

УТВЕРЖДЕНЫ

решением Совета директоров
Акционерное общество

«Страховая компания «Евразия»

Протокол от «27» января 2022 года



Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ
(ИЗЛОЖЕННЫЕ В НОВОЙ РЕДАКЦИИ)



Оглавление:

- Статья 1. Общие положения и понятия
- Статья 2. Объект страхования
- Статья 3. Страховые случаи
- Статья 4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования
- Статья 5. Порядок заключения договора страхования
- Статья 6. Порядок определения страховой суммы. Франшиза
- Статья 7. Страховая премия
- Статья 8. Срок и место действия договора страхования
- Статья 9. Права и обязанности сторон
- Статья 10. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования
- Статья 11. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая
- Статья 12. Порядок и условия осуществления страховых выплат. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков
- Статья 13. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате
- Статья 14. Переход к страховщику прав страхователя на возмещение убытков (суброгация)
- Статья 15. Условия прекращения договора страхования
- Статья 16. Порядок разрешения споров
- Статья 17. Дополнительные условия

Статья 1. Общие положения и понятия

1. На условиях настоящих Правил добровольного страхования лиц, выезжающих за границу (далее – Правила/Правила страхования) Акционерное общество «Страховая компания «Евразия», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает Договоры добровольного страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, путем присоединения страхователя к настоящим Правилам страхования и выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса – приложение №1 к Правилам (далее по тексту – Договор страхования/страховой полис).

2. В настоящих Правилах страхования используются следующие понятия:

1) **Страхователь** – лицо, заключившее договор страхования со страховщиком.

Дееспособное физическое лицо независимо от гражданства или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со страховщиком Договор страхования;

2) **Застрахованный** – лицо, в отношении которого осуществляется страхование, которое выезжает за границу Республики Казахстан (в страну непостоянного места проживания, в страну не являющуюся страной гражданства);

3) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по условиям Договора является:

а) медицинский ассистанс – в случае оказания услуг сервисной компанией Застрахованному лицу на сумму оказанных услуг;

б) Застрахованный (в случаях предусмотренных Правилами страхования). Если застрахованы несовершеннолетние лица, то Выгодоприобретателями являются их родители, опекуны, попечители, а в случае смерти Застрахованного(-ых), его (их) законные наследники;

4) **Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату



Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, определенном Договором страхования;

5) Страховой интерес - имущественный интерес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в предотвращении рисков и недопущении наступления страхового случая;

6) Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая;

7) Страховой случай – событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату;

8) Сервисная компания (медицинский Ассистанс) – организация, состоящая в договорных отношениях со Страховщиком, обеспечивающая предоставление услуг Застрахованному в стране временного пребывания в соответствии с настоящими Правилами страхования;

9) Медицинское учреждение (медицинская сеть) – специализированное медицинское учреждение, с которым Сервисная компания заключила договор на оказание медицинских услуг для Застрахованных;

10) Территория страхования – территория, указанная в Договоре страхования, на которую распространяется действие страховой защиты Страховщика;

11) Несчастный случай – наступившее за границей Республики Казахстан, вопреки воле Застрахованного, внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью либо смерть Застрахованного;

12) Внезапное острое заболевание – внезапное и непредвиденное расстройство здоровья Застрахованного, вызванное воздействием внешних факторов, повлекших за собой острое отравление и/или внезапное обострение хронического заболевания (покрывается страхованием только до устранения патологических симптомов и состояний) Застрахованного в период действия Договора страхования.

13) Медицинская транспортировка – транспортировка Застрахованного по экстренным медицинским показаниям, в связи с необходимостью оказания медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях, до ближайшего медицинского учреждения специализированным либо обычным транспортным средством в сопровождении либо без сопровождения медицинского работника;

14) Экстренная медицинская эвакуация – перевозка Застрахованного (при наличии медицинских показаний, а так же транспортабельности Застрахованного, подтвержденной лечащим врачом, с сопровождающим его лицом) с территории страны временного пребывания (территории страхования) до первого ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного международного аэропорта, когда:

а) расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный Договором страхования лимит, и Застрахованный не имеет возможности (отказывается) оплатить разницу между стоимостью предполагаемых медицинских расходов и страховой суммой;

б) отсутствует возможность оказания Застрахованному требуемой медицинской помощи в стране временного пребывания (территории страхования).

Экстренная медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика, на основании документов лечащего врача, и при отсутствии медицинских противопоказаний.

Расходы по экстренной медицинской эвакуации покрываются в пределах установленной в Договоре страхования страховой суммы;

15) Репатриация – организация медицинским Ассистансом транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего международного аэропорта в Республике Казахстан, либо международного аэропорта страны гражданства/постоянного проживания Застрахованного;

16) Сопровождающее лицо – член семьи (родственник) или иное лицо, имеющее



возможность выехать за рубеж для сопровождения Застрахованного, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;

17) Родственники – родители (усыновители) Застрахованного, супруг (супруга), дети Застрахованного, родные братья, сестры, дедушки, бабушки, внуки;

18) Спорт – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта (совокупность физических упражнений или интеллектуальных способностей в состязательной деятельности), сложившаяся в форме спортивных соревнований и специальной подготовки человека к ним;

19) Срочный приезд сопровождающего лица – продиктованная чрезвычайностью ситуации и строго по медицинскому предписанию врача о необходимости приезда сопровождающего лица в медицинское учреждение госпитализации Застрахованного в стране временного пребывания (если Застрахованный путешествовал в одиночку);

20) Эвакуация детей – возвращение детей (в возрасте от 0 до 18 лет), совершающих совместную поездку с Застрахованным и оставшихся без присмотра в связи с внезапным заболеванием Застрахованного, до ближайшего международного аэропорта страны гражданства/постоянного места жительства Застрахованного;

21) Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, требующая безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний в соответствии с перечнем, определяемым Договором страхования;

22) Патологические состояния и симптомы, при которых показана экстренная медицинская помощь:

- Травмы;
- Ранения;
- Вывихи;
- Ожоги;
- Поражения электрическим током и молнией;
- Сотрясения и ушибы мозга;
- Обморожения;
- Асфиксии всех видов;
- Утопления;
- Отравления;
- Укусы ядовитых змей и насекомых;
- Внезапная потеря сознания;
- Боли, в том числе острая зубная боль;
- Повышение температуры (выше 38°C);
- Остро развившиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль или нарушение ритма сердца);
- Расстройства органов дыхания – одышка, удушье, в результате попадания инородных тел в дыхательные пути;
- Параличи, судорожные припадки;
- Кровотечения, кровавая рвота, рвота и отравления пищей;
- Внезапное острое заболевание.

23) Франшиза - предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.

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.

24) Уполномоченный орган Республики Казахстан по финансовому мониторингу - государственный орган, осуществляющий финансовый мониторинг и принимающий иные



меры по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма, финансированию распространения оружия массового уничтожения.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с патологическими состояниями и симптомами, при которых показана экстренная медицинская помощь, экстренной медицинской эвакуации, расходами на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти, или несчастными случаями, возникшими в период его пребывания за пределами Республики Казахстан.
2. Присоединением Страхователя к настоящим Правилам страхования путем заключения страхового полиса Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодприобретателя), включая передачу персональных данных при заключении Договора перестрахования. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий Договора и/или законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Страховщика в целом.
3. Заключением страхового полиса, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодприобретателя) на сбор, хранение и обработку персональных данных, включая передачу таких данных третьим лицам в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан.
4. Заключением страхового полиса, Страхователь подтверждает, что получил письменное согласие Застрахованного на заключение договора страхования, а также на обработку Страховщиком, либо третьим лицом персональных данных Застрахованного, включая согласие на трансграничную передачу персональных данных, включая передачу таких данных третьим лицам в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, а также замену Застрахованного.
5. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном, Выгодприобретателе).

Статья 3. Страховые случаи

1. Страховым случаем являются обладающие признаками вероятности и случайности патологические состояния и симптомы, при которых показана экстренная медицинская помощь либо несчастный случай, приведший Застрахованного к состоянию, указанному в п. 2 настоящей статьи, произошедшие за границей Республики Казахстан и повлекшие за собой ущерб здоровью и к расходам на получение экстренной медицинской помощи, экстренной медицинской эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти.
2. **В соответствии с настоящими Правилами страхования признаются страховым случаем и покрываются возникшие в результате несчастного случая либо патологического состояния и симптомов, при которых показана экстренная медицинская помощь за границей Республики Казахстан, а также вне страны постоянного места жительства/страны гражданства Застрахованного исключительно нижеуказанные события:**
 - 1) Травмы;
 - 2) Ранения;
 - 3) Вывихи;
 - 4) Ожоги;
 - 5) Поражения электрическим током и молнией;
 - 6) Сотрясения и ушибы мозга;



- 7) Обморожения;
- 8) Асфиксии всех видов;
- 9) Утопления;
- 10) Отравления;
- 11) Укусы ядовитых змей и насекомых;
- 12) Внезапная потеря сознания;
- 13) Боли, в том числе острая зубная боль;
- 14) Повышение температуры (выше 38°C);
- 15) Остро развившиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль или нарушение ритма сердца);
- 16) Расстройства органов дыхания – одышка, удушье, в результате попадания инородных тел в дыхательные пути;
- 17) Параличи, судорожные припадки в результате несчастных случаев;
- 18) Кровотечения, кровавая рвота, рвота и отравления пищей;
- 19) Внезапное острое заболевание;
- 20) Экстренная эвакуация в результате выше перечисленных состояний Застрахованного;
- 21) Перевозка тела Застрахованного в случае смерти в результате несчастного случая или острогвнезапного заболевания за границей.

3. Объем обязательств Страховщика:

1) обеспечение Застрахованному в стране временного пребывания экстренной медицинской помощи (возмещение расходов, связанных с болеутоляющим лечением зуба осуществляется в пределах лимита);

2) организация перемещения (эвакуация) Застрахованного рейсовым транспортом¹ до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. В каждом конкретном случае решение об эвакуации и выборе вида транспорта принимается врачом со стороны Страховщика и местным лечащим врачом. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации Застрахованного;

3) осуществление перевозки тела (транспортировки) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства Застрахованного;

4) если предусмотрено Договором страхования, обеспечение срочного приезда сопровождающего лица, до ближайшего порта страны пребывания Застрахованного за пределами Республики Казахстан. При наличии чрезвычайной ситуации и строго по медицинскому предписанию врача о необходимости приезда сопровождающего лица в медицинское учреждение госпитализации Застрахованного в стране временного пребывания (если Застрахованный путешествовал в одиночку).

5) если предусмотрено Договором страхования, обеспечение эвакуации детей в возрасте от 0 до 18 лет совершающих совместную поездку с Застрахованным и оставшихся без присмотра в связи с внезапным заболеванием Застрахованного. Эвакуация осуществляется из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства Застрахованного либо ребёнка, либо его ближайшего родственника/родителя до ближайшего международного аэропорта страны гражданства/постоянного места жительства Застрахованного, ребёнка либо близкого родственника/родителя.

Статья 4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Страховыми случаями, согласно настоящих Правил страхования, не признаются расходы Застрахованного, вследствие:

* ¹ Рейсовый транспорт – процесс перевозки пассажиров и багажа (грузобагажа) за определенный интервал времени между географическими пунктами.



- 1) умысла Страхователя (Застрахованного) либо совершения им правонарушения (преступления), находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- 2) ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3) предоставления медицинских услуг, не относящихся к экстренной медицинской помощи и не назначенных лечащим врачом;
- 4) военных действий, народных волнений, забастовок, гражданской войны, террористических актов;
- 5) диагностики и лечения хронических, венерических заболеваний, онкологических заболеваний, их осложнений и обострений;
- 6) 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;
- 7) болезней либо травм связанных с общим заболеванием, инвалидностью;
- 8) проведения профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;
- 9) психических заболеваний, депрессии;
- 10) приобретения очков, контактных линз, слуховых аппаратов, любых товаров медицинского назначения (в том числе костыли, инвалидные коляски, бандажи), протезов;
- 11) косметической или пластической хирургии любого вида;
- 12) солнечного излучения;
- 13) диагностики и лечения венерических заболеваний, (ВИЧ) СПИД, заболеваний, передающихся половым путем;
- 14) лечение в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, реабилитационные мероприятия;
- 15) беременности и любых осложнений беременности, а так же, аборт (в том числе самопроизвольных) за исключением вынужденного прерывания беременности в результате несчастного случая;
- 16) ортопедического протезирования, в том числе по любому виду стоматологического протезирования, а также косметические процедуры;
- 17) инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения, Страхователем (Застрахованным) профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем;
- 18) обследования, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности по мнению врачей Сервисной компании назначенных для устранения патологических состояний и симптомов при которых показаны экстренная медицинская помощь;
- 19) стоматологической помощи, за исключением экстренной, указанной в настоящих Правилах страхования;
- 20) лечения нетрадиционными методами (гомеопатия, мануальная терапия, массаж), восстановительного (реабилитационного) лечения, физиотерапевтических и/или «народных» методов лечения;
- 21) последствий алкогольных, наркотических или токсических интоксикаций;
- 22) последствий попытки самоубийства, членовредительства;
- 23) официальных либо не официальных спортивных соревнованиях с использованием любых транспортных средств (за исключением случаев указания в Договоре в качестве цели поездки: «Спорт»);
- 24) искусственного оплодотворения, лечения бесплодия, предупреждение зачатия;
- 25) любой гражданско-правовой ответственности за причинение вреда третьим лицам, в том числе гражданско-правовая ответственность автовладельца за причинение вреда третьим лицам;
- 26) ущерба жизни и здоровью в состоянии любого опьянения (наркотического, психотропного, алкогольного, лекарственного);
- 27) самолечения, назначения и проведения лечения членом семьи Страхователя



(Застрахованного);

28) ятрогенных заболеваний, если они вызваны действиями врача, не уполномоченного Страховщиком;

29) если острое внезапное заболевание либо несчастный случай возникли вне территории страхования;

30) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;

31) отказа Страхователя (Застрахованного) от эвакуации в страну постоянного места жительства в тех случаях, когда она разрешена и необходима по медицинским показаниям;

32) добровольного отказа Страхователя (Застрахованного) от выполнения предписаний врача, полученных им, в связи с обращением по поводу страхового случая;

33) травм или смерти Застрахованного в результате игнорирования Застрахованным запрещающих (предупреждающих) знаков безопасности или ограничений («Проезд/ проход запрещен», «Купание запрещено» и т.п.);

34) заболевания или травмы, явившиеся следствием занятий Застрахованным профессиональным или любительским видом спорта, в том числе – следствием участия в спортивных соревнованиях (за исключением случаев указания в Договоре в качестве цели поездки: «Спорт»);

35) 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, а также 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;

36) медицинские расходы, связанные с санаторно-курортным лечением;

37) расходы, связанные с приобретением металлоконструкций, имплантов, протезов для проведения реконструктивных и других видов операций – с целью лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;

38) расходы, связанные с приобретением товаров медицинского назначения, предназначенные для реабилитации и ухода за больным;

39) расходы, связанные с использованием, ремонтом и подгонкой корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, оправ, слуховых устройств, слуховых имплантатов);

40) диагностических мероприятий и/или обследований/исследований, если по результатам их проведения будет установлено заболевание, обстоятельство либо состояние, которые включены в разряд исключений из Страховых случаев в соответствии с Правилами страхования.

2. Согласно настоящих Правил страхования, не возмещаются расходы в случаях:

1) проведения курса лечения, начатого до и продолжающегося во время действия Договора страхования, а также в случае существования медицинских противопоказаний для совершения данной поездки, о которых Застрахованный знал либо должен был знать,

2) эвакуации или транспортировки в лечебное учреждение (из одного лечебного учреждения в другое), не организованное Сервисной компанией и произведенное без предварительного согласования со Страховщиком. Данное положение не применяется, если эвакуация была вызвана чрезвычайными обстоятельствами, либо если пребывание Застрахованного по первоначально определенному месту лечения создавало прямую угрозу его жизни (здоровью) ввиду отсутствия там необходимых средств и/или оборудования;

3) эвакуации при незначительных заболеваниях или травмах (ушибах, повреждениях), которые поддаются лечению по месту пребывания Застрахованного и не препятствуют продолжению поездки либо самостоятельному возвращению;

4) перевозка тела Застрахованного инвалида либо Застрахованного болевшего онкологическими либо хроническими заболеваниями, а также лица прибывшего за границу для получения лечения и скончавшегося от лечения, заболевания травмы, полученной до



выезда за границу;

5) причинения ущерба Застрахованному в результате совершения Застрахованным противоправных действий, а также в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного;

6) умышленных действий Застрахованного (Страхователя, Выгодоприобретателя), направленных на наступление страхового случая;

7) заболеваний в период пребывания Застрахованного лица в санатории, на лечении которых специализируется данное учреждение;

8) прохождения медицинских осмотров или получения медицинской помощи (медицинского ухода), не связанных с внезапным заболеванием или травмой Застрахованного лица;

9) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о своем здоровье либо здоровье Застрахованного и/или объеме и стоимости оказанных ему медицинских услуг, а равно не предоставление такой информации;

10) проведения медицинских манипуляций врачом или медсестрой, которые не являются обязательными для диагностики и лечения данного заболевания;

11) восстановительного лечения или физиотерапии;

12) связанных с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога);

13) проведения профилактической вакцинации, дезинфекции, врачебной экспертизы;

14) если лечение осуществлялось родственниками Застрахованного;

15) закупки или ремонта товаров медицинского назначения (очки, слуховые аппараты).

3. Страховщик не производит страховую выплату за:

1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), потери (штрафы, неустойка), убытки в виде упущенной выгоды;

2) моральный вред.

4. Не является страховым случаем, и не подлежат возмещению расходы Застрахованного вследствие занятия физическим трудом, опасными видами активного отдыха (в том числе: состояния, явившиеся следствием опасных увлечений Застрахованных, включая, но не ограничиваясь: прыжки с парашютом, подводное плавание, воздухоплавание, авторалли, скалолазание, лыжи, сноуборд, рафтинг, альпинизм, серфинг, скейтбординг, катание на коньках, дельта-парашютизм, автомобильные и мотогонки, верховая езда, футбол, хоккей, регби, силовые виды спорта (тяжелая атлетика), все виды борьбы, спелеотуризм, родео, гонки на роликовых досках, использование велосипедов, электросамокатов, мототранспорта и электротранспорта, квадроциклов, флайтбордов, а также иных увлечений независимо от модели и модификации используемого инвентаря и принадлежностей), любительским или профессиональным спортом, исключая случаи страхования лиц, которые выехали за рубеж с целью участия в спортивных мероприятиях и приняты на страхование, выбрав цель поездки – «Спорт».

5. Согласно настоящим Правилам страхования, страховым случаем не является и страховое возмещение не осуществляется при:

1) диагностике и лечении ранее неизвестных, не изученных, не достаточно изученных заболеваний;

2) COVID-19 – coronavirus disease (диагностика и лечение), за исключением случаев, когда покрытие по данному риску включено в договор страхования как дополнительная опция (особые условия). При этом вид валюты для исчисления страховой суммы определяется Страховщиком в одностороннем порядке в зависимости от территории страхования;

3) коронавирусной инфекции неуточненной (диагностика и лечение);

4) ранее неизвестных, не изученных либо недостаточно/не до конца изученных заболеваний (в том числе новых видов и штаммов заболеваний, вызванных вирусной или бактериальной инфекцией);

5) заболеваниях, вызвавших эпидемию/пандемию;

6) социально-значимых заболеваниях, медико-социальная помощь по которым



оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на территории страхования.

Статья 5. Порядок заключения договора страхования

1. Договор страхования заключается на основании заявления-анкеты Страхователя. Заявление-анкета является неотъемлемой частью Договора страхования. Формат заявления-анкеты составлен согласно внутренним документам Страховщика.
2. Договор страхования по желанию Страхователя может быть заключен путем:
 - 1) письменного обращения к Страховщику;
 - 2) обмена информацией между Страхователем и Страховщиком в электронной форме с использованием интернет-ресурса Страховщика, при предоставлении документов, необходимых для проведения надлежащей проверки, в соответствии с «Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Страховщика.
3. Страховщик вправе изменить форму и запрашиваемые сведения заявления-анкеты.
4. Для заключения Договора страхования, Страховщиком у Страхователя (Застрахованных) может быть затребована дополнительная информация, характеризующая страховой риск.
5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.
6. Договор страхования содержит:
 - 1) наименование, место нахождения, номер телефона и банковские реквизиты Страховщика;
 - 2) фамилия, имя, отчество (при его наличии), индивидуальный идентификационный номер, код сектора экономики, признак резидентства (резидент Республики Казахстан или нерезидент Республики Казахстан), место жительства Страхователя (для физических лиц);
 - 3) наименование, бизнес-идентификационный номер, код сектора экономики, признак резидентства (резидент Республики Казахстан или нерезидент Республики Казахстан), место нахождения и фактический адрес, банковские реквизиты Страхователя (для юридических лиц);
 - 4) фамилию, имя, отчество (при его наличии), номер телефона, индивидуальный идентификационный номер страхового агента (если им является физическое лицо-резидент Республики Казахстан) или наименование, место нахождения и фактический адрес, номер телефона и бизнес-идентификационный номер страхового агента (если им является юридическое лицо-резидент Республики Казахстан);
 - 5) объект страхования;
 - 6) страховые случаи;
 - 7) размер страховой суммы, вид валюты, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
 - 8) размер страховой премии, вид валюты, порядок и сроки уплаты страховой премии;
 - 9) указание о наличии или отсутствии комиссионного вознаграждения, причитающегося страховому агенту;
 - 10) дата заключения и срок действия страхового полиса;
 - 11) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Застрахованного (Выгодоприобретателя), если он не является Страхователем по страховому полису, в случае указания Застрахованного (Выгодоприобретателя) в страховом полисе;
 - 12) номер и серию страхового полиса;
 - 13) сроки уведомления Страхователя (Застрахованного) о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты;
 - 14) вид экономической деятельности (для юридических лиц);
 - 15) территория действия страхового полиса;
 - 16) случаи и порядок внесения изменений в условия договора;



- 17) вид валюты страховой суммы, страховой выплаты и страховой премии;
 - 18) подпись Страховщика.
7. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:
- 1) об определенном имуществе либо ином имущественном интересе, являющемся объектом страхования;
 - 2) о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страхового случая);
 - 3) о размере страховой суммы;
 - 4) о сроке действия договора.
8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, в том числе:
- 1) наименование, адрес, банковские реквизиты, телефон;
 - 2) фамилию, имя, дату рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;
 - 3) территорию страхования, цель и период заграничной поездки;
 - 4) телефон близкого родственника, с которым можно связаться при необходимости;
 - 5) перечень покрываемых страхованием расходов и услуг;
 - 6) наличие заболеваний, в том числе хронических, онкологических, наличие инвалидности, наличие беременности у лиц, включаемых в Договор страхования в качестве Застрахованных.
9. Для заключения Договора страхования Страховщик может затребовать от Страхователя документы, характеризующие степень риска, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
10. Страховщик при выявлении факта сообщения Страхователем ложных сведений, либо сокрытия сведений, отказывает в осуществлении страховой выплаты.
11. Застрахованному запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими услуг по Договору страхования.
12. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с такой целью, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного без возврата страховой премии.
13. При утрате страхового полиса, Застрахованный должен известить об этом Страховщика в течение 24 часов. Утерянные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для обращения в Сервисную компанию. Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя, направляет Застрахованному электронный дубликат Договора страхования либо дубликат Договора страхования на бумаге.

Статья 6. Порядок определения страховой суммы. Франшиза

1. Страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
2. Страховая сумма устанавливается исходя из перечня и стоимости расходов и услуг, покрываемых страхованием и оговоренных в Договоре страхования.
3. Договором страхования могут быть установлены:
 - 1) совокупный предельный объем ответственности, в этом случае сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям за весь период действия Договора



страхования не может превысить этот объем;

- 2) предельный объем ответственности по одному или нескольким страховым случаям;
 - 3) предельный объем ответственности по одному или нескольким страховым рискам, по одному или нескольким расходам и услугам, покрываемым страхованием, по одному или нескольким страховым случаям.
4. Размер и тип франшизы оговаривается в Договоре страхования.

Статья 7. Страховая премия

1. Страховая премия устанавливается Договором страхования и означает сумму денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.
2. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно страховым тарифам, определяющим ставку страхового тарифа, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом конкретных условий страхования: периода страхования, возраста и количества застрахованных, территории страхования, размера страховой суммы, цели поездки, поправочных коэффициентов.
3. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов, в наличной или безналичной форме. Условия оплаты оговариваются в Договоре страхования.
4. В случае неоплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в сроки, оговоренные в Договоре страхования, Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке с даты неуплаты страховой премии (страхового взноса), путем простого письменного уведомления.
5. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денежных средств на банковский счет или в кассу Страховщика.

Статья 8. Срок и место действия договора страхования

1. Договор страхования заключается на период пребывания Страхователя (Застрахованного) на территории страхования, но не более чем на один год.
2. Договор страхования может быть заключен на одну конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку и т.п.) Страхователя (Застрахованного) за границу, на срок ее продолжительности.
3. В случае страхования по программе «Multi Trip», согласно которой предусмотрены многократные поездки Застрахованного за границу, то страховая защита действует в течение срока фактического пребывания Застрахованного за границей. Фактическое количество дней, в течение которых действует Договор страхования, указывается в Договоре страхования.
4. Период действия страховой защиты начинается с момента пересечения Застрахованным границы государства, указанного в Договоре страхования (отметка пограничных служб в паспорте), но не ранее начала периода страхования, и прекращается временем возвращения, при пересечении Застрахованным границы страны постоянного места жительства, либо в 24.00 часов последнего дня срока действия Договора, указанного в страховом полисе.
5. В соответствии с настоящими Правилами, место действия Договора страхования распространяется исключительно на территорию, указанную в Договоре страхования (страховом полисе).
6. Договор страхования не действует на территории:
 - 1) Республики Казахстан;
 - 2) постоянного проживания или гражданства Застрахованного.



Статья 9. Права и обязанности сторон

1. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;
- 2) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан;
- 3) требовать от Страховщика соблюдения условий Правил страхования и Договора страхования;
- 4) требовать разъяснений условий страхования.

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;
- 2) предоставить все документы, запрашиваемые Страховщиком, в рамках проведения последним надлежащей проверки Страхователя;
- 3) при заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованный,) подтверждает, предоставляет и обеспечивает свое согласие, согласие Застрахованных (в том числе не совершеннолетних лиц) на освобождение врачей и иных работников медицинских учреждений, а также Страховщика от обязанности сохранения конфиденциальности, тайны страхования и врачебной тайны перед Страховщиком, перевозчиком, другими медицинскими учреждениями и третьими лицами, участвующими в осуществлении страховой выплаты и оказании услуг в части, касающейся страхового случая и в целях исполнения условий Договора страхования. В случае необходимости обязуется письменно уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц (как в стране постоянного проживания (гражданства), так и на территории страхования) выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.) и сведения, а также осуществлять их передачу в целях выполнения условий Договора страхования;
- 4) уплатить страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- 5) предоставлять Страховщику документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 6) при любом страховом событии, последствием которого может быть наступление страхового случая, немедленно связаться с Сервисной компанией либо Страховщиком и получить информацию о дальнейших действиях;
- 7) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением, а также указания иных уполномоченных государственных органов государства пребывания;
- 8) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 9) довести до сведения Застрахованных условия страхования;
- 10) обеспечить в случае требования Страховщика обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
- 11) в случае травмы, отравления и при других несчастных случаях пройти медицинское освидетельствование на содержание алкоголя в крови и других психоактивных, наркотических веществ. При отказе Застрахованного от прохождения данной процедуры, Страховщик по своему усмотрению вправе отказать полностью или частично в страховой выплате;
- 12) предоставить по запросу Страховщика документы, а так же дополнительную информацию, необходимую для проведения надлежащей проверки;



13) обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая.

3. Страховщик имеет право:

1) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным) информацию и документы, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) 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 или Застрахованного документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;

4) отсрочить осуществление страховой выплаты до момента окончательного подтверждения факта наступления, причин страхового случая и размера ущерба;

5) отказать в страховой выплате в сроки, предусмотренные настоящими Правилами страхования, в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным) требований Договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о его причинах;

6) в любое разумное время проинспектировать и проверить наличие обстоятельств, способствующих возникновению страхового случая;

7) произвести обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;

8) досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан порядке.

4. Страховщик обязан:

1) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и представить их копию;

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) зарегистрировать сообщение о страховом случае;

5) по заявлению Страхователя, выдать справку с указанием перечня представленных документов и даты их принятия;

6) обеспечить тайну страхования;

7) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

8) в случае представления Страхователем неполного пакета документов для осуществления страховой выплаты, сообщить ему о недостающих документах в течение 10 (десяти) рабочих дней, со дня представления последнего документа;

9) в случае утери Договора страхования, оформленного в бумажной форме, на основании заявления Страхователя, выдать ему дубликат Договора страхования или по запросу Страхователя повторно направить электронный Договор страхования на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования либо указанный в заявлении.

10) отказать в страховой выплате в случаях:

- нахождения Страхователя/ Застрахованного/ Выгодоприобретателя в перечне организаций и лиц, связанных с финансированием терроризма и экстремизма, опубликованного на официальном сайте уполномоченного органа Республики Казахстан по финансовому мониторингу;

- не предоставления Страхователем /Застрахованным документов, а так же дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки;

- когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью отмывания денег и финансирования терроризма.

5. Законодательными актами о страховании и страховой деятельности, а также Договором страхования могут быть предусмотрены другие обязанности Страховщика.

6. Перечень прав и обязанностей сторон настоящего раздела не является исчерпывающим, отдельные обязанности сторон предусмотрены другими разделами Правил страхования.

Статья 10. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

1. В период действия Договора страхования, Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно письменно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
2. Значительными во всяком случае признаются следующие изменения:
 - 1) изменение целей поездки;
 - 2) изменение территории страхования либо цели путешествия;
 - 3) выявление у Застрахованного какого-либо заболевания либо состояний, включенных в список исключений из страховых случаев, предусмотренных Правилами страхования.
3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
4. Если Страхователь или Застрахованный возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.
5. При невыполнении Страхователем или Застрахованным обязанности, предусмотренной в пункте 1 настоящей статьи, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.
6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

Статья 11. Действие Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе.
2. Страхователь (Застрахованный) обязан освободить врача, выполняющего обследование и лечение от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком.
3. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая, то есть до обращения за медицинской помощью (услугами) или иной дополнительной помощью, указанной в Договоре страхования, Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов, с момента его наступления, связаться с Сервисной компанией по телефонам, указанным в Договоре страхования.
4. При обращении в круглосуточную Сервисную компанию любым из способов, сообщить следующую информацию:
 - 1) ФИО Застрахованного, которому необходима медицинская помощь,
 - 2) дата рождения,
 - 3) контактный телефон для обратной связи,
 - 4) страна, регион, город пребывания, название отеля (адрес апартаментов),
 - 5) номер Договора страхования (страхового полиса),
 - 6) причина обращения.

Далее необходимо придерживаться рекомендаций Сервисной компании. Любые самостоятельные действия подлежат обязательному согласованию с Сервисной компанией.



5. После получения указанной информации от Сервисной компании, Застрахованный должен действовать в соответствии с полученными указаниями.
6. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Сервисная компания от имени Страховщика, обеспечивает организацию оказания Застрахованному услуг, предусмотренных Правилами страхования, в пределах страховой суммы или лимитов установленных Договором страхования и других дополнительных услуг, предусмотренных условиями Договора страхования. При этом, услуги предоставляются в объеме необходимом и достаточном для оказания экстренной медицинской помощи, с учетом франшизы, установленной Договором страхования.
7. При организации экстренной медицинской эвакуации, эвакуации детей, посмертной репатриации Страховщик и/или Медицинский ассистанс вправе использовать обратный билет Застрахованного (путешествующего с ним ребенка).
8. В экстренном случае, если срочный звонок не был произведен до обращения за медицинскими услугами, и Застрахованному уже оказывается экстренная медицинская помощь, Застрахованный (его представитель) обязан:
- 1) незамедлительно, как только позволит физическое состояние (в течение 24 часов) с момента обращения за медицинской помощью, но не позднее окончания действия Договора страхования, сообщить в Сервисную компанию:
 - а) наименование, адрес и телефон медицинского учреждения, в которое направлен Застрахованный,
 - б) имя, фамилию, адрес и телефон лечащего врача,
 - в) адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного,
 - г) номер, срок действия Договора страхования (страхового полиса).
 - 2) принять разумные и доступные в сложившейся ситуации меры к уменьшению убытков, связанных со страховым событием;
 - 3) предоставить по требованию Страховщика и/или Сервисной компании документацию о лечении (амбулаторная карта, рецептурный бланк, направление на госпитализацию, заключения, сертификаты и справки, выданные лечащим врачом и другие документы и сведения), связанном со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской документацией через освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны. По требованию Страховщика либо Сервисной компании должны быть предоставлены оригиналы документов либо их нотариально заверенные копии с переводом текста на язык, указанный Страховщиком либо Сервисной компанией.
 - 4) предоставить по требованию Страховщика документы, подтверждающие регистрацию исходящих звонков (СМС – сообщений) в Сервисную компанию с целью уведомления о страховом событии.
9. В случае смерти Застрахованного, обязанность по уведомлению Страховщика о страховом событии лежит на Страхователе (Выгодоприобретателе) в течение 7 (семи) календарных дней.
10. Своевременное обращение в Сервисную компанию и согласование расходов Застрахованного, связанных с расходами и услугами, покрываемыми страхованием в соответствии с Договором страхования, является обязательным условием осуществления страховой выплаты.
11. Несвоевременное уведомление (не уведомление) Страхователем (Застрахованным) Сервисной компании или Страховщика о наступлении события, последствием которого может стать наступление страхового случая, дает последнему право письменно отказать в страховой выплате, полностью или частично, за исключением, если Страхователь (Застрахованный) по уважительной причине не имел возможности выполнить указанные действия и подтвердил это документально.
12. В случае, когда Страхователь (Застрахованный) оплатил расходы за полученные в стране пребывания медицинские услуги самостоятельно, при соблюдении условий Правил страхования и Договора страхования, Застрахованный (Страхователь) обязан предоставить Страховщику документы в срок не позднее одного месяца со дня прибытия в Республику



Казахстан (в страну постоянного места жительства).

13. Если на момент организованного Сервисной компанией визита/приема врача Страхователь (Застрахованный) отсутствует по месту вызова, следующий визит врача и его услуги организуются и оплачиваются за счет Страхователя (Застрахованного). При этом, Сервисная Компания предоставляет координаты медицинского учреждения для самостоятельного обращения Страхователя (Застрахованного) либо вызова врача по месту пребывания. Страхователь (Застрахованный) по требованию Страховщика обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию визита медицинского работника, не состоявшегося из-за отсутствия Страхователя (Застрахованного).

**Статья 12. Порядок и условия осуществления страховых выплат.
Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер
убытков**

1. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.
2. Страховая выплата производится путем:
 - 1) оплаты Страховщиком счетов, выставленных ему Сервисной компанией, по возмещению затрат на оказание услуг предусмотренных Договором страхования (программой страхования);
 - 2) возмещения расходов Страхователя (Застрахованного) в случаях предусмотренных настоящими Правилами либо Договором страхования, на основании подтверждающих такие расходы документов.
3. Сумма страховой выплаты, за последствия одного или нескольких страховых случаев, произошедших во время его пребывания за границей, в период действия Договора страхования, не может превышать страховой суммы, установленной Договором страхования.
4. Страховая выплата осуществляется в валюте, указанной в счёте на оплату, предоставленном Сервисной компанией. В случае возмещения расходов произведенных Страхователем (Застрахованным) самостоятельно оплата производится в тенге, по официальному курсу иностранной валюты Национального банка Республики Казахстан на день наступления страхового случая.
5. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный) в течение одного месяца после возвращения в страну постоянного места жительства должен предоставить письменное заявление о страховой выплате.
6. К заявлению о страховой выплате Страхователь (Застрахованный) должен приложить следующие документы:
 - 1) копию страхового полиса или его дубликат (в случае утери страхового полиса);
 - 2) подлинники медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, о проведенных манипуляциях и лечении или медицинский документ о несчастном случае;
 - 3) подлинники рецептов, счетов, квитанций на оплату медицинских услуг и медикаментов;
 - 4) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками о датах пересечения государственной границы Республики Казахстан и страны, являющейся территорией страхования по Договору страхования;
 - 5) документы, удостоверяющие личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) и право на получение страховой выплаты;
 - 6) копию свидетельства о рождении, в случае если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо;
 - 7) оригиналы или копии проездных билетов;
 - 8) сведения о банковских реквизитах Выгодоприобретателя;



9) при несчастном случае – документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:

- при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) – оригиналы или копии актов дорожной полиции и/или иных уполномоченных органов в стране пребывания;

- при причинении вреда третьими лицами – постановление о признании Застрахованного в качестве потерпевшего и акт полиции и/или иных уполномоченных органов в стране пребывания;

- при пожаре – акт о пожаре.

10) по требованию Страховщика документы, подтверждающие регистрацию исходящих звонков (СМС – сообщений) в Сервисную компанию с целью уведомления о страховом событии.

11) в случае смерти Застрахованного, дополнительно должны быть предоставлены:

- нотариально засвидетельствованные копии документов, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан, содержащие данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы и т.п.);

- оригинал или нотариально засвидетельствованную копию свидетельства о смерти;

- по требованию Страховщика результаты патологоанатомического исследования;

- документы, подтверждающие посмертную репатриацию Застрахованного (перевозочные документы на груз-200, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по бальзамированию/обработке тела, стоимости гроба). Платежные документы должны быть оформлены на имя Выгодоприобретателя. В случае, если услуги были оплачены Застрахованным при жизни, страховая выплата осуществляется лицу, имеющему законное право на получение страховой выплаты, которое должно быть подтверждено документально.

12) при эвакуации детей и/или в случае срочного приезда сопровождающего лица Застрахованного в медицинское учреждение по месту его временного пребывания, необходимо предоставить оригиналы проездных билетов, если возмещение данных расходов предусмотрено договором страхования;

13) документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая, выданные компетентными органами (такими документы являются: справки, акты, протоколы, постановления, решения, заключения).

7. Документы, перечисленные в пункте 6 статьи 12 настоящих Правил страхования, должны быть представлены Страховщику с переводом на государственный, русский или английский язык. Расходы по переводу документов несет Страхователь (Застрахованный).

8. Застрахованный обязан по требованию Страховщика, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня выставления требования пройти медицинское обследование и представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.

9. Страховщик, принявший документы, оформляет справку с указанием полного перечня предоставленных документов, даты их принятия. В случае отправки Страхователем (Выгодоприобретателем) заявления о страховом случае в электронной форме Страховщик может предоставить ему данную справку в электронной форме.

10. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) не всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик обязан письменно уведомить заявителя об этом с указанием недостающих документов, в течение 10 (десяти) рабочих дней, с даты представления последнего документа.

Статья 13. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате

1. Срок оплаты медицинских услуг, оказываемых медицинским учреждением или Сервисной компанией Застрахованному и других дополнительных расходов, определяется по соглашению между Страховщиком и медицинским учреждением или Сервисной



компанией.

2. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных пунктом 6 статьи 12 Правил страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней осуществляет страховую выплату, либо отказывается в осуществлении страховой выплаты, с обоснованием причин отказа в осуществлении страховой выплаты.

3. Если после осуществления страховой выплаты, произведенной по страховым случаям в результате которых наступила смерть Застрахованного, вызванные тем же несчастным случаем, то размер страховой выплаты, произведенной по страховому случаю, удерживается из подлежащей в этом случае страховой выплаты.

4. Общая сумма страховой выплаты Застрахованному за последствия одного или нескольких страховых случаев, происшедших в период действия Договора страхования, не может превышать установленной общей страховой суммы на каждого Застрахованного.

5. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным или Выгодоприобретателем) в суде.

6. Страховщик вправе полностью или частично отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел в следствие:

1) умышленных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, признанных умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

7. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты Страхователю являются:

1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях либо несообщение необходимых сведений;

2) наличие Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя в перечне лиц и организаций, связанных с финансированием терроризма и экстремизма, опубликованного на официальном сайте уполномоченного органа Республики Казахстан по финансовому мониторингу;

При этом, все денежные операции лица, включенного в перечень уполномоченного органа Республики Казахстан по финансовому мониторингу, замораживаются до момента его исключения из указанного перечня;

3) не представление Страхователем/ Застрахованным/ Выгодоприобретателем документов, а так же дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки, в соответствии с законодательством о противодействии терроризму и отмыванию денег полученных преступным путем;

4) когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью отмывания денег и финансирования терроризма;

5) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

6) нарушений Страхователем (Застрахованным) положений настоящих Правил страхования или Договора страхования;

7) в иных случаях, предусмотренных Правилами страхования;

8) в случае непредставления Застрахованным (его наследниками) в течение 30 (тридцати) календарных дней срок после прибытия в страну постоянного места жительства заявления о страховой выплате и документов, необходимых для страховой выплаты;

9) неуведомление, в указанные Договором страхования порядке и сроки Сервисной компании или Страховщика о наступлении страхового случая, если Страхователем (Застрахованным) не будет документально доказан факт наличия уважительных причин по



несвоевременному уведомлению.

8. Освобождение Страховщика от ответственности перед Страхователем по мотивам, предусмотренным пунктами 6 и 7 настоящей статьи, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному или Выгодоприобретателю.

Статья 14. Переход к Страховщику прав Страхователя на возмещение убытков (суброгация)

1. К Страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

2. Страхователь (Застрахованный) обязан при получении страховой выплаты передать Страховщику все имеющиеся у него документы и доказательства, и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

3. Если Страхователь (Застрахованный) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя (Застрахованного), Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне уплаченной суммы.

Статья 15. Условия прекращения договора страхования

1. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

1) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме;

2) окончания срока действия страховой защиты;

3) неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные Договором страхования сроки, если только Страховщик не принял решение продолжить срок действия Договора;

4) передачи Застрахованным страхового полиса другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования;

5) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

6) ликвидации Страховщика;

7) принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным.

8) в случаях:

- невозможности принятия мер по надлежащей проверке Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя;

- когда есть основания полагать, что деловые отношения используются с целью отмывания денег и финансирования терроризма. В данном случае, Страховщик осуществляет расторжение Договора страхования путем письменного уведомления Страхователя.

2. Стороны имеют право на досрочное расторжение Договора страхования. О намерении досрочного прекращения действия Договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования.

3. Если настоящий Договор прекращается досрочно по одному из следующих обстоятельств: ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти



Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

Договор считается прекращенным с момента возникновения указанного обстоятельства, предусмотренного настоящим пунктом в качестве основания для прекращения Договора, о чем Страхователь обязан незамедлительно уведомить Страховщика.

4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по требованию Страхователя, если это связано с обстоятельствами, указанными в пункте 3 настоящей статьи, а также в п. 1 ст. 841 ГК РК, при условии, что страховых случаев не происходило, Страховщик имеет право удержать часть страховой премии в следующих размерах:

№ п/п	Срок, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования до момента его досрочного прекращения	Размер страховой премии, удерживаемой Страховщиком (в процентах от страховой премии, установленной Договором страхования)
1	2	3
1	до 1 месяца включительно	20
2	от 1 до 2 месяцев включительно	30
3	от 2 до 3 месяцев включительно	40
4	от 3 до 4 месяцев включительно	50
5	от 4 до 5 месяцев включительно	60
6	от 5 до 6 месяцев включительно	70
7	от 6 до 7 месяцев включительно	75
8	от 7 до 8 месяцев включительно	80
9	от 8 до 9 месяцев включительно	85
10	от 9 до 10 месяцев включительно	90
11	от 10 до 11 месяцев включительно	95
12	свыше 11 месяцев	100

Из подлежащей возврату суммы, Страховщик вправе удержать сумму административных расходов (включает в себя: подоходный налог по заключенному Договору страхования, агентское вознаграждение и вознаграждение менеджеру, обслуживающему настоящий Договор страхования), в размере 25% от суммы страховой премии установленной Договором страхования.

5. В случае отказа от Договора страхования Страхователем и неуплаты страховой премии, Страхователь обязан оплатить страховую премию Страховщику в полном объеме, в течение 1(одного) рабочего дня, с даты отказа от Договора, а также обязан уплатить неустойку за несвоевременную оплату страховой премии в размере 0,1% от суммы страховой премии установленной Договором страхования за каждый день просрочки.

6. В случаях, когда досрочное прекращение настоящего Договора вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы в полном объеме.

Статья 16. Порядок разрешения споров

1. Споры по Договору страхования, возникающие между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем), рассматриваются непосредственно сторонами путем переговоров.

2. Споры, не урегулированные сторонами, передаются на рассмотрение в соответствующий суд г. Алматы. В случае если стороной Договора является юридическое лицо, то спор рассматривается Специализированным межрайонным экономическим судом г. Алматы, а в случае если стороной Договора является физическое лицо, то спор рассматривается судом по месту нахождения Страховщика.



Статья 17. Дополнительные условия

1. В Договор страхования могут быть внесены изменения и дополнения только путем расторжения Договора страхования и заключения нового.
2. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель не могут передавать права и обязанности по Договору страхования третьим лицам без письменного согласия Страховщика.
3. Страхователь подтверждает что получил согласие Застрахованного(-ых) на заключение Договора. Страхователь вправе, по согласованию со Страховщиком менять Застрахованного(-ых). При этом, согласие Застрахованного(-ых) на замену не требуется.