но не ранее начала периода страхования, указанного в Договоре страхования, и не позднее дня, следующего за днем пересечения Застрахованным границы и прекращается:
- 1) в момент пересечения Застрахованным границы страны временного пребывания (страны отдыха) (выезд за пределы территории страхования);
 - 2) в 24.00 часов дня, указанного в Договоре страхования как последний день действия страховой защиты, независимо от места пребывания Застрахованного.
- 10.5. В соответствии с настоящими Правилами действие Договора страхования распространяется исключительно на территорию, указанную в Договоре страхования.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика информацию о его платёжеспособности и финансовой устойчивости;
- 2) получить дубликат Договора страхования в случае его утери;

- 3) требовать предоставления Застрахованному услуг согласно выбранной программы страхования. В случае непредставления таких услуг Застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;
- 4) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами;
- 5) получить страховую выплату при наступлении страхового случая, если он является Выгодоприобретателем по Договору страхования;
- 6) совершать иные действия, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

11.2. Страхователь обязан:

- 1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении Договора страхования;
- 2) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором страхования;
- 3) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая; предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, в ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 4) при любом страховом событии, последствием которого может быть наступление страхового случая, незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента его наступления, связаться с Ассистанс компанией либо Страховщиком;
- 5) соблюдать требования настоящих правил, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 6) довести до сведения Застрахованных условия страхования;
- 7) обеспечить в случае требования Страховщика обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
- 8) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
- 9) обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 10) предоставлять все запрашиваемые Страховщиком документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательства Республики Казахстан;
- 11) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 12) совершать иные действия, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

11.3. Страховщик имеет право:

- 1) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) информацию и документы, а также выполнение Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) требований и условий Договора страхования;
- 2) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе направлять запросы в компетентные органы;
- 3) требовать от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;
- 4) произвести обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;

- 5) приостановить/отказать в проведении операции с деньгами и (или) иным имуществом в рамках Договора страхования в целях соблюдения требований законодательства Республики Казахстан;
- 6) совершать иные действия, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

11.4. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя (Застрахованного) с Правилами страхования и по его требованию представить (направить) копию правил;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;
- 3) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 4) обеспечить тайну страхования;
- 5) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями Договора страхования;
- 6) отказать в проведении и приостановить операции с деньгами Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), а также отказать в установлении деловых отношений со Страхователем в соответствии с требованиями ст. 13 Закона Республики Казахстан № 191-IV от 28.08.2009г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- 7) совершать иные действия, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

- 11.5. Перечень прав и обязанностей сторон настоящего раздела не является исчерпывающим, отдельные обязанности сторон предусмотрены другими разделами настоящих Правил, а также Договором страхования.

12. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 12.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней письменно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 12.2. Значительными во всяком случае признаются следующие изменения:
- 1) изменение территории страхования;
 - 2) изменение срока пребывания;
 - 3) изменение целей поездки.
 - 4) изменение количества выезжающих;
- 12.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
- 12.4. Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
- 12.5. При невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий пункта 12.2 настоящих правил обязанности Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты

- 12.6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущее увеличение страхового риска, уже отпали.

13. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 13.1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе.
- 13.2. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая, то есть до обращения за медицинской или иной услугой, указанной в Договоре страхования, Застрахованный (Выгодоприобретатель) либо иное заинтересованное лицо, обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента его наступления, связаться с Сервисной компанией по телефонам, указанным в Договоре страхования и сообщить:
- 1) фамилию, имя, номер и срок действия Договора страхования;
 - 2) местонахождение Застрахованного, контактные телефоны;
 - 3) кратко описать, что произошло, описание расстройств и состояние Застрахованного, и какого рода медицинская помощь ему необходима.
- 13.3. После получения указаний от Ассистанс компании, Застрахованный должен действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.
- 13.4. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Сервисная компания от имени Страховщика обеспечивает оказание Застрахованному услуг в объеме выбранной категории и в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.
- 13.5. В экстренном случае, если срочный звонок не был произведен до обращения за медицинскими услугами и Застрахованному уже оказывается медицинская помощь, Застрахованный (его представитель) обязан:
- 1) немедленно, как только физическое состояние позволит, сообщить в Ассистанс компанию:
 - а) наименование, адрес и телефон больницы, в которую направлен Застрахованный;
 - б) ФИО, адрес и телефон лечащего врача;
 - в) адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного;
 - г) номер Договора страхования.
 - 2) предоставить по требованию Страховщика и/или Ассистанс компании документацию о лечении, связанном со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской документацией через освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны.
- 13.6. Своевременное обращение в Ассистанс компанию и согласование расходов Застрахованного, связанных с услугами, покрываемыми в соответствии с Договором страхования, является обязательным условием осуществления страховой выплаты, за исключением случаев, оговоренных в п.13.5 настоящих Правил.
- 13.7. В исключительных случаях, ввиду чрезвычайности ситуации либо ввиду отсутствия представительства Ассистанс компанией в стране пребывания, либо в иных случаях, когда Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не может связаться с Ассистанс компанией, Застрахованный имеет право обратиться к любому врачу любого ближайшего к месту события медицинского учреждения и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь. При этом, в течение 20 (двадцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного в страну постоянного места

жительства, Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан уведомить Страховщика о наступлении страхового случая и предоставить документы, указанные в главе 14 настоящих Правил. Не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая не является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, если оно обусловлено причинами, не зависящими от воли Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) или отнесенными Договором страхования к уважительным, и представлены соответствующие документы, подтверждающие данный факт.

- 13.8. Для получения страховой выплаты наследники либо лица, понесшие затраты на оказание медицинских услуг (репатриации в случае смерти Застрахованного) в течение 20 (двадцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного (репатриации тела Застрахованного) в страну постоянного места жительства/гражданства должны предоставить Страховщику письменное заявление о выплате с приложением соответствующих документов.

14. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСА ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 14.1. При самостоятельном обращении Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), для принятия Страховщиком решения о страховой выплате Страховщику необходимо предоставить заявление об осуществлении страховой выплаты и следующие документы:

- 1) оригинал Договора страхования (дубликат);
- 2) подлинники медицинских документов с переводом их на государственный или русский языки с нотариальным заверением, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, о проведенных манипуляциях и лечении, или медицинский документ о заболевании или ином расстройстве здоровья и стоимости услуг, прошедшие процедуру апостилирования или легализации;
- 3) подлинники рецептов, счетов, квитанций на оплату медицинских услуг и услуг согласно выбранной Страхователем программы страхования;
- 4) документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:
 - при дорожно-транспортных происшествиях - копии/оригиналы протокола/актов уполномоченных органов страны пребывания дорожной (полиции/милиции);
 - при причинении вреда третьими лицами - акт судебно-медицинской экспертизы (заключение эксперта) об оценке степени причинения вреда здоровью и жизни Застрахованного, а также постановление о привлечении в качестве Потерпевшего или другой официальный документ, определяющий причинно-следственную связь между событием и причинением вреда здоровью и жизни, а также величину вреда;
 - при пожаре - акт о пожаре.
- 5) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками пограничного контроля о пересечении государственной границы Республики Казахстан и страны, являющейся территорией страхования;
- 6) документы, удостоверяющие личность Застрахованного/ Выгодоприобретателя и право на получение страховой выплаты;
- 7) оригиналы или копии авиа и ж/д билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку;

- 8) в случае смерти Застрахованного Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предоставить дополнительно:
- копии документов, предусмотренных нормативными правовыми актами, содержащих данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы, справку о смерти с указанием причины);
 - оригинал или копию свидетельства о смерти;
 - результаты патологоанатомического исследования в случае, если Страховщик их затребует;
 - документы, подтверждающие медицинскую эвакуацию либо репатриацию тела Застрахованного: акт перевозки, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по перевозке тела умершего, транспортировка и подготовка тела для авиаперевозки, стоимости гроба, услуги похоронной компании, консультационные услуги.
- 9) в случаях возвращения несовершеннолетних детей в страну постоянного места жительства и/или оригиналы или авиа и/или авто/ ж/д билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку.
- 14.2. Документы по возмещению самостоятельно оплаченных расходов предоставляются Страхователем либо по доверенности, выданной им на получателя.
- 14.3. Конкретный перечень документов определяется Договором страхования.
- 14.4. Бремя сбора документов лежит на Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе.
- 14.5. Страховщик, принявший документы, обязан составить в 2-х (двух) экземплярах справку с указанием полного перечня представленных Заявителем документов и даты их принятия. Один экземпляр справки выдается Заявителю, второй экземпляр с отметкой Заявителя в ее получении остается у Страховщика. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) или их представителями не всех документов, предусмотренных настоящей Главой, Страховщик обязан в течение 3 (трех) рабочих дней с момента предоставления последнего из требуемых документов письменно или посредством электронной почты/смс-сообщения уведомить их о недостающих документах. При предоставлении копий документов, Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) предоставляется оригинал такого документа для осуществления сверки.
- 14.6. В случае непредоставления либо не своевременного предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) или лицом, понесшим затраты на оказание медицинских услуг в, том числе затраты по репатриации заявления о страховой выплате и документов, указанных в п. 14.1. настоящих Правил, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате.
- 14.7. Застрахованный обязан в течение 4 (четырёх) рабочих дней с момента получения требования Страховщика пройти медицинское освидетельствование и представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.
- 14.8. Документы на иностранном языке предоставляются в переводе на государственный и/или русский языки с нотариальным заверением и с прохождением процедуры апостилирования или легализации.

15. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 15.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком при наступлении страхового случая:
- 1) Ассистанс компании, в случае обращения Застрахованного в Ассистанс;

- 2) Застрахованному/лицу, понесшим затраты на оказание медицинских услуг, в том числе затраты по репатриации, в случаях, предусмотренных п.13.7 настоящих Правил.
- 15.2. Сумма страховой выплаты, за последствия одного или нескольких страховых случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного за границей в период действия Договора страхования, не может превышать предельного объема ответственности (страховой суммы), устанавливаемого для каждого страхового случая в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования.
- 15.3. **Порядок и условия страховых выплат в Ассистанс компанию:**
- 15.3.1. Расходы по услугам, полученным Застрахованным через Ассистанс компанию на территории страхования, оплачиваются Страховщиком непосредственно Сервисной компании на основании счетов, выставленных ему Ассистанс компанией.
- 15.4. **Порядок и условия страховых выплат Застрахованному / лицу, понесшим затраты при самостоятельном обращении:**
- 15.4.1. При невозможности связаться с Ассистансом, Застрахованный вправе самостоятельно получить медицинскую помощь при этом произвести самостоятельно оплату услуг медицинского учреждения, при этом Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента наступления страхового случая, сообщить о наступлении страхового случая Страховщику, по телефонам, указанным в Договоре страхования.
- 15.4.2. 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.
- 15.4.3. Страховщик осуществляет страховую выплату или отказывает в осуществлении страховой выплаты в порядке на условиях, указанных в настоящих Правилах.
- 15.4.4. 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.
- 15.4.5. 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.
- 15.4.6. 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).
- 15.4.7. В любом случае для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не позднее 20 (двадцати) календарных дней после возвращения в страну постоянного проживания должен предоставить Страховщику письменное заявление согласно п. 13.7. настоящих Правил. В случае неисполнения

- данных требований Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 15.4.8. Размер страховой выплаты определяется на основе оригиналов квитанций и счетов, при этом, если по условиям настоящих Правил, страховая выплата подлежит уплате Выгодоприобретателю затраты на оказание медицинских услуг, в том числе затраты по репатриации, ее размер определяется в тенге по официальному курсу иностранных валют Национального Банка Республики Казахстан на дату оплаты услуг по страховому случаю.
- 15.4.9. Размер убытков определяется, исходя из фактических расходов, понесенных Застрахованными (лицами, его сопровождающими) на основании документов, указанных в п.14.1, за минусом суммы франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.
- 15.4.10. Страховая выплата осуществляется в пределах установленной Договором страхования страховой суммы путем оплаты медицинских и иных услуг по Программе страхования, предусмотренной Договором страхования.
- 15.4.11. Страховая выплата производится путем безналичной оплаты Страховщиком счетов, выставленных ему Ассистанс компанией или путем возмещения самостоятельно оплаченных расходов за оказанные медицинские и иные услуги Застрахованному/Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования при условии предоставления полного пакета документов, подтверждающих факт получения и оплаты медицинских услуг.
- 15.4.12. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты в части тех убытков, которые возникли вследствие того, что Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.
- 15.4.13. Осуществление страховой выплаты в иностранной валюте производится в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о валютном регулировании.
- 15.4.14. Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней после принятия им решения о страховой выплате.
- 15.4.15. 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.
- 15.4.16. 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.
- 15.4.17. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован в суде по подсудности фактического места расположения головного офиса Страховщика, после направления претензии в адрес Страховщика.
- 15.4.18. 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.

- 15.5. 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. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 16.1. Помимо оснований досрочного прекращения Договора страхования, по основаниям, предусмотренным п.1 ст.841 Гражданского кодекса Республики Казахстан, Договор страхования прекращается в случаях:
- 1) отказа Страхователя от поездки по причине отказа в визе;
 - 2) изменения условий и сведений, включенных в Договор страхования;
 - 3) отказа от Договора страхования по инициативе Страхователя, кроме случая предусмотренного в подпункте 1 настоящего пункта;
 - 4) осуществления Страховщиком страховой выплаты в размере страховой суммы по Договору страхования;
 - 5) неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;
 - 6) окончания срока действия Договора страхования;
 - 7) в иных случаях, установленных законодательством Республики Казахстан или Договором страхования.
- 16.2. При прекращении Договора страхования до начала его действия по основаниям, указанным в подпунктах 1) - 3) пункта 16.1. настоящих Правил, уплаченные Страховщику страховые премии подлежат возврату в полном размере, если иное не предусмотрено в Договоре.
- 16.3. При прекращении Договора страхования после начала его действия по основаниям, указанным в подпункте 1) пункта 16.1. настоящих Правил, уплаченные Страховщику страховые премии подлежат возврату в полном размере при условии письменного уведомления Страховщика в течение 3 (трех) рабочих дней с даты начала действия Договора страхования, если иное не предусмотрено в Договоре.
- 16.4. При прекращении Договора страхования после начала его действия по основаниям, указанным в подпунктах 1) - 3) пункта 16.1. настоящих Правил, уплаченные Страховщику страховые премии подлежат возврату: часть страховой премии за не истекший срок страхования за вычетом понесенных расходов на ведение дела, размер которых составляет до 30% от общей суммы страховой премии, в течение 30 календарных дней с даты предоставления Страховщику заявления о досрочном расторжении Договора, если иное не предусмотрено законодательством Республики Казахстан или Договором страхования.
- 16.5. При отказе страхователя-физического лица от договора страхования, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан вернуть 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).
- 16.6. 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.

- 16.7. 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 вернуть 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).
- 16.8. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан вернуть Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

17. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 17.1. При несвоевременном осуществлении страховой выплаты Страховщик обязан уплатить Выгодоприобретателю неустойку в порядке и размере, установленную статьей 353 Гражданского Кодекса Республики Казахстан.
- 17.2. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору страхования, не несет имущественную ответственность за неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.
- 17.3. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов, народные волнения. Конкретный перечень форс-мажорных обстоятельств может быть предусмотрен в Договоре страхования.
- 17.4. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана уведомить о наступлении таких обстоятельств, другую сторону в течение 3 (трех) рабочих дней, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.
- 17.5. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.
- 17.6. Ответственность сторон, предусмотренная настоящим разделом, может быть изменена (дополнена) в соответствии с условиями Договора страхования.

18. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

- 18.1. Любые споры и/или разногласия, возникающие из Договора или в связи с ним, разрешаются посредством 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 омбудсмену о разрешении спора. Разрешение спора, по существу, страховым омбудсменом 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.

19. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 19.1. Договором страхования могут быть предусмотрены иные условия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.
- 19.2. На основании настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать программы страхования (договора страхования) с различным набором страховых рисков и иными условиями страхования, не противоречащими законодательству Республики Казахстан.
- 19.3. В случае несоответствия содержания Договора страхования настоящим Правилам применяются условия Договора страхования, если это прямо оговорено в Договоре страхования.
- 19.4. В части, не урегулированной настоящими Правилами, применяется действующее законодательство Республики Казахстан.